



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA – UAMED**

**JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA
RICARDO CABRAL SALES DE MELO FILHO**

NAS TRILHAS DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO:
Redes de cuidado em saúde a partir das salas de espera de um Hospital Universitário

Campina Grande – Paraíba
2018

JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA
RICARDO CABRAL SALES DE MELO FILHO

NAS TRILHAS DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO:
Redes de cuidado em saúde a partir das salas de espera de um Hospital Universitário

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio.

Campina Grande – Paraíba
2018

Autorizamos a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

O482t

Oliveira, José Olivandro Duarte de.

Nas trilhas do itinerário terapêutico: redes de cuidado em saúde a partir das salas de espera de um Hospital Universitário / José Olivandro Duarte de Oliveira, Ricardo Cabral Sales de Melo Filho – Campina Grande, 2018.

85f.; il; qd.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2018.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

1.Itinerário terapêutico. 2.Atenção secundária à saúde. 3.Sala de espera ambulatorial. I.Melo Filho, Ricardo Cabral Sales de. II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 614.2(043.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFCG

Às 13:15 horas do dia 04/12/2018, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Nas técnicas de imunização transplacentária, após a
exposição ao vírus, a mãe se recupera e o feto é afetado.

de autoria dos discentes:

João Deivanys Junior de Oliveira
Ricardo Luiz Sales de Jesus Filho
sendo orientado(s) por:

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Dr. Valerina Nogueira de Nascimento
Márcia Carolina de Fátima Paes

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora sorteou o aluno:

AM301,

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 23 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 04/12/2018

Orientador:

Titular 1: Maria Valquíria Nogueira de Menezes

Titular 2: Márcia Carolina de Fátima Paes

Suplente: _____


JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA
RICARDO CABRAL SALES DE MELO FILHO

NAS TRILHAS DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO:
Redes de cuidado em saúde a partir das salas de espera de um Hospital Universitário

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Medicina da Universidade Federal de
Campina Grande, *campus* Campina
Grande, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em
Medicina.

Apresentação e aprovação em: 04 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio – CCBS/UAMED/UFCG
(Orientador)



Dra. Maria Valquíria Nogueira do Nascimento – CCBS/UAPSI/UFCG



Dra. Mabel Calina de França Paz – CCBS/UAMED/UFCG

Campina Grande – Paraíba, 04 de dezembro de 2018.

DEDICATÓRIA

“Mitakuye Oyasín” – Por todas as nossas relações!

AGRADECIMENTOS

O carteadado e suas impressões imaginárias aguçam a sensibilidade, estimulam diálogo, rebatimento e serve de sustentáculo para projeções. Dito isso, pretendo costurar meus agradecimentos buscando no poder do oráculo uma aproximação a Jornada do Herói que consiste em um conjunto essencial de etapas vividas por todos e todas que embarcam em grandes aventuras, experimentando duras provas, superando desafios e buscando o fortalecimento contínuo e necessário.

Vamos partir?

A esse questionamento agarrar-se a **Divindade** e suas múltiplas manifestações foi e é indispensável; feito “O Louco” – “sair de casa já é se aventurar” – desprovido das projeções do que seria encontrado ao longo do percurso escuta-se o chamado, ecoa o pedido e estamos diante da espiral existencial e o simbolismo da circularidade ou zero que pode ser tudo ou nada, permitir ser construído e colaborar nessa construção.

Os primeiros passos foram auxiliados por meu **Pai Oliveira Liberato Sá e minha Mãe Maria Cordelia Duarte**, que feito “Magos” ofereceram as ferramentas básicas e indispensáveis para a saída do aconchego, tranquilidade e leveza do lar. Confesso que tais instrumentos não foram fáceis de manobrar, mas uma coisa tinha por convicção: meus aliados, mentores encarnados ou mesmo peças indispensáveis do meu quebra-cabeça existencial estão sempre em pronta vigilância oferecendo cuidado.

Com os ancestrais, especialmente meu **Irmão Francisco Samuel Duarte de Oliveira** assim como **tias, tios, primas, primos, avós e avôs**, conquistei de cada um e cada uma o que “A Papisa” sinaliza enquanto sabedoria interior. Por intermédio de vocês, sinto a fertilização da criatividade e intuição indispensável nos processos de trabalho coletivo. Buscando a partir do exemplo de cada um e cada uma a sabedoria, discernimento e busca incessante pelo melhor para mim, o outro e o mundo.

Aos **amigos e amigas**, tenho vocês como abrigo e não raras vezes, princípios geradores de vida. Assim, “A Imperatriz” aponta que algo novo sempre aparece e necessita nascer, figurando bem nossos encontros de horas a fio discorrendo sobre os mistérios, sussurros e possibilidades por essa vida. Contudo, saber das novidades e não fazer algo diante de tantas ideias nunca foi nosso forte, estávamos sempre em sintonia e buscando mudanças mobilizadas pela saga inconformada de determinados estados da arte.

A **Anderson Angel Vieira Pinheiro** estima e satisfação por se tornar parceiro de construções. É diante da sintonia com “O Imperador” que converte-se o projeto em realidade, se visualiza

que o mapa não é o caminho e vive-se na jornada com sagacidade e equilíbrio, indispensáveis e tão caros para que cada conquista nunca esteja esvaziada do reconhecimento do quão árduo, sofrido e superante que foram.

Ao **orientador e amigo Edmundo de Oliveira Gaudêncio** meu mais sincero sentimento de gratidão por assumir com responsabilidade, pro atividade, dedicação e sensibilidade a labuta não apenas em colaborar na construção deste Trabalho de Conclusão de Curso, mas pelas tão envolventes conversas de corredor, reflexões em sala de aula e parceria de sonhos. “O Papa” da Psiquiatria que muitas vezes assumi destaque maior que muitos Reis disciplinares, em você temos a fusão da sensatez e tenacidade diante dos fatos por essa nada mole rotina acadêmica. Neste ponto da Jornada do Herói abate o sentimento de que de “poeta e louco todo mundo tem um pouco” e a abertura para uma nova espiral se projeta, desta vez não para um nível maior ou menor, diria para outra dimensão diante do que conquistamos até hoje, gratidão pela dilatação das pupilas da alma.

Estaria sendo injusto nomear algumas **professoras** e alguns **professores** em detrimento de outras e outros. Pois, cada um de vocês desde o meu ensino infantil possibilitaram a minha configuração enquanto insatisfeito pelo que se mostra aparente. Na jornada, cada um assume “O Enamorado”, enquanto encontro de aliados que ajudam desde o duvidar, decidir e nessa decisão ponderar escolhas.

Aos **funcionários e funcionárias do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**, a representatividade “O carro”, enquanto mobilizadores de objetivos e esboço das primeiras atitudes no palco acadêmico. Lugar em que estamos dispostos em novas provas, enquanto Jornada continuarmos crescendo e dosando formas de relacionamento; tendo a convicção que não estamos solitários e o caminho tende a se alargar.

“A Justiça” sempre traz em si um momento de reflexão, tendo em vista que mais uma etapa de desafios se manifesta. Aos **funcionários do Hospital Universitário Alcides Carneiro** gratidão pelo acolhimento e colaboração no período de provas e testes, agora não mais diante de folhas e questões, e sim seres humanos e seus contextos.

Aos **usuários e usuárias dos serviços**, de cada um se fez e percebi “O Eremita”, enquanto Sábios e Sábias, apontando que a verdadeira maturidade e mesmo sabedoria não advém da cronologia, tão cara a este processo, mas sobretudo da experiência embasada pela intuição, paciência, persistência. Com vocês veio à inspiração e busca em compreender que o itinerário não é apenas terapêutico, é existencial. O caminhar sem pressa e sem parar, cada um a seu modo, munidos pelo cajado e o fogo interno, a iluminar os próprios passos e elaborando estratégias de inspiração. Para as tradições antigas é na figura do Eremita que o Herói chegou

a um momento de maturidade pelo fato das conquistas alcançadas e desejo de continuidade, pois ainda tem muito a seguir. Em síntese, desses encontros tenho feito o caminho do autoconhecimento solidário e que por mais individual a jornada, não está desagregada do coletivo.

Deste ponto em diante me envolvo e aceito a imprevisibilidade que “A roda da fortuna” guarda; é por ela que a estabilidade do Eremita, enquanto ser físico, fica ameaçada pois “As Moiras” cortam o fio da vida a qualquer momento: o que está em cima pode cair, o que está embaixo pode subir, tudo pode e deve mudar, tudo é imprevisível.

“A Força”, nos ensina que depois da turbulência, instabilidade ou mesmo erosão de si, encontramos nossa força e com isso nos damos conta do potencial inerente a nossa caminhada, ponderando as fragilidades com sabedoria (que ganhamos com “O Eremita”).

José Olivandro Duarte de Oliveira

Olá meus queridos amigos, minha querida família, mais uma vez agradeço a todos vocês pelo apoio e carinho de sempre, e que, certamente, me fez chegar até esse tão sonhado momento de minha vida. Sem vocês nada disso seria possível.

Também gostaria de aproveitar esse espaço para agradecer, em especial, a meu grandessíssimo amigo José Olivandro. Olivas, me sinto muito honrado em poder dividir este maravilhoso trabalho com você. Muitíssimo agradecido, de todo coração, por todos esses seis anos de uma sincera amizade de convivência diária. Foram muitos, muitos, momentos de aprendizados, e, certamente, outros tantos de muita descontração e alegria juntos. Grande parte de minha formação eu devo ao seu companheirismo, solicitude, e, certamente, à sua paciência!

Por fim, também não poderia deixar de agradecer ao nosso querido mestre, orientador e amigo, Edmundo Gaudêncio, que, em um simplório resumo, sempre foi o melhor dos nossos modelos de humanidade dentro da medicina. Certamente levaremos esses preciosos ensinamentos (sem, claro, esquecer dos inúmeros momentos de descontração), para toda nossas vidas.

Ricardo Cabral Sales de Melo Filho

EPÍGRAFE

Faixa 04 do CD Por Todas as Nossas Relações

WAKAN AHOW

Esta é uma canção-convite aos seres espirituais e forças que admiramos. Energias sagradas que existem no Campo Espiritual e que permitimos serem presença no círculo da vida e em nossa natureza interior.

Heyhey Wakan Ahow / Heyhey Wakan Ahow / Heyhey
Wakan Ahow / Heyhey Wakan Ahow

Na vida estou, eu vim aprender
Chico Xavier, Pai João e os Erês
Ser um espírito em corpo humano
Lahiri Mahasaia, Ramana, Osho

Força do Grande Mistério há aqui
Krishna, Buda, Lao-Tsé, Fo-Hi
Amor Maior ilumina meus passos
Jesus, Maomé, Seres do Espaço

Discernimento é muito importante
Yogananda, Ramatís, Francisco de Assis
Que você possa ser muito feliz
Aivanhov, Ramakrishna, Moises, Babaji

RESUMO

Existe uma enorme variedade de recursos terapêuticos postos em prática nas Comunidades, um dos quais a recorrência aos ambulatórios médicos de atenção secundária à saúde, que por sua vez são marcados pelas idas e vindas de pessoas que buscam atendimento e explicações para os seus processos de adoecimento. Isso posto, aqui investigamos as práticas de cuidado nos processos de adoecimento denominadas de “Itinerário Terapêutico”, a partir de entrevistas colhidas em salas de espera de ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande – Paraíba, entendendo-se por Itinerário Terapêutico todo o percurso seguido por determinada clientela, de rezadeiras a despachantes, de farmácias e médicos, até à satisfação de suas demandas por tratamento e a resolução de seus problemas clínicos. Para a consecução de tais objetivos, foi necessário o emprego de uma metodologia qualitativa de pesquisa, a qual consistiu fundamentalmente na aplicação de entrevistas, em salas de espera ambulatoriais, aos participantes, com posterior análise do itinerário por eles seguido até chegarem aos ambulatórios médicos do referido hospital. Com isso recuperou-se sobretudo, de um lado, as vivências dos entrevistados, suas aflições, angústias e estratégias de tratamento e sobrevivência e não tanto os aspectos clínicos das doenças por eles apresentadas combinando técnicas e, de outro, fomentar, nas salas de espera ambulatoriais, um espaço mínimo de escuta e reflexão sobre os problemas psicossociais e de saúde inerentes às malhas do adoecimento, o que implicou no amadurecimento sociocultural do autor, graças à escuta do que as pessoas de si possam dizer, falando de seus adoecimentos e, contando suas doenças, falarem de si.

Descritores: Itinerário Terapêutico. Atenção Secundária à Saúde. Sala de espera ambulatorial.

ABSTRACT

There is a huge variety of therapeutic resources put into practice in the Communities, one of which is the recurrence of secondary health care outpatient clinics, which are marked by the comings and goings of people seeking care and explanations for their illness processes. That said, here we investigate the care practices in the processes of illness called "Therapeutic Itinerary", from interviews collected in waiting rooms of the Alcides Carneiro University Hospital in Campina Grande – Paraíba, being understood by Therapeutic Itinerary all the followed by a certain clientele, from mourners to pharmacy and medical dispatchers, to the satisfaction of their demands for treatment and the resolution of their clinical problems. To achieve these objectives, it was necessary to use a qualitative research methodology, which consisted mainly of the application of interviews in the outpatient waiting rooms to the participants, with a subsequent analysis of the itinerary followed by them until reaching the outpatient clinics. hospital. With this in mind, the aim is mainly to recover, on the one hand, the experiences of the interviewees, their afflictions, anxieties and strategies of treatment and survival and not so much the clinical aspects of the diseases presented by combining techniques and, on the other hand, expects outpatients, a minimum space of listening and reflection on the psychosocial and health problems inherent in the maladies of illness, which implied in the socio-cultural maturation of the author, thanks to listening to what people can say about their illnesses and, counting their illnesses, talk about themselves.

Keywords: Therapeutic Itinerary. Secondary Health Care. Outpatient waiting room.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1. Percorso do Itinerário Terapêutico do Informante 1 | 50 |
| Figura 2. Percorso do Itinerário Terapêutico do Informante 2 | 52 |
| Figura 3. Percorso do Itinerário Terapêutico do Informante 3 | 53 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Desdobramento do conceito de saúde em diferentes épocas | 30 |
|--|----|

LISTA DE SIGLAS

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PB – Paraíba

PNM – Política Nacional de Medicamentos

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 16 |
| 1.1. Justificativas | 18 |
| 1.2. Objetivos | 19 |
| 1.2.1. Geral | 19 |
| 1.2.2. Específicos | 19 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 20 |
| 2.1. Um pouco do muito que se vivenciará enquanto imersão no Itinerário Terapêutico | 20 |
| 2.2. Um percurso não findado de um tema que se reelabora: saúde e doença | 24 |
| 3. MÉTODOS | 28 |
| 3.1. Desenho de estudo | 28 |
| 3.2. Local e período de estudo | 29 |
| 3.3. População de estudo | 29 |
| 3.4. Amostra | 30 |
| 3.4.1. Tamanho amostral | 30 |
| 3.5. Critério de seleção dos participantes | 31 |
| 3.5.1. Critérios de inclusão | 31 |
| 3.5.2. Critérios de exclusão | 31 |
| 3.6. Coleta de dados | 31 |
| 3.6.1. Instrumento para coleta | 31 |
| 3.7. Processamento e análise dos dados | 31 |
| 3.7.1. Processamento dos dados | 31 |
| 3.7.2. Análise dos dados | 32 |
| 3.8. Aspectos éticos | 32 |
| 3.8.1. Consentimento Livre e Esclarecido | 32 |
| 3.8.2. Benefícios e Não maleficência | 32 |
| 3.8.3. Conflito de interesse | 33 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1. Que as pessoas de si possam dizer, dizendo de seus adoecimentos e contando suas histórias, falarem de si e sua saúde | 34 |
| 4.1.1. Primeira Categoria: Conceito de Saúde | 34 |
| 4.1.2. Segunda Categoria: Saúde, Cuidado e Preservação da Saúde | 36 |
| 4.1.3. Terceira Categoria: Saúde e Medicina Acadêmica | 37 |
| 4.2. Que as pessoas de si possam dizer, dizendo de seus adoecimentos e contando suas histórias, falarem de si e sua doença | 40 |
| 4.2.1. Primeira Categoria: Conceito de Doença | 40 |
| 4.2.2. Segunda Categoria: Doença e Estigma | 41 |
| 4.2.3. Terceira Categoria: Doença e Repercussões Sociais | 42 |
| 4.3. Itinerário Terapêutico | 45 |
| 4.3.1. Situações Pontuais que Refletem no Coletivo | 45 |
| 4.3.2. Situações Coletivas que Refletem no Pontual | 49 |
| | |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 58 |
| | |
| APÊNDICES | 64 |
| | |
| ANEXOS | 68 |

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Itinerário Terapêutico é um conceito proposto pelo antropólogo francês Augé (1984), consistindo no caminho percorrido pelo indivíduo na busca de solução para seus problemas de saúde, diante de uma heterogeneidade de recursos.

De forma mais clara, segundo Martinez (2006), Itinerários Terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes como distrito sanitário ou uma regional de saúde (atenção primária, secundária e/ou terciária). Dito de outra forma, referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constroem uma determinada trajetória.

Ao afirmarmos que existe uma variedade de recursos terapêuticos nas malhas da comunidade, estamos nos referindo a um cotidiano em que serviços de saúde são marcados pelas idas e vindas de pessoas que buscam atendimento e explicações para os seus processos de adoecimento. No entanto, conforme Nascimento *et al* (2012), o modelo hegemônico de produção de cuidado, pautado na racionalidade médica e em padrões objetivistas, não raras vezes dialoga apenas com o corpo doente e, em consequência, desconsidera a história de vida e os processos subjetivos envolvidos no encontro clínico entre usuários e profissionais de saúde.

Nessa dinâmica, muitas vezes se perde de vista os processos mais sutis que se desdobram nessa peregrinação pela busca de amparo diante do sofrimento provocado pelo adoecimento. A exemplo da construção de uma rede de apoio solidário em saúde, que se estende para além da oferta de serviços num território geográfico, temos que o Itinerário Terapêutico se insinua como um meandro complexo, apelando à implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes (BRASIL, 2009).

É nesse ponto dos saberes que se deve exercitar a interprofissionalidade, aí se incluindo o saber popular, isso requerendo escuta e acolhida por parte dos profissionais, facilitando a permuta de conhecimentos em vista de uma saúde integral e minimamente humilde a ponto de reconhecer que o cuidado se produz também em outros campos, muitas vezes isentos da formalidade institucional. Conforme Briceño-Leó (1996), os programas de assistência à saúde não podem ser impostos para a comunidade, mas colocados de forma atenta aos usos e costumes culturais daquele espaço atendido.

Logo, visualiza-se, na sala de espera, um espaço de escuta e ressignificação dos problemas psicossociais e de saúde na atenção secundária, enquanto contexto que antecede o atendimento formal da consulta, ali ocorre vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos (TEIXEIRA & VELOSO, 2006).

Ainda conforme Teixeira & Veloso (2006), ao mesmo tempo em que se desdobra uma relação dialógica de produção de cuidado em saúde, pode-se dizer que a sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional associado ao tempo de atendimento que, não raras vezes, gera ansiedade, angústia, revolta, tensão, além de comentários negativos ou positivos no entorno dos serviços de saúde. Logo, é um espaço potencial para processos de educação popular em saúde que tome como partida a experiência do sujeito e não apenas a doença, em que pessoas possam dizer e se dizer, contar suas histórias, ouvir histórias de estratégias de cuidado em saúde, constituindo-se, por isso, como local privilegiado para a coleta de informações sobre o tema central deste trabalho.

1.1. Justificativas

A confecção do trabalho sugerido neste desdobrar-se de laudas se justifica face a três grupos de fatores: o primeiro, de ordem Institucional, considerando-se ser exigência formal para a obtenção do título de Bacharel em Medicina, junto à Universidade Federal de Campina Grande, a elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); o segundo, Acadêmico ou Científico, é determinado pelo interesse em discutir-se um tema, o Itinerário Terapêutico, ainda pouco estudado entre nós; e, por fim, interesses pessoais, vez ser nossa a crença que o conhecimento de mundo que nos é oferecido pela Ciências Sociais (vinculadas, em nosso caso, ao Itinerário Terapêutico) é imprescindível à formação médica e ao corpo teórico e prática clínica de uma Medicina dita Humanizada.

1.2. Objetivos

1.2.1. Geral

Investigar as práticas de cuidado nos processos de adoecimento através do que se caracteriza como sendo o Itinerário Terapêutico, descrito pelos entrevistados nas salas de espera ambulatoriais do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande – PB.

1.2.2. Específicos

- Identificar espaços e agentes sociais que compõe a rede solidária de cuidado em saúde e que integram o Itinerário Terapêutico descrito pelos entrevistados, assim como a compreensão do que consideram ser saúde e doença;
- Investigar os recursos terapêuticos utilizados pelos usuários do serviço de saúde no percurso que fazem em busca de assistência.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Um pouco do muito que se vivenciará enquanto imersão no Itinerário Terapêutico

Cabral *et al.* (2011) elaboraram uma revisão da literatura sobre os itinerários de pessoas em busca de atenção à saúde, acentuando que estudos sobre Itinerários Terapêuticos não têm expressão conhecida no Brasil. Na busca pela Biblioteca Virtual em Saúde obteve-se um resultado de 11 artigos que foram submetidos à análise de conteúdo por meio de categorização. Observou-se que os estudos mantêm o foco de interesse no que se refere à percepção do paciente sobre a doença e tratamento.

Fica evidente que são poucas as reflexões acadêmicas sobre o conceito de Itinerário Terapêutico associando-o a acesso à clínica, utilização dos serviços médicos e fatores relacionados ao contexto sócio-econômico-cultural do paciente. Com isso é pertinente se pensar tal tema como uma importante ferramenta para a qualificação da assistência em saúde.

Outra revisão da literatura realizada por Alves *et al.* (1999), sobre Itinerário Terapêutico, mostra que os estudos sobre o assunto devem levar em conta as representações simbólicas do processo de doença do indivíduo, bem como os macroprocessos socioculturais.

Em tais estudos, são várias as reflexões que corroboram as sérias dificuldades de acesso à saúde, admitindo empecilhos econômicos, geográficos e culturais, de parte sobretudo das populações de baixa renda (TRAVASSOS *et al.*, 2000; LIMA *et al.*, 2002).

O Itinerário Terapêutico incorpora os agentes que auxiliam no processo de restabelecimento da saúde, sendo estes verdadeiros marcos que convidam à confiança durante as caminhadas pelas veredas do adoecimento. Conforme Rabelo (1998), nas práticas de cura no contexto social brasileiro, os agentes sociais que engendram a rede de apoio solidário se encontram frequentemente vinculados a cultos religiosos associados à figura de curandeiros, rezadores, raizeiros, pajés, xamãs, lideranças religiosas de outros cultos religiosos, sejam de matriz africana, indígena ou kardecista. Esses agenciadores de uma rede de apoio solidário do Itinerário Terapêutico são, em geral, pessoas que expõem o lado vivo de um saber popular levado a efeito por pessoas de carne e osso.

De nossa parte, cremos que a elaboração de um estudo sobre a concepção de Itinerário Terapêutico tem como campo propício de coleta de informações a sala de espera de consultórios como e enquanto ambiente ideal para o acolhimento dos usuários, por parte dos pesquisadores, oportunizando melhor comunicação e interação entre os pesquisadores e seus entrevistados e entrevistadas, nessa ocasião em que culmina – eventualmente ainda não sendo

concluído – o Itinerário Terapêutico, considerando-se a possibilidade da busca por exames complementares, as inter consultas e/ou encaminhamentos a outras unidades terapêuticas, como hospitais, por exemplo (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Por mais que se considerem os avanços e reformulações nas Formações em Saúde e, conseqüentemente, na postura dos profissionais, sobretudo médicos, em sua relação à produção de cuidado, não se isenta de gargalos tal produção de saber. Assim, apresenta-se, como um primeiro vetor para se pensar essa perspectiva, o desconhecimento médico de que, sobretudo entre pessoas com poucos recursos financeiros, a busca por cuidados em saúde nem sempre se dá através de caminhos curtos e fáceis (ADAM; HERZLICH, 2001).

Outro vetor que contribui para o não reconhecimento das alternativas no caminho terapêutico em saúde é o modelo de assistência, baseado no consumo de consultas e medicamentos (ILLICH, 1975), o que acaba por impedir que seja percebida a existência de outras modalidades terapêuticas socioculturais (benzeduras, chás, entre outras), frequentemente utilizadas antes dos recursos médicos – os quais são procurados notadamente quando falham as tentativas terapêuticas anteriores.

Isso considerado, faz-se necessário citar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é regido por um conjunto de Princípios e Diretrizes que são válidas em todo território nacional, sendo eles: Universalidade, que é o acesso à saúde para todos; Igualdade/Equidade, isto é, a assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de classes ou grupos; Integralidade da assistência nas ações e serviços, preventivos e curativos, procurando-se perceber o sujeito como um todo; Participação da Comunidade, caracterizada pelo envolvimento da sociedade na formulação de diretrizes e prioridades, no controle e fiscalização dos serviços de saúde; e, por fim, a Descentralização político-administrativa, compreendido como o compartilhamento das responsabilidades das esferas governamentais (Federal, Estadual e Municipal), no exercício das ações e serviços de saúde (LEVCOVITZ *et al*, 2001), o que, infelizmente, do ponto de vista prático, nem sempre é verificado (BRASIL, 1990).

Para se efetivar tais pilares teoricamente apresentados pelo SUS, a Acessibilidade refere-se à possibilidade que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o Acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Conforme Cunha e Giovanella (2011), acessibilidade deve ser interpretada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos, sendo seu estudo essencial para permitir a identificação dos aspectos que podem se tornar obstáculos na busca pela saúde, assim como daqueles que facilitam o atendimento procurado.

No tocante às especificidades do estudo por nós proposto, temos que se faz necessária uma modalidade de encontro, no campo da Clínica Médica, que permita um olhar ampliado sobre os indivíduos, obtido geralmente através da escuta, não apenas da História Natural da Doença, mas sobretudo através da História Social do Doente, vez que, graças a isso, quando se conta uma história, seja ela qual for, o narrador revela não apenas o lado dramático do que sabe e sente, isso também permitindo que quem o escute receba a sabedoria que emana da fonte das experiências tecidas principalmente nas idas e vindas em busca de um cuidado em saúde que o auxilie (RIBEIRO, 2004).

Neste ponto, o estudo proposto se insere no campo da Antropologia da Saúde e Doença, envolvendo crenças, concepções de doença e tratamento, considerados a partir do sistema cultural, sendo, a cultura, vista como um conjunto de significados partilhados e construídos pelos indivíduos que buscam explicar e dar sentido ao mundo em que vivem e aos fenômenos que os atingem (GEERTZ, 1989).

Os estudos sobre saúde e cultura em geral partem do sistema de classificação das doenças, baseada na lógica clínica, considerando que é a descoberta da etiologia dos distúrbios que orienta a racionalidade do tratamento. Essa forma acadêmica de pensar os processos saúde-doença geralmente considera como “irracionais” outras formas de compreensão dos fenômenos saúde e doença. Opõe-se a isso o pensamento de Malinowski (1978), para quem os conhecimentos (também em matéria de saúde e/ou doença), em quaisquer culturas, estão fundados na experiência, são modelados e sistematizados pelas sociedades, não sendo “ilógicos” ou desprovidos de racionalidade. Supõe-se que, na primeira situação, far-se-ia “ciência”, enquanto no segundo, praticar-se-ia “sendo comum”.

Conforme Santos (2000), a diferenciação entre ciência e senso comum, no desenvolvimento da modernidade, induz a ignorar, desprezar e desqualificar outras verdades que não as das ciências. Essa restrição e a subvalorização, espalhadas pelo planeta, com a globalização, associam-se à supremacia científica e ao monopólio institucional da verdade adquirido pela ciência na saúde e estão ligadas a grupos sociais, corporações e relações de saber/poder, como insinua Michel Foucault.

Contudo, alerta-nos Foucault (2004), que o corpo, sendo espaço de doença, torna-se um texto passível de diferentes leituras em busca de significados no processo de desencadear sintomas e gerar a busca de suas soluções – o que se configura, na Antropologia da Saúde, no “Itinerário Terapêutico”, por vezes, extremamente complexo. Massé (1985) dá conta dessa complexidade, vez que realizá-lo exige, de parte do sistema de saúde, disponibilidade,

visibilidade e acesso e, de parte do usuário, o cumprimento de múltiplas variáveis de ordem situacional, social, psicológica, econômica dentre outras.

Diante do exposto, é necessário estabelecer uma reflexão frente aos fatores relacionados ao contexto do paciente e o que desse percurso os mesmos dispõe quando do acesso e utilização dos serviços em saúde, tendo em vista uma rede solidária de cuidados que se constrói nas entrelinhas do atendimento formal nas Unidades Básicas de Saúde.

Isso posto, há que se considerar que os problemas relacionados à saúde têm sido tradicionalmente norteados por intervenções marcadas pela compreensão a-histórica e descontextualizada do processo saúde-doença, privilegiando-se, assim, nas políticas públicas, o modelo clínico curativo, com medidas assistenciais. Essa concepção é notória na forma de responder às demandas por atenção à saúde, geralmente providenciadas a partir de um modelo médico biologizante. Essa visão, reducionista, quase exclusivamente orgânica, tem sua origem na tradicional cisão corpo e mente e na exclusão dos aspectos sociais e culturais que caracterizam o ser humano.

A visão fragmentada saúde-doença não só é um obstáculo para a compreensão dos fenômenos psicossociais, mas, também, das denominadas patologias sociais ou doenças socialmente determinadas. Segundo Sawaia (1995), ampliar o aspecto biológico, estendendo a compreensão clínica ao psicológico, ao social e ao ambiental, não é suficiente para superar a dualidade corpo-mente proposta desde Descartes. É necessário entender a saúde “como eminentemente sócio-histórica e, portanto, ética, pois é um processo da ordem da convivência social e pessoal” (op.cit., p. 157).

Da falta de compreensão das fragilidades advindas pelo adoecimento e suas implicações na recorrência de visitas por parte dos usuários ao serviço de saúde, perde-se de vista o sofrimento difuso que, segundo Fonseca *et al.* (2008), é um conceito utilizado para designar problemas e queixas inespecíficas articuladas a questões psicossociais, como ausência de redes de apoio social, problemas que dizem respeito às relações familiares, laborativas, sociais e econômicas dos usuários dos serviços de saúde.

2.2. Um percurso não findado de um tema que se reelabora: saúde e doença

À medida que refletimos sobre os conceitos de saúde e doença, reatualizamos a saga da humanidade na tentativa de compreender, ora os abalos sísmicos na geografia do corpo, ora a desconfiguração de um corpo mais sutil que para muitos é conceituado como alma, discordando que a saúde é a mera ausência de doença e apelando para a já clássica máxima proposta pela Organização Mundial de Saúde (1997), para a qual saúde não é apenas ausência de doença ou enfermidade, mas situação de completo bem-estar físico, mental, social – na conceituação incluindo-se a esfera espiritual.

Contudo, não se pode perder de vista que, ao considerar-se a saúde como um estado de bem-estar pleno, isso fundamentado em um conceito idealista e frequentemente utópico (é possível um bem-estar completo? e completo nas esferas biológica, psicológica e social ou espiritual?), tal concepção se encontra inacessível para inúmeras populações, frequentemente se restringindo a saúde ou sua recuperação a uma abordagem social medicalizante, além de mostrar-se um ideal impraticável e inatingível (HUBER *et al.*, 2011).

Para que investiguemos isso mais a fundo, necessário abordar o processo saúde-doença, do ponto de vista histórico, perguntando-nos o que foi tomado, ao longo do tempo, como causas para a doença. Nesse sentido, Barata (1990) pontuou considerações em torno dos diferentes olhares sobre a temática, em distintas épocas, possibilitando que se elucide como construiu-se, historicamente, o discurso referente aos cuidados a fim de que ele possa ser compreendido na atualidade (Quadro 1).

Quadro 1. Desdobramento do conceito de saúde nas diferentes épocas

| Medicina Assíria / Egípcia / Caldeia / Hebreia |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Doenças revestidas de caráter religioso. “O corpo humano como o receptáculo de uma causa externa que irá produzir a doença sem que o organismo participe ativamente no processo”; • As causas do adoecimento podem ser naturais ou espíritos sobrenaturais. |
| Medicina Hindu / Chinesa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Doença é a via final do desequilíbrio entre os elementos que compõem o organismo; • Justificativa do desequilíbrio era buscada no ambiente físico, influência dos |

| |
|--|
| <p>astros, clima entre outras causas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A saúde era reestabelecida pelo equilíbrio da energia interna (acupuntura); • Homem tem papel ativo no processo e as causas são naturalizadas. |
| Medicina Grega |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saúde enquanto estado de harmonia entre os quatros elementos: terra, ar, agua e fogo; • Doença aparece como consequência de fatores externos que provocam no organismo um desequilíbrio; • Grande representante: Hipócrates e sua importância em atribuir ao ambiente físico como justificativa para desequilíbrio dos humores. |
| Medicina Feudal |
| <ul style="list-style-type: none"> • Conservam-se os princípios propostos por Hipócrates; • Influência dos mosteiros; • Medicina volta-se a se vestir de caráter religioso; • Alastramento de epidemias e nisso a causalidade do adoecimento; • Definições de contágio. |
| Medicina Medieval |
| <ul style="list-style-type: none"> • Práticas de cura por leigos – Caça às bruxas por conta de “curandeirismo”; • Experimentos e observações de dissecação anatômica, resultando nas ciências básicas; • Suposição de partículas invisíveis responsáveis pela produção de doença; • Teoria do contágio ganha foros de cientificidade a partir de Fracastoro. |
| Medicina Iluminista |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avanço das justificativas científicas e apelo aos fatores físico-químicos (os miasmas). |
| Século XVII |
| <ul style="list-style-type: none"> • Doenças: partículas atmosféricas resultantes de diferentes fermentações e putrefações. |
| |

Século XVIII

- Estudo das causas cede lugar a prática clínica – compreensão do funcionamento do corpo e das alterações anatômicas sofridas durante a doença.

Fonte: BARATA, 1990.

Na contemporaneidade, para o processo saúde-doença são conjecturadas diversas concepções, a exemplo do que afirma Canguilhem (2009), propondo que saúde corresponde tanto à dimensão biológica da vida quanto ao modo de viver, ao considerar assimiláveis à ideia de saúde as dimensões subjetiva e filosófica.

Huber *et al.* (2011), por sua vez, propõem um conceito diferente de saúde, como sendo a capacidade de adaptação e de autogestão em face dos desafios sociais, físicos e emocionais. Almeida-Filho (2011), por seu turno, afirma que saúde, doença e cuidado são fenômenos que extrapolam o âmbito biológico, uma vez investidos de caráter histórico e político.

É em torno desses conceitos que, historicamente, as populações buscam formas explicativas para o fenômeno saúde-doença, por serem ambas causadoras de forte impacto na vida das pessoas, servindo como fontes de anseios e determinando formas de viver e/ou alterando rotinas existenciais (ALMEIDA; SANTOS, 2011).

Sabemos de há muito que o conhecimento “popular”, baseado na vivência cotidiana (senso comum), é transversalizado pelo saber instituído, elaborado pelas Ciências (GAZZINELLI *et al.*, 2013). Tais conhecimentos (ou representações de mundo) são sobredeterminantes na concepção do que sejam saúde e doença e na busca de cuidados (PAIVA; VAN STRALEN; COSTA, 2014).

Percebe-se, porém, um hiato, no que tange ao saber popular e o dito meio científico, devendo-se, pois, lidar com os dilemas instituídos entre ambos, enquanto compondo uma “ecologia de saberes”, para a qual o pensamento se abre como premissa para a ideia de “diversidade epistemológica do mundo”, graças ao reconhecimento da existência de uma enorme pluralidade de formas de conhecimento, situados para além do conhecimento científico, isso implicando em renunciar a qualquer epistemologia geral (SANTOS, 1987) e a qualquer juízo de valor sobre as atitudes das pessoas no desenho de quaisquer que sejam seus pessoais itinerários terapêuticos em busca do que elas possam caracterizar como saúde e como saúde perdida.

Ainda conforme Santos (1987), em todo o mundo, não só existem diversas formas de conhecimento sobre o que sejam saúde e doença, matéria, como também muitos e diversos conceitos sobre o que seja conhecimento e os critérios que podem ser usados para validá-lo. Noutros termos, para que se possa efetivar a proposta de um ‘cuidar cuidando’, necessário adotar a conduta do acolher, em cada pessoa, o ‘junto por inteiro’ – Corpo, Alma, Espírito e Hábito da Vida (LELOUP, 2007). E isso, parece-nos, desafia os serviços institucionais em saúde quanto à necessária construção de redes de cuidado solidário capazes de acolher os sujeitos em sua singularidade e em suas singularíssimas formas de enfrentar ou fazer frente ao sofrimento.

Evidentemente isso exige um exercício do cuidar que, baseado na ética do cuidado – e de um cuidado calcado na ética da escuta – também nos permite sentir-pensar que o cotidiano experienciado pelos usuários de um serviço assim estruturado é promotor de saúde no seu sentido pleno e sistêmico. Assim sendo, percebe-se, neste particular, uma clara ampliação do resgate do sentido etimológico da própria palavra clínica. Neste contexto, a banalização e, até mesmo, a incompreensão do termo clínica – tão corriqueiramente presente hoje na Academia –, tomado apenas no sentido de espaço físico (consultório) ou um *setting* terapêutico legitimado por um especialista, individualizante e “patologizante”, só compromete o efetivo exercício do cuidar que precisa envolver integralmente aquele que cuida e aqueles que ali são cuidados. Afinal, o clinicar por si só é um cuidar que pressupõe efetiva presença, vínculo afetivo e amplitude sócio-histórico-cultural.

3. MÉTODOS

A reflexão obedeceu aos princípios da pesquisa de campo qualitativa, constituindo-se como estudo sobre o Itinerário Terapêutico cumprido pelos usuários dos ambulatórios médicos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande – PB. Para realizá-lo, respeitados os dispositivos éticos em breve citados, foram coligidas entrevistas junto àqueles usuários, em sala de espera ambulatoriais (ou seja, enquanto aguardavam atendimento clínico). Seus discursos, mediante prévio consentimento, foram gravados e, depois, transcritos, ocasião em que foram categorizados e analisados com vistas a estabelecer o percurso realizado por cada entrevistado em seu Itinerário Terapêutico.

3.1. Desenho de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, explicativa, transversal e de abordagem qualitativa, obtendo informações das proximidades da comunidade em estudo, a saber: sala de espera dos ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Tenderemos como perspectiva teórico-metodológica que fundamentou o presente trabalho a abordagem etnográfica (MALINOWSKI, 1978), enquanto, para a análise do material discursivo, lançamos mão sobretudo de Bardin (1995).

Por abordagem etnográfica, no íterim de uma pesquisa de campo, compreende-se que a construção inicial da Antropologia tem como marco o final do século XIX, quando da visita a povos nativos da Austrália, por Spencer e Gullen, bem como outros teóricos e imersões paralelas em outros espaços geográficos aborígenes, movimento este na contramão dos então vigentes antropólogos evolucionistas, tidos como de gabinetes (GONÇALVES, 2016).

É com Franz Boas, nos Estados Unidos, e Malinowski, na Inglaterra, que a pesquisa de campo ganha o *status* de epistemologia para elaboração de teorias antropológicas. E neste contexto Laplantine (1988, p. 75), considera que “a etnografia só começa a existir a partir do momento no qual se percebe que o pesquisador deve ele mesmo efetuar no campo sua própria pesquisa, e que esse trabalho de observação direta é parte integrante da pesquisa”.

Segundo Gonçalves (2016), traçando uma cartografia do que seriam os objetivos de um estudo etnográfico, verifica-se que estes, fundamentalmente, estudam as leis e regularidades de todos os fenômenos culturais; dar atenção às ações e representações do

coletivo cultural confrontando o discurso com a prática; e, por fim estudar narrações, elementos do folclore, expressões típicas que devem ser entendidas como um mapa mental.

Na fusão da coleta de dados com a interpretação, análise, compreensão dos dados coletados é relevante distinguir o essencial do irrelevante (principalmente quando as falas são ditas em benefício próprio ou com intenção de ganhos secundários), esclarecendo sempre as condições nas quais a coleta de dados foi realizada (GONÇALVES, 2016).

Em Lévi-Strauss (1989, p. 396), a etnografia, a etnologia e a antropologia “não constituem três disciplinas diferentes, ou três concepções diferentes dos mesmos estudos. São de fato, três etapas ou três momentos de uma mesma pesquisa”. Assim, a etnografia representaria os primeiros passos de uma pesquisa, observação, descrição e trabalho de campo propriamente dito; a etnologia, enquanto etapa seguinte, seria aplicada quando o pesquisador já estivesse de posse do material coletado, procedendo à realização da análise e nisso a antropologia seria o momento da síntese e expansão do tema pesquisado.

Geertz (1994), no entanto, pondera que não é simplista a atitude de pesquisa de campo embasada pela etnografia, pois ao se ganhar acesso às estruturas conceituais dos sujeitos, entramos em contato com “a fórmula que eles usam para definir o que lhes acontece”, assim nos encontramos diante da interpretação de interpretações, uma vez que é impossível se tornar o outro e seus conceitos; logo a etnografia é da ordem do inacabado e descreve uma possível forma de mundo.

3.2. Local e período do estudo

O estudo se deu nos ambulatórios médicos do Hospital Universitário Alcides Carneiro no período de 01 de outubro de 2018 até 01 de novembro de 2018.

3.3. População de estudo

A população que constituiu a nossa amostra foi composta por pessoas acima de 18 anos, de distintos gêneros, que estivessem presentes nas salas de espera dos ambulatórios, entre 7h e 12h horas, no expediente matutino e entre 13h e 17h, no expediente vespertino, considerando-se apenas os pacientes de primeira consulta, não sendo entrevistados pacientes de retorno clínico. Os dias em que foram colhidas tais entrevistas eram os dias úteis, de segunda a sexta-feira, durante todo o período de tempo que foi demandado até obter-se a

saturação de respostas, previsto no critério por nós adotado com vistas ao tamanho da amostra a ser estudada (Critério de Saturação).

3.4. Amostra

3.4.1. Tamanho da amostra

Em se tratando de pesquisa de caráter qualitativo, o elemento determinante do tamanho da amostra foi o “Critério de Saturação”. Sobre isso afirmam Nascimento et al. (2018)¹:

A expressão saturação teórica utilizada na pesquisa qualitativa considera que, quando se coletam dados, ocorre uma transferência de significações psicoculturais de seu meio original, de indivíduos ou grupos, para outro meio, aquele do pesquisador. Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados.

Ou seja, quando da tomada das entrevistas a partir das quais foram coletados os discursos submetidos a análise, quando verificada ocorrência da repetição de conteúdo, as entrevistas foram suspensas, configurando-se como amostra o número de pessoas até então entrevistadas em salas de espera dos ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro. É digno de nota destacar que nenhuma das falas é igual a outra, no entanto todas apresentam elementos comuns em algum ponto. No início, os acréscimos aos anteriores são evidentes. Posteriormente, os acréscimos foram se rareando até que deixaram de aparecer (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1994).

Os discursos coligidos nas entrevistas foram analisados mediante a proposta técnica referida por Bardin (1995), sob a denominação de “análise de conteúdo”: os discursos coletados através de entrevista gravada, mediante recurso ao gravador, foram transcritos e, depois, por semelhança temática, agrupados em categorias, as quais finalmente passaram a ser analisadas com vistas à caracterização do Itinerário Terapêutico descrito por cada entrevistado e entrevistada.

¹ NASCIMENTO, L. C. N.; et al . Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 1, p. 228-233, fev., 2018.

3.5. Critério de seleção dos participantes

3.5.1. Critérios de inclusão

Como Critério de Inclusão cabe destacar que puderam ser entrevistadas todas as pessoas maiores de idade e que, desejando participar do estudo, estivessem nas salas de espera dos ambulatórios, no caso de Pediatria (atenção necessária para esclarecimento que os abordados neste caso foram os acompanhantes), do Hospital Universitário Alcides Carneiro, objetivando primeira consulta clínica, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5.2. Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo pessoas não usuárias dos serviços do citado hospital; menores de 18 anos; pacientes de retorno clínico; pessoas que se negaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.6. Coleta de dados

3.6.1. Instrumento para coleta

Para a coleta de informações foi utilizado um roteiro de entrevista (VER APÊNDICE A), aplicado aos pacientes nas salas de espera dos ambulatórios do HUAC.

Vale salientar que para a abordagem informal do público alvo da pesquisa foi essencial que os pesquisadores estivessem com um diário de campo, registrando todos os eventos observados e ouvidos durante o processo, pois lidamos com um tipo de entrevista totalmente fora do controle do pesquisador. Segundo Minayo et al. (2007, p. 63) esse é um “instrumento de apoio no qual o pesquisador pode recorrer em qualquer momento da rotina do trabalho realizado, pois, nele foram colocadas as percepções, inquietações, questionamentos e informações obtidas em campo”.

3.7. Processamento e análise dos dados

3.7.1. Processamento dos dados

A coleta de dados foi feita por meio de Pesquisa de Campo que, segundo Godoy (1995), é abordada a partir de pesquisa qualitativa, enfatizando também uma perspectiva

integrada, em que o pesquisador vai a campo objetivando captar o fenômeno a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas.

3.7.2. Análise dos dados

A fim de possibilitar uma melhor organização das questões levantadas acerca do tema proposto, se fez uma Análise do Discurso, que se caracterizou por um processo de análise cuja pretensão foi interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação. Partindo do princípio que a Análise do Discurso trabalha com o sentido, sendo o discurso heterogêneo marcado pela história e ideologia (GIL, 2002).

3.8. Aspectos éticos

3.8.1. Consentimento Livre e Esclarecido

Antes da coleta das entrevistas, os participantes foram informados individualmente, em linguagem acessível e clara, sobre os objetivos da pesquisa, bem como dos benefícios que essa proporcionará e de que não existiria riscos nem obrigatoriedade de sua participação, sendo-lhes garantidos a privacidade e o sigilo quanto ao seu nome e as informações prestadas e assegurado o direito de receber atendimento clínico, mesmo negando-se a participar da entrevista. Apenas subsequentemente à prestação de tais informações, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada pessoa que do estudo desejou participar (VER APÊNDICE B).

Salienta-se que tais entrevistas puderam ser coligidas após prévia aprovação do Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição na qual foi realizado o trabalho, Projeto que foi devida e obrigatoriamente encaminhado e tendo apreciação favorável pelo parecer número 2.918.644.

3.8.2. Benefícios e Não Maleficência

Com a voluntariedade do participantes, buscou-se preservar a autonomia de todos os sujeitos.

De forma que, o consentimento informado é livre e voluntário, pressupondo que o indivíduo esteja plenamente capaz para exercer a sua vontade, de forma a compreender os benefícios e não maleficência do estudo.

3.8.3. Conflito de interesse

Declaramos que não possuímos conflito de interesse.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Que as pessoas de si possam dizer, dizendo de seus adoecimentos e contando suas histórias, falarem de si e sua saúde

Em se tratando de um pesquisa de campo qualitativa, o estudo sobre o Itinerário Terapêutico foi possibilitado pelos usuários dos ambulatórios médicos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande – PB. Para realiza-lo, foram respeitados os dispositivos éticos, a exemplo do necessário consentimento de parte dos entrevistados, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo em vista que as entrevistas a foram tomadas junto àqueles usuários, em sala de espera ambulatoriais (ou seja, enquanto aguardavam atendimento clínico).

Seus discursos foram gravados e, depois, transcritos, categorizados e analisados com vistas a estabelecer o percurso realizado por cada entrevistado em seu Itinerário Terapêutico, para tanto sendo extraído, dos discursos daqueles, os trechos possibilitantes da construção das categorias que serão citadas, as quais resultaram da verificação dos temas centrais nas falas dos participantes, que tiveram seus nomes omitidos por questões éticas.

Os entrevistados contabilizaram um número de 16 (dezesesseis) participantes, em sua maioria mulheres 12 (doze), que referiam, enquanto profissão, “serem do lar” ou realizarem “bicos” de diaristas e 4 (quatro) homens que se disseram agricultores; as idades foram variáveis, mas a maior concentração (16 dos entrevistados) deu-se na faixa etária entre 30 a 59 anos. Enquanto etnia, prevaleceu a não branca, uma vez que eles se auto referiram principalmente como de cor morena e escura. Todos tinham ensino fundamental incompleto. A renda familiar de grande parte das famílias concentrava-se entre um e dois salários mínimos.

4.1.1. Primeira Categoria: Conceito de Saúde

No que se refere ao produto discursivo dos que colaboraram com suas falas, iniciar-se-á por uma busca da compreensão do conceito de saúde referidos pelos entrevistados e entrevistadas que, de maneira humilde e honesta, expressaram-se por entre risos, ao se referirem à saúde, e faces pensativas, aludirem à doença.

Informante 2: “Saúde é a gente viver bem; ter saúde é ser saudável.”

Informante 6: “É tudo na vida da pessoa, a pessoa sem saúde não é ninguém. Logo, tudo começa na saúde! Sem saúde, tá perdido. Eu me considero uma pessoa mais ou menos com saúde, pois tomo remédio de pressão e tenho sentido muita dor na cabeça, não sei se é preocupação, tenho muita ansiedade. Como eu trabalho em uma creche e tem muito evento, enquanto eu não ver aquilo se realizar eu fico agoniada. Chego a ficar sem dormir e tomo Lexotan e por conta própria.”

Informante 15: “Saúde é bem estar.”

É nítida a ponderação por parte dos informantes do caráter expansivo do conceito de saúde, trazida como sendo “tudo”!, o que parece apontar para o conceito de Determinantes Sociais de Saúde, enquanto relação que os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais colaboram na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS *et al.*, 2007), sendo evidente a relação que a vida social do indivíduo implica na manutenção ou não de um estado de saúde dito minimamente estável. Quando, por outro lado, tal possibilidade se encontra ameaçada, apresentam-se respostas que apontam para a desestabilização do estado harmônico de forma medicável, ou seja, praticam a auto medicação.

Busfield (2015) argumenta que o crescimento da automedicação é bem reconhecido e pode ser visto como uma clara evidência de um fenômeno denominado “farmaceuticalização”, termo que pode ser definido como a tradução ou a transformação das condições humanas, recursos e capacidades em oportunidades de intervenção farmacêutica.

Com a “farmaceuticalização” verificamos, nitidamente, a obstrução dos canais quanto ao uso racional de medicamentos que, por sua vez, se caracteriza pela disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; pela dispensação em condições adequadas; pelo consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo estabelecido de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, isso fazendo parte de uma das diretrizes prioritárias da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 2002).

O uso irracional dos medicamentos e suas repercussões são percebidas, a longo prazo e, quando se trata de psicotrópicos – evidenciado na fala do *Informante 6*, quando sinaliza a necessidade de determinado fármaco para dormir –, insinua-se a desarmonia de um ser integral, que, quando fragilizado, recorrerá ao imediatismo do efeito hipnótico, relaxante e ansiolítico. Contudo, Paracelsus (1493-1541) reatualizado por Klaassen (1985), pontua que

todas as substâncias são venenos, não há uma que não o seja. A posologia correta diferencia o veneno do remédio.

4.1.2. Segunda Categoria: Saúde, Cuidado e Preservação da Saúde

Quando os/as entrevistados/entrevistadas falam sobre cuidado e preservação da saúde, verifica-se que tais conceitos dizem respeito sobretudo à prevenção de doenças a partir de ações individuais por meio de uma boa alimentação e prática de atividade física para o bem-estar e promoção de saúde, como pode ser visualizado nos seguintes discursos:

***Informante 9:** “É tudo. É o bem estar da pessoa e de quem cuida da gente. Eu mesma, faço de tudo para cuidar de mim. Agora assim, qualquer coisa que aparece em mim, tomo logo coisa natural, limão com água, pois colocava na internet e dizia o que fazer.”*

***Informante 10:** “É tudo! Sem saúde não somos nada. Eu mesma, estou me sentindo impotente. Tem dia que não tenho vontade de fazer nada, só a vontade de dormir e olhe que sou uma pessoa ativa.”*

***Informante 13:** “Saúde é tudo, principalmente fazer dieta, educação física, comer nos horários certos e sendo alimentos saudáveis.”*

O auto cuidado insinua-se na configuração do conceito de saúde, sendo pertinente esclarecer que tal teoria tem fundamento em Dorothea E. Orem (1971), usando como embasamento os princípios de que os pacientes podem, devem e cuidam de si próprios. Tais atitudes implicam diretamente na autonomia e capacidade de construir, junto ao profissional em saúde, a forma de lidarem com os agravos ao bem estar.

Por outro lado, o recurso às plantas medicinais aponta para uma prática de cuidado milenar e, por vezes, além da ação terapêutica que tem sido continuamente provada através de muitas plantas utilizadas, expressando, também, a cultura dos povos, necessitando ser resgatada, valorizada e divulgada na comunidade científica, o que é contemplado nas Práticas Integrativas e Complementares, junto às quais o uso de fitoterápicos, aliado a outras práticas como Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda entre outras, é considerado parte da medicina convencional (BRASIL, 2006).

Rocha *et al.* (2013), doutra forma, pontuam que a saúde se mantém preservada pela prática regular de atividade física e que o sedentarismo é condição indesejável e representa

risco para a saúde. A prática de atividade física torna-se importante para a promoção e manutenção da qualidade de vida da população. O sedentarismo, associado ao fumo e às dietas inadequadas, são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças (cardiopatias, hipertensão, diabetes mellitus e obesidade, por exemplo).

4.1.3. Terceira Categoria: Saúde e Medicina Acadêmica

Diante de uma consulta médica encena-se um encontro entre partes e, nisso, a relação médico-paciente, que data da medicina hipocrática, cuja meta era o puro benefício humano, tendo em vista a pessoa e não simplesmente a doença (DAIKOS, 2007). Contudo, ao que parece, é dada mais ênfase à doença enquanto entidade clínica, do que ao adoecido, em seus processos psicossociais complexos.

***Informante 8:** “É ter atendimento bom, né? A gente chegar em um hospital e ser atendido. Principalmente por pessoas muito bem educadas; tem gente que é bruto e ignorante que não sabem nem atender. Às vezes, a gente fala que tá com probleminha e tem deles que não olham nem para você, vai logo escrevendo, que nem tem tempo para conversar. Olha e entrega os exames na pressa, tudo na carreira. Podia dialogar, para saber qual problema que temos, para ver se a gente melhora cada vez mais, já que precisamos do SUS e não podemos pagar.”*

***Informante 14:** “Saúde é tudo, primeiramente. Se cuidar, se tratar e ter que ir sempre ao médico. Eu, como tenho diabetes, tem que se corrigir de tudo.”*

***Informante 16:** “Saúde é a base da vivência, do viver de cada um. Saúde não quer dizer só uma consulta é o geral. Pois, aqui entra o lazer e o cuidar.”*

Visualiza-se a nítida importância da empatia, conforme sinalizada pelo *Informante 8*, conceito tão caro aos profissionais da saúde e que remonta à sábia máxima de Ambroise Paré *apud* Barros Filho (2007, p. 1), que evoca “curar ocasionalmente, aliviar frequentemente, consolar sempre”, isso demonstrando, de maneira palpável, os contornos da empatia. Para Halpern (2001), a empatia entre médico e paciente é importante porque deixa o último mais

seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas, desdobrando-se na própria adesão ao tratamento.

Diante do exposto nos discursos acima citados, percebe-se também que, para os/as entrevistados/entrevistadas, uma pessoa portadora de diabetes mellitus não deve ser apenas medicada, mas, sim e também, ser orientada a buscar alinhar tal medida com o necessário controle glicêmico adequado.

A medida que se desdobra o conhecimento fisiopatológico de uma doença, as escolhas para o tratamento acabam se multiplicando e nisso os alvos terapêuticos vão desde monoterapia até à combinação de drogas de diferentes classes. No que se refere ao diabetes mellitus, por exemplo, segundo Thrasher (2017), o tratamento deve incidir de modo a visualizar uma abordagem centrada no paciente o qual considere, além do controle glicêmico, a redução do risco cardiovascular.

Neste sentido é necessário lembrar o conceito de Redes de Atenção à Saúde, as quais, conforme Ministério da Saúde (2013, p. 10), são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Enquanto conceito teórico é visível a abrangência de tal concepção, mostrando-se pertinente destacar a relação dos serviços discretos das comunidades e que estão ali enquanto amparadores das mais diversas queixas de doença.

Logo, é imperativo perceber que a situação da saúde no Brasil é evidenciada pela tripla carga de doenças, agendas não concluídas de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, a forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada e o diabetes mellitus, aqui tomado como exemplo, e para o qual dá-se ênfase sobretudo aos seus processos de agravamento.

Nesse sentido, segundo Nuño (2008), o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambial no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela Atenção Primária à Saúde e demais serviços que devem ser inseridos em um contexto de cuidado amplo e significativamente implicado com as questões de acesso ao cuidado.

Como falado, “*Saúde não quer dizer só uma consulta é o geral*”, os pacientes e todo o sistema de saúde ganham quando se visualiza, para além das queixas pontuais, exercitando-se a necessária compreensão da complexidade da atitude terapêutica do cuidar.

Diante das categorias analisadas temos que, ao refletirmos sobre saúde, estamos diante de desafios, fragilidades, possibilidades e estratégias quanto à forma como conduzimos a prática de cuidar. Merhy (2006), utilizando-se da imagem de valises enquanto metáfora, elabora uma sensível forma de pensar como o trabalhador em saúde se desdobra diante de um atendimento aos usuários: 1) valise de mão, na qual estão presentes instrumentos como o estetoscópio, caneta, papéis etc., denominadas tecnologias duras; 2) valise da cabeça, a qual contém os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, pautados em tecnologias leves/duras; 3) valise das relações, como uma tecnologia leve, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, na qual se concretiza a construção de uma prática de cuidado preocupada com a formação de vínculos, acolhimento e responsabilização.

Destarte, uma prática clínica resolutive requer a disponibilidade do trabalhador em saúde para integrar as diversas ferramentas tecnológicas e, por conseguinte, os distintos modelos de atenção, o que resulta numa prática não mais centrada apenas em procedimentos, mas em cuidado com o usuário. Todavia, vale destacar que é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário que, em última instância, possibilita um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

4.2. Que as pessoas de si possam dizer, dizendo de seus adoecimentos e contando suas histórias, falarem de si e sua doença.

4.2.1. Primeira Categoria: Conceito de Doença

Quando convidados e convidadas a responder sobre o que compreendem a respeito de doença, o próprio corpo dos nossos e nossas entrevistados e entrevistadas parecia desconfortar-se em movimentos bruscos, quando davam de ombros, franziam o cenho, pediam para repetir a questão ou se mantinham em breve silêncio, antecedendo a fala:

Informante 1: “A coisa pior do mundo! O problema que tenho na minha perna doutor, desde junho é tanta dor que eu não consigo caminhar. Eu gosto de me levantar cinco horas, pego um ônibus cinco e vinte e vou para o açude velho para caminhar. Aí chego no Bar do Cuscuz, mesmo na esquina eu salto aí começo a arruviar o açude, dou quatro voltas ligeirinho. Eu vou assim e digo vou tentar, ver se aguento e passo. A minha doença mudou meu dia a dia todinho!”

Informante 9: “É um mal que atinge o ser humano.”

Informante 11: “A pior coisa na vida do ser humano a pessoa não é nada.”

Informante 14: “Doença é um negócio horrível que me fez buscar ajuda.”

Verifica-se, com tais falas, que a compreensão do processo de adoecer é demarcada por uma descontinuação ora paulatina, ora brusca, na rotina do adoecido, como se isso descortinasse uma nítida diferença de posturas entre “estar bem” e/ou “sentir-se mau”. Para isso Canguilhem (2009) já pontuou que existe uma fronteira entre o normal e o patológico, contudo, para ele, isso resulta de uma comparação com uma norma resultante da média esperada para uma população específica, em que a estatística não permite afirmar que determinado indivíduo é saudável ou doente, sobretudo levando-se em consideração aspectos subjetivos implícitos ao sentir-se saudável ou doente.

Dito de outra forma, o que deve ganhar destaque não é a frieza estatística, mas, sim, os desdobramentos, encontros e desencontros impostos à vida da pessoa e as consequências biopsicossociais que as intervenções focadas estritamente na dimensão biológica podem gerar

(CANGUILHEM, 2009). Nesse caso, superficializando a doença, no sentido de projetar no físico ou no que se observa na carne, o seu caráter desorganizador da rotina parece ser um dos momentos marcantes do reconhecimento de que algo saiu da linearidade teórica do que sejam saúde e doença, quando, na realidade, estamos diante de um processo de ramificações de múltiplos sentidos para o que seja estar saudável e/ou adoecer.

A manifestação do apagamento de si que a doença proporciona indica até que ponto se vivencia a descaracterização de um estado tido como saudável, e nisso uma transformação do sadio para o adoecido que não se insinua de todo ruim, pois este talvez seja o marco que implica a necessidade de procurar assistência. Contudo, Camargo-Júnior (2003, p. 78) pontua que a referência à doença é um “artifício criado para enquadrar os fenômenos do processo saúde-doença”. Repousa neste ponto uma fragilidade que pode ser convertida em potencialidade, no que se refere à postura dos profissionais entre peritos da doença ou acolhedores do sofrimento.

4.2.2. Segunda Categoria: Doença e Estigma

Mesmo diante dos cuidados, divulgações e sensibilizações, o caráter preconceituoso ou mesmo amedrontador de alguns adoecimentos, permeia a maneira de visualizar a doença, conforme se verifica a seguir:

***Informante 6:** “É grave, né?! Na situação de você tá doente, não tem nada de bom. Chega a ser algo muito constrangedor, a depender da doença.”*

Quando o preconceito afeta mais que a doença, uma camada de significados se sobrepõe na lida diante do sofrimento, que por vezes é porosa e desagua através de afetos e emoções na supervalorização de um caótico estado de si, o que possivelmente se justifique pelo imaginário sobre o contágio que acaba atravessando épocas pela representação social atribuída a uma dada doença, como, por exemplo, a Hanseníase ou a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a Tuberculose e, não menos importante, as Transtornos Psiquiátricos (PALMEIRA *et al.*, 2014).

Isso tudo se coaduna ao conceito de “estigma” que, na Grécia era a denominação dada à marca a ferro aplicada à pele dos indivíduos indesejáveis e a serem evitados, tais como ladrões e escravos. Goffman, (1963) caracteriza a estigmatização social como um processo

sociocultural de rotulação e exclusão de pessoas e/ou categorias sociais, a partir de determinadas características tomadas socialmente como sinalizantes de inferioridade física, mental ou moral, como a cor da pele, a classe social, determinadas doenças, como a loucura, por exemplo, isso colaborando fortemente na construção cultural da doença, pela via do imaginário social.

Contudo, os aspectos emocionais povoam a compreensão da doença e por vezes até são fundamentais para seu surgimento, como foi citado:

***Informante 4:** “Doença é preconceito, falta de amor ao próximo, falta de gratidão, de compaixão.”*

***Informante 8:** “Aparece doença através de estresse, aperreio e perturbação que deixa a gente muito nervosa!”*

Nas situações do cotidiano que podem funcionar como disparadores do adoecimento figuram o Sofrimento Difuso que, segundo Valla (2001), constitui-se como queixas somáticas inespecíficas, tais como dores de cabeça e no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos, cujas múltiplas raízes podem se encontrar nas relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas.

Como não poderia ser diferente, é justamente “graças” a essas queixas difusas que nossos entrevistados recorrem aos atendimentos ambulatoriais da Atenção Primária em Saúde, demanda esta geralmente sem resposta efetiva nos Serviços de Saúde, o que contribui para a recorrência àqueles serviços e para a peregrinação pela malha social em busca de cuidados (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

4.2.3. Terceira Categoria: Doença e Repercussões Sociais

O medo diante da dependência, perda de autonomia e ausência ativa no mercado de trabalho também foram pontuadas:

***Informante 12:** “A não ser o câncer, o diabetes é a doença. Pois, recusa de eu ter um emprego. Ninguém quer ter uma pessoa doente perto.”*

Informante 13: *“Doença é coisa complicada, pois a gente fica debilitada, dependente dos outros se cair numa cama e isso eu não quero nem para mim e nem para ninguém.”*

Antes da repercussão do adoecimento no trabalho, a doença provoca um forte impacto nas relações familiares, afetando sobremaneira as condições econômicas, o que frequentemente leva à busca, pela frequente falta de recursos financeiros, de serviços em saúde alternativos ou de amparo social, nisso ficando nítido o fato de que o sujeito ‘paciente’ não possui uma característica passiva. Na verdade, ele faz usos de si no trabalho e na vida e é capaz de buscar alternativas próprias ao seu tratamento e o mínimo de dependência possível (MARQUES; HENNINGTON, 2017).

Um dos discursos carregados de desabafo pessoal cujas entrelinhas são espaço possível de fala e manifestação de si, foi o seguinte:

Informante 13:*Doença não é só uma febre ou uma dor de cabeça. A pior doença é dor da alma e doença da alma, pior que tem. Ainda passo por isso (choro), pois meu trabalho e o que eu vejo no meu dia a dia é um descaso. Muitas vezes os profissionais, que poderiam colaborar, eles atrapalham o trabalho, fazendo desvio de coisa que é pública e tá ali para ajudar o usuário e o paciente, muitas vezes ele critica a gestão, mas ele que tá atrapalhando e não sabe ele que quem mais se prejudica é o paciente e isso dói. A pessoa ver e não ter como falar, pois sempre tem alguém de olho e manda uma cala a boca. Na minha área de trabalho, tem mercearia que vende medicação que eu só compro com a receita, de onde vem essa medicação? Às vezes deixa de fazer um citológico ou glicemia capilar por falta de luva, acabou, levaram ou a gestão não tá fornecendo?*

Vasconcelos (1998), ao refletir sobre o processo saúde doença, diz que a medicina tem ancorado e investido esforços no desenvolvimento de formas técnicas de cuidado desde os insumos medicamentosos, cirúrgicos e exames eletrônicos, lidando apenas no nível do corpo biológico e visualizando a doença como algo isolado e sem relação com os demais níveis do corpo físico e suas interações sociais. Em síntese, tem apostado um esforço

dessincronizado e até em oposição ao movimento popular de combate aos problemas de saúde.

Com isso, não se pode perder de vista a maneira como os atendimentos procedem com agendamento diário, cronograma rígido e engessado, bem como vinculação ao espaço do ambulatório enquanto único espaço de cuidar, assim reproduzindo o modelo de atendimento em repartição pública, assimétrico e verticalizado, “onde a humanização torna-se praticamente impossível, pois reitera a lógica tecnoburocrática, longe da relacionalidade, do encontro, ou seja, dificulta a formação de espaços dialógicos” (SANTOS et al, p. 924, 2014).

4.3. Itinerário Terapêutico

4.3.1. Situações pontuais que se refletem no coletivo

No que se refere ao Itinerário Terapêutico, observa-se que, por mais distintas que sejam as pessoas, não raras vezes compartilham de uma maratona comum no que se refere às suas peregrinações pelos serviços de cuidado.

Diante dessa constatação, temos Boltanski (1984), que considerou: quanto menor a renda e mais baixo o nível de escolaridade, maior será o tempo de espera diante dos recursos biomédicos, sendo tal condição justificada pela solicitação de exames laboratoriais e dificuldade do domínio de códigos da biomedicina e da linguagem das classes dominantes, isso se refletindo na recepção passiva de informações clínicas, por parte do paciente, que simplesmente não entendem (e justo por isso não põem em práticas) as determinações médicas.

Outro ponto que deve ser levado em consideração diante da pouca renda do usuário dos serviços públicos de saúde são os limites de acesso no que se refere ao deslocamento até àqueles serviços, bem como a angústia de arcar com tratamentos e exames, principalmente quando não cobertos pelo Sistema Único de Saúde, o que, conseqüentemente, agrava o estado de saúde da pessoa (BOLTANSKI, 1984), conforme se observa no relato que segue:

***Informante 3:** “Foi a menina lá do Posto do Mutirão da minha comunidade, que disse “tu quer ir para médica de pele?”, e eu disse “para que mulher, eu estou tão bem ou estou doente!?” e ela “não, é por causa dessa macha branca para não evoluir no teu corpo”. Ai ela marcou e tome um ano para consulta. Mas vim direto para cá. Encontrei muitas dificuldades para chegar aqui, foi um ano para marcar esses exames todinho, e essa demora toda por certo não encontrava vaga para essa médica pois era muito boa, pelo menos foi o que me disseram. Agora tem a dificuldade do carro que é essa: vem, termina os outros pacientes e vem aqui perguntar se tá perto e eu digo que não, a médica chega quase 10 horas. Custa marcar consulta. Eu ia fazer tudo pago, mas cadê a condição. É melhor vir pelo SUS, esperar pela boa vontade de lá marcar para vir para cá. Outra, se eu tivesse condições estava usando a pomada que ela passou que é de*

235,00 reais. E não vou entrar ela justiça, deixa assim do jeito que eu tiver.”

Quando os recursos terapêuticos são possíveis no espaço em que habitam, o tempo de espera, por parte dos pacientes, é aliviado pela proximidade do próprio equipamento físico de saúde (a Unidade Básica de Saúde, o Posto de Saúde) e pela crença de que mais cedo ou mais tarde serão prontamente atendidos. Contudo nem sempre e nem todos as formas de cuidado estão disponíveis no local, gerando o seguinte sentimento:

***Informante 7:** “Tudo começou quando ela era bebezinho normal, mas tinha um desvio no olho esquerdo dele. Só que deixa que era a pressão do olho dele que estava muito forte. Daí, numa consulta de rotina com a doutora do posto de saúde, ela disse que eu deveria procurar um médica de olho. Na época me encaminharam para uma Fundação em Recife, mas tentamos vaga, não conseguimos e daí desisti! Mandaram buscar o serviço daqui, mas disseram que era caso de cirurgia imediata, que não fazia aqui, juntamos força e fizemos particular. O medo dele perder o olho foi maior, por isso fomos para o particular. Gastamos muito dinheiro com ele mês passado fazendo cirurgia de adenoide, que estava marcada pelo SUS, mas não tivemos paciência de esperar, ele não dormia, sufocado dentro do quarto e vivia internado nos hospitais.”*

Pelo exposto, é nítida a estreita porta para o acesso universal aos serviços de saúde, que é uma garantia constitucional, fruto, em grande medida, da militância dos movimentos sociais. Contudo, o acesso não se relaciona à simples utilização do serviço de saúde, mas também à oportunidade de dispor dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos, no tempo adequado, para o alcance dos melhores resultados de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Temos que o processo de descentralização do Sistema de Saúde desconsidera as distintas realidades e desigualdades regionais, assumindo um caráter estratégico de intervenção na economia, com o projeto de enxugamento do Estado e estabilidade econômica. É o deslocamento da responsabilidade do gasto social para as esferas subnacionais, que nem sempre têm condições de assumir tais encargos (SILVA *et al.*, 2017), levando os Municípios

a uma situação orçamentaria insustentável, vez que, além da Atenção Básica, acabam tendo que garantir acesso a serviços de Média e Alta Complexidade.

De certa forma é como se os serviços de saúde estivessem reproduzindo a maneira super especializada que algumas profissões assumem, quando os cuidados médicos são oferecidos de maneira fragmentada, burocratizada e, nisso, a nítida desorganização dos serviços de saúde, devido à existência de vários sistemas locais isolados, onde os espaços decisórios dos gestores são permeados por interesses locais que pouco dialogam com as reais necessidades sociais (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014).

É diante desse sentimento de desamparo que surgem ou mesmo passam a ser valorizadas formas de cuidado não institucionais que precisam necessariamente de parceria para que, diante de agravos mais severos, a assistência possa ser integral, como perceptível no relato que se transcreve:

***Informante 12:** “O meu sintoma maior era que não sentia nada, pois era muito difícil ir no médico, sempre me curava a base de remédio do mato, como casca de cumaru, casca de angico; eu fazia aquele negócio, quando dor barriga fazia chá de marcela e cidreira. E sempre aquilo ia dando certo. Mas, já tem coisa que o remédio do mato não resolve, era quando eu sentia os apagão.*

Tudo começou na UPA e depois voltei para o posto do Mutirão e o médico me deu requisição para uns exames, logo ele descobriu que estava diabético, E de lá mandaram para o Francisco Pinto e de lá para o HU, graças a um candidato que na época conseguiu essa vaga para cá, estamos aqui graças a ele no jeitinho brasileiro. O pior são as passagens para chegar aqui e antes era pior para ver as glicemias, tinha que vir todo dia. Hoje em dia, até ficou mais fácil, mas os exames são caros e a prefeitura antes me ajudava, mas hoje é uma dificuldade, os de hoje foi quase 600 contos e para gente que é da roça, isso é muito dinheiro.”

Autores como Merhy e Franco (2018) ponderam que os usuários, diante da Atenção Primária em Saúde, buscam o serviço em situação de sofrimento agudo e, quando a Unidade Básica não responde às suas necessidades, desaguam nos serviços de pronto atendimento e pronto-socorro, o que reflete o não reconhecimento desse espaço como lugar possível de

cuidado contínuo e necessário – e, diante disso, mediante uso do “jeitinho brasileiro”, etapas são queimadas e filas são “furadas”, na tentativa de abreviar-se o Itinerário Terapêutico, e assim os usuários muitas vezes chegam aos atendimentos no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Conforme Neto (p.18, 2014), “a corrupção não começa em um gabinete, mas na rua, no bairro, na escola, no sindicato, na política, nas relações diárias”.

Diante do exposto, operacionalizar o conceito de acesso aos serviços de saúde indica levar em consideração a maneira como os indivíduos percebem o sistema no qual estão submetidos, pois, diante dos agravos ao bem estar, desejam-se respostas concretas, rápidas e eficazes, na maioria das vezes, limitadas (DONABEDIAN, 1984).

Fekete (1996) *apud* Azevedo & Costa (p. 3, 2009) traz uma reflexão que pontua quatro dimensões da acessibilidade na Atenção Primária à Saúde que pode se refletir diretamente nos serviços de Atenção Secundária:

i) Dimensão geográfica refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas); distância entre a população e os recursos. ii) Dimensão organizacional refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço: a) na entrada – demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário; b) pós-entrada – demora na espera pelo atendimento médico; continuidade da atenção, que se relaciona a mecanismos de referência e contrarreferência. iii) Dimensão sociocultural refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação. iv) Dimensão econômica refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, custo do tratamento.

Logo, são evidentes os gargalos no sistema de saúde que podem comprometer toda a estrutura organizacional e funcionamento dos serviços de atendimento, isso implicando na exclusão, negação de direito básico e perpetuação de troca de favores entre terceiros, na busca por atendimento médico; sendo indispensável atenção aos pontos críticos, enquanto dificultantes, e construção de maneiras eficientes de organizar o acesso como a criação de mecanismos facilitadores (acessibilidade física, por exemplo).

4.3.2. Situações coletivas que se refletem no pontual

É na geografia dos espaços físicos que o passo a passo dos pacientes em busca de compreensão e amparo diante do agravo ao bem-estar vai se desenhando. Contudo, esse trajeto não fica restrito apenas às caminhadas empreendidas em busca de tratamento, mas sim, demarcam os distintos recursos que podemos sinalizar enquanto terapêuticos.

Rabelo (1993, p. 323) cita que a busca por cuidados em saúde é tipicamente interpretada pelos profissionais de saúde como incoerente ou paradoxal, contudo, tanto a “doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados”.

Ainda conforme Rabelo (1993), as necessidades de saúde da população são muitas vezes determinadas pelo poder da cultura biomédica, tanto a própria segurança do paciente quanto a se sentir bem diante de uma doença, necessita passar pelos parâmetros e diretrizes de um profissional de saúde.

Entende-se que as Redes de Atenção à Saúde, conforme o Ministério da Saúde (MENDES, 2010), são arranjos organizativos de ações e serviços de cuidado, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do acompanhamento clínico. Enquanto conceito teórico, é visível sua abrangência, contudo mostrando-se pertinente destacar a relação dos serviços discretos das comunidades e que estão ali enquanto amparadores das mais diversas queixas de doença.

Sendo assim, os exemplos que se seguem solicitam o esforço para visualizarmos, em trechos do mapa da cidade de Campina Grande – Paraíba, as setas que mostram as idas e vindas dos pacientes pelos sistemas de saúde que a cidade possibilita:

***Informante 1:** “Primeiro passei pelo Posto do Pedregal, depois pela UPA Dinamérica, pelo Posto do Centro que é o Francisco Pinto e nada de resolver, sempre me davam um paliativo para as feridas das minhas pernas, um comprimido vêi para amenizar naquele instante. Fui nesses lugar de saúde e depois só a Deus, eu estava rezando para chegar esse dia de hoje. Esse caminho todo foi eu que fiz, eu não aguentava mais. Porque eu tive assim, o problema maior do mundo, foi os AVC e eu venci e foram 4 e foi isquemia, não fiquei com*

forma episódica e reativa, voltado principalmente para a atenção às condições agudas e à agudização de condições crônicas.

Informante 9: “Primeiro de tudo fui no Clínico Geral lá do posto da Bela Vista, que já pediu outros exames e me mandou para FACISA, e lá a doutora pediu uma endoscopia que fiz ano passado, eu fiz, mas sem muito medo e foi lá numa clínica perto do Estadual da Prata. E de lá me encaminharam aqui para o HU, que pediu outra endoscopia. Mas, a maior dificuldade é a demora, demora demais, fiz essa endoscopia e já vai mais de 7 meses que não consigo marcar consulta. Precisei ir na secretaria de saúde e disse da minha precisão, que estava em tempo de endoidecer e que a comida que não descia direito, ficava um entalo, querendo volta, foi quando se compadeceram e me mandaram; o mau hálito é o que mais incomoda e esse azedo como se tivesse mastigando direto um abacaxi e sendo quente.”

Figura 2. Percurso do Itinerário Terapêutico do Informante 2:



Fonte: Google maps, 2018.

No percurso descrito através do relato e transcrito para o mapa, visualiza-se a necessidade dos exames complementares em saúde e a interface com os deslocamentos até os espaços em que aqueles são realizados.

O que parece ser pontuado como dificuldade não é a realização desses exames, mas o retorno dos seus resultados e, nisso, a marcação da consulta de retorno, o que é determinado pelo fato de que os serviços conveniados para a realização dos exames localizam-se em áreas mais distantes das periferias onde funcionam as Unidades Básicas de Saúde e mesmo hospitais o que implica no esforço adicional dos usuários (o deslocamento e o custo financeiro do transporte) pela busca por um serviço, no seu entendimento, de qualidade melhor ou no que tange a este estudo, mais acessível (AZEVEDO; COSTA, 2010).

***Informante II:** “Eu sentia muita dor de cabeça desde adolescente, ia nos médicos que passavam remédio e com uma semana voltava toda dor de cabeça novamente. A primeira pessoa que procurei foi Clínico Geral aqui em Campina Grande no posto do Zé Pinheiro e lá encaminhada para o Centro de Saúde Francisco Pinto era consulta com Otorrino, que disse que meu caso era de Neuro, fui encaminhada para o HU, abaixo de Deus nunca mais senti dor de cabeça depois da Amitriptilina. Agora isso, procurei também igreja do Santo Antonio e até macumbeiro no Mirante que fez um despacho em cima da minha cabeça através de uma mulher que frequentava minha casa e dizia que isso era coisa espiritual, lá essa macumbeira colocou folha em minha cabeça e me deu um banho com uns matos, voltei lá umas quatro vezes e não fiquei boa. Fui depois para um rezador, na época ele morava nas Malvinas que me receitou uns banhos e oração, até passava a dor e o psicológico achava que estava curada da dor de cabeça e depois voltava tudo novamente. Na época eu não encontrei dificuldade nenhuma para chegar aqui no HUAC, hoje em dia é que tá difícil, já vim pedir três retornos com urgência para deixar no Posto e nada. A pessoa consegue marcar algo, através de amizade. Esse novo sistema tem dificultado demais, pois preciso entrar no sistema como primeira consulta mesmo tendo prontuário aqui.”*

continuamente apelar para a reorientação desse modelo em prol das redes integrais de cuidado (CARVALHO *et al.*, 2000).

Em grande medida, com essas reflexões, o intento é estabelecer um pacto pela saúde, na sua dimensão do pacto de gestão, em função da comunidade, estabelecendo-se, assim, a necessidade de desenhar redes regionalizadas de atenção à saúde, nisso envolvendo-se os meios de atenção holísticos e sistêmicos, com o objetivo de configurar relações cada vez mais intercambiáveis e vinculativas entre seres que primam pelo cuidado integral à saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas elaboram estratégias de enfrentamento ao adoecimento de acordo com suas concepções de saúde/doença, suas histórias de vida e os recursos econômicos, sociais e culturais disponíveis (relações familiares, de vizinhança, acessibilidade a serviços de saúde), isso se constituindo como expressões do Itinerário Terapêutico.

Entre os usuários dos serviços médicos oferecidos pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande-PB, temos que é nítida a percepção, por parte dos informantes, da extensão existencial do conceito de saúde, referida como sendo “tudo”, ao passo que doença é demarcada como sendo uma descontinuação, ora sub-reptícia, ora brusca na rotina do adoecido, como se aí se descortinasse uma nítida diferença de posturas quando “se está bem”, quando comparadas àquelas praticadas quando “se está doente”, não existindo, de parte dos entrevistados, qualquer constrangimento na concessão das entrevistas em que falaram sobre isso.

Críticas foram geradas quanto aos serviços de saúde e sua eventual dificuldade de acesso ou inacessibilidade, por parte da população usuária da referida Unidade de Saúde, sendo relatado que, até chegar aos serviços médicos comunitários, a população carente, seja urbana, seja rural, lança mão de medidas que, configurando o Itinerário Terapêutico, objetivam maneiras de autocuidado e de cuidado familiar que tanto podem ser reveladoras da existência de uma medicina popular (e de sua fácil acessibilidade), como das dificuldades de acesso a uma medicina acadêmico-científica.

Ficam, enquanto sugestões de ordem prática, a partir do que foi observado e analisado, as seguintes ponderações, no que se refere à ênfase estrutural da Rede Pública de Serviços em saúde: proporcionar formas de acesso e identificação aos ambulatórios de modo fácil, comunicável e por especialidades; efetivar pactuações entre os laboratórios de modo a oferecer determinados serviços no ambiente hospitalar, diminuindo assim incansáveis deslocamentos na possibilidade de realizar exames; descentralizar decisões de atendimentos, favorecendo que a população tenha plena participação na elaboração de estratégias para o Hospital. Na ênfase operacional: garantir maior cobertura de primeiras consultas a partir da Atenção Básica, agilizando marcações; proporcionar um acolhimento resolutivo que diminua o tempo de procura pela sala de atendimento que acaba sendo um obstáculo a mais até o atendimento médico; agenciar, a partir do fluxo de atendimento, formas de manter a referência e contra referência aos demais níveis de atenção à saúde.

Enquanto desafios para a realização deste trabalho, pode-se destacar a própria infraestrutura do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em que nos utilizávamos de antessalas para o atendimento ambulatorial, nem sempre confortáveis, para os pacientes e para o pesquisador; o contexto das perguntas fazia os entrevistados pensarem que se tratava de uma pesquisa de satisfação quanto ao Serviço o que levou ao necessário e prévio esclarecimento à tomada das entrevistas realizadas.

Outro ponto a ser considerado, foi o uso do jaleco, por parte do pesquisador: quando da tomada das primeiras entrevistas, por nos encontrarmos no espaço hospitalar, obrigatório o uso daquele Equipamento de Proteção Individual (EPI), o que aparentemente promovia a inibição por parte dos entrevistados, isso manifesto em falas de poucas palavras. A partir, porém, do momento em que passamos a tomar as entrevistas sem o uso do jaleco, o rendimento da conversa foi melhor, com mais falas, mais tempo de duração e menos manifestações de timidez, por parte dos entrevistados.

A partir deste trabalho, acreditamos que inúmeras vertentes de pesquisa podem ser propostas, por exemplo: uma análise mais exaustiva das Práticas Integrativas e Complementares (notadamente a recorrência à Fitoterapia e formas terapêuticas ditas “alternativas”) que atravessam as maneiras populares de cuidado nas comunidades; trabalhar mais profundamente o conceito de acessibilidade e a estrutura e funcionalidade do Sistema Único de Saúde; avaliar os Determinantes Sociais de Saúde de modo prático e como eles se desdobram nos distintos níveis de atenção à saúde; fornecer pistas de como o encontro clínico pode ser melhor conduzido e colaborativo; ampliar a forma de compreensão, na Formação Médica (e mesmo criar maneiras socioculturais de se visualizar a saúde e a doença para além de formas preconcebidas e oriundas do modelo médico-acadêmico); mapear áreas de risco epidemiológico a partir das consultas de pessoas procedentes de determinada comunidade e quais especialidades podem ser mais bem aproveitadas no íterim do Hospital Universitário; buscar mais possibilidades de perceber, nas entrelinhas do Itinerário Terapêutico, a potência que tal ferramenta dispõe para a compreensão dos processos individuais de busca de cura que refletem o pensamento coletivo sobre saúde.

Em face disso, que possamos perceber em cada indivíduo, no encontro terapêutico, a jornada que foi realizada e o quanto de impressões foram marcadas na compreensão pessoal do sofrimento, ora com resignação pessoal, ora com o apoio solidário nessa maratona existencial. Que possamos perceber a importância das redes de cuidado em saúde e o quanto seus fios, por mais discretos e sutis que sejam, amparam e sustentam cada indivíduo que,

doente, deve ser entendido como um colaborador em potencial para melhora do amparo que tal rede fornece ou deveria fornecer.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: São Paulo, EDUSC, p. 69-86. 2001.
- ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. Representações sociais masculinas de saúde e doença. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. (Org.). **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora, p. 99-128, 2011.
- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.133-136, 1999.
- ALVES, V.S.; NUNES, M.O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface comum. Saúde educ.*, Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun. 2006.
- AUGÉ, M. L'anthropologie de la maladie. **L'Homme**, Paris, v. 26, n. 1, p.81-90, 1986.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface-Comunic., Saude, Educ**, 2010.
- BARATA, R. B. **A historicidade do conceito de causa**. 2º ed. Rio de Janeiro, ENSP/ABRASCO, 1990.
- BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Paris: PUF, 1995.
- BARROS FILHO, A. A. De barbeiro a cirurgião do rei: a fantástica história de Ambroise Paré. **Boletim da FCM: Seção História e Saúde**, v. 2, n. 10, p. 245-249, 2007.
- BOCK, A. M. B. **Aventuras do Barão de Munchhausen na Psicologia**. São Paulo: EDUC, 1999.
- BOHM, David. **Ciência, ordem e criatividade**. Lisboa: Gradiva, 1989.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, n.36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: **Ministério da Saúde**, p. 162, Texto: página 19, 2013.
- BRASIL. Lei 8.080/90 – Lei 8.142/90 Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. Brasília: DF, out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos** (1999). 6ª Reimpressão. 40p. Ì - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad Saude Publica**, v. 7, n. 12, p. 7-17, 1996.

BUSFIELD, J. Assessing the overuse of medicines. **Soc Sci Med**, v. 1, n. 31, p. 199-206, 2015.

BUSS, P. M.; et al. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABRAL, A. L. L. V.; HERMÁEZ-MARTINEZ, A; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Therapeutic itineraries: Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 16, p. 4433-4442, 2011.

CAMARGO-JÚNIOR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPINA GRANDE. **Programa saúde da família: estratégia de implantação: proposta preliminar**. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 1994.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6º ed. São Paulo: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p. 507-515, abr-jun, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; et al. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

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

- DAIKOS, K. G. History of medicine: our Hippocratic heritage. **Int J Antimicrob Agents**, v. 29, p. 617-620, 2007.
- DAMÁSIO, A. **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano**. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.
- DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: Ediciones Copilco, 1984.
- FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços**. Projeto GERUS, 1996.
- FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, v. 3, n. 11, p. 285-94, 2008.
- FOULCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In Foulcault, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: graal, 2004.
- GAZZINELLI, M. F. C. et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 553-571, 2013.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.
- GILL, R. Análise de Discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.244-70.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai/jun, 1995.
- GOFFMAN, E. **Stigma: On the Management of Spoiled Identity**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963.
- GONZÁLEZ REY, F. L. **La categoría del sentido subjetivo y susignificación em l construcción del pensamiento psicológico**. História. Brasília: Universidade de Brasília, 2007.
- GUIMARÃES, M. B. L. et al. **Vigilância civil da saúde na atenção básica - uma proposta de ouvidoria coletiva na AP.3.1**: relatório apresentado à escola de governo em saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2005.
- HALPERN, J. **From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice**. New York: Oxford University Press, 2001.
- HUBER, M. et al. How should we define health? **British Medical Journal**, London, v. 1, n. 343, p. 4163, 2011.
- IBGE. **Censo Demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975
- KAHHALE, E. M. S. P; ROSA, E. Z. A construção de um saber crítico em psicologia. In: BOCK, A. M. B; GONÇALVES, M. G. (orgs.). **A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, p. 19-53, 2009.
- KLAASSEN, C.D. Princípios de toxicologia. In: GILMAN, A.G. *et al.* **Goodman e Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- LEMOS, E. M. B. C.; DANTAS, E. R.; CHAO, C. H. N. **De portas abertas para o lazer: a cultura lúdica nas comunidades de Bairro**. Campina Grande: EDUEPB, 2009.
- LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.269-293, 2001.
- LIMA, J. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.6, n.60, p.62-70, 2002.
- LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Regionalização da saúde no Brasil: Condicionantes e Desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG RT, S. M. A. S., (org.). **Regiões de Saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Editora Hucitec; p. 21-46, 2014.
- MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné – Melanésia**. São Paulo: Abril cultural, 1978.
- MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- MARQUES, A. A.; HENNINGTON, E. A. As repercussões da Doença de Chagas no contexto de vida e trabalho de usuários de instituto de pesquisa. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 215-224, jun, 2017.
- MARTINEZ, H. A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril, 2006.
- MASS É, R. **Culture et santé publique**. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur, 1985.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.

- MERHY, E. E.; FRANCO, T. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-Line, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/>>. Acesso em: 06. Out. 2018.
- MERHY, E. E. **O Cuidado é um acontecimento, e não um ato**. In: Conselho Federal de Psicologia. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília; 2006.
- MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- NASCIMENTO, M. V. N.; LEITE, C. C. A.; RODRIGUES, B. S.; SANTOS, I. A.; OLIVEIRA, J. O. D.; BITU, L. S. L. Práticas Integrativas em saúde: uma experiência da terapia comunitária na atenção básica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 6, p. 2586-2595, 2012.
- NETO, P. R. **A culpa é do jeitinho brasileiro**. São Paulo: Novos Talentos, p. 18, 2014.
- NUÑO, R. S. Un breve recorrido por la atención integrada. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 2, n. 1, 2008.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. New York , Mac Graw-Hill, 1971.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Violence against women**. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1997.
- PAIVA, F. S.; VAN STRALEN, C. J.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p. 487-498, 2014.
- PALMEIRA, I. P.; et al. Quando o preconceito marca mais que a doença. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 3, n. 8, p. 53-66, 2014.
- RABELO, M. C. M. Religião, Ritual e Cura. In: MINAYO, M. C. S.; ALVES, P. C. (Org.). **Saúde e Doença: Um olhar antropológico**. Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ. p. 47-56, 1998.
- RABELO, M. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.316-325, 1993.
- RIBEIRO, M. S. Medicina, ciência e ética: filosofar é preciso? **Rev. bras. educ. méd**, v. 2, n. 28, p. 156-63, 2004.
- ROCHA, S. V.; et al. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 19, n. 3, p. 191-195, 2013.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam. Salud Publica**, v. 3, n. 31, p. 260-268, 2012.

- SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** 2a Ed. São Paulo: Cortez Editora; 2000.
- SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências.** Porto: Afrontamento, 1987.
- SANTOS, D. S.; et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, n 22, p. 918-25, nov.-dez, 2014.
- SATO, L.; SOUZA, M. P. R. **Contribuindo para desvelar a complexidade da vida cotidiana através da investigação etnográfica em Psicologia.** *Psicologia USP*, v. 21, n. 12, p. 29 – 47, 2001.
- SAWAIA, B. A dimensão-ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. (Orgs.) **Novas Veredas da Psicologia Social.** (pp. 157-168). São Paulo: Brasiliense/EDUC, 1995.
- SILVA, C. R.; et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 1109-1120, 2017.
- TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis – SC, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr-jun, 2006.
- THRASHER, J. Pharmacologic Management of Type 2 Diabetes Mellitus: Available Therapies. **Am J Med**, v. 6, n. 130, p. 4-17, jun, 2017.
- TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.5, p.133-149, 2000.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.2, p.190-8, 2004.
- VALLA V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos.** São Paulo: Hucitec. Cap 1. p 39-62, 2001.
- VASCONCELOS, E M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 39-57, 1998.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA SAÚDE – UACS**

**PROJETO: NAS ENTRELINHAS DO ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO: REDES DE CUIDADO EM SAÚDE A
PARTIR DAS SALAS DE ESPERA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

FICHA DE CAMPO

1 – INFORMANTE NÚMERO: _____

O que você compreende por **saúde**?

O que você compreende por **doença**?

Como você chegou à conclusão que precisava de cuidados e quais?

3 – Identificar os recursos de tratamento mobilizados.

Para a solução do seu problema de saúde, por ordem, quem você procurou, antes de chegar até aqui? Por sugestão de quem? Quais as dificuldades que você encontrou?

Relato do Itinerário Terapêutico:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
 Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP
 Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.
 Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NAS TRILHAS DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: REDES DE CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS SALAS DE ESPERA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____ e inscrito no CPF _____, nascido(a) em ____ / ____ / ____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “NAS TRILHAS DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: REDES DE CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS SALAS DE ESPERA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como a promessa dos esclarecimentos às dúvidas, por mim apresentadas durante o decorrer da pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
 Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP
 Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.
 Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.



Estou ciente que:

- I) O estudo tem como objetivo investigar as práticas de cuidado nos processos de adoecimento através do que se caracteriza como sendo o Itinerário Terapêutico, descrito pelos entrevistados nas salas de espera ambulatoriais do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande – PB. Para realizar o estudo será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize a participar de uma entrevista.
- II) Os riscos da sua participação nesta pesquisa são eventual constrangimento apresentado pelo entrevistado, o que é evitado mediante o respeito, por parte do autor, ao desejo de não participação no estudo, por parte do entrevistado, sem prejuízos de atendimento médico deste, em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o(a) Sr.(a) receberá uma cópia.
- III) Os benefícios da pesquisa não são previstos benefícios financeiros para os participantes do estudo, embora, indiretamente, pelas possíveis críticas geradas aos serviços de saúde e sua eventual dificuldade de acesso ou inacessibilidade, sejam gerados benefícios à população usuária do Hospital Universitário da Universidade Federal de Campina Grande – PB, ao passo que, para seu autor, o grande benefício seja, estudando as práticas de cuidado existentes no percurso de adoecimento, compreender a experiência humana vinculada às práticas populares de cuidado.
- IV) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo; Será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
- V) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- VI) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VII) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
 Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP
 Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.
 Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.



VIII) Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento;

- () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e à Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande - PB, ____ de _____ de 2018.

() Paciente / () Responsável: _____.

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

 Edmundo de Oliveira Gaudêncio
 Psiquiatra
 Universidade Federal de Campina Grande
 Cel: (83) 999842273

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NAS TRILHAS DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: REDES DE CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DAS SALAS DE ESPERA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98532418.6.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.918.644

Apresentação do Projeto:

O Projeto aborda os caminhos percorridos (Itinerários Terapêuticos) pelos usuários do SUS até serem atendidos nos ambulatórios de especialidades médicas do HUAC/CG.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da Pesquisa é investigar as práticas de cuidado nos processos de adoecimento, através do Itinerário Terapêutico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e há meios de minimiza-los. Os benefícios são para os usuários, instituição e pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Pesquisa será realizada em salas de espera de pediatria e endocrinologia. As entrevistas serão feitas com uso de gravador, utilizando um roteiro (Ficha de Campo).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados e estão em conformidade.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.918.644

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1188421.pdf | 09/09/2018 16:33:14 | | Aceito |
| Outros | CARTAAGRADECIMENTOCEP.pdf | 09/09/2018 16:32:51 | JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETOPESQUISA.pdf | 09/09/2018 16:30:50 | JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DeclaracaodeAnuenciaSetorial.pdf | 25/07/2018 20:44:40 | JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TermodeAnuencialInstitucional.pdf | 25/07/2018 20:44:22 | JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 25/07/2018 20:42:43 | JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TermodeCompromissodeDivulgacaodos Resultados.pdf | 12/07/2018 14:42:07 | JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TermodeCompromissodoPesquisador.pdf | 12/07/2018 14:40:28 | JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRosto.pdf | 12/07/2018 14:36:09 | JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
 Bairro: São José CEP: 58.107-670
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.918.644

CAMPINA GRANDE, 26 de Setembro de 2018

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO II – Artigo formatado para ser enviado a uma revista conforme Art. 6º da Resolução N° 01/2016, que regulamenta a execução e avaliação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), em atendimento ao disposto no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina do CCBS/UFCG.

COMPREENSÃO DO CONCEITO DE SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NA BUSCA DE CUIDADOS DIANTE DO ADOECIMENTO POR PACIENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO²

Edmundo de Oliveira Gaudêncio ¹

José Olivandro Duarte de Oliveira ²

Ricardo Cabral Sales de Melo Filho ³

Maria Valquíria Nogueira do Nascimento ⁴

Mabel Calina de França Paz ⁵

¹Docente Associado I da Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, UFCG, Campina Grande – PB. Endereço: Rua Juvêncio Arruda S/N, Campus Universitário, Bodocongó, CEP: 58.429-600. Telefone: (083) 2101 – 1421. E-mail: edmundogaudencio@hotmail.com

²Discente do Curso de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, UFCG, Campina Grande – PB. E-mail: olivandro_duarte@hotmail.com

³Discente do Curso de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, UFCG, Campina Grande, PB. E-mail: ricardo.cabral84@gmail.com

⁴Docente da Unidade Acadêmica de Psicologia, UFCG, Campina Grande – PB. Endereço: Rua Juvêncio Arruda S/N, Campus Universitário, Bodocongó, CEP: 58.429-600. E-mail: valquiriarn@yahoo.com.br

⁵Docente da Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, UFCG, Campina Grande – PB. Endereço: Rua Juvêncio Arruda S/N, Campus Universitário, Bodocongó, CEP: 58.429-600. E-mail: mabelfranca@yahoo.com.br

RESUMO

Diante da variedade de recursos terapêuticos postos em prática nas Comunidades, a recorrência aos ambulatórios médicos de atenção secundária à saúde, são marcados pelas idas e vindas de pessoas que buscam atendimento e explicações para os seus processos de adoecimento. Isso posto, aqui investigamos a compreensão de saúde e suas

² Formatado com base nas diretrizes de submissão da Revista Saúde & Ciência OnLine.

repercussões na busca de cuidados diante do adoecimento, a partir de entrevistas colhidas em salas de espera de ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande – Paraíba. Para a consecução de tais objetivos, foi necessário o emprego de uma metodologia qualitativa de pesquisa, a qual consistiu fundamentalmente na aplicação de entrevistas, em salas de espera ambulatoriais, aos participantes. Com isso recuperou-se sobretudo, de um lado, as vivências dos entrevistados, suas aflições, angústias e estratégias de tratamento e sobrevivência e não tanto os aspectos clínicos das doenças por eles apresentadas combinando técnicas e, de outro, fomentou-se, nas salas de espera ambulatoriais, um espaço mínimo de escuta e reflexão sobre os problemas psicossociais e de saúde inerentes às malhas do adoecimento.

Descritores: Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Sala de espera ambulatorial.

UNDERSTANDING THE HEALTH CONCEPT AND ITS REPERCUSSIONS IN THE SEARCH OF CARE FOR ADVICE BY PATIENTS OF A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

In view of the variety of therapeutic resources put into practice in the communities, the recurrence of secondary health care clinics is marked by the comings and goings of people seeking care and explanations for their illness processes. This point, here we investigate the understanding of health and its repercussions in the search of care before illness, from interviews collected in waiting rooms of ambulatory of the University Hospital Alcides Carneiro in Campina Grande - Paraíba. To achieve these objectives, it was necessary to use a qualitative research methodology, which consisted mainly in the application of interviews, in outpatient waiting rooms, to the participants. With this, the interviewees' experiences, their afflictions, their anxieties and strategies of treatment and survival were recovered, on the one hand, and not on the clinical aspects of the diseases they presented, combining techniques and, on the other hand, a minimal space for listening and reflection on the psychosocial and health problems inherent in the disease meshes.

KEYWORDS: Health. Secondary Health Care. Outpatient waiting room.

INTRODUÇÃO

Os caminhos percorridos por pessoas que buscam atendimento em saúde é constituído por todos os movimentos desencadeados na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes como distrito sanitário ou uma regional de saúde (atenção primária, secundária e/ou terciária). Dito de outra forma, referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constroem uma determinada trajetória (1).

Ao afirmarmos que existe uma variedade de recursos terapêuticos nas malhas da comunidade, estamos nos referindo a um cotidiano em que serviços de saúde são marcados pelas idas e vindas de pessoas que buscam atendimento e explicações para os seus processos de adoecimento. No entanto, o modelo hegemônico de produção de cuidado, pautado na racionalidade médica e em padrões objetivistas, não raras vezes dialoga apenas com o corpo doente e, em consequência, desconsidera a história de vida e os processos subjetivos envolvidos no encontro clínico entre usuários e profissionais de saúde (2).

Nessa dinâmica, muitas vezes se perde de vista os processos mais sutis que se desdobram nessa peregrinação pela busca de amparo diante do sofrimento provocado pelo adoecimento e a compreensão de saúde por parte dos pacientes. A exemplo da construção de uma rede de apoio solidário em saúde, que se estende para além da oferta de serviços num território geográfico, temos que o Itinerário Terapêutico se insinua como um meandro complexo, apelando à implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes (3).

Logo, visualiza-se, na sala de espera, um espaço de escuta e ressignificação dos problemas psicossociais e de saúde na atenção secundária, enquanto contexto que antecede o atendimento formal da consulta, ali ocorre vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos (4).

Ao mesmo tempo em que se desdobra uma relação dialógica de produção de cuidado em saúde, pode-se dizer que a sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional associado ao tempo de atendimento que, não raras vezes, gera ansiedade, angústia, revolta, tensão, além de comentários negativos ou positivos no entorno dos serviços de saúde. Logo, é um espaço potencial para processos de educação popular em saúde que tome como partida a experiência do sujeito e não apenas a doença, em que pessoas possam dizer e se dizer, contar suas histórias, ouvir histórias de estratégias de cuidado em saúde, constituindo-se, por isso, como local privilegiado para a coleta de informações sobre o tema central deste trabalho (4).

Assim, objetiva-se nessa reflexão investigar a compreensão de saúde e suas repercussões na busca de cuidados diante do adoecimento, a partir de entrevistas colhidas em salas de espera de ambulatórios do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande – Paraíba

MATÉRIAS E MÉTODOS

A reflexão obedeceu aos princípios da pesquisa de campo qualitativa, constituindo-se como estudo sobre o Itinerário Terapêutico cumprido pelos usuários dos ambulatórios médicos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande – PB. Para realizá-lo, respeitados os dispositivos éticos, foram coligidas entrevistas junto àqueles usuários, em sala de espera ambulatoriais (ou seja, enquanto aguardavam atendimento clínico). Seus discursos, mediante prévio consentimento, foram gravados e, depois, transcritos, ocasião em que foram categorizados e analisados com vistas a estabelecer a compreensão do conceito de saúde e suas repercussões diante do adoecimento.

Tenderemos como perspectiva teórico-metodológica que fundamentou o presente trabalho a abordagem etnográfica (5), enquanto, para a análise do material discursivo, lançamos mão sobretudo de Bardin (6).

A população que constituiu a nossa amostra foi composta por pessoas acima de 18 anos, de distintos gêneros, que estivessem presentes nas salas de espera dos ambulatórios, entre 7h e 12h horas, no expediente matutino e entre 13h e 17h, no expediente vespertino, considerando-se apenas os pacientes de primeira consulta, não sendo entrevistados pacientes de retorno clínico. Os dias em que foram colhidas tais entrevistas eram os dias úteis, de segunda a sexta-feira, durante todo o período de tempo que foi demandado até obter-se a saturação de respostas, previsto no critério por nós adotado com vistas ao tamanho da amostra a ser estudada (Critério de Saturação) (7).

Salienta-se que tais entrevistas puderam ser coligidas após prévia aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição na qual foi realizado o trabalho, Projeto que foi devida e obrigatoriamente encaminhado e tendo apreciação favorável pelo parecer número 2.918.644.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os entrevistados contabilizaram um número de 16 (dezesesseis) participantes, em sua maioria mulheres 12 (doze), que referiam, enquanto profissão, “serem do lar” ou realizarem “bicos” de diaristas e 4 (quatro) homens que se disseram agricultores; as idades foram variáveis, mas a maior concentração (16 dos entrevistados) deu-se na faixa etária entre 30 a 59 anos. Enquanto etnia, prevaleceu a não branca, uma vez que eles se auto referiram principalmente como de cor morena e escura. Todos tinham ensino fundamental incompleto. A renda familiar de grande parte das famílias concentrava-se entre um e dois salários mínimos.

Deste ponto em diante apresentaremos as categorias conforme estabelecidas pelo refinamento da Análise do Discurso no que se refere a compreensão de saúde e suas repercussões diante do adoecimento.

Primeira Categoria: Conceito de Saúde

No que se refere ao produto discursivo dos que colaboraram com suas falas, iniciar-se-á por uma busca da compreensão do conceito de saúde referidos pelos entrevistados e entrevistadas que, de maneira humilde e honesta, expressaram-se por entre risos, ao se referirem à saúde, e faces pensativas, aludirem à doença.

Informante 2: *“Saúde é a gente viver bem; ter saúde é ser saudável.”*

Informante 6: *“É tudo na vida da pessoa, a pessoa sem saúde não é ninguém. Logo, tudo começa na saúde! Sem saúde, tá perdido. Eu me considero uma pessoa mais ou menos com saúde, pois tomo remédio de pressão e tenho sentido muita dor na cabeça, não sei se é preocupação, tenho muita ansiedade. Como eu trabalho em uma creche e tem muito evento, enquanto eu não ver aquilo se realizar eu fico agoniada. Chego a ficar sem dormir e tomo Lexotan e por conta própria.”*

Informante 15: *“Saúde é bem estar.”*

É nítida a ponderação por parte dos informantes do caráter expansivo do conceito de saúde, trazida como sendo “tudo”!, o que parece apontar para o conceito de Determinantes Sociais de Saúde, enquanto relação que os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais colaboram na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (8), sendo evidente a relação que a vida social do indivíduo implica na manutenção ou não de um estado de saúde dito minimamente estável. Quando, por outro lado, tal possibilidade se encontra ameaçada, apresentam-se

respostas que apontam para a desestabilização do estado harmônico de forma medicável, ou seja, praticam a auto medicação.

Com a “farmaceuticalização” verificamos, nitidamente, a obstrução dos canais quanto ao uso racional de medicamentos que, por sua vez, se caracteriza pela disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; pela dispensação em condições adequadas; pelo consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo estabelecido de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, isso fazendo parte de uma das diretrizes prioritárias da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (9).

Segunda Categoria: Saúde, Cuidado e Preservação da Saúde

Quando os/as entrevistados/entrevistadas falam sobre cuidado e preservação da saúde, verifica-se que tais conceitos dizem respeito sobretudo à prevenção de doenças a partir de ações individuais por meio de uma boa alimentação e prática de atividade física para o bem-estar e promoção de saúde, como pode ser visualizado nos seguintes discursos:

Informante 9: *“É tudo. É o bem estar da pessoa e de quem cuida da gente. Eu mesma, faço de tudo para cuidar de mim. Agora assim, qualquer coisa que aparece em mim, tomo logo coisa natural, limão com água, pois colocava na internet e dizia o que fazer.”*

Informante 10: *“É tudo! Sem saúde não somos nada. Eu mesma, estou me sentindo impotente. Tem dia que não tenho vontade de fazer nada, só a vontade de dormir e olhe que sou uma pessoa ativa.”*

Informante 13: *“Saúde é tudo, principalmente fazer dieta, educação física, comer nos horários certos e sendo alimentos saudáveis.”*

O auto cuidado insinua-se na configuração do conceito de saúde, sendo pertinente esclarecer que tal teoria tem fundamento (10), usando como embasamento os princípios de que os pacientes podem, devem e cuidam de si próprios. Tais atitudes implicam diretamente na autonomia e capacidade de construir, junto ao profissional em saúde, a forma de lidarem com os agravos ao bem estar.

Por outro lado, o recurso às plantas medicinais aponta para uma prática de cuidado milenar e, por vezes, além da ação terapêutica que tem sido continuamente provada através de muitas plantas utilizadas, expressando, também, a cultura dos povos, necessitando ser resgatada, valorizada e divulgada na comunidade científica, o que é contemplado nas Práticas Integrativas e Complementares, junto às quais o uso de fitoterápicos, aliado a outras práticas como Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda entre outras, é considerado parte da medicina convencional (11).

Terceira Categoria: Saúde e Medicina Acadêmica

Diante de uma consulta médica encena-se um encontro entre partes e, nisso, a relação médico-paciente, que data da medicina hipocrática, cuja meta era o puro benefício humano, tendo em vista a pessoa e não simplesmente a doença (12). Contudo, ao que parece, é dada mais ênfase à doença enquanto entidade clínica, do que ao adoecido, em seus processos psicossociais complexos.

Informante 8: *“É ter atendimento bom, né? A gente chegar em um hospital e ser atendido. Principalmente por pessoas muito bem educadas; tem gente que é bruto e ignorante que não sabem nem atender. Às vezes, a gente fala que tá com probleminha e tem deles que não olham nem para você, vai logo escrevendo, que nem tem tempo para conversar. Olha e entrega os exames na pressa, tudo na carreira. Podia dialogar, para saber qual problema que temos, para ver se a gente melhora cada vez mais, já que precisamos do SUS e não podemos pagar.”*

Informante 14: *“Saúde é tudo, primeiramente. Se cuidar, se tratar e ter que ir sempre ao médico. Eu, como tenho diabetes, tem que se corrigir de tudo.”*

Informante 16: *“Saúde é a base da vivência, do viver de cada um. Saúde não quer dizer só uma consulta é o geral. Pois, aqui entra o lazer e o cuidar.”*

Visualiza-se a nítida importância da empatia, conforme sinalizada pelo *Informante 8*, conceito tão caro aos profissionais da saúde e que remonta à sábia máxima, que evoca “curar ocasionalmente, aliviar frequentemente, consolar sempre” (13), isso demonstrando, de maneira palpável, os contornos da empatia. A empatia entre médico e paciente é importante porque deixa o último mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas, desdobrando-se na própria adesão ao tratamento (14).

Logo, é imperativo perceber que a situação da saúde no Brasil é evidenciada pela tripla carga de doenças, agendas não concluídas de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, a forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada e o diabetes mellitus, aqui tomado como exemplo, e para o qual dá-se ênfase sobretudo aos seus processos de agravamento.

Diante das categorias analisadas temos que, ao refletirmos sobre saúde, estamos diante de desafios, fragilidades, possibilidades e estratégias quanto à forma como conduzimos a prática de cuidar. A imagem de valises enquanto metáfora, elabora uma sensível forma de pensar como o trabalhador em saúde se desdobra diante de um atendimento aos usuários: 1) valise de mão, na qual estão presentes instrumentos como o estetoscópio, caneta, papéis etc., denominadas tecnologias duras; 2) valise da cabeça, a

qual contêm os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, pautados em tecnologias leves/duras; 3) valise das relações, como uma tecnologia leve, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, na qual se concretiza a construção de uma prática de cuidado preocupada com a formação de vínculos, acolhimento e responsabilização (15).

CONCLUSÕES

As pessoas elaboram estratégias de enfrentamento ao adoecimento de acordo com suas concepções de saúde/doença, suas histórias de vida e os recursos econômicos, sociais e culturais disponíveis (relações familiares, de vizinhança, acessibilidade a serviços de saúde), isso se constituindo como expressões do Itinerário Terapêutico.

Entre os usuários dos serviços médicos oferecidos pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande-PB, temos que é nítida a percepção, por parte dos informantes, da extensão existencial do conceito de saúde, referida como sendo “tudo”, ao passo que doença é demarcada como sendo uma descontinuação, ora sub-reptícia, ora brusca na rotina do adoecido, como se aí se descortinasse uma nítida diferença de posturas quando “se está bem”, quando comparadas àquelas praticadas quando “se está doente”, não existindo, de parte dos entrevistados, qualquer constrangimento na concessão das entrevistas em que falaram sobre isso.

Críticas foram geradas quanto aos serviços de saúde e sua eventual dificuldade de acesso ou inacessibilidade, por parte da população usuária da referida Unidade de Saúde, sendo relatado que, até chegar aos serviços médicos comunitários, a população carente, seja urbana, seja rural, lança mão de medidas que, configurando o Itinerário Terapêutico, objetivam maneiras de autocuidado e de cuidado familiar que tanto podem ser reveladoras da existência de uma medicina popular (e de sua fácil acessibilidade), como das dificuldades de acesso a uma medicina acadêmico-científica.

REFERÊNCIAS

1. Martinez H. A. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. 1º ed. Belo Horizonte: Abril; 2006.
2. Nascimento MVN, Leite CCA, Rodrigues BS, Santos IA, Oliveira JOD, Bitu LSL. Práticas Integrativas em saúde: uma experiência da terapia comunitária na atenção básica. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2012; (6): 2586-5.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Texto & Contexto Enfermagem. 2006; 15(2): 320-5.
5. Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné – Melanésia. 1º ed. São Paulo: Abril cultural, 1978.
6. Bardin L. L'analyse de contenu. 1º ed. Paris: PUF, 1995.
7. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71 (1): 228-233.
8. BUSS PM. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007; 17 (1): 77-93.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos (1999). 6ª Reimpressão. 40p. Ìl - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
10. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 2º ed. New York: Mac Graw-Hill, 1971.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. Daikos KG. History of medicine: our Hippocratic heritage. Int J Antimicrob Agents. 2007; (29): 617-20, 2007.
13. Barros Filho AA. De barbeiro a cirurgião do rei: a fantástica história de Ambroise Paré. Boletim da FCM: Seção História e Saúde. 2007; 2 (10): 245-249.
14. Halpern J. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. 2º ed. New York: Oxford University Press, 2001.

15. Merhy EE. O Cuidado é um acontecimento, e não um ato. In: Conselho Federal de Psicologia. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília; 2006.