JOSEF WALTER

**A Integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família- um aporte para
uma anamnese ampliada**

São Paulo
2015

JOSEF WALTER

**A Integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família- um aporte para
uma anamnese ampliada**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia, da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Formação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo

São Paulo

2015

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

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Walter, Josef.

A Integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família- um aporte para uma anamnese ampliada / Josef Walter ; orientador Maria Ercília de Araújo. -- São Paulo, 2015.

48 p.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Integralidade em Saúde. 3. Subjetividade. 4. Equidade. 5. Humanização. 6. Singularidades. I. Araújo, Maria Ercília de. II. Título.

Walter J. A Integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família - um aporte para uma anamnese ampliada. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus orientadores Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo e Prof. Doutor Celso Zilbovicius pela disponibilidade, atenção dispensada e dedicação. À Profa. Dra Yara Maria de Carvalho pelo auxílio prestado quando eu me encontrava sem uma definição clara sobre o trabalho e muito contribuiu nessa definição.

À minha esposa Ciça, meus filhos Lais e Giovanni, meus sobrinhos Maurício e Lígia pelo incentivo, compreensão, ajuda e encorajamento, durante todo este período.

À minha irmã Janete, ao meu cunhado Moura, tia Maria e aos meus primos pela amizade e companheirismo.

Aos meus colegas de mestrado, em especial nas pessoas de Alessandro e Géssica pela parceria.

Aos colegas de trabalho, enfermeiros Eliel, Robinson e Dani pela disponibilidade de permitirem minha presença no acolhimento.

Muito obrigado a todos!!!

“Eu sou o que vejo de mim em sua face.

Eu sou porque você é.”

(Provérbio da tradição Zulu – África do Sul)

RESUMO

Walter J. A Integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família - um aporte para uma anamnese ampliada [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2015. Versão Corrigida.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) nem sempre contempla a integralidade, apesar deste ser um princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), nas definições da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da legislação brasileira que ampliam o conceito de saúde, atribuindo ao processo saúde/doença as influências das determinações sociais. As profissões da saúde ainda funcionam com abordagem reducionista. Infelizmente, conceitos, definições e legislação não são suficientes para conscientizar e tão pouco transformar as práticas de saúde. Esse trabalho propõe a elaboração de um questionário anamnético ampliado focada em pacientes poliqueixosos, baseada na teoria de Fernando González Rey o que significa trabalhar com o enfoque histórico-cultural e subjetividade, portanto mais humanizado, a fim de experimentar outros modos de intervir no processo saúde/doença e romper sua abordagem fragmentada positivista visando contribuir para uma melhora na relação profissional/usuário na ESF. Para testar a efetividade do questionário, foi realizado um piloto que indicou ser importante para se alcançar os objetivos esperados, a necessidade da capacitação da equipe e a alteração nos processos de trabalho encontrados atualmente na ESF.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Integralidade. Subjetividade. Equidade. Humanização. Singularidade.

ABSTRACT

Walter J. Comprehensiveness in health care in the Family Health Strategy - a contribution to a larger history [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia;2015. Versão Corrigida.

The Family Health Strategy (FHS) does not always include comprehensiveness, although this is a structuring principle of the Unified Health System (SUS), the definitions of the World Health Organization (WHO) and the Brazilian law that expand the concept of health, assigning the health / disease process influences the social determinants. The health professions still work with reductionist approach. Unfortunately, concepts, definitions and laws are not enough to raise awareness and so little change health practices. This paper proposes development of an expanded Anamnesis questionnaire focused on many complaints patients, based on Fernando González Rey theory which means working with the historical-cultural approach and subjectivity therefore more human, in order to experience other ways of intervening in the health / disease and break its positivist piecemeal approach to contribute to an improvement in the professional / user in the FHS. To test the effectiveness of the questionnaire, a pilot test was performed which indicated it is important to train the staff in order to achieve the expected goals, as well as a transformation in the work processes found in the FHS.

Keywords: Family Health Strategy. Completeness. Subjectivity. Equity. Humanization. Singularity.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Ojetivo Geral	28
3.2 Objetivos Específicos	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 Bases Teóricas para Elaboração do Questionário	29
4.2 Público a Quem se Destina o Questionário	32
4.3 Local que Deve ser Aplicado o Questionário.....	33
4.4 Execução do Piloto	33
4.5 Aplicação do Piloto	33
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	35
6 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

O trabalho propõe apresentar um questionário para que o profissional da equipe de saúde da família, no processo de acolhimento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), aborde conceitos de subjetividade e determinação social de saúde, e assim, amparar diagnósticos e futuras condutas a serem desenvolvidas pela equipe multiprofissional em prol do usuário.

A ideia da dissertação surgiu por conta da sensação de que a integralidade do cuidado não é posta em prática nos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF); e ao contrário, geralmente os usuários são culpabilizados por seu adoecimento. Sou cirurgião dentista formado há 35 anos e profissional da ESF há dois anos. Anteriormente ao meu ingresso no serviço público de saúde, atuava em consultório privado em territórios tidos como periféricos na cidade de São Paulo. Percebi que a população por mim atendida em ambos os contextos de trabalho pouco ou nada diferem entre si, tratando-se invariavelmente de populações em condições econômicas desfavoráveis, com pouca ou nenhuma escolaridade, demonstrando por vezes carências sociais e de cuidado, portanto em situação de vulnerabilidade. Ao revisitar minha trajetória profissional e minha formação, percebi que o modo de atuação do profissional de odontologia se mostrava excessivamente normativa, e me incluo nessa visão de trabalho, a ponto de me colocar como detentor de saber, erigindo regras de “como se deve fazer”, “como se deve cuidar dos dentes”, as quais passam a controlar a vida do indivíduo, sem se considerar as determinações sociais implicadas, culpabilizando-o.

Um fato que marcou minha trajetória profissional e fez com que eu refletisse sobre a postura descrita acima, ocorreu num serviço de atendimento a pacientes portadores de paralisia cerebral. Uma avó cuidadora de seu neto demonstrava grande sacrifício para leva-lo ao serviço, desde a dificuldade de transporte público, de estar sozinha no cuidado do neto (assumiu a criação, depois de a filha ter ido embora) até no que diz respeito à odontologia (dificuldades para higienização oral) inerente à própria paralisia cerebral. O que me chamou atenção foi que a primeira coisa que o profissional fez ao fazer o exame clínico na criança foi criticar a escovação, desconsiderando toda dificuldade envolvida no caso.

Diante de tal fato, resolvi voltar aos estudos e busquei subsídio teórico em uma pós-graduação Lato *Senso* em Saúde Coletiva e da Família, para amparar

outras abordagens que não levassem em conta apenas o caráter biológico dos processos de adoecimento na relação paciente/profissional, que a meu ver, foram introjetados durante a minha graduação em odontologia.

Ainda em busca de mais conhecimento, surgiu a oportunidade de ingressar no mestrado profissional, compreendendo que dessa forma, poderia fomentar discussão e disseminação dessa visão mais humanizada de saúde com os demais colegas da equipe da ESF, por conta da minha atual inserção no serviço público como cirurgião dentista dessa equipe.

Assim, retornando a ESF, questiono que apesar das conceituações teóricas que apoiam a multicausalidade, os processos de trabalho no serviço ainda funcionam com a mentalidade unicausal, o que enseja uma incongruência na integralidade do cuidado, pois considera o usuário como um objeto, portador de uma doença e não um sujeito pleno, que tem uma história de vida que o configurou e que singulariza seu processo de adoecimento.

Após ingressar na ESF, percebi que não só a odontologia atuava de maneira reducionista e biocentrada, mas todos profissionais da equipe também, em flagrante contradição com as conceituações teóricas que configuram a ESF. Desta forma, surgiu a ideia de propor um questionário que não fosse restrito apenas a odontologia, mas que resgatasse o sentido humano contido nos pressupostos originais da estratégia, e, que tentasse propor um “novo” processo de trabalho para o cotidiano de todos profissionais que oferecem cuidados no serviço. Foi pensando no exposto acima que o questionário anamnético ampliado foi proposto para dispensar uma atenção diferenciada aos usuários, levando-se em conta a determinação social da saúde, que constitui as suas subjetividades, para ir ao encontro da integralidade do cuidado e ampliando a percepção sobre as suas condições de vida.

Em seguida, notando a frequência que certos usuários passam pela Unidade Básica de Saúde (UBS) um maior número de vezes que os demais, buscou-se na literatura algum subsidio para a compreensão desse fenômeno. Foi verificado que alguns autores denominam esses usuários como poliqueixosos, posto que estão em constante sofrimento, somatizando suas mazelas sociais ou “criando” doenças para minimizar suas carências e como consequência, em diversas oportunidades, são vítimas de iatrogenias. De qualquer forma, os serviços e os profissionais de saúde os classificam como “anomalias”, por não encontrarem resoluções satisfatórias para

seus padecimentos. As respostas que o sistema lhes oferece são apenas a medicalização ou pedidos de exames diversificados e complexos, que fazem com que eles continuamente retornem às consultas, reclamando da ineficiência dos tratamentos e da ausência de qualquer indicação dada pelos exames de um adoecimento oficialmente catalogado, tornando-se assim, um símbolo vivo da frustração de toda a equipe multiprofissional e deles próprios. Eles permanecem no limbo, perambulando para todos os lados, sem que seja dispensada uma atenção diferenciada a eles, que seria amparada no mínimo pelo princípio da equidade.

Para apoiar epistemologicamente essa ideia e através de levantamento bibliográfico o nome do pesquisador Fernando González Rey se mostrou adequado, por ele desenvolver um trabalho de pesquisa qualitativa e subjetividade, que apontou conformidade para a proposta pretendida de elaboração do questionário anamnético ampliado e também por trabalhar a subjetividade numa perspectiva histórico-cultural, que vem da mesma forma se ajustar com o propósito do trabalho, que busca um atendimento integral na atenção primária.

Essa proposta do questionário foi elaborada com a intenção de ser um instrumento para aproximar os profissionais da saúde dos usuários, visando uma relação mais humanizada, junto aos usuários políquelosos atendidos pela ESF. O que se coaduna à Política Nacional de Humanização (PNH), que tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e, novos modos de produção e circulação de poder (Brasil, 2009b).

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa uma das portas de entrada da população para o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo a atenção à saúde mais próxima possível de onde as pessoas moram e trabalham. A APS deve funcionar integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação. A APS refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas da população assistida (Giovanella; Mendonça, 2012)

No ano de 1994, o Ministério da Saúde propõe o Programa Saúde da Família (PSF), como busca pela efetivação da APS no Brasil, baseado em experiências regionalizadas no Nordeste do País. Com o aumento do número de equipes, houve melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade com o desenvolvimento de novas práticas de cuidado para intervir no processo saúde/doença. Em 1997 o PSF passa a ser política governamental, com a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF) (Neto et al., 2011).

A estruturação da ESF baseia-se em uma unidade de saúde de referência, território adscrito, de uma equipe multiprofissional composta minimamente de enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A partir do ano 2000 o cirurgião dentista, o auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal foram incorporados à equipe (Neto et al., 2011).

Na ESF desenvolvem-se ações individuais e coletivas, tanto na unidade de saúde durante as consultas, ou nos domicílios, escolas, associações comunitárias, igrejas e outros espaços comunitários. O cuidado prestado às famílias, usuários e comunidades envolve crianças, adolescentes, adultos e idosos nas diferentes situações do processo saúde/doença (Neto et al., 2011).

Na APS, em especial na ESF, trabalha-se visando à promoção e à prevenção de saúde. Se aposta nas mudanças de hábitos de vida e na transformação sócio/histórica e participativa das determinações sociais da saúde. As práticas são construídas a partir do princípio da integralidade e longitudinalidade do atendimento, focando-se as mais complexas dimensões do contexto social, familiar e comunitário, através do empenho da equipe multiprofissional (Ceron, 2013).

Como mencionado, uma das portas de entrada do usuário para o SUS (Sistema Único de Saúde) é APS. Através da sistemática do acolhimento, que é realizado geralmente pela equipe de enfermagem nas UBSs (Unidades Básicas de Saúde), - etapa que é proposta para a realização do questionário anamnético ampliado. Em que pese que numa clínica ampliada todos os profissionais possam fazer o acolhimento o serviço esta configurado para os enfermeiros o fazerem.

De forma ideal, o acolhimento deve ser estruturado com as seguintes características, segundo as Diretrizes Operacionais da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) (São Paulo, 2015, p. 27):

- Deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram a UBS, de modo universal e sem exclusões.
- Deve organizar-se para assumir a função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta adequada, sendo capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde dos usuários, minorar danos e sofrimentos e responsabilizar-se pela resposta, mesmo que esta seja oferecida em outros pontos de atenção da rede.
- O acolhimento não deve ser apenas um lugar de escuta, triagem de risco e encaminhamento, mas um espaço onde usuário estabelece vínculos de seguimento e referência. De forma a qualificar a relação trabalhador/usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.
- Estrutura física adequada para o atendimento;
- Equipamentos adequados;
- Equipe de profissionais capacitada e que compreenda a necessidade de reestruturar o processo de trabalho no serviço;
- Sistematização das ações, de modo a reduzir ao mínimo as etapas burocráticas e necessidades de deslocamentos para o consumo de serviços;
- Redução das dificuldades e obstáculos para o atendimento do usuário no próprio serviço;
- Presença de elementos necessários ao diagnóstico e tratamento no local.

Segundo (Franco et al.,1999), deve-se reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo médico centrado para uma equipe multiprofissional de acolhimento, que se encarregue da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Teixeira (2003) propõe no acolhimento o reconhecimento do outro como um legítimo outro; o acolhimento num serviço de saúde deve ser compreendido como uma rede de conversações, ou seja, todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades. O acolhimento precisa ser dialógico, o reconhecimento de cada sujeito

como insuficiente; o sentido de cada situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

Para Tesser et al. (2010), a proposta do acolhimento teria duas vertentes que são fundamentais: uma ética e política, em que se almeja melhorar a postura dos profissionais no contato com os usuários; e outra de gestão e de modelo assistencial, que visa reformular a burocracia ao melhorar o acesso e as ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica, facilitar o cuidado interdisciplinar. São necessárias estas duas vertentes em conjunto para viabilizar e concretizar o acolhimento. Isso pressupõe novos processos de trabalho, bem como novas formas de organizar e gerir esse trabalho. O autor critica o acolhimento que atende de forma biocentrada medicalizando as demandas, levando em conta apenas a doença.

No diálogo entre a equipe da ESF e usuários, as soluções para os problemas de saúde são encontradas, pois, às vezes, o desabafo presente numa relação de respeito pode propiciar soluções para dificuldades. Dessa forma, percebe-se que existe a possibilidade do conhecimento técnico ser acrescido ao conhecimento popular e que haja a integração à cultura do usuário. Destarte, a troca de conhecimentos poderá ocorrer desde que a equipe de saúde apresente sensibilidade para a escuta, compreenda as necessidades de saúde. Os trabalhadores de saúde são convidados para o constante desafio de repensar seus processos de trabalho, valores e reestruturação do serviço voltado para as necessidades do contexto social em que a equipe está inserida (Coelho et al., 2009).

Na conversação é que a diferença na forma de perceber a doença vem à tona e que vão se estabelecer a relação entre o profissional de saúde e o usuário. Como as visões de mundo do profissional e do usuário são diferenciadas, influenciadas pela cultura de cada grupo social e pelas experiências pessoais, quando expostas frente a frente, podem provocar uma situação de choque cultural se não houver um preparo adequado. Os profissionais de saúde para serem efetivos e poderem, de fato, exercer impacto positivo nos indicadores epidemiológicos, devem necessariamente atuar de maneira adequada e estarem adaptados às culturas dos grupos sociais a quem prestam atendimento (Muller et al., 2007). Já não se admite que os profissionais de saúde tratem apenas a doença isoladamente desvinculando o paciente de seu meio cultural e social específico.

O processo de adoecimento é uma experiência que não se limita exclusivamente às alterações orgânicas, mas é uma construção onde a cultura e os

contextos sociais exercem um papel marcante. É essa resposta subjetiva frente à doença que acaba sendo contraposta, nos serviços de saúde onde geralmente há uma visão biomédica de doença no momento em que um usuário passa a ser alvo das suas intervenções. É sob essas bases que se estabelece uma comunicação entre culturas diferentes. Dessa forma percebe-se que o entendimento do usuário sobre a sua doença difere da concepção dos profissionais da saúde. A relação entre o profissional e o usuário é geralmente, uma relação de poder desigual, onde o primeiro organiza as suas ações, impondo certos padrões de conduta em relação aos cuidados com a saúde, que nada mais é do que a culpabilização do paciente pelo seu próprio adoecer, se não seguir os padrões de conduta impostos. Geralmente também não são levados em conta a determinação social de saúde e a subjetividade (Caprara; Rodrigues, 2004).

Os sentidos subjetivos que se organizam no momento em que o usuário tem o diagnóstico de uma doença não têm relação apenas com o adoecimento, mas também com toda sua experiência de vida. Nenhuma influência social atua de forma linear e direta no individual, mas organiza-se em produções de sentido subjetivo que permitem compreender os desdobramentos de diferentes experiências para a pessoa. A maneira de encarar o processo de adoecimento é, em grande parte, resultado dos recursos subjetivos do usuário e, por sua vez, tem impacto nos processos de subjetivação, pois permite que o usuário crie alternativas próprias para viver o seu adoecimento (Mori; González Rey, 2011).

Os usuários que buscam os serviços de saúde relatam as suas percepções no acolhimento, com a elaboração subjetiva do atendimento a suas necessidades reais e simbólicas, apresentando aspectos de caráter emocional atrelados ao sofrimento físico (Coelho et al., 2009).

Para ajudar a entender o processo do adoecimento, o conceito de doença foi subdividido em três termos. O termo *disease* para referir-se a conceitualização de enfermidade (ponto de vista médico); o termo *illness* para designar a experiência subjetiva da doença, a vivência e o sofrimento individual; e ainda se utiliza um terceiro termo *sickness* para designar a percepção da doença pelo ambiente sócio/cultural do usuário. Esses aspectos podem ser utilizados para integrar um conceito dinâmico de saúde, sem reduzir-se a uma definição negativa (ausência de *disease*, *illness* ou *sickness*). Esse conceito pôde ser construído afastando-se um pouco do positivismo hegemônico, que impera na saúde e se aproximando do

humano, incluindo-se aí a subjetividade. O caráter subjetivo é indissociável do conceito de saúde (Bagrichevsky et al., 2003).

Ainda no que diz respeito ao processo de adoecimento, deve-se levar em conta uma construção teórica que possibilite a articulação de diferentes registros de organização do fenômeno humano. Pode-se avançar na compreensão sobre o processo saúde/doença, como processo de sentido e de significado configurado de maneira multicausal, o que implica o reconhecimento da pessoa como sujeito e não como reflexo de outros processos que a constituem. Assim como o reconhecimento do social como algo que integra os diferentes momentos individuais e configura-se nos diferentes contextos e relações humanas (Mori; González Rey, 2011).

Outro aspecto a se considerar na relação profissional/usuário é a culpabilização do doente pelo seu adoecimento (como citado anteriormente), um bom comportamento pode ter o significado de dar direito ao prêmio de evitar sofrimentos futuros e viver-se mais tempo. Um mau comportamento conduz à punição de sofrimento e encurtamento de vida. Aqueles que não aderem ao caminho que conduz ao ideal de vida prolongada e saudável podem ser responsabilizados e, portanto, levarem consigo sentimento de culpa por serem causadores de seus males ao se exporem sem os devidos cuidados, aos riscos à saúde (Castiel, 2011). Nessa perspectiva, a escolha comportamental e por estilo de vida saudável, ou seja, o controle pelo desvio dos riscos é de responsabilidade do indivíduo. Essa responsabilização reduz a pressão exercida sobre o sistema público e ao mesmo tempo em que neutraliza problemas sociais, associam comportamentos saudáveis a valores mercadológicos, mercadorias passíveis de consumo individual. Atualmente, a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual, feita de acordo com possibilidades (Ortega, 2004).

O retrato do atendimento médico na atualidade é onde a atenção à saúde continua desconsiderando as percepções subjetivas que cada usuário apresenta sobre o seu adoecimento, as expectativas desse nem sempre são satisfeitas e essa é uma dificuldade que deve ser compreendida pelos profissionais, que insistem em tratar patologias e não pessoas que apresentam determinadas situações e que, portanto, necessitam cuidados singulares. Por exemplo, embora se saiba que as pessoas possam se tornar diabéticas, hipertensas, adquirirem dentes cariados ou doenças periodontais, por uma série de razões que podem ser tanto imunológicas,

genéticas, emocionais ou sociais, esses geralmente são reduzidos a uma dimensão fisiopatológica (Stotz, 1993). A forma como os profissionais olham a saúde das pessoas e explicam o adoecimento está baseado, quase sempre, apenas nos aspectos biológicos, do corpo, conhecimento que fundamenta a medicina alopática predominante nos serviços de saúde (Martins; Stauffer, 2007).

A associação da doença como um aspecto unicamente biológico e a relação exames/medicamentos com a efetividade do tratamento é tão forte, que acaba sendo um jeito naturalizado de todas as pessoas explicarem a saúde e a doença, não só os profissionais de saúde. Quando alguém vai ao médico, e este não pede exame ou receita remédio, as pessoas estranham (Martins; Stauffer, 2007). Outro exemplo usualmente observado é quando os trabalhadores da saúde, culpabilizam os usuários por procurarem o serviço de saúde com uma demanda restrita à consulta médica ou receita, esses deveriam refletir se não foi, em geral, essa resposta restrita a oferecida para as diferentes demandas desses usuários (Campos; Bataiero, 2007). Estas situações mostram novamente que não é apenas o profissional de saúde que explica os problemas de saúde dessa maneira. Acaba sendo um modo de olhar as coisas, uma concepção de saúde/doença que faz parte de toda a sociedade (Martins; Stauffer, 2007). Como resultado desse senso comum e, portanto dos serviços de saúde, formou-se entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma associação ilusória entre uma boa assistência vinculada apenas aos insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas (Franco; Magalhães JR, 2004). Nessa lógica, a saúde transformou-se em um bem mercantil (Ortega, 2004).

Não obstante, no 1º parágrafo da constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (feito na cidade de Nova Iorque em 22 de Julho de 1946), o termo saúde é definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (World Health Organization, 1948). Assim como na definição da OMS, a legislação brasileira também amplia o conceito de saúde, considerando-a como um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes como, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte lazer, acesso a bens essenciais (Brasil, 2009a). Entretanto, as políticas de saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocaram a prioridade no controle da morbidade e mortalidade (Fleck et al., 1999), mostrando a contradição entre a abordagem da

multicausalidade do processo saúde/doença e a maneira reducionista que os profissionais de saúde lidam com o paciente, cuidando apenas da sua doença.

Uma política de saúde que foge a generalização de apenas controlar morbidade e mortalidade é a Política Nacional de Humanização (PNH), que aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política e entre produção de saúde e produção de subjetividade (Brasil, 2009b).

Os usuários buscam ser reconhecidos como seres humanos iguais, sendo diferentes em suas singularidades pelos profissionais de saúde e este reconhecimento não ocorre sem uma comunicação efetiva, importante no atendimento. Isso está relacionado à integralidade e humanização da atenção, que são princípios fundamentais em qualquer profissão na área da assistência à saúde. Contudo para que a abordagem da pessoa doente seja de fato integral e humanizada, a cultura torna-se um aspecto indissociável, relativizando os valores da subcultura biomédica e não transformando a diferença em hierarquia, em superiores e inferiores ou em bem e mal. Deve-se, então, buscar entender o outro a partir de seu próprio contexto. Assim, além de garantir competência na sua área técnica, os profissionais de saúde devem ser igualmente competentes para reconhecer a diversidade em cada subgrupo que compõem a nossa sociedade. Sem que com isso o profissional de saúde tenha de abrir mão do saber técnico/científico que dispõe, mas sim busque a articulação do conhecimento biomédico ao sistema de representações populares referentes ao processo saúde/doença, de forma a obter os resultados positivos na recuperação dos agravos (Caprara; Rodrigues, 2004).

Embora os problemas da relação usuário/profissional sejam, na teoria, amplamente conhecidos e discutidos, na APS ocorre o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário (Merhy, 1997). A clínica compreendida em fala e escuta foi sendo ao longo do tempo substituída - por pressão do sistema, pela prescrição pura e simples e por uma breve relação entre o profissional e o usuário. O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os

principais recursos de diagnóstico e terapia. A falta de cuidado com o outro gera um excesso de encaminhamentos para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário (Merhy, 1997). Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, sua subjetividade (uma história de vida), que são também determinantes no seu processo de adoecimento.

Como tentativa de minimizar esse distanciamento entre usuário e profissional e o insucesso da clínica apenas centrada no biológico o trabalho busca ir ao encontro da integralidade do cuidado. Segundo Mattos (2004), a defesa da integralidade significa que, as práticas em saúde no SUS devem ser intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente o diálogo. O princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro.

A integralidade do cuidado começa pela organização dos processos de trabalho e é principal questão a ser enfrentada. Para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. O processo de trabalho carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve/duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário. Mudar o modelo assistencial requer um equilíbrio das tecnologias de cuidado de acordo com o caso, a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho que vise às tecnologias leves e leve/duras é a condição para que o serviço seja produtor de cuidado (Merhy, 1997).

Na APS em especial na ESF, a atenção deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais que são fundadores da clínica. A propedêutica e um projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, deve ser levada ao limite das suas possibilidades,

deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico (Franco; Magalhães Junior, 2004).

Todo profissional é procurado por um doente devido a algum problema de saúde: sofrimento ou queixa. Para o usuário, a dimensão, o significado, as verdadeiras causas de seu problema e sofrimento são geralmente desconhecidas. Sua limitação no trato autônomo do seu sofrimento e/ou sua impaciência para esperar uma remissão espontânea são motivos para a procura do profissional de saúde. Os doentes esperam e valorizam um compartilhamento simbólico e um acolhimento emocional na relação com o profissional. Isso é importante para que uma reorganização simbólica possa acontecer juntamente com o tratamento (eficácia simbólica). É o doente o foco de atenção primordial e final do saber e fazer do profissional de saúde. Quanto mais integral, a interpretação produzida sobre o universo trazido pelo doente, maior será a intimidade da relação com o doente, o pacto de cura, a comunicabilidade da interpretação/ação e, assim, a eficácia simbólica.

A integralidade, nesse sentido, está ligada à missão ética/social de auxílio para curar ou minimizar processo de adoecimento do usuário enquanto pessoa e à função que o saber especializado, sua articulação interna e seu uso, desempenham nessa missão. Quanto mais integral a abordagem (ampla, detalhada, global, profunda, sofisticada, precisa e acurada a interpretação do profissional), maior será a completude (a extensividade e a veracidade da interpretação construída). Consequentemente, melhor será o diagnóstico e mais eficaz, precisa, harmoniosa e sustentável poderá ser a ação terapêutica. A integralidade deve ser um objetivo permanente dos profissionais de saúde, nunca o bastante atingível, porém sempre perseguida (Tesser; Luz, 2008).

Um sentido prático para mudanças no processo de trabalho que busque a integralidade é proposto por Ayres (2012, p. 69), que dispôs o processo em quatro eixos inter-relacionados na organização da atenção à saúde:

1. Eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios fisiopatológicos do organismo, sem descuidar destas;

2. Eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não fragmentar as ações, mas, ao contrário, criar associações que favoreçam e otimizem o desenvolvimento das ações, tanto na perspectiva da racionalização meios e fins, como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades;
3. Eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no item 1;
4. Eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam de pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas.

No processo de trabalho, deve-se olhar para o usuário como sujeito, que tem sua subjetividade constituída através das interações sócio/culturais e a determinação social de saúde. É muito importante que se estabeleça uma relação de confiança e vínculo entre esses e os profissionais de saúde da UBS.

Para Cunha (2004) a clínica é sempre uma interação complexa entre sujeitos, na verdade um encontro entre dois sujeitos singulares: um profissional e um usuário; uma equipe e um usuário ou uma equipe e um sujeito coletivo (uma família, ou uma comunidade). Com esse olhar ele entende a clínica com um viés político e subjetivo muito forte. Quanto mais distante do modo do atendimento hospitalar e de urgência, que por natureza são biocentrados e quanto mais próximo do atendimento ambulatorial, mais presentes estarão as outras forças de determinação dos sujeitos, assim, ele justifica a proposta de um modelo de clínica ampliada. O autor entende que a novidade de seu trabalho estaria em negar a preponderância de qualquer elemento *a priori*. O elemento mais importante em cada momento define-se na singularidade e subjetividade dos sujeitos e instituições imersas na relação, cada sujeito tem um modo peculiar de adoecer, não se deve instituir a mesma terapêutica para sujeitos distintos que tenham a mesma doença, seus processos de adoecimento são distintos também. Esse pensamento vai ao encontro com a proposta do questionário anamnético ampliada com outro enfoque epistemológico,

porém, com a mesma problematização, um incomodo com os processos de trabalho da APS (Cunha, 2004).

As singularidades dos sujeitos requerem uma anamnese ampliada o que não ocorre rotineiramente na atenção à saúde, pois essa se baseia apenas na doença e não olha para o usuário, o sujeito que passa por um processo de adoecimento, e não é considerado em todas suas contradições e muito menos no sentido que ele constrói para o seu processo de adoecimento. Não existe, portanto, o usuário da UBS, mas sim os usuários. A abordagem dos profissionais deve considerar as diferenças existentes entre cada sujeito que procura o serviço e ser flexível no atendimento. O atendimento engessado não permite se aproximar do sujeito, e dificulta o profissional numa orientação ou intervenção no que se refere à eficácia, se distanciando da integralidade do cuidado. Uma intervenção bem-sucedida em um usuário, não pode ser replicada exatamente da mesma maneira em outro, pois esse outro sujeito/usuário tem outras necessidades, outra história e sua subjetividade foi constituída por outras condições sociais e culturais (Bock et al., 2011; Moura; Ribeiro, 2015).

Barros já discutia o cuidado em saúde bucal na APS, com foco na escuta, acolhimento e vínculo, e observava a divergência que ocorre entre clínica e saúde coletiva e fazia a proposição que se leve em conta a subjetividade nos encontros com usuários que procuraram a UBS para tratamento odontológico. Valorizando os encontros, antes de abordar propriamente as queixas odontológicas. Mais um trabalho que percebe que a valorização da subjetividade é muito importante para se buscar a integralidade do cuidado (Barros; Botazzo, 2011).

A subjetividade do sujeito constitui-se em um momento de subjetivação dentro dos espaços sociais (UBS), em que atua e ao mesmo tempo é constituído dentro desses espaços na própria processualidade que caracteriza sua ação dentro deles. A ação está sempre comprometida direta ou indiretamente com inúmeros sistemas de relação (usuário/profissional de saúde, profissionais de saúde/profissionais de saúde). A vivência em múltiplos espaços sociais é uma expressão da capacidade de extensão e crescimento do sujeito. Essa capacidade entra permanentemente em contradição com as formas rígidas e autoritárias que se orientam a prescrever tudo o que o sujeito deve fazer (relação com profissional de saúde) tolhendo sua criatividade e sua capacidade geradora. Uma das maiores barreiras no acerto de um diagnóstico é a comunicação (linguagem) entre profissional e usuário. A linguagem e

o pensamento se expressam a partir do estado emocional de quem fala e pensa. A linguagem no sujeito ocorre plena de sentido subjetivo, traduz emoções e ao mesmo tempo gera emoções (intersubjetividade) em seu constante movimento pelos espaços sociais e suas representações. O sujeito representa um momento de contradição e confrontação (dialético) não somente com o social, mas também com sua própria constituição subjetiva que representa um momento gerador de sentido de suas práticas. A saúde física e mental está muito relacionada à capacidade do sujeito de produzir sentidos. Cabe ao profissional atuar de maneira a se colocar na perspectiva do sujeito (alteridade) e alcançar o sentido que o sujeito atribui ao seu processo de adoecimento (Mori; González Rey, 2011).

A construção do questionário anamnético ampliado pode ser fundamentada na Psicologia Sócio-Histórica, fundada por Lev S. Vigotski (1896 – 1933), que é baseada no interacionismo e no estudo da subjetividade como fruto do social. Entende que o desenvolvimento do ser humano só é possível por conta de suas interações com o meio social. Para isso, Vigotski adota o método elaborado por Karl Marx (1818 – 1883) e Friedrich Engels (1820 – 1895), o materialismo histórico e dialético, que entende que a realidade se dá por meio de uma tríade formada por tese, antítese e síntese e, desta forma, a matéria está em constante transformação, pois forças e ideias opostas atuam dialeticamente, formando um terceiro fenômeno (tese/realidade). Este processo jamais se esgota, uma vez que este novo elemento estará interagindo com outros e, de forma dinâmica, construindo a realidade. Neste jogo de oposições que se complementam, o homem se diferencia da natureza por ser o único ser a transformar o meio através de uma atividade consciente motivada por suas necessidades e é assim que o homem também é transformado e se desenvolve, na interação com a natureza (Bock et al., 2011; Moura; Ribeiro, 2015).

A Psicologia Sócio-Histórica afirma que toda a sociedade é baseada em diversas contradições, que são forças opostas que são parte da mesma coisa e são chamadas de unidade de contrários. Burguês e proletário é uma contradição do sistema capitalista e, mais que isso, uma contradição dos nossos tempos que é fundamental para entender a constituição da subjetividade. Outras contradições são, por exemplo, indivíduo e sociedade, direitos e deveres, liberdade e responsabilidade, etc. São forças opostas, contraditórias, mas que são partes da mesma coisa e uma só existe com a outra, formando uma unidade. A dialética permite que não se veja somente um elemento ou outro, mas que se compreenda o

todo e que as contradições possam ser exatamente o foco do estudo. Por isso, a Psicologia Sócio-Histórica costuma dizer que todo ser humano é histórico, social, cultural e único. A compreensão de social e único só é possível pela dialética, que permite o entendimento destes dois elementos juntos (Bock et al., 2011; Moura; Ribeiro, 2015).

O que Vigotski fez, a partir do materialismo histórico e dialético, foi compreender a subjetividade, ou seja, trazer este método para a Psicologia, entendendo que a subjetividade se dá por meio das condições materiais, da história e das contradições que compõem a realidade e os próprios sujeitos. Conjuntamente, o nome Psicologia Sócio-Histórica ou Histórico-Cultural, como chama Gonzalez Rey, contribuiu para o debate da questão do sujeito e da subjetividade ao defender a noção de sentido pessoal, gerando uma distinção entre a dimensão social e coletiva do significado e a dimensão subjetiva do sentido, além de elaborar o seu marco conceitual criando uma distinção entre a subjetividade individual e a subjetividade social (Bock et al., 2011; Moura; Ribeiro, 2015).

González Rey propõe uma nova configuração teórica e metodológica para psicologia, fundamentada na epistemologia qualitativa e na questão do sujeito, personalidade e da subjetividade. Para ele, a subjetividade é a constituição da psique no sujeito individual e é integrada também pelos processos e estados característicos a este sujeito em cada um de seus momentos de ação social, os quais são inseparáveis do sentido subjetivo que tais momentos terão para ele (Bock et al., 2011; Moura; Ribeiro, 2015).

Na sua elaboração teórica, González Rey defende que a subjetividade está organizada por séries e conformações que se interpenetram sempre e estão em constante desenvolvimento e atrelados à inclusão simultânea do sujeito em outro sistema igualmente complexo, que é a sociedade, dentro da qual o sujeito tem de seguir os desafios e contradições de se desenvolver através de sistemas diversos, nos quais ele não é mais que um dos elementos constituintes, sistemas que não se organizam propriamente de acordo com as necessidades atuais de organização e desenvolvimento de sua subjetividade individual (González Rey, 2003).

Desse modo, o sujeito precisa encontrar formas de relação e de ação compatíveis com a organização e desenvolvimento de sua subjetividade individual e com sua inserção nos diferentes sistemas de relações em que se constitui. Este é um processo permanente de crescimento ou involução, e a ele o autor atribui, nas

múltiplas e contínuas reconfigurações da subjetividade, um caráter social e histórico. O autor não se refere à subjetividade como um fenômeno homogêneo nem unidimensional, mas como um sistema processual. Apresenta uma concepção sistêmica do funcionamento psicológico, permanecendo a ideia de um sujeito individual ativo, centrado nas suas (re) configurações subjetivas e autônomo em relação ao outro; de um sujeito que gerencia constantemente uma organização funcional própria e apresenta um desenvolvimento sistêmico que tende à estabilidade (González Rey, 2005). Psique, personalidade, subjetividade, configurações subjetivas, sentidos subjetivos são vistos como sistemas que têm formas de organização próprias e se apresentam relativamente estáveis, e cujo sentido é gerado pelo sujeito, pois o sentido é uma produção subjetiva, uma vez que não se define pela ação direta de um evento social (Molon, 2011). Na sua proposta, o autor distingue a subjetividade individual e a subjetividade social, observando que simultaneamente a subjetividade se expressa em nível social como constituinte da vida social. O sujeito é um elemento constituinte da subjetividade social e, simultaneamente, constitui-se nela.

O pensamento dialético inspira a teoria histórico/cultural da subjetividade, não pelas sínteses finais das contradições, mas pelo desenvolvimento contraditório de sistemas complexos, que são distantes do equilíbrio e que se organizam no curso contraditório de sua própria processualidade, destacando-se a subjetividade e a sociedade. A formação de um homem constituído subjetivamente em sua própria história define a categoria sujeito. Essa categoria assume uma importância para a compreensão do seu pensamento, porém não apenas um pensamento cognitivo, mas sim como uma processualidade de sentidos que sofre implicações de suas emoções, emoção é uma das características que estão mais envolvidas no processo do adoecimento (González Rey, 2003).

Desta forma, através de pesquisa bibliográfica, o nome do pesquisador Fernando González Rey, psicólogo social que trabalha com a psicologia histórico-cultural, se mostrou propícia para a elaboração do questionário. A abordagem utilizada por Gonzalez Rey procura levar em conta as relações que ocorrem com os sujeitos nos diversos espaços sociais de suas vidas, onde ocorrem as subjetivações de maneira contínua e que sempre vão dando, de modo inexorável, novos sentidos aos sujeitos (*ad eternum*).

A psicologia histórico-cultural também é muito crítica ao positivismo, que é hegemônico na área da saúde, portanto poderá ser de muita valia para auxiliar esse grupo de usuários que não encontram amparo no sistema configurado para a doença e não para o processo de adoecimento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um questionário anamnético ampliado que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde, que contemple questões sociais e subjetivas do usuário e que na rotina do acolhimento dos serviços invariavelmente não são atingidos.

3.2 Objetivos específicos

- Selecionar critérios de subjetividade que são importantes para melhor compreensão do adoecimento do usuário;
- Elaborar o questionário baseado na metodologia de González Rey;

4 METODOLOGIA

4.1 Bases teóricas para elaboração do questionário

O questionário anamnético ampliado foi baseado na teoria do pesquisador Fernando González Rey, que a desenvolveu apresentando uma nova visão da pesquisa qualitativa, orientada para a compreensão da subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural, sua epistemologia é baseada em três princípios (Mori VD, González Rey FL, 2011, p.101):

1. O conhecimento é produção construtivo-interpretativa, ou seja, “o conhecimento é uma construção, uma produção humana” O papel do investigador nesse processo é o de alguém que pensa e produz conhecimento no confronto das suas ideias com o momento empírico em que a teoria não está pronta, mas se constrói em permanente tensão com o momento empírico. Assim, a interpretação não se organiza com base em categorias universais para dar conta dos processos que aparecem no curso da investigação. A interpretação é uma construção do pesquisador, em que a teoria é um instrumento do investigador no processo interpretativo, que atua como “marco de referência que mediatiza o curso das construções teóricas do investigador sobre o objeto”. A pesquisa nesse modelo não esgota o problema, mas gera novas zonas de sentido (representa uma forma de inteligibilidade sobre a realidade que se produz na pesquisa e não esgota a questão, mas abre possibilidades para diferentes aprofundamentos na construção teórica), abre novas possibilidades para construção teórica com relação ao problema abordado, passa-se de lógica da resposta para lógica da construção.

2. A produção de conhecimento tem caráter interativo, “a pesquisa é um processo de comunicação, um processo dialógico”. Saímos de modelo que busca resposta enquadrando a expressão do sujeito em limites fechados, que empobrece sua expressão para a relação com o sujeito em um sistema conversacional, que permita a ele se envolver no processo dialógico e se expressar livremente. A comunicação é via de construção de conhecimento, pois por meio dela, a pessoa se expressa, implicando-se no processo da pesquisa e possibilitando o aparecimento de diferentes processos de sentido subjetivo que caracterizam a expressão desse sujeito. Com isso não queremos afirmar que conheceremos diretamente os sentidos subjetivos organizados na produção da pessoa, mas que eles irão emergir por vias indiretas durante o processo dialógico.

3. O conhecimento não se legitima pela quantidade de sujeitos pesquisados, mas pela qualidade de sua expressão, sobre a qual é desenvolvido o modelo teórico e os significados produzidos no curso da pesquisa. A pessoa na sua

constituição subjetiva é única, assim como a qualidade de sua expressão, pois as diferentes configurações subjetivas singulares nos permitem desenvolver uma representação abrangente dos sentidos subjetivos que se organizam em relação aos sentidos subjetivos configurados na experiência de adoecimento: um estudo de caso um determinado problema, por meio da qual podemos estudar a dimensão subjetiva desse problema. Desse modo, saímos de investigação que vê a pessoa como entidade objetivada para outra, que a percebe numa relação de recursividade entre social e individual produzindo emocionalidade diferenciada, de acordo com o momento de sua experiência.

Assim, não se busca processos padronizados, mas a participação dos sujeitos em processo dialógico em que estes se motivem por meio da comunicação pesquisador/sujeito. Ocorre a construção de um modelo teórico hipotético que vai ser a base das hipóteses em andamento na pesquisa, pois as informações não têm versão final da realidade em si, mas constituem a fonte para o processo de produção de conhecimento. A produção de informação não está associada à significação estatística, mas à qualidade da interação pesquisador/sujeito, que permite que o espaço relacional se constitua como cenário de pesquisa com base nas necessidades das pessoas envolvidas nele. O pesquisador se posiciona constantemente em relação ao momento empírico, sem que, com isso, pretenda chegar a verdades universais ou encontrar categorias estabelecidas *a priori* no processo. Isso se dá com o desenvolvimento permanente de suas ideias, movido pela tensão entre o momento empírico e sua produção intelectual, que se organizam em sistema de significações que não são evidentes, explicitamente, nos processos pesquisados. O pesquisador atua no processo de interpretação definindo certos elementos e formas de expressão da pessoa como significativos para abrir hipóteses, que no curso da informação estudada vão se transformando em afirmações teóricas fundamentadas por novas evidências ou vão dando passo para outras hipóteses. Esses elementos são definidos por González Rey como indicadores que se mantêm em fluxo e processo durante a pesquisa. Nesta forma de pesquisa as categorias não aparecem naturalizadas como entidades que tem um valor em si mesmas. Esta forma de pensar rompe a representação da psique centrada em elementos passíveis de serem descritos de forma geral (Mori; González Rey, 2011).

Foi elaborado um questionário aberto para ser utilizado como uma anamnese ampliada, sendo que ele não será empregado com o intuito de analisar as respostas

de forma padronizada e estatística. O que se almeja é, ao mesmo tempo, obter informações sobre o grupo social a que os usuários pertencem e também sobre suas singularidades, de forma que as informações auxiliem a compreensão do processo saúde/doença de modo individualizado, mas sem negligenciar o sentido que o usuário constrói para a sua doença, que apesar de subjetivo, carrega aspectos sociais, econômicos, culturais e históricos.

O questionário segue a proposta teórica de Fernando González Rey que apresenta as seguintes exigências (González Rey, 2012, p.52):

- As perguntas são abertas e orientadas para facilitar a expressão ampla das pessoas estudadas; tais perguntas não estão orientadas a respostas, senão a construção do sujeito ao redor do tema tratado;
- As perguntas devem formar um sistema que responde a uma estratégia orientada a buscar diferentes aspectos de informação que se complementam entre si e que permitem uma representação abrangente do que se pretende conhecer no questionário;
- As perguntas combinam a busca por informações de forma direta e indireta sobre o estudado. A informação direta aparece na tomada de posição intencional do sujeito em relação aos aspectos explícitos das perguntas, enquanto a informação indireta aparece nos elementos significativos da fundamentação das respostas;
- O número de perguntas é relativamente pequeno;
- O questionário não conduz a resultados concretos, mas informações que se integram a outras fontes e instrumentos utilizados na pesquisa;
- A aplicação do questionário deve ser realizada somente depois que se desenvolva um clima facilitador para a participação das pessoas envolvidas e depois que estas pessoas tenham assumido sua participação na pesquisa.

4.2 Público a quem se destina o questionário

Observa-se que há uma quantidade significativa de usuários que frequentam em maior número de vezes a UBS. São pacientes políexos, que já fizeram inúmeros exames complementares e passaram por diversos especialistas sem que se constatasse algum processo de adoecimento catalogado pela biomedicina. Estes pacientes formam um grupo de usuários que consomem uma grande quantidade de recursos e ficam perambulando pelo sistema e em muitas oportunidades passam a ser vítimas de iatrogenias, causadas por medicalização sem necessidade e exames

complementares de diagnóstico, muitas vezes invasivos e também desnecessários (Guedes et al., 2009; Tesser; Luz, 2002).

Pensando neste público e no princípio da equidade, o trabalho propõe para eles um questionário anamnético ampliado, que propiciara uma anamnese ampliada para auxiliá-los de forma singular no entendimento de seus padecimentos e que, para tanto, contemple as subjetividades e as determinações sociais de saúde que as configuram, juntamente com suas culturas e suas histórias de vida.

4.3 Local que deve ser aplicado o questionário

O questionário deve ser aplicado na sala do acolhimento, na consulta de enfermagem, como é configurado atualmente o serviço para recepção dos usuários apesar de qualquer profissional de nível superior da equipe de ESF poder aplicá-lo. Os dados obtidos serão discutidos nas reuniões de equipe para ajudar compreensão do processo de adoecimento do usuário, trazendo o maior número de informações das suas realidades e definir propostas de ação adequadas a cada caso.

4.4 Execução do piloto

A execução do piloto tinha o objetivo de verificar a pertinência e compreensão das questões, que foram desenvolvidas com objetivo de levar em conta a subjetividade dos sujeitos (usuários) poliqueixosos e que auxiliassem em uma melhor conduta de intervenção nos seus processos de adoecimento. Três colegas enfermeiros da ESF foram escolhidos, por meio de uma conversa de sensibilização individual sobre a proposta do questionário anamnético ampliado. Cada enfermeiro tinha o objetivo de entrevistar ao menos três pacientes distintos. Foi escolhido o momento oportuno para realização do questionário, nas horas de menor demanda, para que houvesse tempo necessário para aplicá-lo, também conciliei meus horários de atendimento a fim de participar como observador.

Para a realização do piloto foi estipulado que cada enfermeiro aplicaria o questionário à pelo menos três usuários diferentes, na expectativa de minimizar os erros de avaliação do questionário que poderiam acontecer em decorrência das particularidades (subjetividades) de cada entrevistador e/ou entrevistado.

4.5 Aplicação do piloto

A aplicação do piloto evidenciou as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde e pelos usuários em estabelecer um canal de comunicação que contemplasse as questões sócio culturais, emocionais e subjetivas, abordadas pelo questionário, que podem vir a ser cofatores das alterações fisiopatológicas dos usuários e, muitas vezes desconsiderados por esses e pela equipe multiprofissional. Na prática, notou-se que o estabelecimento de um clima facilitador para a aplicação do questionário não aconteceu devido a vários fatores: solicitação constante do profissional enfermeiro para várias atividades da rotina da UBS, por exemplo, na cobertura de colegas em férias ou faltosos, acarretando uma sobreposição de tarefas o que interrompeu muitas vezes o fluxo da conversa quebrando o clima de empatia, assim como, o aumento da demanda espontânea e o cumprimento de novas metas estipuladas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que coincidiu com a realização do piloto.

Ressalto ainda que a sensibilização e o entendimento da proposta do questionário, por parte dos colegas enfermeiros, ficaram aquém do esperado, sendo ainda necessário um investimento maior nesse sentido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Apresentação dos critérios de subjetividade escolhidos

O questionário proposto é subdividido em cinco áreas temáticas que foram elencadas a partir da compreensão do pesquisador como sendo abrangentes da determinação social de saúde e da subjetividade, ou seja, como o sujeito vive a doença:

- 1- Processo de Adoecimento
- 2- Moradia e Ambiente
- 3- Relacionamentos
- 4- Como a Vida Transcorre
- 5- Trabalho

5.2 Elaboração do questionário

O questionário elaborado apresenta a seguinte estrutura:

Processo do adoecimento
Como eu posso te ajudar?
Por que você acha que está com esse problema de saúde?
O que você acha que pode ser feito para melhorar sua saúde?
Moradia e ambiente
Como você se sente na sua casa?
Você percebe algum risco na sua casa?
O que você gostaria de contar sobre o local em que reside?
Relacionamentos
Mora com sua família?
Como é a relação com seus familiares?
Qual a pessoa que você tem mais afinidade?
Como a vida transcorre
Como você descreveria a sua vida?
Como você se sente em relação a sua vida?
Como você imagina o seu futuro?
Trabalho
Como se sente em relação a sua atividade profissional?
Quanto tempo você leva para ir e voltar ao trabalho?
Você relaciona sua qualidade de vida ao seu trabalho?

As questões expostas são meramente norteadoras e buscarão se possível relação entre os temas, no sentido de entender como se constituiu o processo de adoecimento, além da explicação biomédica, para auxiliar o usuário na superação do seu padecimento. De acordo com a sensibilidade do profissional, ele pode perceber se alguma das áreas temáticas, somadas ao fator biológico, se sobressai e tem influência marcante no processo de adoecimento, e a partir de então aprofundar o questionário nessa temática específica.

Por exemplo, se uma hipotética usuária hipertensa, cuja pressão não é controlada mesmo ela tomando a medicação corretamente e na aplicação do questionário vem à tona que a paciente está com o filho preso, uma nova abordagem terapêutica deverá ser instituída além da medicação. Desta forma, se aprofundará o questionário dando ênfase às questões que o profissional de saúde percebeu como relevantes ou formular-se-ão novas questões ligadas ao tema “Relacionamentos”.

É importante ressaltar que através do questionário busca-se acessar o caráter subjetivo presente na experiência do adoecimento e uma tentativa de olhar para a totalidade do sujeito, o que vai ao encontro de outro princípio do SUS, que é a integralidade. Esta metodologia de “entrevista”, voltada para a singularidade de cada indivíduo, permite compreender de maneira mais ampla como o usuário significa a realidade circundante, o que proporciona mais recursos aos profissionais responsáveis pelas estratégias de tratamento/acompanhamento. Entretanto, este questionário é apenas parte do processo de um acompanhamento que visa acessar a totalidade do sujeito, mas que, isolada de outras estratégias, pode ser considerada insuficiente para cumprir o seu objetivo.

Por conta disso, é necessário que seja dada continuidade a este processo e que o usuário que passou por este acolhimento ampliado possa ser acompanhado longitudinalmente pelos profissionais da equipe multiprofissional. Este processo se daria nas discussões feitas em equipe, nas quais poderiam ser elaboradas estratégias para o auxílio e a transformação do modo de vida do usuário, através da atuação, por exemplo, na intersetorialidade, bem como a partir do pensar as possibilidades de encaminhamento do caso. É importante colocar aqui que através do questionário anamnético ampliado pode ser acessada uma dimensão do sofrimento humano que é, em geral, negligenciada pelo método tradicional, que se prende muitas vezes nos sinais e sintomas orgânicos. Parte-se do senso comum

de que um usuário que perambula pelo sistema constantemente pode estar em sofrimento, e a atitude de buscar a UBS pode ser um pedido de ajuda. Ao invés de medicá-lo ou dispensá-lo, fazendo-o buscar a outros recursos do sistema, através do questionário proposto busca-se compreender a origem deste sofrimento a partir dos sentidos que o sujeito constitui para as suas relações sociais, para as suas condições materiais e para a sua própria história.

Embora Gonzalez Rey proponha este método de entrevista para ser aplicado em uma pesquisa qualitativa, é possível experimentá-lo como método de anamnese também, pois, ainda que em contextos diferentes, o objetivo de ambos é o mesmo: acessar os sentidos do sujeito compreendendo-o como singular, histórico e social para elaborar estratégias que possam transformá-lo e auxiliá-lo no enfrentamento das suas questões sem classificá-las como físicas ou psíquicas, mas como questões de um “sujeito total”, seguindo o caráter monista da psicologia histórico-cultural.

Para que o questionário esteja alinhado com o que está sendo proposto e com os princípios adotados da psicologia histórico-cultural, principalmente de Gonzalez Rey, é preciso justificar os temas abordados no questionário anamnético ampliado, uma vez que estes precisam estar de acordo com a proposta de investigação do sujeito/usuário que chega à UBS. Neste aspecto, é preciso que o questionário acesse as contradições deste indivíduo, pois é nelas que se poderão elaborar hipóteses de como o sujeito vive o seu adoecimento/sofrimento.

Em relação ao tema “Processo de adoecimento”, a investigação propõe compreender como o usuário atribui sentido a origem do seu padecimento, o que ele espera do profissional da saúde e que estratégias ele próprio consegue pensar para a superação do seu estado de saúde. Estes aspectos são fundamentais, pois permitem analisar os recursos que ele possui para o enfrentamento de sua situação desfavorável e também, compreender o seu contexto sócio/cultural, pois ele explicará a sua doença a partir do que foi subjetivado nos ambientes em que viveu. Além disso, é importante compreender a expectativa que o usuário coloca na intervenção do profissional de saúde, pois esta percepção por parte do profissional o permite utilizar-se disso para que o usuário colabore com o tratamento proposto, para entender que talvez, o que o usuário esteja buscando, não seja aquilo que a UBS pode oferecer e então, procurar encaminhá-lo a regulação ou até para entender melhor a demanda exigida e conseguir explicar o tipo de trabalho que será feito com ele – muitas vezes diferente daquele que ele espera.

No que diz respeito ao tema “Relacionamentos” e “Moradia e ambiente”, a investigação busca compreender um pouco das condições materiais do usuário (objetivas) vinculadas às suas relações cotidianas (sociais e subjetivas) e como o sujeito é constituído por ambas. A partir desse ponto, é possível abranger e estabelecer uma teia de relações deste usuário, compreendendo o seu ambiente e as suas relações de confiança, o que deve ser considerado no momento de elaborar um projeto terapêutico, pois da mesma forma que as relações podem ser um motivo central do adoecimento, estas também podem ser ponto crucial na recuperação e o trabalho com a equipe multiprofissional deve considerar tais relações – entendendo família como um núcleo familiar, uma teia de relações de dependência – como essenciais na constituição dos sentidos que este usuário atribui ao seu processo de adoecimento.

Em relação ao tema “Como a vida transcorre”, a investigação busca compreender as significações que o sujeito constitui em relação à sua vida, do modo mais amplo e considera os caminhos que o sujeito irá percorrer ao ser questionado nesse tema. Neste sentido, a pergunta norteadora “como você descreveria a sua vida?” se propõe a não direcionar o sujeito a qualificar sua resposta de acordo com o que o profissional pergunta, mas de deixá-lo livre para falar o que acredita ser mais relevante. Assim, permite-se analisar e elaborar hipóteses dos motivos pelos quais o usuário focou-se mais em determinado aspecto de sua vida, pois da maneira como é questionado, ele pode enfatizar tanto um aspecto afetivo, quanto um objetivo ou relacional e, *a posteriori*, o sentido dos temas levantados, aquilo que aparece espontaneamente, pode ser analisado, principalmente se integrado aos outros temas do questionário.

Assim, na questão como você descreveria sua vida, o objetivo dessa pergunta é o mesmo, de não direcionar a resposta do usuário e, com isso, a análise da resposta pode ser feita com base no sentido que é trazido por ele, e o sentimento expresso terá um significado e deve ser considerado o porquê de o usuário tê-lo trazido naquele contexto, ao profissional de saúde. Ainda sobre o mesmo tema, há duas perguntas que permitem investigar o que o usuário concebe como um modo real e possível, dentro das condições concretas de sua vida. Se o usuário falar o que ele mudaria em sua vida, permite compreender como ele imagina “uma vida melhor” a partir de sua própria perspectiva e considerando as condições objetivas em que

ele está inserido e, assim, essa pergunta é um facilitador para o profissional pensar em que recursos a UBS ou a regulação teriam para contribuir com essas mudanças.

Os planos para o futuro têm um aspecto parecido no sentido de investigar como o usuário concebe uma “vida ideal”, porém é mais abrangente que isso, uma vez que mesmo que ele acredite que muitos aspectos da sua vida devem mudar, ele pode não ver nenhuma perspectiva para essa mudança. Desse modo, o plano de futuro do usuário tem muito a ver com as suas condições do presente e em como ele compreende a gravidade do seu estado de saúde, das suas condições de vulnerabilidade e de todos os aspectos da sua vida. Este ponto do questionário dá uma perspectiva geral dos problemas e das possibilidades de enfrentamento do usuário e também aparece como um material bastante rico para análise.

É curioso que é possível que apareçam contradições importantes. Por exemplo, o usuário pode dizer que não vê nenhum risco no modo como vive, que é feliz com a sua vida e que tem boas relações familiares ou de amizade e tudo bem com o trabalho. Entretanto, pode dizer que mudaria diversas coisas no tema “Como a vida transcorre”, o que talvez demonstre uma contradição entre “satisfação” e “insatisfação” e são em pontos como esse que se deve estar atento para compreender o que pode ter constituído esta significação contraditória, levando em conta todos os aspectos da vida subjetiva e objetiva do sujeito.

O tema “Trabalho” foi escolhido por compreender que muitos processos de adoecimento são constituídos nesse local e é o ambiente social onde as pessoas passam o maior tempo de suas vidas, portanto, é preponderante na constituição da subjetividade dos sujeitos.

Não obstante, tenha sido esclarecido e justificado os temas escolhidos no questionário, as perguntas são meramente norteadoras e o profissional responsável por sua aplicação deve ter clareza disso e sensibilidade para compreender os caminhos percorridos pelo usuário e poder elaborar questões de acordo com o andamento da conversa. Da mesma maneira, se o profissional acreditar que não é relevante fazer algumas perguntas colocadas neste questionário, que pode funcionar apenas como um roteiro, caberá a ele decidir, pois ele deve estar preparado para a imprevisibilidade da entrevista, já que esta proposta busca superar a lógica de que o mesmo modelo serve para todas as pessoas e se coloca justamente na oposição disso, compreendendo que há uma relação empática entre profissional e usuário e que a metodologia para a produção das informações se dá pelo diálogo que, se

engessado, não irá abarcar a totalidade do sujeito em questão e dificultará a elaboração de estratégias verdadeiramente satisfatórias e transformadoras.

5.3 Avaliação do piloto

O piloto se mostrou difícil de ser executado, pelo simples fato dos processos de trabalho ainda não contemplarem essa abordagem. É cada vez mais cobrado o cumprimento de metas e preenchimento de planilhas o que encurta o tempo que poderia ser destinado aos usuários. Além disso, embora o acolhimento seja bem conduzido, na UBS, dentro das circunstâncias, os profissionais de saúde quando se deparam com problemas que requerem o concurso da regulação ou a intersetorialidade, encontram barreiras quase intransponíveis impostas pelo sistema e não conseguem trazer respostas adequadas. A ESF como instrumentalização da APS deveria ser a oportunidade para que se tivesse em conta o usuário como um sujeito pleno, que carrega consigo uma história de vida, porém, o que ocorre invariavelmente é o oposto, se objetivando esse usuário e desqualificando-o, mesmo sem, que muitas vezes, haja a percepção dessa ocorrência pelo profissional que o atende.

A aplicação do questionário demonstrou que os usuários não esperavam como respostas para o seu processo de adoecimento esse tipo de abordagem. Normalmente eles querem remédios ou exames; e quem os fez agir dessa forma foi o próprio sistema condicionando-os. Os usuários que estão em situação de maior vulnerabilidade, nem sempre conseguem relacionar seus problemas de saúde com as determinações sociais que os afetam e, os profissionais que os assistem, optam por um atendimento mais superficial e ligeiro, afastando o vínculo e a empatia tão necessários para um bom entendimento do caso e acerto diagnóstico. A seguir são apresentadas algumas histórias que eu presenciei que se destacaram na tentativa de aplicação do piloto:

O médico pode sentir a necessidade, devido ao tempo escasso entre as consultas, de pedir ao paciente com muitas queixas que defina a principal e deixe as demais para consultas posteriores por falta de tempo. Ele tem quinze minutos para consultar cada paciente e formular uma hipótese diagnóstica.

Foi relatada ainda a história de um senhor de 73 anos que vem a UBS praticamente todos os dias. Ele não escuta bem e sempre tem uma queixa ou necessidade. O médico da equipe disse que ele deve ter em casa pelo menos uns quinhentos comprimidos de analgésicos. Seus familiares pediram para que ele não fosse mais atendido. Como mandar embora um idoso da UBS, que está gemendo ou reclamando de dor na frente dos demais usuários, que nada sabem da história. Pode-se supor, excluindo uma demência senil, que este senhor vá diariamente a UBS por carência de atenção e, se houvesse uma conversa com ele e seus familiares, apesar de seu problema auditivo, poder-se-ia chegar a alguma solução que pelo menos diminuísse sua queixa/dor.

Outro caso interessante, narrado foi de uma moça de 27 anos que veio a unidade buscar material de curativo para seu marido, com 27 anos também, que tem uma úlcera varicosa e faz curativo desde 2010. Uma história que precisa ser mais bem entendida, mas que a paciente não quis se aprofundar porque estava com pressa para pegar o material e ir embora logo.

Mais um caso de destaque foi o de uma senhora de 75 anos que sofreu uma queda há dois meses e, cuida sozinha do marido com Alzheimer e que ainda não resolveu seu problema. Foi à Assistência Médica Ambulatorial (AMA), onde realizaram uma radiografia que nada esclareceu. Como a AMA não pode solicitar exames foi orientada a voltar a UBS para o médico de família, que solicitou uma ultrassonografia. Vendo que iria demorar, a usuária fez o exame por conta própria e este indicou um rompimento de ligamentos. Até o momento da escuta, dois meses depois da queda, a senhora ainda não tinha iniciado nenhum tratamento específico. Isso pode ser a gênese de um paciente poliqueixoso, criado pelo próprio sistema?

Seria interessante que se realizasse no futuro um trabalho longitudinal utilizando-se o questionário. Para que isso aconteça a equipe deveria ser motivada e qualificada a utilizá-lo, possibilitando posteriormente a avaliação quantitativa do impacto propiciado pela sua utilização na frequência dos usuários poliqueixosos à UBS.

A partir da análise das respostas do questionário proposto, é esperado que haja um resgate por parte das equipes envolvidas, da determinação social como fator de subjetivação de suma importância no processo saúde/doença, assim como, deverá ocorrer um estreitamento do vínculo entre os profissionais da equipe.

Entendendo a subjetividade e singularidade dos sujeitos há uma melhor compreensão de suas necessidades de saúde, que muitas vezes não são as mesmas que o sistema oferece. Além disso, espera-se que o entendimento do modo de viver dos usuários impeça os profissionais de os culparem por seus processos de adoecimento e reflitam antes de se eximirem de suas responsabilidades. E também, que ao longo do tempo o restabelecimento da saúde seja mais eficaz e duradouro, o que resultará na diminuição da frequência de idas a UBS desses usuários, uma vez que o vínculo torne-se mais estreitado e o atendimento mais acolhedor.

Provavelmente haverá casos em que a proposta não surta nenhuma influência. Porém, mesmo nestes casos, o questionário é uma tentativa de se quebrar ou pelo menos atenuar o paradigma positivista com que habitualmente é entendido o processo saúde/doença. Em suma, entender o processo saúde/doença como gradiente que sofre interferências de acordo com o viver dos sujeitos.

6 CONCLUSÃO

A utilização da metodologia proposta pode auxiliar o usuário a ser considerado como um sujeito/cidadão pelos profissionais de saúde. Contudo, o teste piloto mostrou que, existem ainda dificuldades para a compreensão da mudança paradigmática desta relação. Na maioria dos casos, esse quadro é um reflexo que o próprio sistema impõe: processos de trabalho viciados, a visão medicalizante dos atores envolvidos e a falta de empatia e diálogo entre as partes. A aplicação do questionário anamnético ampliado pode ser uma bela ferramenta de aproximação da integralidade do cuidado, do que preconiza ESF, PNH e da equidade, mostrando que a singularidade dos sujeitos deve ser valorizada.

Alguns fatores frustraram realização do piloto do questionário anamnético ampliado, particularmente vivemos um momento econômico financeiro dentro da saúde e de cobranças quantitativas, ainda que se apregoe uma mudança da qualidade da atenção. Isso evidencia ainda mais a insatisfação e a dualidade angustiante vivida pelos profissionais da saúde que temem não cumprir metas estabelecidas e atender de forma superficial aos usuários ou deixam de cumpri-las para atendê-los de forma mais abrangente sob pena de perderem o emprego.

Uma observação interessante também é que os profissionais de saúde, quando investidos de funções burocráticas no seu trabalho cotidiano, cumprindo suas obrigações de cidadãos nas suas tarefas ordinárias, podem chegar a cometer desvios éticos e morais em nome da burocracia. O usuário passa a ser um estorvo para se cumprir bem essas tarefas.

Afinal qual o objetivo do serviço senão a saúde do usuário, que vem procurar ajuda para amenizar seu sofrimento e encontra, na maioria das vezes, profissionais que mal olham nos seus olhos porque estão preenchendo papéis.

E o que dizer dos profissionais e conselhos de classes que se calam e não se rebelam diante disso. O que faz pensar que a pessoa investida de poderes burocráticos não percebe o mal que pode estar causando ao seu semelhante ou, se percebido, persistir se escondendo atrás das normas. Quantas pessoas morrem ou são vítimas de iatrogenia por cumprimento de normas institucionais? O quanto são ineficazes e onerosos esses serviços prestados à população?

Quem são os responsáveis por essa situação? Os detentores do poder, que determinam diretrizes inexecutáveis, apenas por interesses eleitorais. A saúde não deveria mudar de diretriz a cada eleição. E quem cumpre as ordens? São as pessoas (profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde, auxiliares técnicos administrativos), que tenham sido devidamente fortalecidas e legitimadas pela autoridade superior, que geralmente nunca trabalhou na APS e, portanto, desconhece suas peculiaridades. Segundo Vianna Sobrinho (2013), numa burocracia as preocupações morais dos funcionários são afastadas em outra direção - a tarefa a realizar e a excelência com a qual é realizada. Não importa tanto como se sente o “objeto” (usuário no presente caso), o que importa é a rapidez e eficiência com que os profissionais executam o que seus superiores ordenaram (Vianna Sobrinho, 2013).

O questionário anamnético aqui proposto pode vir a ser uma valiosa instrumentalização para desvelar a subjetividade do usuário e conseguir dar sentido a ele sobre o processo que está enfrentando e também, ao profissional de saúde para que desça de seu pedestal tecnicista e valorize o usuário como um ser humano, sem que com isso precise abrir mão da ciência. Pode ser implantado desde que os processos de trabalho mudem efetivamente, através do acolhimento mais próximo das concepções teóricas que o configuram, possibilitando o diálogo de todos os profissionais e que haja um desejo político de levar em conta as opiniões e necessidades da APS.

REFERÊNCIAS¹

Ayres JRCM, Carvalho YM, Nesser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunica Saúde Educ.* 2012;16(40):67-82.

Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A. A saúde em debate na Educação Física. Blumenau: Edibes; 2003.

Barros RS de, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(11):4337-48

Bock AMB, Gonçalves MGM, Furtado O, organizadores. *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia.* 5.ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios.* 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009a. 480 p. (Série F; comunicação e educação em saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada –* Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009b. 64 p. (Série B; textos básicos de saúde).

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface (Botucatu).* 2007;11(23):605.

Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(1):139-46.

Castiel LD. Loucuras da razão: subjetividade e corpo risco. In: Santos LHS, Ribeiro PRC. *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida.* Rio Grande: FURG; 2011[citado 15 jan 2015]. Disponível em: https://pibidlc2009.files.wordpress.com/2013/03/v_seminario_corpo_genero_sexualidade.pdf

¹ De acordo com o Estilo Vancouver.

Ceron M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. 2013. [citado 05 dez 2014]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf

Coelho MO, Jorge SB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2009; 33(3):440.

Cunha G.T. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999;21:(1):19-28.

Franco TB, Bueno WS, Merhy E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15 (2):345-53.

Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

González Rey FL, Silva MAF. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning; 2012.

González Rey FL, organizador. O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2005.

González Rey FL. Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.

Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Júnior KRD. Os sofrendores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica? Physis. 2009;19(3):797-815.

Martins CM,. Stauffer AB. Coleção educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1411-6.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP; 1997.

Molon SI. Notas sobre constituição do sujeito, subjetividade e linguagem. Psicol Estud. 2011 Out-Dez;16(4):613-22

Mori VD, González Rey FL. Reflections on the social and the individual on the experience of cancer. Psicol Soc. 2011;23(Spec):99-108.

Moura MW, Ribeiro MPO. O impacto da educação não formal em adolescentes: A perspectiva da psicologia sócio histórica [monografia]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde; 2015.

Muller CP, Araujo VE, Bonilha ALL. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. Rev Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a24.pdf> 2015];9(3):858.Eletr Enf [internet]2007 [citado17 ago 2015]

Neto FRGX, Silva VG, Motta M CS, Zeitoune RCG. Práticas do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção à Saúde da Criança, Cariré–Ceará. Rev Soc Bras Enf Pediatr. 2011;11(1):9-16.

Ortega F. The biopolitics of health: reflections on Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. Interface-Comunic Saúde Educ. 2004;8(14):9-20.

São Paulo.Secretaria Municipal de Saúde.UBS-Unidade Básica de Saúde:diretrizes operacionais.São Paulo:2015[citado10 out 2015].Disponível em: sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6171

Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 29 1993. p.11-22.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p.89-111.

Tesser CD, Luz MT. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(2):363-72.

Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc Saúde Coletiva [internet] [citado 05 mai 2015] 2008;13(1): 195-206. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.

Tesser CD, Poli PN, Gastão Campos WS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15 Supl 3:3615-24.

Vianna Sobrinho L. Medicina financeira: a ética estilhada. Rio de Janeiro: Ed. Garamond; 2013.

World Health Organization. Declaração Universal dos direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. [citado 20 jan 2014]. Disponível em: www.direitoshumanos.usp.br.