

A PROBLEMATIZAÇÃO COMO METODOLOGIA PARA ESTUDOS DE CASOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria do Socorro Teixeira de Sousa¹; Keila Maria Carvalho Martins²; João Sergio Araújo Soares³; Francisco Meykel Amâncio Gomes⁴; Reginaldo Feijão Parente⁵; Maria Socorro de Araújo Dias⁶

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos de vínculo, humanização, corresponsabilidade que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde. Este estudo de caso foi realizado no Centro de Saúde da Família no município de Sobral-CE, através de uma abordagem qualitativa, descritiva. Fez parte das atividades do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, para a obtenção de um dos critérios de avaliação do Módulo de Educação em Saúde II. Teve como objetivo desenvolver atividades de preceptoria de profissionais em serviços de saúde. O estudo relata o caso de uma criança com doença crônica, o sofrimento da mãe e a fragilidade do vínculo com a equipe de saúde. Utilizou-se como metodologia o Arco de Maguerez, que consiste numa técnica de ensino-aprendizagem com foco na problematização. Para o desenvolvimento dessa metodologia, é necessário seguir alguns passos: observação da realidade (levantamento do problema); pontos-chaves; teorização; hipóteses de solução e a aplicação à realidade (prática). O estudo se deu através de discussões com profissionais de referência, e equipes multiprofissionais. Para cada passo da metodologia eram utilizadas as questões como: a realidade do caso, histórias de vida, as causas do problema, a teorização dos principais problemas, a hipótese de solução através de um plano de cuidados, e a aplicação deste plano à realidade. Foram identificadas como causas importantes dos problemas a falta de vínculo com a equipe de saúde e a falta de cuidados com a saúde mental da mãe. Concluiu-se que na Metodologia da Problematização, os problemas são identificados pelos profissionais através da observação da realidade e que a metodologia traz sentido para os profissionais e, além de buscar a organização do processo de trabalho, faz com que estes profissionais consigam refletir sobre situações complexas do território, e a importância de compreender histórias de vida, subjetividades, vínculo e responsabilização. Apesar de não haver uma previsão dos resultados, o que se notou através desse estudo foi que profissionais participaram de forma ativa e mostraram real interesse pelo caso estudado.

Palavras-chaves: Metodologia, problematização, saúde.

INTRODUÇÃO

O SUS está estruturado sobre alguns princípios básicos: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, que se concretizam através do cadastramento e vinculação dos usuários (BRASIL, 2004a). Como estratégia para implementação e materialização desse novo arranjo de políticas para a saúde buscou-se o fortalecimento da Atenção Básica, que está fundamentada em ações individuais e coletivas, buscando-se dar conta da promoção e da proteção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, em um trabalho de equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, a Atenção Básica é orientada pelos princípios do SUS - princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social - estando hoje organizada através da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Por atuar junto à comunidade e na comunidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se a espinha dorsal da Atenção Primária à Saúde. No entanto, por ser primária, não que dizer que as ações desenvolvidas pela ESF não possuem nenhuma complexidade. Em diversas situações, não é incomum a necessidade de intervenções interdisciplinares na busca de soluções que se apresentam diariamente nas equipes de saúde integrando saberes diversos, demonstrando aí o quão complexo é fazer atenção à saúde neste cenário. Como se percebe, a prática interdisciplinar é mais uma das ferramentas para garantir a atenção à saúde de maneira humanizada e integral.

Nos dias atuais, é comum se deparar com uma gama de problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida individual e na vida coletiva dos cidadãos brasileiros, o que pode ser detectado por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Essa situação tem sido observada cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, sendo revelada por meio da insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e pela forma como os profissionais de saúde operam os serviços, ou seja, desenvolvendo práticas histórico-socialmente determinadas pela ação médico-hegemônica.

A ESF pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilidade dentre outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde. O vínculo é descrito como atividade primordial de todo esse esforço de gerir e gerar um ambiente favorável à saúde individual e coletiva.

O vínculo é uma importante ferramenta terapêutica, sendo capaz de ampliar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde. Dessa forma o vínculo pode desenvolver indivíduos que além de cuidar da própria saúde têm a capacidade de participar dos processos decisórios e de construção de um sistema de saúde cada vez mais comprometido com a atenção integral dos sujeitos (BRASIL, 2004b).

Mesmo tendo destaque na descrição dos princípios, tanto do SUS quanto da Atenção Básica, o vínculo ainda precisa ser melhor compreendido e conceituado, na prática dos profissionais, talvez

como aconteceu com o conceito de acolhimento que ao ser aprofundado conceitualmente redimensionou a olhar e o fazer saúde voltada para uma melhor relação profissional-paciente.

Para o atendimento ser integral, o encontro com o usuário deve ser guiado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento que se manifesta e o significado mais imediato de suas ações e palavras; no contexto desse encontro concreto Mattos (2008, p. 348) refere que: "deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer".

O presente estudo foi construído a partir da análise de um caso, de um "problema em especial" de um componente familiar específico e da relação deste problema com toda a família. Apresenta como objetivo geral promover uma linha de cuidado a uma família que enfrenta uma situação de doença crônica irreversível, num bairro no município de Sobral - CE e como objetivo específico, estabelecer o vínculo entre os profissionais de saúde e a família.

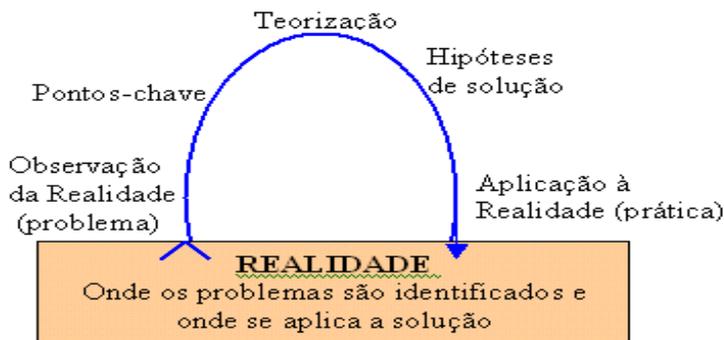
METODOLOGIA (MATERIAIS E MÉTODOS)

Este estudo resulta de uma atividade desenvolvida na comunidade para a obtenção de um dos critérios de avaliação do Módulo de Educação em Saúde II do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF). Este módulo tinha objetivo geral desenvolver atividades de preceptoria de profissionais em serviços de saúde. O módulo também se propunha a desenvolver competências para o saber agir em situações educativas de ensino aprendizagem no contexto da saúde, utilizando técnicas de ensino-aprendizagem no contexto do cuidado na atenção primária à saúde com foco na problematização.

Realizado através de uma abordagem qualitativa, e como metodologia aplicou-se o Arco de Maguerez, que consiste numa técnica de ensino-aprendizagem com foco na problematização. Para o desenvolvimento dessa metodologia, é necessário seguir alguns passos: observação da realidade (levantamento do problema); pontos chaves; teorização; hipóteses de solução e a aplicação à realidade (prática).

Bordenave e Pereira (1989) afirmam que o segredo do bom ensino e o entusiasmo pessoal do professor, que vem de seu amor à Ciência e aos alunos e deve ser canalizado mediante planejamento e metodologia adequados, visando, sobretudo a incentivar o entusiasmo dos alunos para realizarem por iniciativa própria os esforços intelectuais e morais que a aprendizagem exige.

A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez.



Segundo Berbel (1996), a Metodologia da Problematização tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao estudante ou pesquisador extrair e identificar os problemas existentes.

Elegeu-se como cenário do estudo um Centro de Saúde da Família no município de Sobral - CE. O problema identificado foi o sofrimento familiar frente à situação neurológica irreversível de um filho, e a falta de vínculo entre a família e equipe de saúde do CSF.

Para a discussão do caso realizou-se um encontro entre os mestrandos, enfermeiros, sendo um deles tutor (a) do território, a enfermeira da ESF, farmacêutica, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e fonoaudióloga da Residência Multiprofissional em Saúde da Família-RMSF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.- NASF, Agente Comunitária de Saúde (ACS) e equipe de Atenção Domiciliar do município. O estudo de caso seguiu os passos metodologia da problematização: Observação da Realidade, Pontos Chaves, Teorização, Hipótese de Solução e Aplicação à Realidade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

1º Momento Observação da Realidade Social

Nesta primeira etapa do Método da Problematização discutiu-se o caso a partir da realidade da família. Foi considerada a história de vida da família com o nascimento de um filho com doença crônica irreversível, completamente dependente, necessitando de cuidados contínuos, modificando toda dinâmica familiar. A situação da mãe com apoio familiar fragilizado, levando a mesma a sofrimento físico, psíquico e emocional. A dificuldade para a construção de vínculo da equipe de saúde, mãe não acolhe bem os profissionais de saúde e parece está sempre se negando a recebê-los no seu domicílio. Reclama quando os mesmos não visitam seu domicílio, e quando estes aparecem para apoiar, reabilitar a criança, muitas vezes não abre a porta da casa. Nega-se muitas

vezes a seguir orientações médicas para o filho se ela não acredita. Quando encontra alguma dificuldade para receber medicamentos ou insumos, altera-se e diz que somente no grito é que consegue as coisas. A partir desse questionamento abriu-se um debate, onde todos os profissionais puderam expor suas ideias a respeito do caso.

2º Momento: Pontos - Chaves.

Na segunda etapa, os profissionais: Agentes Comunitários de Saúde - ACS, residentes, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, tutor, enfermeira de referência da família, profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar fizeram uma síntese dos principais motivos que levaram a situação problema. E destacaram as seguintes causas: a falta de vínculo entre os profissionais de saúde e a mãe da criança e a necessidade de cuidado da saúde mental da mãe. Foram feitas várias reflexões sobre a importância do vínculo de profissionais de saúde com as famílias de seu território, e os cuidados com cuidadores familiares de crianças em situação de doença neurológica crônica e irreversível.

3º Momento: Teorização

Nesta etapa os profissionais contextualizaram temáticas que abordam o vínculo equipe de saúde e usuários e os cuidados com cuidadores de doenças crônicas, com o intuito de ampliarem seus conhecimentos sobre o assunto.

Na teorização sobre vínculo embasou-se em Campos (1997), ao afirmar que o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Merhy (1997) afirma que a relação humanizada da assistência, que promove a acolhida, dá-se sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador.

Teorizando as condições crônicas de crianças e a sobrecarga para a família nos detemos em Barros (2003), ao considerar que a doença crônica apresenta um curso longo. Pode ser incurável, incontrollável, capaz de deixar sequelas e limitações físicas e/ou cognitivas, exigindo constantes adaptações ao meio. Em consequência, a doença crônica pode afetar a família, as relações sociais, ocupacionais, escolares e profissionais e, ainda, pode envolver perigo ou risco de vida.

Crianças com doença crônica podem necessitar de cuidados cotidianos da família, sendo que, em alguns casos, podem ser evidenciadas limitações físicas e/ou cognitivas em consequência dos sintomas da doença e as frequentes hospitalizações para exames e tratamento (VIEIRA & LIMA, 2002). Em virtude dos cuidados maternos que a criança com doença crônica pode necessitar, a mãe muitas vezes abandona o emprego, direcionando seus esforços apenas para o filho. A mãe que cuida do doente pode modificar seu papel de esposa e mulher e centralizar apenas no papel de cuidadora.

Por conta disto, a probabilidade de esgotamento e de problemas emocionais é maior, podendo apresentar isolamento social, agressividade na relação conjugal, revolta, desejo que o pai seja mais ativo no cuidado do filho, sobrecarga emocional, física e também financeira, bem como desencadear perturbações em nível da saúde mental e do bem-estar psicológico (Monteiro, Matos & Coelho, 2002; Sprovieri & Assumpção Jr, 2001; Barros, 2003).

4º Momento: Hipóteses de Solução

Nesta etapa os profissionais propuseram um plano de cuidados para a criança e sua família, tendo como foco o vínculo com a mãe da mesma.

Foram planejadas as seguintes ações: 1) Visita domiciliar com a tutora, a Agente Comunitária da de Saúde, e a profissional do Serviço Social e a enfermeira de referência; 2) Encaminhamento da mãe para acompanhamento psicológico; 3) Pactuação entre a fisioterapeuta do NASF e da Atenção Domiciliar para assistência compartilhada à criança no domicílio; 4) Pactuação com a farmacêutica para visita domiciliar e avaliação do material disponível para o cuidado com a criança, (cateteres, oxigênio, sondas, oximêtro. equipamentos e medicações utilizadas na nebulização).

5º Momento: Aplicação à Realidade

Os profissionais organizaram suas agendas para a execução das atividades estabelecidas no plano. Verificou-se que a metodologia traz sentido para os profissionais e, além de buscar a organização do processo de trabalho, faz com que estes profissionais consigam refletir sobre situações complexas do território, e a importância de compreender histórias de vida, subjetividades, vínculo e responsabilização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, então, que na Metodologia da Problematização, os problemas são identificados pelos profissionais através da observação da realidade e é justamente essa realidade que será problematizada de maneira sempre dinâmica e reflexiva.

Esta metodologia possibilitou o cuidado compartilhado, um planejamento singular na perspectiva da clínica ampliada. Possibilitou também uma reflexão dos profissionais de saúde sobre suas práticas, de como estão construindo vínculos com os usuários no território.

Apesar de não haver uma previsão em relação aos resultados, o que se notou através desse estudo foi que profissionais participaram de forma ativa e mostraram real interesse pelo caso estudado. Assim, pode-se dizer que, além de poderem refletir sobre o processo de trabalho, sobre as abordagens utilizadas nesse processo, a importância do vínculo com os usuários de seu território, sentiram-se corresponsáveis, apoiados num trabalho em equipe para prestar uma atenção integral a criança sua família do caso estudado.

REFERÊNCIAS

BARROS, L. (2003). **Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista** (2a ed.). Lisboa: Climepsi.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizaus: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS**. Brasília; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da praxis. **Semina**: v.17, n. esp., p.7-17, 1996.

BORDENAVE, J.D. ; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed., 1989.
<http://tilz.tearfund.org>

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

MATTOS, Ruben Araujo. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Julio César França (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional: contribuições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 313-352.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das

ações de saúde.) In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.

MONTEIRO, M.; MATOS, A. P.; COELHO, R. A adaptação psicológica de mães cujos filhos apresentam paralisia cerebral. **Rev. Portuguesa de Psicossomática**, **4**(2), 149-178. 2002.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, **10**(4), 552-560. 2002.

SPROVIERI, M. H. S.; ASSUPÇÃO JR, F. B. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arq Neuropsiquiatria**, **59**(2-A), 230-237. 2001

¹ Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: socorrinhoteixeira@yahoo.com.br

² Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: keilammc@hotmail.com

³ Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: joaosergioaraujo@gmail.com

⁴ Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: meykelgomes@yahoo.com.br

⁵ Docente do Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E- Mail: reginaldo.fp@hotmail.com

⁶ Docente do Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E- Mail: socorroad@gmail.com