

A produção do cuidado e a fonoaudiologia na rede de atenção à saúde: um estudo na rede própria do município de Salvador

The production of care and speech, language and hearing sciences in the health care network: a study in the own network of the municipality of Salvador

Kaline Lemos Silva

Fonoaudióloga.

E-mail: kaline_tica@hotmail.com

Marcio Costa de Souza

Fisioterapeuta, Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

Clara Oliveira Esteves

Fonoaudióloga, Mestrado e Doutorado em Linguística pela UFRJ.

E-mail: clarinhaesteves@yahoo.com.br

Resumo

A pesquisa teve como objetivo avaliar a produção do cuidado fonoaudiológico na Rede de Atenção à Saúde do município de Salvador-BA. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, descritivo exploratório, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas no período de 2016/2017, com todos os fonoaudiólogos que compõem a Rede do município estudado. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia respeitando a Resolução Nº466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, emergindo a categoria: O fazer fonoaudiológico na (des)construção do cuidado. Conclui-se que a produção do cuidado fonoaudiológico na Rede de Salvador envolve ações de acolhimento, encaminhamento, vínculo e trabalho em equipe. No entanto, foi observado desconhecimento e incertezas por parte dos fonoaudiólogos em relação ao acolhimento e sua prática, bem como fragmentação do cuidado e realização do encaminhamento de forma não efetiva.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Saúde Pública; Atenção Integral à Saúde.

Abstract

The objective of the investigation is to evaluate the production and Speech, Language and Hearing Sciences in the health care network from Salvador city – BA. This is a qualitative, exploratory descriptive study, conducted through semi-structured in the period 2016/2017, with all the

speech therapists who make up the network of the studied municipality. The investigation was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Bahia, respecting the resolution N 466 of 12th December of 2012 from national health council, the data base were submitted to a level of content, emerging category: Speech-language pathology in the construction of care. It is concluded that the production of Speech therapists

in the Salvador Network involves actions of reception, referral, bonding and teamwork. However, it was observed the lack of knowledge and uncertainties on the part of speech therapists regarding the reception and their practice, as well as fragmentation of the care and performance of the referral in a no effective way.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Public Health; Comprehensive Health Care.

Introdução

O cuidado é uma ferramenta fundamental para produzir saúde. Ele pode determinar a qualidade da relação estabelecida entre o trabalhador de saúde e o(a) usuário(a) e, conseqüentemente interferir na qualidade do atendimento prestado. Produzir cuidado é atender as demandas do sujeito e não apenas da doença. Cuidar é acolher, escutar, conversar com o(a) usuário(a), conhecer a sua história e as suas necessidades a fim de identificar qual a melhor forma de proporcionar saúde para o sujeito.

Para ofertar o cuidado aos usuários, os trabalhadores de saúde podem utilizar três tipos de valises tecnológicas: uma que corresponde a materiais mais concretos e está vinculada a sua mão, por exemplo, um estetoscópio, um computador, papéis, bem como equipamentos de saúde que auxiliam na realização de exames, raciocínio clínico e intervenção terapêutica dos usuários, estes expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está no seu intelecto e na qual cabem os conhecimentos apreendidos como a anatomia, a fisiologia ou a

psicologia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e, por conseguinte, as “tecnologias leves” que só existem diante o encontro trabalhador-usuário, pois é no espaço relacional que ocorre o acolhimento, o interesse, a escuta e a construção de vínculo com o usuário (a).^{1,2}

De acordo com Feuerwerker,³ no âmbito do SUS, uma referência essencial para se pensar e organizar o cuidado em saúde é a integralidade. Integralidade pode ser entendida como o cuidado que se produz para garantir acesso a todos os serviços e ações de saúde. As necessidades de saúde dos usuários são tidas como referência para organizar o cuidado em saúde (em todos os encontros entre trabalhador/a e usuário/a que compõem o processo de produção do cuidado). Partindo desse ponto, pode-se afirmar que a chave da questão é o processo de trabalho, pois é por meio dele que se produz o cuidado aos usuários, então, é preciso organizar o modo como cada um trabalha para que o cuidado integral se torne rotina na prática dos profissionais.⁴

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) com o intuito de implantar diretrizes mais humanizadas, pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde e produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar.⁵ A construção da PNH emergiu da fragmentação observada dos processos e relações de trabalho, da fragilidade, tanto da rede assistencial quanto da articulação entre os níveis de atenção, e do despreparo dos profissionais em lidar com as dimensões subjetivas do cuidado em Saúde.⁶

Segundo Félix-Silva et al.,⁷ a concepção de saúde que orienta o SUS é complexa e muito mais abrangente que o conceito de saúde que norteia a prática de grande parte dos profissionais, pois continuam a observar o corpo separado da mente, e, conseqüentemente ignoram a produção de subjetividade e os processos singulares. Para os autores, na perspectiva do SUS, a sensibilidade, o reconhecimento da história, meio social, político e as relações de poder submetidas ao sujeito devem compor o olhar do profissional de saúde para com o(a) usuário(a). Somente com a ampliação da noção do que se entende por cuidado, é possível perceber a complexidade e importância do mesmo diante das fragilidades humanas e das demandas do serviço público de saúde.

Como qualquer outro profissional de saúde, o(a) fonoaudiólogo(a) produz atos de cuidado, portanto, espera-se que ele esteja capacitado

para atuar no território das ações cuidadoras em que predominam as tecnologias relacionais. O modelo produtivo de cuidado sofre mudanças com a inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho, com centralidade para o trabalho vivo e o uso das tecnologias relacionais.⁸ Sendo assim, a fonoaudiologia deve acompanhar as mudanças ocorridas no processo de trabalho e produção do cuidado. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto e, com isso, certamente ampliar e enriquecer as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários e suas histórias no processo de saúde-doença.³

Com isso, torna-se importante avaliar a produção do cuidado fonoaudiológico, de forma a descrever os modos de cuidar desse profissional, se este é centrado no usuário e gerido pelas políticas de acolhimento, estabelecimento de vínculo e o compromisso com a saúde do(a) usuário(a). Dessa forma, responder se o cuidado exercido na prática está de acordo com as mudanças estabelecidas pela PNH e identificar as dificuldades e/ou limitações encontradas pelos fonoaudiólogos para pôr em prática a oferta do cuidado integral.

Métodos

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo, com dados primários e abordagem qualitativa. Os princípios legais e éticos foram contemplados por meio da aprovação do

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob o parecer nº 1.595.792, conforme as orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes do estudo foram informados sobre o objetivo, justificativa, riscos e benefícios, como também, a permissão para a gravação da entrevista, transcrição literal e publicação dos resultados. A pesquisa só ocorreu após a concordância dos sujeitos em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizou-se a entrevista semiestruturada para obtenção de informações referentes à pesquisa. Para isso, um roteiro de perguntas foi elaborado pelo pesquisador, com base na Política Nacional de Humanização. Devido à verdadeira escassez de fonoaudiólogos no setor público do município de Salvador, o estudo contou apenas com quatro fonoaudiólogos, os quais atualmente compõem a Rede de Atenção à Saúde do município. Não se aplicou critério de exclusão.

O tempo médio de cada entrevista foi de trinta minutos, sendo realizada em local apropriado, no qual esteve presente apenas o entrevistado e o entrevistador, dessa forma, visou garantir a privacidade do sujeito e proporcionar conforto para responder os questionamentos. Não houve manifestação da opinião ou ideias do entrevistador durante a entrevista, com objetivo de não interferir nem influenciar na fala do entrevistado. As entrevistas foram gravadas em gravador digital com o

consentimento prévio dos entrevistados. Foram transcritas e identificadas por meio da palavra 'Entrevistado' seguido pelo número, a fim de garantir o anonimato do participante.

A análise dos dados ocorreu por meio de um conjunto de técnicas da análise de conteúdo segundo o modelo de Bardin.⁹ Realizaram-se os seguintes passos: inicialmente na pré-análise foi feita a ordenação dos dados por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição e organização das gravações). Por conseguinte, na descrição analítica ocorreu a classificação dos dados, na qual foram identificados os analisadores e posteriormente elaborada a categoria empírica. Ao formular analisadores cruzaram-se as informações obtidas nas diferentes ferramentas de pesquisas. Por fim, a interpretação inferencial, momento no qual houve à articulação dos dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa, promovendo a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Resultados e discussão

Foram entrevistados todos os fonoaudiólogos que compõem a Rede do município de Salvador-Bahia, sendo um total de quatro, dois fonoaudiólogos e duas fonoaudiólogas. Ambos pertencentes a uma faixa etária entre 30-40 anos de idade e nível superior de escolaridade. Destes, dois trabalham em Centros de Saúde Mental e os outros dois em Multicentros de Saúde, conforme Tabela 1.

Os dados coletados na pesquisa ao serem analisados forneceram núcleos de sentidos, os quais foram agrupados e deu origem a categoria empírica: O fazer fonoaudiológico na (des)construção do cuidado.

O fazer fonoaudiológico na (des)construção do cuidado

O(A) fonoaudiólogo(a) é um profissional da saúde responsável por promoção, prevenção, avaliação e diagnóstico, reabilitação, monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos nas áreas da audição, função vestibular, linguagem oral e escrita, voz, fluência, sistema miofuncional orofacial e cervical e deglutição, além disso, pode exercer atividades de ensino, administração e pesquisa.¹⁰ Enquanto campo de saber e prática, sua atuação engloba ações em unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, hospitais, maternidades, escolas, domicílios e em outros pontos de atenção à saúde e/ou educação, no qual haja a necessidade deste profissional.¹¹

Com o lançamento, em 2003, da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH) todas as ações de saúde passaram a ser orientadas por novos princípios e diretrizes, as quais promoveram ações com o intuito de mudar o modelo de atenção e gestão da saúde.¹² Então, como qualquer outra profissão da saúde, a fonoaudiologia, acompanhou as modificações no processo de trabalho e na produção do

cuidado, as quais transformaram o fazer fonoaudiológico com a imersão das dimensões subjetivas em saúde.

Produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto.³ Dentre todas as diretrizes da PNH, o acolhimento é apontado como a melhor expressão de oferta do cuidado ao outro.⁶ Acolhimento não como um ato de compaixão, menos ainda uma simples recepção do outro, mas como um dispositivo do cuidar, que diante das falas, afetos e ações produzem processos relacionais de entre trabalhador (a) e usuário (a).¹³

Desta forma, o acolhimento é uma tecnologia que deve ser realizada por todos os profissionais no seu fazer. No entanto, cotidianamente, o trabalhador (a) revela incerteza sobre o sentido de acolher ou, então, confunde com atendimento da demanda do (a) usuário (a), como é possível perceber nas seguintes falas:

Essa questão do acolhimento tem relação com grupo de convivência? Porque temos palestra na sala de espera e o grupo de idosos. (Entrevistada 3)

Temos o acolhimento de elaborar e levantar a demanda. Hoje é feito pelo serviço social e pela enfermagem. (Entrevistado 2)

Em seus estudos a respeito do acolhimento, Brehmer e Marta¹⁴ concluíram que o desenvolvimento desse processo no cotidiano das instituições de saúde pode revelar contradições e distanciamentos entre as

intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. Para eles, este fato representa um obstáculo para o pleno estabelecimento das políticas públicas de saúde, bem como para a efetivação do SUS.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, dessa forma, sustentar a relação entre equipe/serviço e usuários/população a fim de construir relações de confiança, compromisso e vínculo.⁵ Assim, o ato de acolher não pode se restringir a uma determinada área de conhecimento do profissional de saúde como referido pela entrevistada,

Meu acolhimento, eu faço quando a queixa é fonoaudiológica. (Entrevistada 1)

A produção do acolher não está relacionada com queixa específica nem se resume ao trabalho de um só profissional e sim de uma equipe, na perspectiva da promoção desse acolhimento de acordo com os princípios do SUS.⁷ O acolhimento se realiza no disparo de processos comunicativos por meio de atos de falas, de silêncio, de ditos e não ditos, de jogos de interesse, modos de envolver o outro, empatias, antipatias, toques, olhares, afetos, expectativas, tudo isso no ato de produção que pode ser realizado por qualquer pessoa.¹³ Portanto, entende-se que acolher não deve ser uma prática focada na doença e seus sintomas, mas sim o cuidado integral humano.

Segundo Franco e Franco,⁴ para realizar o acolhimento no fazer do profissional, é

fundamental realizar uma escuta qualificada do seu problema de saúde, a fim de resolver ou, quando necessário, fazer um encaminhamento seguro. Dentre os entrevistados, nota-se que alguns demonstraram realizar encaminhamento quando o(a) usuário(a) necessita de outros tipos de atendimento além da fonoaudiologia ou quando o caso demanda um conhecimento/experiência ao qual o profissional não detém.

Sempre faço encaminhamento, o paciente não fica perdido na Rede. Quando tem alguma demanda fonoaudiológica que eu não dou conta, faço contato por telefone, vejo qual serviço pode acolher aquele usuário(a). (Entrevistada 1)

[...] veio um paciente pós-cirúrgico de laringectomia total, eu não tenho experiência nesse trabalho e encaminhei para o ambulatório de fononcolgia do Magalhães Neto. (Entrevistado 2)

[...] têm pacientes que são atendidos por mim e pelo psicólogo. E alguns pacientes novos que na entrevista e avaliação eu já percebo a necessidade de encaminhar. (Entrevistada 3)

O que facilita é a possibilidade de ter outros profissionais próximos, de fazer encaminhamentos e, por ser caráter de Multicentro, consigo manter o paciente mais próximo mesmo encaminhando. (Entrevistado 4)

Os fonoaudiólogos que trabalham na unidade a qual possui diversos serviços além da fonoaudiologia apresentam maior facilidade quanto à brevidade dos encaminhamentos para outros profissionais, pois eles se encontram no mesmo local de trabalho. Este fato possibilita atender as necessidades de saúde do (a) usuário (a) e mantê-lo (a) vinculado (a) no mesmo serviço.

Para que o encaminhamento seja efetivo, deve haver vínculo e responsabilidade com a saúde do (a) usuário (a), portanto, cabe ao trabalhador acompanhar a sua trajetória dentro da rede de saúde e facilitar o seu percurso com o objetivo de resolver suas demandas.⁴ A respeito destas questões, pode-se observar o comprometimento com a saúde do usuário nas seguintes falas,

Quando o paciente é meu, peço que ele procure outro serviço, mas nunca mandei procurar o serviço e desliguei logo. Dou um tempo para que eu finalize com ele e que consiga o serviço. Muitos pacientes têm o meu contato e sempre vou perguntando “Como foi? Se conseguiu? Como está indo?” (Entrevistada 3)

Preenchi a folha de referência, entreguei ao responsável e pedi o retorno. Teve esse retorno, ele veio aqui para me dizer que iniciou o atendimento. (Entrevistado 2)

Percebe-se que, em alguns casos, a responsabilidade pela saúde deixa de existir no momento em que o(a) usuário(a) necessita de atendimento em outro serviço e se justifica pela rotina e demanda do trabalho. Dessa forma, o cuidado é fragmentado de acordo com o caminhar do(a) usuário(a) na Rede.

Eu não busco o paciente nem a Unidade para saber até porque somos “engolidos” pela rotina e demanda. Existe o interesse, mas a demanda é tão grande, a quantidade de trabalho para fazer que não sobra tempo para buscar saber se esse paciente foi ou não atendido. (Entrevistado 4)

Para Cavalcanti et al.,¹⁵ a fragmentação do cuidado representa a falta de conciliação entre as práticas de saúde e os princípios vislumbrados no SUS. Em parte, tal dificuldade

pode ser considerada como reflexo das fragilidades existentes no processo formativo que, em muitos centros de formação, ainda preconiza a supervalorização da prática curativa e a especialização.

O estudo de Cunha e Giovanella¹⁶ aponta diferentes definições para o termo continuidade do cuidado, sendo uma delas a que interpreta como relação longitudinal entre paciente e aqueles que cuidam dele. A continuidade do cuidado transcende múltiplos episódios de doença e inclui responsabilidade por prevenção e coordenação do cuidado.

Com base na Política Nacional de Atenção Básica, coordenar o cuidado envolve elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.¹⁷

Dessa forma, a responsabilidade pelo cuidado deve ultrapassar as barreiras dos serviços da Unidade. O cuidado deve ser contínuo mesmo após o encaminhamento para outro profissional. Para a entrevistada 1, a continuação do cuidado está diretamente ligada a ter ou não demanda específica para a fonoaudiologia.

Depende da demanda de cada caso. Pacientes que têm um vínculo muito forte, não posso desvincular, a não ser quando não tem mais demanda para o serviço. (Entrevistada 1)

A respeito do vínculo, Santos e Miranda,¹⁸ definem como um elo forte entre profissional e usuário (a) que garante segurança no que concerne ao atendimento e identificação de suas necessidades. Para as autoras, o vínculo pode ser visto como uma tecnologia leve do cuidado, formada por uma relação de confiança e respeito, esta imprescindível para uma boa adesão do (a) usuário (a) ao seu tratamento.

A fala do entrevistado 4 revela desvinculação e descontinuidade do cuidado ao deixar o serviço.

Se o paciente está de alta, a tendência é que convoque outro para ocupar a vaga, não deixar ociosa. Faço o encaminhamento e a não ser que ele procure de novo ou entre em contato, a tendência é ocupar a vaga. (Entrevistado 4)

Já para os entrevistados 2 e 3, o cuidado não se limita ao serviço em que trabalha, mas sim ao usuário. Entende que ao encaminhar é sua responsabilidade acompanhar a saúde do sujeito.

Quando ele vem procurando atendimento aqui e eu encaminho, acho que a responsabilidade ainda é minha de acompanhar esse paciente e saber se deu certo ou não e, se não deu, pensar em outra alternativa. (Entrevistado 2)

[...] encaminho e, dentro do possível, procuro manter contato e saber se conseguiu. (Entrevistada 3)

Atos cuidadores como o acolhimento e o encaminhamento são pilares para a garantia da acessibilidade universal, resolubilidade e qualificação das relações, na qual a escuta e

atenção às necessidades são imprescindíveis ao processo para que o serviço ofereça uma resposta sempre eficaz aos problemas apresentados pelos usuários.¹⁴

Vale ressaltar que a realização de uma escuta qualificada implica a utilização de tecnologias leves, estas que só existem diante o encontro trabalhador(a)-usuário(a). Esse tipo de tecnologia permite captar a singularidade, os contextos e os modos de viver com cada situação por parte do(a) usuário(a), de forma a ampliar e enriquecer a produção de saúde não somente por parte do(a) trabalhador(a), mas também pelo(a) usuário(a), o qual no território das relações terá maiores possibilidades de atuar, interagir, imprimir sua marca e também, afetar.¹

Em relação ao uso das tecnologias, os entrevistados abaixo demonstraram o predomínio das tecnologias leves na oferta do cuidado fonoaudiológico,

Uso muito a tecnologia leve, o discurso, o diálogo, o vínculo fortíssimo que tento estabelecer com cada usuário. Mas, é claro que preciso de outras ferramentas dependendo do que for desenvolvido na sessão. (Entrevistada 1)

Utilizo orientação escrita, acolhimento, escuta, esta talvez seja o maior recurso. (Entrevistado 2)

O cuidado pode ser construído de modos diferentes conforme as tecnologias usadas. Quando existe o enriquecimento das tecnologias relacionais, os trabalhadores de saúde ampliam o olhar e a escuta, acolhem, mobilizam saberes além dos conhecimentos científicos, saberes específicos adquiridos a

partir da vivência concreta e que não se limitam ao corpo biológico.³

A fala seguinte revela a produção do cuidado diante de uma escuta que vai além da doença. É possível perceber também que a trabalhadora foi afetada e sensibilizada com o usuário diante sua situação de vida. Por meio da escuta houve uma maleabilidade em relação aos trânsitos burocráticos perante o olhar diferenciado sobre as faltas ocorridas, as quais justificadas pela realidade econômica da pessoa que era atendida, sendo assim, manteve-se o cuidado produzido e a não interrupção do atendimento.

Teve um caso de um paciente que não tinha dinheiro de transporte para vim toda semana, então, no caso desse paciente, dei uma flexibilidade na questão das faltas. (Entrevistada 3)

Destarte, o cuidado é a ferramenta fundamental para produzir saúde, já que as novas tendências em gestão em saúde pública apontam para as linhas de cuidado, uma articulação de recursos e práticas de saúde que visam alcançar a atenção integral e a resolubilidade dos problemas de fragmentação do cuidado.¹⁹ Portanto, a linha do cuidado surge como uma nova forma de organização da rede de saúde que tem como objetivo o cuidado integral, assim sendo, é necessário que haja organização no processo de trabalho para que se obtenha um bom atendimento.

Segundo Feuerwerker,³ do ponto de vista dos usuários, os estudos e reportagens revelam que, em geral, eles reclamam da falta de

interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seus problemas. Com isso, sentem-se inseguros, desinformados, desrespeitados e desprezados, apesar de todo o avanço tecnológico, da produção de equipamentos e medicamentos cada vez mais sofisticados. As queixas dos usuários se reportam ao cuidado em saúde, a forma em que ele é produzido e o quanto impacta no processo saúde-doença.

Diante disso, questiona-se o que os trabalhadores entendem por produzir cuidado, já que para colocar em prática é preciso conhecer a corrente de pensamento que orienta o real significado do cuidado de acordo com a proposta no processo de trabalho em saúde estabelecidas pela PNH.

A visão sobre cuidado trazida pelo entrevistado 4 é centrada em termos e conceitos, o mesmo entende que produzir cuidado é resolver um problema. Já a entrevistada 3, revela certa dúvida, mas vê o cuidado como uma forma de entender as necessidades dos usuários, não apenas sua demanda inicial. Para ela, a produção do cuidado envolve a escuta e a atuação não se restringe a doença do (a) usuário (a), envolve questões de promoção, qualidade de vida e subjetividade do sujeito.

É acolhimento, atenção, resolubilidade das demandas do usuário. Normalmente faço diálogo, conversas com o paciente para que ele possa dizer o que acha do atendimento e para que possa resolver sua demanda. (Entrevistado 4)

Pela nomenclatura parece ser uma coisa

complexa, não sei se eu estou correta em te afirmar, mas eu acho que a produção do cuidado vai muito além do cuidado em si, de oferecer aquilo que o paciente precisa. Às vezes o paciente vem com uma demanda x, mas dentro da avaliação e das nossas atribuições, percebe-se que tem uma demanda y e z, que precisa de outros cuidados. [...] têm pessoas que precisam ser ouvidas e, nós, como profissionais, temos que ter essa escuta. Não é só olhar o paciente na questão do adoecimento, mas na promoção da saúde, qualidade de vida e subjetividades do paciente que influenciam. (Entrevistada 3)

Entre as diversas correntes de pensamento, a que se aproxima com a PNH, propõe o cuidado como ferramenta para resolver as demandas e possibilitar troca efetiva de saberes, que estimula o empoderamento, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, elementos tão caros quando se pretende a efetiva implementação dos conteúdos da humanização.⁶ Assim, se estabelece na arte do encontro com o outro, construção de vínculos solidários e escuta qualificada. De acordo com Feuerwerker¹ há sempre uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidado, o elemento humano é central e garante o caráter produtor do cuidado.

Na fala seguinte, o entrevistado 2 conta um momento do seu trabalho, o qual fica claro que a produção do cuidado independe do seu campo de atuação, área de conhecimento e profissão. E, ainda, revela que é preciso dialogar com diversos serviços que interferem na qualidade de vida do (a) usuário (a), sejam eles da saúde ou não.

Já vieram aqui querendo saber como funciona farmácia e eu sai com o paciente para mostrar onde era a farmácia e buscar orientação

específica sobre medicamento. Mesmo estando em uma Atenção Especializada, eu não acredito que o planejamento do cuidado seja restrito ao atendimento dentro dessas paredes. Preciso pensar no cuidado como todo, articular com Atenção Básica, articular com gestão, com outros setores que não envolvem saúde, como educação, setor de previdência, seria o ideal, apesar de estarmos muito aquém disso. (Entrevistado 2)

Para Feuerwerker,¹ o cuidar é tema da produção humana, não somente dos profissionais de saúde, cuidar tem a ver com construção de relações e de encontros que produzem a vida e está presente em todas ações do cotidiano, de forma intensa nos processos de subjetivação.

A entrevistada 1, revela um cuidado com predomínio das ações no campo solidário, humanizado e de relações afetivas entre trabalhador(a)-usuário(a). Contudo, é importante lembrar que o cuidado é amplo e se estende também nas ações de procedimentos e saberes técnicos. Além disso, traz a ideia do cuidado de forma ampla, envolve outros sentidos da vida e não somente o físico/patológico. Segundo Félix-Silva et al.,⁷ na perspectiva do SUS, a sensibilidade, o reconhecimento da história, meio social, político e as relações de poder submetidas ao sujeito devem compor o olhar do profissional de saúde para com o(a) usuário(a). Os mesmos apontam que a questão do cuidado está implicada numa visão de múltiplos fatores, não só os saberes técnicos e científicos.

Cuidar é servir com amor, olhar o usuário na sua integralidade, entender as necessidades do sujeito e tentar fazer o possível e muitas vezes o impossível para gerar qualidade de vida para o sujeito. Eu vejo como uma doação no serviço,

desde o “Bom dia! Boa tarde! Seja bem-vindo! Em que posso ajudar?” até uma escuta diferenciada do sujeito. Quando o sujeito chega, eu não consigo enxergar apenas as questões fonoaudiológicas, mas sim ele no seu contexto social. (Entrevistada 1)

Merhy e Ceccim²⁰ destacam que a noção de cuidado não se refere a um nível de atenção do sistema de saúde ou a procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que envolve o respeito, o acolhimento, a atenção ao ser humano em sofrimento, muitas vezes fruto da vulnerabilidade social e da fragilidade dos dispositivos de assistência social e de atenção à saúde. Para os autores, com a ampliação da noção do que se entende por cuidado, percebemos a complexidade e importância do mesmo diante das fragilidades humanas e das demandas do serviço público de saúde.

Considerações finais

A produção do cuidado fonoaudiológico na Rede própria de Salvador envolve ações de acolhimento, encaminhamento e vínculo. Para os entrevistados, o cuidado não se limita ao patológico, ele envolve múltiplos fatores em busca da qualidade de vida.

O estudo revelou desconhecimento e incertezas por parte dos fonoaudiólogos em relação ao acolhimento e sua prática, este muitas vezes confundido com demanda e triagem. A responsabilidade pela saúde do(a) usuário(a) existe, porém de forma restrita, pois, às vezes ela se restringe ao campo de atuação do profissional, outras aos muros da unidade de

trabalho, sendo assim, nota-se a fragmentação do cuidado.

No que se refere à conduta do encaminhamento e o vínculo, ambos importantes para que haja o cuidado integral, o primeiro é realizado pelos profissionais quando o(a) usuário(a) necessita de outros tipos de atendimento ou quando o caso demanda um conhecimento/experiência ao qual o(a) fonoaudiólogo(a) não detém, contudo nem sempre o encaminhamento é efetivo, já que o trabalhador(a) não consegue acompanhar sua trajetória dentro da Rede. A respeito do vínculo com o(a) usuário(a), todos entrevistados relataram a sua existência durante o tratamento fonoaudiológico.

Vale ressaltar a escassez de fonoaudiólogos na Rede de Saúde própria do município de Salvador, fato que ficou evidente com o número de entrevistados durante a pesquisa, já que são poucos os serviços de saúde no qual este profissional faz parte da equipe. Portanto, torna-se necessário ampliar a oferta do cuidado fonoaudiológico e, assim, suprir as demandas da população, com vistas a facilitar o acesso e diminuir a lista de espera pelo atendimento.

Ademais, é preciso investir na educação permanente e continuada desse profissional para que a sua atuação esteja o mais próximo das diretrizes e políticas do SUS, com o objetivo de aprimorar e atualizar a capacidade do(a) trabalhador(a) e, assim, proporcionar saúde aos usuários.

Referências

- ¹Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
- ²Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
- ³Feuerwerker LCM. Cuidar em saúde. In: Ferla AA. et al. (org.). VER-SUS Brasil: cadernos de textos. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2013: 43-57.
- ⁴Franco CM, Franco TB. Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. [Internet]. [citado 17 out 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passoapassolinhadecuidado.pdf>
- ⁵Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- ⁶Solla JJSP, organizador. Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde: experiências da Bahia. Salvador: EDUFBA; 2014.
- ⁷Félix-Silva AV, Nascimento MVN, Albuquerque MMR, Cunha MDSG, Gadelha MJA. A Tenda do Conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica. Natal: Edunp; 2014.
- ⁸Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva. 2012; 6 (2):151-63.
- ⁹Bardin L. Análise de conteúdo. 3.ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- ¹⁰Conselho Federal de Fonoaudiologia. Documento Oficial; Áreas de Competência do Fonoaudiólogo no Brasil. [Internet]. 2.ed. 2007. [citado 10 out 2017] Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/epacfbr.pdf>.
- ¹¹Lipay MS, Almeida EC. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. Rev Ciênc Méd (Campinas). 2007; 16(1):31-41.
- ¹²Ferla AA, Ramos AS, Leal MB, Carvalho MS, orgs. VER-SUS Brasil: cadernos de textos [Internet] Porto Alegre: Rede Unida; 2013. 106 p. (Coleção VER-SUS/Brasil). [citado 5 jun 2017] Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf.
- ¹³Merhy EE. Ver a si no ato de cuidar: educação permanente na saúde. In: Ferla AA et al. orgs. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2013: 58-71.
- ¹⁴Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010; [citado 8 out 2017]; 15(Supl 3):3569-3578. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=en)<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>
- ¹⁵Cavalcanti PB, Lucena CM, Lucena PLC, Miranda APRS. Formação de recursos humanos para o SUS: uma análise da residência multiprofissional. Revista Interface. [Internet]. 2015 [citado dez 2016]; 12(1). Disponível em: <https://ojs.ccsa.ufrn.br/ojs//index.php?journal=interface&page=article&op=view&path%5B%5D=515&path%5B%5D=628>
- ¹⁶Cunha EM, Giovanella L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. Cienc Saude Coletiva. 2011;16(Supl 1):1029-1042.
- ¹⁷Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- ¹⁸Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. Rev Enferm UFSM. 2016; 6(3): 350-359.
- ¹⁹Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Brasília; 2014. [Internet] [citado 23 mar 2016] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/811-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/l1-media-e-alta-complexidade/12335-apresentacao-ma-complexidade>
- ²⁰Merhy EE, Ceccim RB. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização [Internet]. Niterói: UFF. [citado 20 set 2017]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#indexados>

Tabela 1. Caracterização dos Fonoaudiólogos da Rede Municipal de Salvador

	Sexo	Faixa etária	Escolaridade
Entrevistado 1	Feminino	40 anos	Nível superior
Entrevistado 2	Masculino	31 anos	Nível superior
Entrevistado 3	Feminino	36 anos	Nível superior
Entrevistado 4	Masculino	35 anos	Nível superior

Fonte: dados da pesquisa.

Submissão: 06/11/2017
Aceite: 30/07/2018