UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAFAEL LUIS CASTILLO DURANZA

A produção de cuidado para os portadores de Diabetes Mellitus
tipo 2 na Atenção Primária de Saúde

Ribeirão Preto

2010

RAFAEL LUIS CASTILLO DURANZA

A produção de cuidado para os portadores de Diabetes Mellitus
tipo 2 na Atenção Primária de Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública
Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e
políticas de saúde.

Orientador: Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Castillo, Rafael Luis Duranza

A produção de cuidado para os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária de Saúde.

230 p; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

1. Palavras-Chaves: Atenção Primária de Saúde, Programa Saúde da Família, Diabetes Mellitus; Medicina de Família e Comunidade; Enfermagem em Saúde Pública; Assistência à Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

CASTILLO, Rafael Luis Duranza. A produção de cuidado para os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária de Saúde.

Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho à memória da Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida, educadora e amiga.

“La muerte no es verdad cuando se ha cumplido bien la obra de la vida”.

José Martí (político, periodista, filósofo e poeta cubano).

AGRADECIMENTO(S)

Aos brasileiros por ter-me acolhido em sua (nossa) terra.

A Ju por seu amor, paciência e solidariedade. A Luly pela luz dos seus olhos.

Aos meus pais, irmãos e avôs, sempre incondicionais.

Aos professores, alunos e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que me acolheram nas horas difíceis.

Agradecimentos especiais a Profa. Dra. Silvana Martins Mishima, Profa. Dra. Maria Lúcia Zanetti, Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, Profa Dra Ana Maria de Almeida, e ainda a Cristiane Gramani Say e Joseli de Marco.

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Aos meus colegas do Grupo NUPESCO - Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva.

Aos trabalhadores do Núcleo de Saúde da Família.

A Amélia, Oscar, Gera, Martha, Karla, Paula, Eveline. Amigos.

A todos por contribuírem com meu crescimento intelectual e espiritual.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio ao Projeto através da Bolsa de Doutorado Direto, processo: 05/60178-1.

EPÍGRAFE

Hijo:

Tengo fe en el mejoramiento humano, en la vida futura, en la utilidad de la virtud, y en ti.

José Martí (político, periodista, filósofo e poeta cubano).

RESUMO

Castillo RL. A produção de cuidado para os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária de Saúde. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.

O presente estudo insere-se no campo da saúde coletiva, na temática de organização tecnológica do trabalho em saúde. O objetivo do mesmo é analisar e interpretar como se dá o processo de produção de cuidados na Atenção Primária em Saúde (APS) aos indivíduos adultos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). O DM é um importante problema de saúde pública com dimensões epidêmicas tanto no mundo quanto no Brasil. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde vêm incentivando a adoção de políticas e estratégias para o desenvolvimento das ações de cuidado dos portadores de DM no contexto da APS. O estudo se sustenta no aporte teórico da organização de serviços e sistemas de saúde na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, da DM como Condição Crônica e do processo de trabalho em saúde. O cenário de pesquisa foi um Núcleo de Saúde da Família (NSF) do município de Ribeirão Preto-SP, sendo realizada a coleta de dados entre janeiro de 2007 e abril de 2008. Utiliza-se de uma abordagem metodológica qualitativa, com diferentes técnicas de captação do empírico: observação participante, entrevista semi-estruturada, prontuários individuais, sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, buscando-se aprofundar na análise/interpretação do processo de cuidado, que envolve um conjunto de tecnologias (duras, leve-duras e leves). Na análise do material foram identificados três temas: a política municipal de saúde para a atenção básica; o Programa de Doenças Crônicas Degenerativas – Diabetes e o processo de cuidado ao usuário diabético no NSF. Dentro dos principais resultados temos que a política municipal de saúde para a atenção básica proposta para o período 2010-2013, prevê a expansão em 50%, da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), 100% pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 50% pela Estratégia de Saúde Bucal (ESB), mas tem encontrado limitações no que diz respeito à contratação de recursos humanos, além da insuficiência na estrutura física das unidades. Em relação ao Programa de Doenças Crônicas Degenerativas – Diabetes, os técnicos do nível central de gestão consideraram como a principal atividade do programa o cadastramento no SisHiPERDIA, onde persistem dificuldades com 22,2% do potencial de usuários portadores de DM cadastrados no município. Já a análise do processo de cuidado ao usuário diabético no Núcleo de Saúde da Família (NSF) revelou a importância das reuniões de discussão de famílias e administrativas para o processo de trabalho do NSF, as deficiências metodológicas na realização de atividades de educação em saúde, assim como nos cuidados domiciliares e no processo de trabalho ainda centrado na atuação do médico, na realização de procedimentos e na queixa mais do que nas necessidades dos usuários. No entanto, ficaram evidenciadas as potencialidades presentes, uma vez que a equipe aponta para as possibilidades de se refletir e colocar em ação outra lógica de atenção voltada à produção de cuidados, com o estabelecimento de espaços coletivos de decisão e estabelecimento de vínculos, atendendo aos princípios e valores da Atenção Primária Renovada.

Palavras Chave: Atenção Primária de Saúde, Programa Saúde da Família, Diabetes Mellitus; Medicina de Família e Comunidade; Enfermagem em Saúde Pública; Assistência à saúde.

ABSTRACT

Castillo RL. Care management for carriers of Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Health Care (Thesis). Ribeirao Preto: School of Nursing of Ribeirao Preto, University of Sao Paulo; 2010.

This study, in the field of collective health, looks at the technological organization in health care. The objective is to analyze and interpret the development of the Primary Health Care (PHC) giving process for adult carriers of Type 2 Diabetes (DM2). DM is an important public health problem with epidemic dimensions in Brazil and the world. The World Health Organization and the Ministry of Health have encouraged the adoption of strategies and policies to develop health care standards for the carriers of DM within a PHC framework. This study is based on the theoretical contributions of organizational services and health systems from a PHC perspective on DM as a Chronic Condition, and the role of work in health. The research was conducted at the Family Health Center in the municipality of Ribeirao Preto – SP. Data was collected from January, 2007 until April, 2008. A qualitative methodology was used with different techniques for obtaining empirical evidence: participant observation; semi-structured interviews; individual clinical histories; official information systems from the Ministry of Health, seeking to deepen the analysis/interpretation of a health care process that involves a group of technologies (hard, soft/hard and soft). In the analysis of the empirical evidence three themes were identified: The municipal health policies for Basic Medical Attention, The Program of Chronic Degenerative Diseases–Diabetes, and the health care provided to the diabetic in the Nucleus of Family Health (NFH). Among the main results we find that Basic Attention proposed for the period between 2010-2013 a 50% increase in coverage for the population by the Family Health Strategies (FHS), 100% by the Community Health Agents Strategies (EACS) and 50% by the Dental Health Strategy (ESB); but it has found limitations in relation to contracting human resources and a lack of secure structure in the units. In relation to the program of Chronic and Degenerative Diseases–Diabetes, the mid level technicians considered as a main activity the registration program in SisHIPERDIA, where difficulties persist with a 22.2% of registered carriers of DM in the municipality. The analysis of the health care process with regard to the diabetic in the NFH revealed the importance of the family and administrative group meetings for the working relationship in the unit, the poor methodologies in carrying out of activities for health education, as well as care provided at home and a work process that is still focused on the actions of the physician - fulfilling procedures and health complaints - more than on the needs of the patient. Nevertheless, potential points to follow through were made evident, once the team focuses on the possibility of reflecting and placing in action another logic that is centered on the care process, establishing with it collective decision making spaces, and the creation of ties amongst family and medical staff, keeping in mind the principles and values of a renewed Primary Care.

Key words: Primary Health Care; Family Health Program; Diabetes Mellitus; Family and Community Medicine; Nursing in Public Health; Health Assistance.

RESUMEN

Castillo RL. La producción de cuidado para los portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Atención Primaria de Salud. [Tesis]. Ribeirao Preto: Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo; 2010.

El presente estudio se insiere en el campo de la salud colectiva, en la temática de la organización tecnológica del trabajo en salud. El objetivo del mismo es analizar e interpretar como se da el proceso de producción de cuidados en la Atención Primaria de Salud (APS) de los individuos adultos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). La DM es un importante problema de salud pública con dimensiones epidémicas en el mundo y en Brasil. La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud vienen incentivando la adopción de políticas y estrategias para el desarrollo de las acciones de cuidado de los portadores de DM en el contexto de la APS. El estudio se apoya en los aportes teóricos de la organización de servicios y sistemas de salud en la perspectiva de la APS, de la DM como Condición Crónica y del proceso de trabajo en salud. El escenario de pesquisa fue una Unidad de Salud de la Familia del municipio de Ribeirao Preto-SP. La recolección de datos fue realizada de enero de 2007 a abril de 2008. Se utilizó un abordaje metodológico cualitativo con diferentes técnicas de captación de lo empírico: observación participante; entrevista semiestructurada; historias clínicas individuales; sistemas de información oficiales del Ministerio de la Salud, buscando profundizar en el análisis/interpretación del proceso de cuidado que envuelve un conjunto de tecnologías (duras, leves-duras y leves). En el análisis del material empírico fueron identificados tres temas: La política municipal de salud para Atención Básica; el Programa de Enfermedades Crónico Degenerativas-Diabetes y el proceso de cuidado al usuario diabético en el Núcleo de Salud de la Familia (NSF). Dentro de los principales resultados tenemos que la política municipal de salud para la Atención Básica propuesta para el periodo 2010-2013 prevé la expansión en 50% de la cobertura poblacional por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), 100% por la Estrategia de Agentes Comunitarios de Salud (EACS) y 50% por la Estrategia de Salud Bucal (ESB) pero ha encontrado limitaciones en relación a la contratación de recursos humanos e insuficiencia en la estructura física de las unidades. En relación al Programa de Enfermedades Crónico Degenerativas-Diabetes, los técnicos del nivel central de gestión consideraron como la principal actividad del programa los registros en el SisHUPERDIA, donde persisten dificultades con 22,2% del potencial de usuarios portadores de DM censados no municipio. Ya el análisis del proceso de cuidado al usuario diabético en el NSF reveló la importancia de las reuniones de discusión de familias e administrativas para el proceso de trabajo en la unidad, las deficiencias metodológicas en la realización de actividades de educación en salud así como en los cuidados domiciliarios y un proceso de trabajo todavía centrado en la actuación del médico, en la realización de procedimientos y en la queja de salud más que en las necesidades del usuario. Sin embargo se hicieron evidentes las potencialidades presentes, una vez que el equipo apunta para la posibilidad de reflexionar y colocar en acción otra lógica de atención centrada en la producción de cuidados, con el establecimiento de espacios colectivos de decisión y creación de vínculos, atendiendo a los principios y valores de la Atención Primaria renovada.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud, Programa de Salud de la Familia, Diabetes Mellitus; Medicina de Familia y Comunidad; Enfermería en Salud Pública; Asistencia de Salud.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Área de abrangência, micro-áreas e limites do NSF.....	46
--	----

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição numérica dos estudos, resultado da pesquisa bibliográfica para os descritores APS e Diabetes Mellitus.....	4
Tabela 2	Distribuição numérica dos motivos de exclusão dos prontuários individuais.....	53
Tabela 3	Distribuição numérica de participantes da pesquisa por categoria profissional.....	59
Tabela 4	Rede pública de saúde de Ribeirão Preto em 1984.....	64
Tabela 5	Porcentagem da população com cobertura de ACS e ESF em Ribeirão Preto, estado de São Paulo e Brasil em 2008.....	68
Tabela 6	Número de unidades de AB por tipo e localização no município de Ribeirão Preto.....	69
Tabela 7	Número de portadores de DM, HTA e DM com HTA cadastrados no HIPERDIA em 2009.....	90
Tabela 8	Tabela 8. Distribuição percentual dos registros em prontuário dos Itens de acompanhamento e frequência de acompanhamento recomendada.....	161
Tabela 9	Comparativo da distribuição percentual dos registros em prontuário dos Itens de acompanhamento em duas unidades de saúde.....	164

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Da atenção tradicional à APS.....	16
Quadro 2 -	Tipo e número de atividades de pesquisa realizadas durante coleta de dados.....	48
Quadro 3 -	Perfil sócio-demográfico e de formação dos sujeitos da pesquisa...	58
Quadro 4 -	Distribuição das unidades de AB no município de Ribeirão Preto segundo tipos de atendimento existentes.....	70
Quadro 5 -	Especialidade médica por número de registros no CNES.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição da população da área adscrita do NSF selecionado para pesquisa segundo sexo e faixa etária.....	44
Gráfico 2 -	Evolução numérica de ACS e percentual de cobertura pelos ACS no município de Ribeirão Preto para o período de 2000 a 2009.....	67
Gráfico 3 -	Evolução numérica das equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), e percentual de cobertura das ESF no município de Ribeirão Preto para o período de 2000 a 2009.....	68
Gráfico 4 -	Evolução do número de novos diabéticos cadastrados por ano 2000 a 2009.....	93

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
AU	Auxiliar de Enfermagem
AVC	Acidente vascular cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Circunferência abdominal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas
CC	Condição Crônica de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DALY	Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSME	Diabetes Self-management Education Intervention
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
ECG	Eletrocardiograma
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

EEUU	Estados Unidos de América
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FORP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HDL	Lipoproteína de alta densidade
HTA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NADEF	Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NGA-59	Ambulatório Regional de Especialidades
NOB-96	Norma Operacional Básica de 1996
NSF	Núcleos de Saúde da Família
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão arterial
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM II	Ambulatório Geral de Especialidades Pediatra
PIASS	Programas de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIC	Programa de Integração Comunitária

PSF	Programa de Saúde da Família
R1	Residente do primeiro ano da especialidade Saúde de Família e Comunidade
R2	Residente do segundo ano da especialidade Saúde de Família e Comunidade
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBDS	Unidades Básicas e Distritais de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar
YLD	Anos de Vida Vividos com Incapacidade
YLL	Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Objetivo Geral.....	7
1.1.1. Objetivos específicos.....	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
2.1. Organização dos Sistemas de Serviços de Saúde. Atenção Primária e Atenção Básica.....	8
2.2. A Diabetes Mellitus como Condição Crônica de Saúde no contexto da APS.....	23
2.3. O Processo de trabalho e a produção de cuidado em saúde.....	29
3. METODOLOGIA.....	38
3.1. Tipo de Pesquisa.....	38
3.2. Local do estudo.	38
3.3. Entrada no Campo de Pesquisa.....	45
3.4. A etapa de coleta de dados – a opção pelas técnicas e instrumentos de pesquisa.....	47
3.4.1. Observação Participante.....	49
3.4.2. Entrevista Semi-estruturada.	51
3.4.3. Análise de prontuários individuais dos portadores de DM 2	52
3.4.4. Formulário no Formato “Check List”.....	54
3.5. Análise de Dados.....	54
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
4.1. Apresentando os sujeitos da pesquisa – formuladores da política municipal e produtores de cuidado aos portadores de DM	57
4.2. A política municipal de saúde para Atenção Básica.....	63
4.2.1. Atenção Básica. Evolução histórica.....	63
4.1.2. Atenção Básica. Situação Atual.....	69
4.3. O Programa de Doenças Crônicas Degenerativas – Diabetes....	87
4.4. O processo de cuidado ao usuário diabético no Núcleo de Saúde da Família.....	101
4.4.1. As reuniões diárias de discussão de casos e as reuniões administrativas. Espaços de encontro e desencontros da equipe.....	102

4.4.2. A Educação em Saúde no NSF – As Atividades Grupais em Condições Crônicas de Saúde.....	113
4.4.3. O ACS e sua participação no cuidado aos portadores de DM2 – construindo laços com os usuários.....	121
4.4.4. O Enfermeiro e o Auxiliar de Enfermagem no cuidado de usuários portadores de DM2– potencialidades na articulação das ações para o cuidado.....	131
4.4.5. O Cirurgião Dentista no cuidado dos usuários portadores de DM2 – repensando a lógica da atenção.....	143
4.4.6. O processo de trabalho dos médicos no cuidado dos usuários portadores de DM2 – possibilidades na construção da continuidade, longitudinalidade e integralidade da atenção..	148
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
REFERÊNCIAS.....	171
ANEXOS.....	193
APÊNDICES.....	208

1. INTRODUÇÃO

O objeto da presente pesquisa refere-se ao estudo da produção de cuidados na Atenção Primária em Saúde (APS) para indivíduos adultos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Trata-se, portanto, de uma temática que se insere no campo das práticas e políticas de saúde.

Para a compreensão do DM2 no âmbito da saúde coletiva, consideramos importante abordar a problemática do DM no contexto da APS. Estes dois eixos temáticos são retomados e aprofundados na fundamentação teórica, articulados à organização tecnológica do trabalho em saúde e ao cuidado em saúde. Nesta investigação, os termos APS e Atenção Básica (AB) são considerados como sinônimos. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a adoção da terminologia Atenção Básica tem o intuito de “construir uma identidade institucional própria, rompendo com a concepção redutora desse nível de atenção¹.

A pesquisa estruturou-se no seu desenho metodológico em torno do pressuposto de que a APS desempenha uma função reorganizadora das práticas assistenciais quando seus princípios básicos são aplicados. Como será discutido posteriormente, há diferentes interpretações sobre a APS assim como diversas são as opiniões em relação com os princípios que permitem caracterizá-la. Em nossa pesquisa temos optado por empregar os princípios propostos pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde² que são definidos de forma sucinta:

- Contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde: encontro inicial e porta de entrada ao sistema;
- Universalidade: cobertura, atendimento e acesso ao SUS como dever do Estado;
- Acessibilidade: oportunidade de utilizar os serviços de saúde sem restrições físicas ou sociais;
- Coordenação do cuidado: a equipe de APS representa os indivíduos, as famílias e as comunidades perante o sistema de saúde;
- Vínculo: processo que ata ou liga afetiva e moralmente o usuário ao trabalhador de saúde numa convivência de ajuda e respeito mútuos;
- Continuidade: atenção permanente e sistemática no tempo;
- Integralidade: amplo espectro de ações multiprofissionais e interdisciplinares focadas na família e na comunidade;

- Responsabilização: compromisso permanente da equipe com a população adscrita;
- Humanização: autonomia e protagonismo dos sujeitos (usuários, trabalhadores de saúde e gestores), de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão;
- Equidade: Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos;
- Participação social: compartilhamento da gestão do SUS através de mecanismos institucionais de caráter colegiado colegiados nos seus diferentes níveis.

Devemos ressaltar que alguns destes princípios são comuns aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gostaríamos de introduzir brevemente o conceito de cuidado que estamos utilizando nesta investigação. Entendemos o cuidado, num sentido amplo, como a relação que se estabelece entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços de saúde, na qual não só estão envolvidos os conhecimentos técnico-científicos (saberes e práticas) e as tecnologias duras (ferramentas e máquinas). Cuidar é uma relação na qual também participa a subjetividade através do acolhimento, a confiança mútua, a consideração e o respeito pelas diferenças, a solidariedade e a responsabilidade contínua³. Na fundamentação teórica discute-se com mais profundidade este conceito.

Como outro elemento de análise agrega-se o exame das políticas públicas do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, em relação à APS e com o DM. Para desenvolver esta tarefa utilizamos como referência os Planos Municipais de Saúde de Ribeirão Preto dos períodos 2005-2008 e 2010-2013, que tratam, dentre outros aspectos, da política municipal para AB assim como o Programa Municipal de Doenças Crônicas Degenerativas - Diabetes e o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes, que estabelecem um conjunto de recomendações para a prevenção, diagnóstico e acompanhamento desta doença.

O estudo sobre o cuidado de saúde aos usuários portadores de DM2 na APS se justifica pelas características que reveste esta Condição Crônica de Saúde (CC). Algumas destas características são: alta prevalência; prevalência em rápido aumento; principal fator de risco populacional para doenças vasculares que são a

primeira causa de morte no Brasil e em grande parte do mundo; presença de comorbidades importantes com grande repercussão sobre a qualidade e a expectativa de vida dos usuários e importante carga econômica para os sistemas de serviços de saúde. Conseqüentemente, o acompanhamento destes usuários requer manejo contínuo e de longo tempo tornando-o uma situação cotidiana nos serviços de APS. Sem dúvidas o DM desafia os sistemas de serviços de saúde.

Assim sendo, concordamos com Lemus que considera que uma das chaves para transformar qualitativamente o cuidado dos portadores de CC está no fortalecimento dos sistemas de saúde baseados nas estratégias e princípios da APS⁴.

Existe um forte interesse por parte de organizações de saúde, tanto nacionais quanto internacionais, em incentivar a estratégia de APS. Um sistema de saúde incapaz de gerenciar as condições crônicas neste nível de atenção se tornará ineficaz e não efetivo para satisfazer as necessidades da população e melhorar a sua qualidade de vida, além de se converter numa carga econômica insustentável. Muitos trabalhos demonstram que os investimentos de recursos humanos e materiais nesta estratégia não só resultam em bem-estar para usuários e comunidades, mas se constituem como uma importante fonte de economia destes recursos. Esse fato adquire particular relevância nas nações em desenvolvimento que contam com orçamentos limitados em saúde, o que obviamente as limitam na oferta de um atendimento de qualidade ao diabético que satisfaça as expectativas mais gerais, especialmente para os setores economicamente menos favorecidos⁵.

Durante o levantamento bibliográfico realizado para sustentar o presente estudo, foram encontrados vários trabalhos que sugerem na suas conclusões que a atenção ao DM na APS no Brasil apresenta algumas limitações. A pesquisa destes trabalhos realizou-se na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)¹, vinculada à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta plataforma se alimenta com informações de outras bases de dados como LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE, The Cochrane Library e ScieLO- Scientific Electronic Library

¹ Outra vantagem da BVS relaciona-se com a busca do descritor introduzido em três línguas: portuguesa, inglesa e espanhola, ou seja, o descritor introduzido, independentemente do idioma, recupera informação nas outras duas línguas de forma automática e simultânea, sendo listados os trabalhos correspondentes nos três idiomas. Isto é possível pela ferramenta DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, utilizada na indexação de artigos de forma trilingüe.

Online assim como de outras bases especializadas, permitindo a busca simultânea de artigos em todas elas a partir da entrada dos descritores.

Empregando o grupo de descritores Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica/ Atención Primaria de Salud / Primary Health Care, combinados com o descritor Diabetes Mellitus, conforme o DeCS, obtivemos um número significativo de trabalhos. A busca refinou-se visando pesquisas desenvolvidas no Brasil. Foram incluídos trabalhos compreendidos no período 1997 a 2007, ou artigos anteriores que por sua relevância, merecessem ser considerados. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição numérica dos estudos, resultado da pesquisa bibliográfica para os descritores APS e Diabetes Mellitus. Ribeirão Preto, 2010

Base de Dados	Total de referências	Referências anteriores a 1997	Pesquisas realizadas no Brasil
LILACS	93	23	22
MEDLINE	1313	0*	5
SciELO	7	0*	3
Total	1413	23	30

* Nestas bases de dados não foram encontrados artigos com a combinação de descritores anteriores a 1997.

Do total de 30 trabalhos desenvolvidos no Brasil contendo a combinação de descritores propostos, 3 estavam repetidos nas três bases de dados. Os 24 trabalhos restantes foram fichados, agrupando-os nas seguintes categorias temáticas:

- Fatores de risco para DM e/ou doenças co-mórbidas, 5 trabalhos
- Perfil clínico-epidemiológico de usuários, estudos de incidência e prevalência de DM e doenças co-mórbidas, 6 trabalhos
- Fitoterapia nas Condições Crônicas de Saúde, 1 trabalho
- Fisioterapia nas Condições Crônicas de Saúde, 1 trabalho
- Avaliação de programas de DM e/ou APS, 11 trabalhos
 1. Avaliação da APS. 4 trabalhos
 2. Avaliação do Plano de reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. 3 trabalhos

3. Avaliação da estrutura, processos e resultados da atenção ao DM. 4 trabalhos.

Por seu interesse para nosso objeto estudo, abordamos nesta discussão os 4 trabalhos referentes ao tema “Avaliação da estrutura, processo e resultados da atenção ao DM”^{6,7,8,9}.

Um estudo realizado em Campinas-SP por Rodrigues, Lima e Nosawa, em 2006, teve como objetivo caracterizar os portadores de DM que freqüentavam uma Unidade Básica de Saúde e as ações de controle da doença. A pesquisa demonstrou que os tratamentos instituídos no serviço não correspondiam aos preconizados nos protocolos municipais e nacionais em relação à doença, insuficiências na busca ativa de portadores de diabetes e dificuldades para a execução do calendário de acompanhamento. Outras limitações apontadas foram: a ausência de bancos de dados integrados sobre os indivíduos diabéticos, insuficiências qualitativas e quantitativas nestes registros que inviabilizam a avaliação das ações individuais e coletivas sobre este grupo de usuários. A conclusão geral deste estudo foi que as ações de saúde desenvolvidas pela equipe não são sistemáticas e, portanto não compõem um programa de controle de diabetes⁶.

Em 1999, em Pelotas-RS, uma pesquisa se propôs caracterizar os usuários portadores de DM acompanhados numa unidade de APS. Detectou-se, a partir dos prontuários médicos, uma prevalência de 4% de DM na população adscrita. Estima-se que a prevalência de DM na população é de 8%. Portanto, nesta unidade de saúde encontravam-se cadastrados aproximadamente a metade dos casos estimados que potencialmente poderiam ser encontrados no território de abrangência. Detectou-se também uma baixa adesão à dieta (28,4%) e à atividade física (20,9%), ações que constituem pilares básicos do tratamento da DM⁷.

Também no município de Pelotas-RS, foi desenvolvido estudo⁸ com o objetivo de avaliar a estrutura, processos e resultados do cuidado aos usuários diabéticos em unidades de APS. Esta pesquisa se desenvolveu nos 32 postos de saúde da rede urbana do município. A pesquisa detectou ausência de alguns recursos materiais necessários ao atendimento, deficiências relativas ao registro das atividades de consulta nos prontuários, não prescrição de dieta por parte de 15% dos médicos e não solicitação de alguns dos exames complementares preconizados. Do total de usuários avaliados, apenas 36,0% tiveram um índice de massa corporal (IMC) bom

ou aceitável, assim como 49,5% tiveram a glicemia capilar adequada no momento do exame. O cuidado destes diabéticos baseou-se quase exclusivamente nos atendimentos médicos. Apesar destas dificuldades, os pesquisadores sugeriram que modificações importantes no cuidado destes diabéticos poderiam ser atingidas com baixos investimentos em recursos materiais, padronização de procedimentos e capacitação adequada dos profissionais da equipe⁸. Posteriormente, Assunção, Santos e Costa, publicaram outro artigo⁹ com base nesta pesquisa apontando problemas tais como a prescrição inadequada de hipoglicemiantes orais (41% fora da dose recomendada); 40% de diabéticos em uso de insulina não faziam a auto-aplicação do hormônio, o que se considerou como falha no plano educacional dos diabéticos e verificou-se pouca adesão à dieta e à atividade física por parte destes usuários⁹.

Como apontado, a aproximação ao tema do DM na APS destas pesquisas se dá na perspectiva da avaliação de serviços de saúde (estrutura, processo e resultados). Seus resultados fornecem importantes subsídios para justificar a importância dos estudos do DM no contexto da APS. No plano de nossa investigação, estamos focados nos processos de trabalho dos profissionais e suas ações aos usuários portadores de DM 2, mantendo como pressuposto central que a produção de cuidado em saúde para estes usuários que se organiza através dos princípios da APS, favorece o cuidado da DM como problema de saúde coletiva.

Motivados por esta problemática nos formulamos as seguintes perguntas:

- Quais são as possibilidades e limitações na produção de cuidado em saúde aos indivíduos adultos portadores de DM 2, acompanhados na Rede Básica de Saúde da SMS de Ribeirão Preto, em específico pela estratégia de Saúde da Família?
- Quais profissionais prestam o cuidado em saúde a estes indivíduos e qual é sua formação e qualificação para este cuidado?
- Quais são as ações realizadas pelos profissionais de saúde no cuidado aos indivíduos adultos portadores de DM 2 no contexto da APS?
- Como as políticas públicas de saúde do município Ribeirão Preto-SP, através da SMS, incorporam as ações de cuidado em saúde a estes indivíduos?

- Como se organizam na prática do cuidado aos usuários diabéticos, os princípios orientadores da APS?

A partir destes questionamentos, traçamos os **objetivos** geral e específicos que são apresentados à seguir.

1.1. Objetivo Geral

Analisar como se dá o processo de produção de cuidados em saúde aos indivíduos adultos portadores de DM 2 enquanto condição crônica de saúde, acompanhados na Rede Básica de Saúde no município Ribeirão Preto-SP.

1.1.1. Objetivos Específicos

- Identificar e caracterizar o perfil sócio-demográfico e de formação específica da equipe de profissionais que presta cuidados aos indivíduos adultos portadores de DM 2.
- Analisar como são incorporados às ações de cuidado realizadas pelos profissionais de saúde aos indivíduos adultos portadores de DM 2, os princípios orientadores da AB.
- Analisar como são incorporados os princípios orientadores da APS às políticas públicas de saúde do município Ribeirão Preto-SP para o cuidado aos indivíduos adultos portadores de DM 2.

Consideramos que o presente trabalho poderá trazer contribuições às políticas públicas de saúde do município em relação com a APS e a DM, assim como abrir possibilidades de intervenção para melhorar os cuidados a estes usuários. Também a pesquisa poderá enriquecer a discussão acadêmica em torno dos processos de cuidado em saúde no contexto da saúde coletiva.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica de nosso objeto de estudo, a saber, o processo de cuidado para os indivíduos portadores de DM 2 na APS, está organizada em três eixos temáticos:

- Organização dos Sistemas de Serviços de Saúde. Atenção Primária e Atenção Básica;
- O Diabetes Mellitus como Condição Crônica de Saúde no contexto da APS;
- O Processo de Trabalho em Saúde e a produção de cuidado em saúde.

2.1. Organização dos Sistemas de Serviços de Saúde. Atenção Primária e Atenção Básica

Não existe consenso sobre a definição de sistemas de serviços de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) no seu Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2000, dedicado à análise dos sistemas de saúde no nível global, considera que um sistema de saúde abarca todas as atividades que têm como finalidade principal promover, restabelecer ou manter a saúde. Assim, nesta definição se incluem atividades tão variadas quanto às dos prestadores de serviços sanitários, a atuação de curandeiros e parteiras tradicionais, as atividades tradicionais da saúde pública como a promoção e prevenção, as melhorias na segurança no trânsito, a atuação sobre o meio ambiente entre outras¹⁰. Já no Relatório Sobre a Saúde no Mundo de 2003, se faz uma interessante distinção entre sistemas de saúde e sistemas de atenção sanitária. Neste documento, denominam-se sistemas de saúde ao conjunto de organizações, instituições e recursos dos quais emanam iniciativas com a finalidade de melhorar a saúde. Diferentemente, os sistemas de APS abarcam as instituições, as pessoas e os recursos implicados na prestação de atenção à saúde dos indivíduos, ou seja, os prestadores institucionais propriamente ditos¹¹. Eugênio Vilaça Mendes identifica duas grandes vertentes na organização de sistemas de serviços de saúde: sistemas fragmentados e sistemas integrados de serviços de saúde. Os sistemas fragmentados caracterizam-se por uma débil APS onde o atendimento acontece de forma isolada e pouco coordenado entre os diferentes prestadores; somados a uma estrutura hierárquica bem definida por níveis de atenção (estrutura piramidal). Inversamente, os sistemas integrados se organizam em forma de redes integradas de serviços de saúde com o centro de comunicação

na APS sem que prevaleça, contudo, algum ponto da rede sobre outro (relação horizontal)¹².

As origens dos sistemas de saúde como os conhecemos modernamente remontam-se ao período da revolução industrial do século XIX, com as ações para melhorar a saúde dos trabalhadores e o início dos seguros sociais em alguns países europeus. Neste estudo, nos centraremos na discussão de alguns fatos que marcaram estas duas grandes tendências na organização de sistemas e serviços de saúde.

No começo do século passado, foram divulgados três relatórios que teriam grande impacto sobre os modelos de organização dos sistemas de serviços de saúde em escala mundial. O mais antigo deles, conhecido como Relatório Flexner, foi publicado em 1910, com o intuito de aperfeiçoar a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Continha um grupo de recomendações no sentido de vincular o ensino às pesquisas e seus resultados nas diferentes áreas das ciências biomédicas dentro de unidades hospitalares (hospitais universitários) de referência. Flexner, a partir da análise dos currículos, da qualificação científica das faculdades, da situação financeira, dos requisitos de admissão, das condições físicas e de equipamentos, identificou diversas unidades de ensino que não satisfaziam padrões científicos mínimos e que formavam médicos com conhecimentos insuficientes. Os padrões propostos referiam-se a estritos processos seletivos para o ingresso nos cursos de medicina, à proeminência das ciências básicas, à disponibilidade de laboratórios nas unidades de ensino, à clínica em hospitais universitários entre outros. O relatório teria grande influência no desenho dos currículos das escolas de medicina em grande parte dos países do mundo ao longo do século XX.

No contexto em que este relatório foi escrito, pode ser considerado renovador, pois ia à contramão da comercialização e banalização do ensino médico. No entanto, a ênfase no modelo biomédico e hospitalocêntrico deste documento foi interpretada de forma reducionista pelas escolas médicas, que deixaram pouco espaço para a discussão em torno a outros determinantes da saúde como os sociais, os econômicos e os psicológicos¹³. A partir destes pressupostos, a atenção, e não o cuidado (distinção esta que explicaremos mais adiante), baseou-se num médico altamente especializado, que usa intensivamente recursos de alta densidade tecnológica (tecnologias duras) para serem aplicados em cada fase do processo saúde-doença-cuidado.

Assim, intervenções estão centradas nos aspectos fisiopatológicos do problema de saúde, com conhecimentos muito específicos em relação a sua especialidade (em profundidade), mas com escasso conhecimento do entorno social e psicológico do paciente. O processo de atenção tem como eixo principal a figura do médico com escassa inter-relação com outros profissionais e limitada participação do paciente no processo de tomada de decisões em relação com sua saúde. Esta é a base do modelo (ou paradigma) conhecido como médico assistencialista, hospitalocêntrico, procedimento centrado, tradicional ou hegemônico¹³.

Num sentido diferente aos critérios “Flexnerianos”, Bertrand Dawson elaborou um relatório publicado em 1920 com propostas para a reestruturação dos serviços de saúde do Reino Unido. Neste relatório, são identificados três níveis de atenção: Centros de Atenção Primária, Hospitais Secundários e Hospitais de Ensino. Definiu a instituição que deve prestar serviços de APS de forma muito próxima aos conceitos contemporâneos como

[...] instituições equipadas com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzidas por um médico generalista do distrito. O centro de saúde primário deve modificar-se segundo o tamanho e as complexidades das necessidades locais assim como a situação da cidade [...] ¹⁴.

Em outras partes do documento se discute a integração entre os diferentes níveis de atenção para permitir o acompanhamento das diferentes etapas da doença, a contribuição dos consultores e especialistas visitantes para dar suporte às diferentes ações de saúde dos centros primários assim como a necessidade de planejamento de ações de saúde a partir de uma população do distrito¹⁴. Alguns elementos que caracterizam a moderna concepção de APS como a regionalização, integralidade, formação generalista dos recursos humanos que atuam no distrito, equipes de apoio matricial e a coordenação entre os diferentes níveis de atenção podem ser identificados neste relatório. Embora suas recomendações não fossem postas em prática de forma automática, elas influenciaram os sistemas de saúde de vários países como Reino Unido, União Soviética e Canadá, tendo um impacto fundamental no movimento que posteriormente fincaria as bases da APS.

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido constituiu-se, em 1948, a partir do Sistema Nacional de Urgências, organizado para o atendimento das vítimas da Segunda Guerra Mundial. Neste sentido, deve destacar-se o precedente do

Relatório Beveridge de 1942 que identificou a atenção sanitária como um dos pilares do sistema de seguridade social. O relatório oficial do governo de 1944 enfatizava o direito das pessoas a obter os melhores serviços médicos de forma integral e gratuita com ações de promoção à saúde além do tratamento de doenças. Este modelo teve grande influência para a construção de sistemas de saúde em várias nações do mundo.

Os modernos sistemas de saúde obedecem à evolução de, pelo menos, três modelos básicos. O primeiro deles se propõe cobrir a todos ou a uma parcela dos cidadãos, a partir do aporte de recursos econômicos pelos empregadores e trabalhadores a um fundo de saúde (seguro saúde). Os serviços podem ser disponibilizados tanto por instituições públicas quanto pelo setor privado. Em outro modelo, predomina a participação do setor público que centraliza, planeja e distribui recursos provenientes da arrecadação tributária. No terceiro modelo, a participação do setor público é menor, embora importante e consiste na prestação de serviços a certos grupos populacionais, dependendo, o restante dos cidadãos, do setor privado. Na realidade, estes modelos encontram-se mesclados nos sistemas de saúde da maioria dos países, especialmente naqueles em desenvolvimento¹⁴. Goulart faz algumas considerações em relação aos modelos de atenção à saúde. Para o autor não existem modelos em estado “puro”, estão sujeitos às vontades dos diversos grupos sociais, não há modelos “certos” ou “errados” e não há modelos gerais ou universais¹⁵.

A OMS considera que têm acontecido três gerações de reformas dos sistemas de saúde. A primeira delas caracterizou-se pela criação dos sistemas nacionais de saúde e pela extensão da saúde baseada nos sistemas de seguro social. A segunda geração de reformas, privilegiou a APS como estratégia para resolver as iniquidades prevalentes, especialmente no concernente à cobertura. A terceira geração tem como peculiaridade a tendência a responder às demandas dos usuários e não centrar-se exclusivamente na oferta de serviços para as necessidades presumidas pelas autoridades sanitárias. Trata-se de um esforço por incluir os setores de menor poder econômico assim como a ênfase no financiamento, inclusive nos subsídios, e não somente na prestação de serviços pelo setor público¹⁴.

A APS tem se transformado na coluna vertebral de muitos dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como na política

central da OMS. Alguns fatos relevantes merecem ser destacados. Em maio de 1977, durante a 30ª Assembléia Mundial de Saúde, as nações participantes acordaram que a meta social mais relevante era alcançar um nível de saúde para cada um dos seus cidadãos que lhes permitisse desenvolver uma vida social e economicamente produtiva para o ano 2000. A estratégia da APS foi considerada a mais adequada para conseguir esta meta. Depois de várias reuniões regionais ao longo de 1977 e 1978, em setembro deste último ano, na cidade de Alma Ata na antiga República Soviética de Cazaquistão, produziu-se a Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, convocada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Com a participação de 134 países e 67 organizações internacionais, subscreveu-se a Declaração de Alma Ata e lançaram-se as metas de “Saúde para todos no ano 2000”. No seu ponto VI, a Declaração de Alma Ata estabelece a seguinte definição clássica de APS.

A atenção essencial à saúde baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias acessíveis aos indivíduos e às famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente do seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte do sistema de serviços de saúde do qual representa a sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção¹⁶.

Nesta definição, destacam-se quatro princípios básicos: 1) acessibilidade e cobertura universais em função das necessidades de saúde; 2) compromisso, participação e auto-sustentação individual e comunitária; 3) ação intersectorial pela saúde; 4) custo-eficácia e tecnologia apropriada em função dos recursos disponíveis.

Trinta anos depois, a OMS considera que estes princípios mantêm plena vigência como norteadores da organização dos sistemas de serviços de saúde apesar das grandes transformações ocorridas no nível mundial, regional e local neste período de tempo. Alguns exemplos destas transformações são a transição demográfica e epidemiológica, os progressos nas tecnologias sanitárias, as mudanças nas políticas de saúde, o crescente papel do setor privado na prestação de serviços de saúde, a falta de financiamento, os processos de descentralização

entre outros. Portanto, um sistema de saúde que não estiver fundamentado nestes princípios, estará obsoleto e sem possibilidades de enfrentar estes novos desafios.

A Conferência sem dúvida um marco na história da saúde mundial, produziu-se num contexto singular. No campo político o mundo encontrava-se em plena “guerra fria” a partir da bipolaridade ideológica e econômica. Os avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde durante esta década contrastavam com as iniquidades no acesso à saúde, a injustiça social e a pobreza. Começavam a manifestar-se as consequências da transição demográfica (particularmente da migração do campo para os grandes centros urbanos) e do baixo crescimento econômico. Na América Latina, havia instabilidade política e ditaduras militares em grande parte dos países da região. A acessibilidade era considerada como o principal problema dos sistemas de saúde do subcontinente, o que gerou políticas de ampliação de cobertura para lidar com a crise. Nesta conjuntura mundial e regional, o modelo tradicional médico centrado, resultava ineficiente para satisfazer as necessidades de saúde das grandes populações. Durante a reunião de Alma Ata, se adotou uma declaração final de 10 pontos que representava uma mudança profunda em relação com os paradigmas hegemônicos. Qual foi a importância desta declaração? Vários elementos podem ser destacados¹⁶.

- A definição de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não apenas como ausência de doença.
- A saúde como direito humano fundamental.
- Destaque para injustiças e iniquidades no setor saúde entre as nações desenvolvidas e em desenvolvimento assim como no interior dos próprios países.
- O direito à participação (tanto como indivíduo quanto coletivamente) no planejamento e implementação das políticas sanitárias.
- Ressaltar que no processo saúde-doença há determinantes de caráter econômico, social e político envolvidos que afetam diretamente o estado de saúde das coletividades e vice-versa. A necessidade da participação de diversos setores sociais e econômicos além do setor saúde.
- A definição de APS e o estímulo a formulação de políticas nacionais para a implementação desta estratégia dentro de um Sistema Nacional de Saúde em coordenação com os modelos tradicionais.

- O lançamento da idéia posteriormente conhecida como “Saúde para Todos no ano 2000” que enfatizava a possibilidade de alcançar níveis de saúde universais que permitissem “levar uma vida social e economicamente produtiva”.

Devemos observar que esta declaração não tinha caráter vinculante, ou seja, seu cumprimento dependia da vontade política dos gestores nacionais e posteriormente ocorreram diversas distorções. O próprio conceito de “Atenção Primária de Saúde” foi objeto de variadas interpretações, uma vez que as três palavras que compõem a definição estão sujeitas a ambigüidades lingüísticas e políticas¹⁷.

Assim, a diversidade de definições, nomenclatura e enfoques acerca da APS depende da interpretação teórica, das concepções, valores e necessidades de cada região e comunidade. A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), adotando as categorias de Hannu Vuori, reconhece pelo menos quatro interpretações da APS.

1. APS seletiva: número limitado de serviços de alto impacto, baixo custo e escassa qualificação do pessoal para resolver problemas muito prevalentes em populações pobres (exemplo: vacinação, aleitamento materno, re-hidratação oral).
2. APS como nível primário do sistema: concebida como porta de entrada ao sistema de saúde e local para atenção continuada da maioria da população com ênfase na função resolutive.
3. APS ampla (princípios de Alma Ata): como estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e à sociedade para promover saúde.
4. Enfoque de saúde e direitos humanos: concebe a saúde como um direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão e busca da equidade¹⁸.

Algumas considerações em relação a estas definições se fazem necessárias. A APS seletiva, sem dúvida, é insatisfatória no seu alcance e propósitos apesar de sua importante contribuição na ampliação da cobertura assistencial e vacinal assim como na redução da mortalidade infantil nas populações economicamente menos favorecidas. Quando definida como nível de atenção ou baseada nos princípios de Alma Ata, tende a enfatizar os elementos de caráter operativo e organizacionais. Os argumentos, contidos na própria declaração de Alma Ata, permitem outras

interpretações com destaque para os aspectos sociais como acontece na quarta definição. Concebemos a APS como uma estratégia que comporta tanto princípios operativos quanto políticas públicas que ultrapassam o âmbito do setor saúde para incidir sobre os determinantes econômicos, sociais e políticos do processo saúde doença, de modo que a separação destes enfoques mutilaria a compreensão da APS de um ponto de vista mais abrangente.

A APS é um esforço destinado a mudar as práticas e as estruturas do setor saúde a partir de novos paradigmas divergentes dos modelos tradicionais apesar de que necessariamente conviva com eles durante a transição. Vale a pena neste momento, pelo seu interesse, reproduzir a interpretação Hannu Vuori relativa às transformações necessárias para transitar desde o modelo de atenção tradicional à APS¹⁹. Este quadro adaptado, também pode ser consultado no texto de Barbara Starfield sobre APS²⁰.

Quadro 1. Da atenção tradicional à APS.

TRADICIONAL	APS
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção e cuidado
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódios	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros especialistas
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor saúde	Colaboração entre setores sociais
Domínio profissional	Participação comunitária
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners.

Apesar das resistências e dificuldades que a estratégia da APS tem encontrado para sua implementação desde seu lançamento em Alma Ata, pode se afirmar que tem impacto positivo sobre as condições de saúde no mundo. Embora a meta de “Saúde Para todos no Ano 2000” não pode se concretizar por diversas razões, a estratégia da APS tem se consolidado como a principal ferramenta para construir sistemas de saúde mais equitativos, eficazes e de melhor qualidade. Cabe destacar, que em 2008, a OMS lança o “Relatório para saúde de 2008: Atenção Primária de Saúde mais necessária do que nunca”²¹, aonde são apontados elementos que indicam os aspectos que se fazem presentes enquanto desafios contemporâneos e a relevância da APS.

Na região das Américas, a OPAS estima que o ganho de dois anos na esperança de vida ao nascer em ambos os sexos pode ser considerado um indicador indireto do impacto atribuível a esta estratégia, quando consideradas a redução do risco de morrer por causas transmissíveis (60%) e por doenças perinatais (25%) na população menor de 5 anos²².

Outra pesquisa avaliou a contribuição da APS para a melhoria de um grupo de indicadores de saúde selecionados de 18 países desenvolvidos pertencentes à Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), no período de 1970 a 1998. A *força* da atenção primária foi medida através de uma escala com 10 itens. O estudo concluiu que uma APS forte está associada à melhoria de indicadores de saúde tais como mortalidade geral, mortalidade precoce relacionada com asma, bronquite, enfisema e pneumonia assim como com doenças cardiovasculares²³.

Um rigoroso trabalho de Barbara Starfield, Leiyu Shi e James Macinko²⁴, utilizou material compilado em três revisões sistemáticas de outros pesquisadores, acrescentando estudos realizados pelos próprios autores, com o intuito de levantar evidências que permitissem estabelecer as contribuições da APS à saúde. A pesquisa teve três momentos. O primeiro deles reuniu estudos tratando da relação entre APS e saúde a partir de três indicadores: número de médicos de APS por habitantes, estudos com pessoas que identificaram o médico de APS como seu principal provedor de cuidados e estudos vinculando a APS com o estado de saúde da população. Num segundo momento, discutiu-se o impacto da APS na redução da iniquidade em grupos populacionais. Na terceira parte, discutiram-se as limitações da análise sobre efetividade da pesquisa em APS e seu futuro assim como a

relevância das políticas do setor saúde para o desenvolvimento da estratégia de APS. A maior parte da literatura utilizada foi produzida nos Estados Unidos de América (EEUU) em língua inglesa. Estabeleceram-se comparações com estudos internacionais. Os autores agruparam os resultados em seis grupos de análise ou “mecanismos” através dos quais podem ser identificados os benefícios da APS sobre a saúde.

1. A APS favorece o acesso aos serviços de saúde aos grupos populacionais de menor renda.
2. A contribuição da APS a qualidade da atenção clínica. Os médicos de APS tiveram um desempenho similar aos especialistas de outras áreas quando trataram de doenças específicas comuns (exemplo: Diabetes Mellitus e Asma) e desempenho superior quando focados não só no cuidado da doença mais do paciente no contexto dos seus outros problemas de saúde.
3. Os impactos da APS na prevenção. Os estados dos EEUU com maior relação de médicos de APS por habitante tiveram menos obesidade, menor hábito de fumar e maior uso do cinto de segurança no transporte do que nos outros estados. Um maior número de médicos de família se associou a detecção precoce de câncer de mama, melanoma, câncer de cólon e câncer de colo de útero.
4. O impacto da APS no cuidado precoce dos problemas de saúde. Diversos estudos concluíram que a APS tem impacto nos problemas de saúde antes que estes sejam suficientemente graves para precisar dos serviços de emergência e hospitalização, reduzindo as taxas de hospitalização por doenças comuns.
5. A contribuição das características da APS para um melhor cuidado. Quando estudadas características da APS como primeiro contato e continuidade da atenção, demonstrou-se uma significativa redução dos gastos em saúde, do número de hospitalizações e das visitas às unidades de emergência. Outros resultados destas pesquisas apontam para um maior número de orientações de prevenção, menos provas diagnósticas e menor prescrição de medicamentos, quando

comparados com pacientes atendidos por especialistas de outras áreas diferentes da APS.

6. O papel da APS na redução das consultas especializadas desnecessárias. Há múltiplas evidências de que o primeiro contato com atenção especializada aumenta os custos da atenção, expõe os pacientes a maior número de procedimentos e medicamentos desnecessários assim como a maior número de erros médicos nas doenças comuns. Destaca-se também nestes estudos, que nos países com maior número de médicos especialistas de áreas diferentes da APS, indicadores de saúde como mortalidade geral, mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, mortalidade por câncer, baixo peso ao nascer assim como detecção precoce de vários tipos de câncer, tem piores resultados do que nos países com forte presença de médicos de APS²⁴.

Para compreender a evolução da APS no Brasil, se faz necessário examinar brevemente a história recente do seu sistema de saúde. Mendes destaca três etapas gerais dos modelos assistenciais brasileiros. A primeira delas abarcou aproximadamente os 50 anos iniciais do século XX e caracterizou-se pelo sanitarismo campanhista com pelo menos três correntes. No período, predominaram as ações sanitárias de caráter pontual, centradas no combate às doenças transmissíveis e com forte caráter repressivo. A partir dos anos 60, a segunda etapa distinguiu-se pela medicina previdenciária dirigida aos indivíduos com emprego formal com exclusão dos trabalhadores rurais assim como dos trabalhadores urbanos informais. Numa terceira etapa, durante a conjuntura histórica da redemocratização, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) consagrado na constituição de 1988. O SUS (como sistema público) coexiste com o Sistema de Atenção Médica Supletiva (planos e seguros de saúde) e o Sistema de Desembolso Direto até a atualidade²⁵.

Durante este intervalo de tempo, diferentes iniciativas próximas do ponto de vista conceitual com a APS, foram desenvolvidas. A discussão aprofundada destas iniciativas foge do alcance do presente estudo. Algumas delas contribuíram substancialmente para extensão da APS que, segundo Mendes, conformaram quatro ciclos de expansão²⁵.

A partir da entrada dos EEUU na Segunda Guerra Mundial e sua necessidade de bases militares em território brasileiro assim como de matérias primas como a borracha e ferro para sua indústria bélica, formou-se uma parceria entre a Fundação Rockefeller e o governo federal que gerou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O SESP contava com uma ampla rede de postos de saúde que desenvolvia ações voltadas a prevenção e promoção de saúde assim como capacitação de recursos humanos. Na década dos 70 destacam-se os Programas de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que teve importância nacional e contribuiu para a expansão do movimento sanitário. Nesta década, constituíram-se as bases teórico-conceituais do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira a partir da reflexão e prática dos docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva das universidades e, posteriormente, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Este movimento teve um forte caráter ideológico e questionava o modelo oficial de atenção à saúde a partir de pressupostos tais como a universalização dos serviços, a participação popular, a democratização da saúde, a descentralização, a hierarquização entre outros²⁶.

Durante a crise previdenciária dos anos 80, surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) como programa, pactuado através de convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, que rapidamente foram adotados pelos estados da federação propiciando uma expansão das ações de APS. Posteriormente, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como preâmbulo a criação do SUS na constituição de 1988^{25,26,27}.

Diferentes propostas de caráter local e nacional foram desenvolvidas para reorganizar a APS. Alguns exemplos de iniciativas locais (muitas delas associadas a atividade de instituições acadêmicas) são a Medicina Geral e Comunitária de Porto Alegre, o Programa do Médico da Família de Niterói, o modelo de Defesa da Vida de Campinas entre outras. Devemos lembrar que uma das características do sistema de saúde brasileiro é a descentralização que permite aos municípios autonomia em relação com os modelos de organização de sistemas de serviços de saúde a serem adotados nessas unidades territoriais.

Em nossa pesquisa, o foco proposto é a Estratégia de Saúde da Família, forma de organização da APS que se coloca como estratégia prioritária da política oficial do Ministério da Saúde (MS) dentro da estratégia nacional de Atenção Básica (AB).

No Brasil subsiste uma discussão teórica envolvendo os termos APS e Atenção Básica à Saúde (AB). Na literatura nacional consultada, os diferentes autores utilizam uma ou outra definição ocasionalmente como sinônimos ou, por vezes, em contraposição. Alguns pesquisadores argumentam que a interpretação da APS predominante nos países em desenvolvimento corresponde com a denominação de APS seletiva segundo a classificação proposta por Vuori, a diferença da opção escolhida pelo sistema de saúde brasileiro.

Algumas considerações se fazem necessárias neste momento. Sem dúvida a Declaração de Alma Ata contém algumas ambigüidades, pois descrevia a APS tanto como um nível de assistência quanto como um enfoque global da política sanitária. No entanto, quando examinada a declaração no seu conjunto, temos a impressão de que seu “espírito” aponta na direção de mudanças estruturais no setor saúde, ordenando as práticas a partir de um grupo de princípios bem estabelecidos. Recordemos que esta declaração é um documento de consenso que foi desenvolvido em circunstâncias políticas bem definidas. Dificilmente qualquer declaração com participação de múltiplos interesses será o suficientemente abrangente para satisfazer todas as necessidades individuais de cada uma das partes envolvidas. Por outro lado, o debate conceitual sobre a APS, no seio da comunidade científica internacional não permaneceu estático, estando em contínua construção desde 1978.

A opção dos gestores locais por uma APS simplificada pode-se dever a diferentes fatores, por vezes alheios ao setor saúde como as reformas da administração, a necessidade de redução dos gastos do estado, os pacotes de serviços básicos propostos pelo Banco Mundial entre outras causas.

Por último, gostaríamos de destacar que a APS seletiva teve um papel relevante em determinado momento da evolução dos sistemas de saúde em vários países, especialmente na ampliação de cobertura, na imunização e na diminuição da mortalidade infantil e materna. Neste trabalho, como comentado anteriormente, temos optado por entender a APS de forma ampla como re-estruturadora dos sistemas de serviços de saúde e como direito humano.

Segundo Célia Regina Gil, o termo AB no contexto nacional tem-se institucionalizado a partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) sendo incorporado à nomenclatura oficial do Ministério da Saúde (MS)²⁸. Em nossa opinião, mais do que uma discussão semântica envolvendo os termos APS e AB, resulta de

maior interesse compararmos seus princípios e características. Na Portaria nº 648 de Março de 2006 do MS “Política Nacional de Atenção Básica”, na parte “Dos Princípios Gerais” podemos encontrar uma definição de AB muito próxima nos seus princípios às definições de APS propostas pela OPAS/OMS^{16,29} e por Barbara Starfield²⁰, referência teórica e de pesquisa na área de APS.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos 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 social².

O Brasil possui singularidades geográficas, sociais, econômicas e políticas que se refletem no seu sistema de saúde. Ademais se verifica uma intensa discussão acadêmica sobre o tema de organização de sistemas de serviços de saúde que naturalmente é espelhada nesta definição de AB. A definição do MS expressa uma opção política para a construção de um modelo próprio que se adapte às necessidades particulares do país. Para os fins de nosso trabalho utilizaremos os conceitos de APS e AB como sinônimos.

As ações de AB podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que contém determinados requisitos predefinidos de infra-estrutura e recursos humanos e materiais. Deste modo, a AB conta com três estratégias: Programa de Agentes Comunitários de Saúde, UBS com atendimento “tradicional” com o sem PACS e Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF enquanto política pública do governo federal estabelecida pelo MS compõe a estratégia prioritária de trabalho em AB desde o ano 1994². Embora a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF) é a mais difundida entre usuários e instituições de saúde, nos últimos anos tem-se verificado nos documentos oficiais, uma mudança de nomenclatura de PSF

para ESF a partir da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Este tópico tem importância não apenas como uma mudança de definição, mas reflete a adoção por parte do MS de um grupo de objetivos e linhas de ação para a consecução de um resultado de longo prazo (reorganizar a AB).

A partir da melhor compreensão da importância desta estratégia por parte dos gestores dos três níveis do sistema (federal, estadual e municipal) assim como de incentivos financeiros proporcionados pelo governo federal, a Saúde da Família vem crescendo de forma expressiva, especialmente nos indicadores de cobertura. Quando analisada a progressão da cobertura nos últimos 5 anos, observamos uma expansão do número de equipes de saúde da família (de 21353 para 30898), passando de 5095 para 5347 os municípios com ESF em igual período. Estes dados representam uma mudança na cobertura populacional média no Brasil que vai de 39,10% em 2005 até 50,82% em 2010. A cobertura populacional com ACS passou de 55,60% para 60,89%. Contudo, deve-se destacar que a expansão da ESF não tem sido homogênea no país como um todo, refletindo as diferenças regionais. Em 2010, a população coberta por ESF na região Nordeste ascendia ao 71,08%, enquanto no Sudeste apenas atingia o 37,10%³⁰.

Na expansão do financiamento da ESF, verifica-se um salto de 1662,8 milhões de reais em 2003 para 4064,0 milhões de reais em 2007, com particular destaque neste aumento para o componente variável do Piso de Atenção Básica (PAB)³⁰. O PAB consiste em repasses de recursos financeiros federais aos municípios para a viabilização das ações da AB. O PAB tem dois componentes: PAB fixo e PAB variável. O PAB fixo é um per capita calculado a partir da população estimada de cada município pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O PAB variável depende da adesão dos municípios às estratégias nacionais de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e outras políticas específicas de caráter regional como Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário. O PAB variável constitui a principal forma de incentivo financeiro para a implantação destes modelos nos municípios². Um aprofundamento na análise das questões específicas do PAB e outras formas de incentivo aos municípios para a implementação da AB foge dos propósitos do presente trabalho.

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. As Equipes de Saúde da Família tem um caráter multiprofissional com, pelo menos, um médico, um enfermeiro, três auxiliares

de enfermagem ou técnicos em enfermagem e até 12 ACS. Outros profissionais tais como cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, psicólogos, fisioterapeutas entre outros podem participar destas equipes. O cuidado é prestado nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) por Equipes de Saúde da Família, em unidades próprias do PSF ou no domicílio. Cada equipe tem responsabilidade por uma população adscrita dentro de seu território de abrangência de 3.000 a 4.000 pessoas e um regime de trabalho de 40 horas por semana. A proposta do MS é substituir paulatinamente a rede de AB tradicional pela ESF².

2.2. A Diabetes Mellitus como Condição Crônica de Saúde no contexto da APS

As transformações na situação epidemiológica mundial impõem às práticas de saúde novos desafios. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os padecimentos relacionados com a infecção por HIV e outras doenças transmissíveis persistentes têm substituído, ao longo do último século, as doenças infecciosas agudas nos primeiros lugares de morbidade e mortalidade. Para agrupar esses tipos de condições de saúde têm-se preferido utilizar a definição de Condição Crônica (CC). As condições crônicas são problemas de saúde que se caracterizam por requerer manejo contínuo ao longo do tempo, precisando de uma estratégia diferenciada, na qual o termo de doença transmissível ou não transmissível é menos importante para operacionalizar certas ações. Além de incluir as DCNT, este grupo está formado por algumas condições transmissíveis persistentes como HIV/AIDS e Tuberculose (TB), distúrbios mentais de longo prazo como a esquizofrenia ou a depressão, assim como deficiências físicas ou estruturais como cegueira ou amputações³¹.

As CC estão aumentando no mundo todo em proporções alarmantes sem distinção de região ou classe social. De fato, os países de baixa e média renda são os que contribuem com o maior incremento destas condições na carga de morbidade. Na América Latina e nos países subdesenvolvidos da Ásia e na região do Pacífico Ocidental, três de cada quatro óbitos em adultos se devem a doenças não transmissíveis. Isto é um reflexo do estado avançado da transição epidemiológica. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças que acontecem nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez numa população específica ao longo do tempo e que, em geral, associam-se com outras transformações demográficas, sociais e econômicas³².

Por outro lado, doenças infecciosas como a dengue, a malária, a TB e o HIV/AIDS entre outras, estão longe de permanecer sob controle nessas áreas, expondo suas populações a uma dupla carga de morbidade²⁹.

A maioria das CC está associada ao envelhecimento da população mundial, à adoção de estilos de vida inadequados em relação à alimentação e à prática de exercícios físicos, a poluição do meio ambiente assim como a alta prevalência de obesidade, que vem tomando caráter epidêmico nos últimos anos³³. Como consequência de tais práticas, doenças como as Cardiovasculares, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Renal Crônica, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HTA), entre outras, perfazem um sério problema de saúde pública que diminui a expectativa de vida útil e converte-se em uma carga econômica para a sociedade, pelos gastos dispensados na atenção da saúde e nas restrições à força de trabalho³⁴.

No Brasil a transição epidemiológica apresenta-se com algumas peculiaridades. Persiste uma superposição entre doenças infecciosas e parasitárias (persistentes e emergentes), doenças crônico-degenerativas e causas externas, diferentemente dos países industrializados e de alguns países da região como Chile, Costa Rica ou Cuba. Desta forma, a transição epidemiológica brasileira é considerada como prolongada, evidenciando-se ainda marcadas diferenças regionais. Concomitantemente, há uma aceleração no envelhecimento da população que aumenta a demanda por serviços de saúde.

A pesquisa “Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil” avaliou a carga de doença e sua relação com a transição epidemiológica no Brasil. As doenças foram grupadas em três categorias: Grupo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, Causas Perinatais, Causas Maternas e Doenças Endócrinas; Grupo II – Doenças Não-Transmissíveis; Grupo III – Causas Externas. As Doenças Não Transmissíveis (crônico-degenerativas) responderam por 66,3% da carga de doença, as doenças do grupo I por 23,5% e as causas externas por 10,2%. O DALY (Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) é um importante indicador que mede o impacto das doenças não só do ponto de vista da mortalidade, mas também levando em conta a incapacidade gerada por esta. Está formado por dois componentes: YLD (Anos de Vida Vividos com Incapacidade) e YLL (Anos de Vida perdidos por Morte Prematura). As doenças crônico-degenerativas foram responsáveis por 74,7% dos YLD e 59% dos YLL³⁵. Isto demonstra que este

subgrupo de doenças tem um importante impacto não só na qualidade de vida das pessoas se não também acarreta um enorme ônus econômico por diminuição da força produtiva, gastos em previdência (aposentadorias precoces e pensões) e gastos relativos ao cuidado da saúde.

No caso da transição epidemiológica brasileira, observou-se que as doenças do Grupo I (Doenças Infecciosas e Parasitárias, Causas Perinatais, Causas Maternas e Doenças Endócrinas) continuam tendo expressiva importância na carga total de doenças, superpondo-se ao progressivo aumento das doenças crônico-degenerativas e as de causa externa. Como comentado, em países com uma transição avançada, o Grupo I de doenças encontra-se em paulatino declínio.

Por grupos de etiológicos, as doenças vasculares constituem a primeira causa de morte (28,2%, 2006) na população geral segundo dados do MS. Especialmente o Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral são os responsáveis por 65% das mortes na faixa etária de 30 a 60 anos de idade³⁶.

Existe uma estreita relação entre doenças vasculares e outras condições crônicas como a HTA e a DM. Esta última constitui o principal risco populacional para as doenças vasculares (cardiovasculares e vascular cerebral). Por outro lado, as doenças cardiovasculares são as principais responsáveis pela redução da sobrevida de pacientes diabéticos sendo a causa mais freqüente de mortalidade neste grupo³⁷.

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de esta exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica e distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas³⁸. Esta doença constitui um dos problemas mais importantes e complexos que enfrentam os sistemas de saúde. A OMS estima que existam em torno de 171 milhões de diabéticos em todo o mundo; cifra que poderia alcançar os 336 milhões para o ano 2030³⁹. Este importante incremento na incidência da DM se produzirá fundamentalmente nos países em desenvolvimento, que contribuem com $\frac{3}{4}$ da carga mundial para diabetes⁴⁰. Na América Latina e no Caribe, onde mais de 33 milhões de pessoas já padecem com a DM e cerca de 45.000 morrem a cada ano por consequência desta condição ou suas complicações, o número de diabéticos poderia aumentar a mais de 65 milhões para 2025⁴¹.

O DM, suas complicações e seqüelas diminuem a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes, além de converter-se numa importante carga econômica para

os sistemas de saúde pública e a economia pessoal e familiar dos enfermos através dos custos diretos e indiretos. Em geral, os custos médios no cuidado com a DM foram 400% superiores quando comparados ao gasto médio per capita em saúde para a região das Américas⁴².

Dados do estudo multicêntrico sobre a prevalência de DM no Brasil revelam que 7,6% da população na faixa etária entre 30 e 69 anos padecem com esta doença⁴³. Na cidade de Ribeirão Preto-SP, em 2003, produziu-se uma pesquisa que teve importância nacional. A partir da aplicação da metodologia do Censo Nacional de Diabetes de 1988, demonstrou-se uma prevalência de 12,1% de DM e de 7,7% de Tolerância Diminuída à Glicose. Outro importante dado deste estudo foi que um alto índice de pessoas (25,5%) desconhecia o fato de ter a enfermidade, sendo estabelecido o diagnóstico durante o decorrer da pesquisa⁴⁴.

As consequências de longo prazo dos distúrbios metabólicos relacionados com a DM atingem vários órgãos e sistemas através de alterações micro e macro vasculares, sendo responsáveis por disfunções e falências dos órgãos. As complicações microvasculares mais importantes incluem a neuropatia (26% dos pacientes em programas de diálise são diabéticos)⁴⁵, retinopatia (a DM é a principal causa de cegueira adquirida), neuropatia responsável por úlceras nos pés e artropatia de Charcot, amputações de membros inferiores⁴⁶, entre outras. Dentro das complicações macro vasculares ressaltam as doenças coronarianas (30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas com dor precordial são diabéticos)⁴⁷ e o Acidente Vascular Cerebral. Além disso, outros fatores de risco vascular se associam a DM com maior frequência que em comparação com a população geral como a HTA (duas vezes mais frequente)⁴⁸, obesidade, sedentarismo e dislipidemia.

Após estas considerações, fica evidente que o cuidado em saúde dos indivíduos com DM não se limita somente ao controle da hiperglicemia. É preciso o tratamento e acompanhamento efetivos dos outros fatores de risco vascular, assim como de suas complicações.

A bibliografia consultada concorda que a abordagem do DM deve realizar-se através de grupos multidisciplinares, com uma estratégia que abrange objetivos considerados padrões ou “*standards*”^{49,50,51,52}.

Nesse sentido, diferentes iniciativas das três esferas do poder público e outras entidades profissionais e de usuários, no Brasil, tem sido empreendidas visando

otimizar ações de prevenção, tratamento e acompanhamento dos indivíduos portadores de DM. Na esfera federal, destaca-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do SUS. Este programa envolve um grupo de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento destas doenças, seus fatores de risco e complicações. Apóia-se num sistema informatizado que permite o cadastro e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na Rede Básica em nível nacional (SisHIPERDIA). O programa constitui-se numa forma de incentivo aos municípios garantindo o repasse de recursos financeiros do MS às Secretarias Municipais e Estaduais de saúde para a aquisição de um grupo de medicamentos padronizados para o tratamento destes agravos; conforme a portaria nº 2084/2005, de 26 de outubro de 2005, que estabelece per capita/ano de R\$ 1,15 para o tratamento da HTA e a DM referente à população estimada pelo IBGE. Por sua vez, o município assume uma série de compromissos na forma de cadastramento, acompanhamento dos portadores destas doenças e alimentação do SisHIPERDIA ⁵³.

No âmbito municipal, Ribeirão Preto tem desenvolvido o Programa de Doenças Crônicas Degenerativas - Diabetes, no contexto do Programa de Saúde do Adulto. Este Programa de Diabetes compreende a existência e operacionalização de diferentes aspectos tais como: protocolos clínicos, programas de aprimoramento profissional, estímulo à pesquisa, assim como a padronização do fluxo do atendimento aos portadores de DM, exames laboratoriais e medicamentos. No item medicamentos, o Programa local acrescenta várias drogas às padronizadas pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do MS, adquiridos com recursos do orçamento municipal. Destaca-se também a alocação de recursos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) em um convênio com a Secretaria de Estado da Saúde, para a disponibilização de glicosímetro, lancetador, fitas reagentes e lancetas para um grupo de pacientes selecionados usuários de insulina: diabéticos tipo 1, gestantes, diabéticos tipo 2 usuário insulínico dependente e outros pacientes em situações especiais ⁵⁴.

No ano de 2006, a SMS atualizou o Protocolo de Atendimento em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. No item Fluxo de Atendimento ao Paciente Diabético, definem-se as atividades a serem realizadas pelos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) assim como os recursos humanos em cada um destes níveis e suas atribuições e competências. Chama a atenção no texto do Programa que o nível primário encontra-se restrito às Unidades Básicas de Saúde

(UBS) não sendo mencionadas outras estratégias da AB como a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵⁴. Neste sentido, cabe destacar que consideramos que a APS, especialmente através da ESF, se erige como um cenário importante para poder concretizar as ações de cuidado aos indivíduos portadores de DM2.

O paradigma médico hegemônico vigente constituiu-se para dar respostas aos problemas agudos e infecciosos assim como às necessidades urgentes dos usuários, desenvolvendo ações como examinar, diagnosticar, aliviar os sintomas e aguardar pelo desfecho. Lamentavelmente o modelo de atenção de casos agudos tem caráter hegemônico na cultura de usuários, trabalhadores de saúde, organizações sanitárias e governos, constituindo-se em obstáculo para a mudança desse paradigma. Embora necessário (as CC sempre têm episódios de agudos), a aplicação deste modelo se mostra insuficiente para prevenir agravos, promover saúde e fornecer cuidados amplos aos indivíduos portadores de condições crônicas.

Apesar do dito até aqui, devemos ser cuidadosos ao associar a APS com a solução imediata aos problemas de saúde das coletividades, pois, embora um passo fundamental seja a formulação de políticas públicas nesta direção, sua implementação é complexa e passa, além das dificuldades logísticas próprias à implementação das políticas, pela construção da subjetividade dos diferentes atores (usuários, profissionais sanitários e gestores), em outra direção, ou seja, do processo de cuidado voltar-se à qualificação da vida e não apenas a intervenção em situações pontuais de alteração do processo saúde-doença. Soma-se a esta questão, o fato das práticas assistenciais enraizadas em outros modelos (cujo paradigma pode sintetizar-se no modelo de atenção individual) podem ser reproduzidas na APS quando não compreendidos seus princípios e objetivos, considerando que o espaço hegemônico de formação da maioria dos profissionais de saúde ainda é o hospital. Desta forma, ainda há, certamente, a tendência lógica dos formandos e a reprodução em todos os contextos, das práticas aprendidas neste espaço que são próprias às necessidades do serviço hospitalar, mas insatisfatórias às demandas da APS.

No modelo hegemônico de atenção individual, a relação profissional-usuário é vertical e hierárquica com escassa margem para negociação, condicionada quase sempre pela situação aguda, com relacionamento em tempo limitado e centrado no procedimento. Na APS, no sentido em que é tratada neste texto, há uma população adscrita (e isto inclui o indivíduo no seu contexto social), com uma relação

profissional-usuário mais dialógica onde o indivíduo se apresenta habitualmente com queixas imprecisas que não se enquadram facilmente em modelos fisiopatológicos, com acompanhamento crônico e resultados em longo prazo que envolvem mudanças no estilo de vida e no entorno físico e cultural. Ou seja, trata-se de situações com complexidades diferentes que requerem diferentes formas de intervenção. Portanto, é previsível que aconteça uma etapa de transição, de tempo variável, onde as práticas hegemônicas aprendidas no modelo tradicional são replicadas na APS.

2.3. O Processo de trabalho e a produção de cuidado em saúde

Em nossa pesquisa o foco colocado concentra-se na relação de cuidado que se estabelece entre um trabalhador de saúde e um usuário através do processo de trabalho em saúde sem, contudo, fazer a análise a partir de uma categoria profissional específica. Para nos aproximarmos desta relação utilizamos alguns conceitos e categorias da teoria marxista sobre o trabalho e sua aplicação específica no campo da saúde, ou seja, do processo de trabalho em saúde. Também nos fundamentaremos nas concepções da micropolítica do trabalho vivo em ato e da produção de cuidado em saúde.

Segundo Karl Marx, o trabalho é concebido, como um processo de interação entre o homem e a natureza onde ocorre a transformação de um objeto através do uso de energia (mecânica e intelectual), não espontânea. Seus elementos componentes são: a atividade adequada a um fim (trabalho); a matéria que se transforma com esta atividade (objeto de trabalho); e os instrumentos de trabalho (meios de trabalho). Vários elementos são essenciais para que esta ação seja caracterizada como trabalho. Deve contar com a participação do homem que antevê um resultado na matéria a ser transformada (objeto de trabalho), este objeto deve conter potencialidades para se transformar no resultado esperado, o resultado deve responder a uma necessidade, a energia que transforma o objeto de trabalho (que se incorpora ao processo através dos meios de trabalho) é produto de uma intencionalidade^{55,56}.

Este processo de trabalho assim como as necessidades que o originaram não acontecem em abstrato, mas como reprodução das relações sócio-históricas que determinam as práticas sociais. Deste modo, nossa pesquisa trata sobre o trabalho em saúde no contexto do capitalismo com suas relações peculiares, especificamente

no Brasil, onde se tem contemporaneamente colocada a estruturação e implementação de políticas de saúde que tem como sustentação a premissa da saúde como direito. No entanto, como abordaremos posteriormente, estas determinações não são absolutas e o trabalhador comporta certo grau de autonomia no exercício do seu trabalho.

Embora as descrições clássicas da teoria marxista refiram-se ao processo de trabalho em organizações industriais, o trabalho em saúde compartilha características comuns ao processo de trabalho em geral, portanto, as categorias de análise desta teoria são pertinentes para sua compreensão. Utilizando conceitos e categorias marxistas, o trabalho em saúde pressupõe uma antevisão dos resultados desejados (por exemplo, cura, reabilitação, tratamento paliativo), uma ação inteligente (por exemplo, cirurgia, radiografia, punção de veia) através de instrumentos físicos, químicos e bioquímicos (meios de trabalho) sobre o objeto de trabalho (homem) produzindo um efeito útil que satisfaça uma necessidade (carecimento).

Contudo, o trabalho em saúde deve ser entendido também como um serviço e um serviço que não se exerce sobre coisas, mas sobre sujeitos o que o dota de certas particularidades. O processo de trabalho em saúde se dá a partir da estreita inter-relação entre o trabalhador e o usuário (consumidor do produto do processo de trabalho, ou seja, cuidado) onde o próprio usuário/consumidor contribui neste processo e faz parte dele. Este usuário/consumidor se incorpora ao processo dotando-o de valor de uso não só pelas informações que presta relativas a sua situação de saúde (que são utilizadas “consumidas” neste processo) mas também como co-participe do próprio processo pois, habitualmente, se espera dele sua contribuição ativa na forma, por exemplo, de cumprimento da medicação ou de certos aspectos definidos no plano terapêutico.

Outra peculiaridade importante do trabalho em saúde, é que na sua dimensão técnica, o mesmo depende da participação de várias categorias profissionais que compartilham recursos técnicos e cognitivos, ou seja, tem caráter coletivo. Apesar disso, deve destacar-se que muitas das ações de trabalho em saúde são fragmentadas tendo os profissionais, objetos, saberes e instrumentos específicos que, por vezes, o alienam do próprio processo de trabalho e de seus resultados.

Dois conceitos da teoria marxista do trabalho foram introduzidos e precisam ser delimitados. O *valor de uso* de um objeto está em função de sua potencialidade

para a satisfação de uma necessidade (carecimento) humana. O conceito clássico de *serviço* refere-se ao “efeito útil de um valor de uso, mercadoria ou trabalho. É o que resulta da utilização de bens ou da força de trabalho em seu aspecto de valor de uso” ^{55,56,57}. No caso da saúde o que se compra e vende são “atos úteis” que produzam “efeitos úteis reais ou presumidos sobre o estado de saúde” ⁵⁷.

Como já apontado, o processo de trabalho (e a necessidade que o originou) estão determinados sócio-historicamente, portanto com o desenvolvimento do capitalismo e suas forças produtivas, novas necessidades de saúde, socialmente determinadas, geraram novos processos de trabalho dirigidos à garantir a disponibilidade da força de trabalho necessária a este modo de produção. Mendes Gonçalves identifica duas grandes vertentes que se superpõem: o modelo epidemiológico, orientado ao controle da ocorrência de doença em escala social relativamente ampla e o modelo clínico orientado à recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença no plano individual. O modelo epidemiológico, depois de um período de grande auge no controle de epidemias, foi perdendo importância frente ao modelo clínico individual. O modelo clínico individual, como consequência das transformações sócio-históricas, tornou-se insuficiente para a satisfação das necessidades de saúde, sempre em crescimento e variáveis dos grupos humanos conduzindo os sistemas de serviços de saúde a crises (financeira, do pessoal sanitário) que gerou a necessidade de se repensar as práticas no setor. O modelo epidemiológico tem sofrido reorientações que lhe permitem não só ter impacto no coletivo, mas também na saúde individual e, sobretudo, servir como base para mudar os sistemas de serviços de saúde ⁵⁸.

Até aqui temos tratado sobre questões macro-estruturais do trabalho em saúde. Abordaremos a seguir alguns conceitos das relações micropolíticas que se operam no interior dos serviços de saúde. Assim, faz-se necessário agregar outros autores e fundamentações para compreender os aspectos práticos da atenção à saúde.

Merhy, a partir da discussão teórica empreendida por Mendes Gonçalves sobre a organização tecnológica do trabalho em saúde, propõe uma tipologia de tecnologias em saúde trazendo três categorias: 1) tecnologias duras (instrumentos, ferramentas, máquinas, equipamentos, normas, estruturas organizacionais etc.); 2) tecnologias leve-duras (saberes bem estruturados das áreas e profissões da saúde e de áreas que a sustentam); 3) tecnologias leves (produção de vínculo, autonomia, acolhida) ⁵⁹. O autor considera que é através das tecnologias leves que o encontro

entre o profissional de saúde e o usuário se dá, numa interação sempre singular num momento de produção e consumo dos atos de saúde (trabalho vivo em ato). O “trabalho vivo” refere-se ao trabalho em ato que se produz no momento de sua realização que se diferencia do “trabalho morto” que são todos os produtos (ferramentas, matérias primas) consequência de um trabalho humano anterior. A importância do trabalho vivo radica na possibilidade de permitir processo instituintes capazes de provocar mudanças neste processo de trabalho. Habitualmente, o trabalhador de saúde possui certa autonomia para a realização das ações de saúde. Quando esta autonomia é limitada pelas tecnologias duras e leve-duras, se produz a captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, limitando-se deste modo seu potencial criativo⁵⁹.

A concepção teórica que sustenta o conceito de processo instituinte provém do Movimento Institucionalista ou Instituinte que agrega diversas correntes desenvolvidas por autores franceses e latino-americanos. Em nosso estudo utilizaremos os conceitos de processos instituintes e instituídos que são comuns a várias destas correntes. Segundo Barembliitt, os processos instituintes transmitem a idéia de mobilidade, transformação, de atividade criativa enquanto o instituído (produto de um processo instituinte anterior) tem características de algo fixo, já posto. Não é correto realizar juízos de valor de tipo “bom” o “ruim” sobre os processos instituintes ou sobre o instituído em abstrato. Esta avaliação deve dar-se na prática a partir da análise do processo de trabalho numa realidade concreta. Apesar do instituído ter características estáticas, é susceptível a novas re-configurações a partir de novos processos instituintes que lhe permitam acompanhar a dinâmica social⁶⁰.

Merhy afirma que no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário formam-se espaços de relações (espaços intercessores) e é justamente nestes espaços que se abrem as possibilidades para os processos instituintes, a partir das tecnologias leves. No modelo clínico hegemônico há um desequilíbrio de forças entre o trabalhador de saúde (especialmente quando este trabalhador é um médico) e o usuário dos serviços onde este último se converte numa figura relativamente passiva. Portanto, os processos instituídos que operam neste espaço intercessor de desequilíbrio tendem a manter “o estado de coisas”, ou seja, o trabalho vivo é novamente capturado pelo trabalho morto. Contudo, do lado dos usuários também operam forças instituintes à procura de autonomia para definir a forma como

desejam ou esperam cuidar de si e serem cuidados. Esta interação das diferentes forças no interior do processo, durante a produção e consumo do trabalho vivo, gera negociações e ruídos com grande potencialidade para novos processos instituintes que visem mudanças nos modelos de atenção à saúde na direção da produção de cuidado. Neste processo, as tecnologias leves têm um lugar preponderante ^{59,61}.

O que se observa na realidade é que os trabalhadores de saúde pouco refletem sobre suas práticas, reproduzindo, na maioria das vezes, o instituído de forma mecânica. O auto-governo do trabalhador, ou seja, a ação do trabalho vivo sobre o trabalho morto que lhe foi dado e sua finalidade, habitualmente não questiona as práticas instituídas. A excessiva fragmentação do trabalho, sua especificidade e fixação em determinada etapa do projeto terapêutico, o afastamento do desfecho final das suas ações produz, desta forma, alienação⁶². Compreendemos que a alienação tem-se fixado como cultura desde as primeiras etapas da formação dos profissionais da saúde em instituições que reproduzem o modelo “flexneriano” de ensino que captura elementos do trabalho vivo.

Na sua concepção, a Atenção Básica deveria se erguer como um modelo alternativo ao modelo tradicional hegemônico a partir dos princípios que a fundamentam (integralidade, qualidade, equidade e participação social) que apontam para a realização de um processo de trabalho diferenciado. Contudo, estas práticas associadas ao modelo hegemônico sobrevivem e são reproduzidas na nova estrutura de organização dos serviços. Assim, não é suficiente realizar mudanças macroestruturais. Estas mudanças devem ser internalizadas e recriadas pelos trabalhadores na sua ação cotidiana.

A seguir abordaremos alguns elementos relacionados com o cuidado em saúde. Dentre as profissões, a enfermagem se destaca na área do cuidado considerando-o seu objeto e sua essência. Vários autores brasileiros como Waldow e Almeida, na enfermagem, e Merhy e Ayres no campo da Saúde Coletiva, têm aportado importantes contribuições teóricas ao análise do processo de cuidado em saúde.

Gostaríamos de começar esta parte de nosso trabalho destacando o seguinte texto de Merhy em relação ao cuidado.

[...] no campo da saúde o objeto não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar [...].

[...] todos os trabalhadores de saúde, de uma forma ou outra, fazem clínica [...] entendemos que a clínica [...] também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dão de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir [...] ⁷¹.

A compreensão destas afirmativas para construção de um novo modelo assistencial baseado no cuidado, distinto do modelo tradicional hegemônico baseado na atenção, resulta de fundamental importância uma vez que apontam o papel fundamental do trabalhador de saúde no processo do cuidado, elemento preponderante da ação em saúde. Diferentes definições sobre o cuidado em saúde têm sido propostas^{3,61,63}. Alguns elementos comuns podem ser identificados nelas.

- Encontro. Não se limita ao simples compartilhamento do espaço físico. Trata de uma dimensão subjetiva com estabelecimento de empatia. Na verdade nos parece melhor a frase “ir ao encontro de” que indica uma postura ativa por parte dos sujeitos que se “encontram”.
- Reconhecimento das diferenças (e respeito por elas). Estas diferenças podem ser variadas, testando a capacidade de lidar com preconceitos (próprios e do “outro”) no jogo relacional dos sujeitos que interagem. Um conceito que guarda íntima relação com este tema é o de alteridade que se refere à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito co-presente no mundo das relações intersubjetivas.
- Acolhimento. O MS o define como “admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender” como atitude de inclusão com dimensões éticas, estéticas e políticas. Devemos ressaltar que o acolhimento tem sido privilegiado na Política Nacional de Humanização do MS ^{64,65}.
- Vínculo. Processo que ata ou une, que gera uma ligação afetiva e moral entre os sujeitos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.
- Responsabilidade, preocupação e ocupação num processo contínuo que vai além do encontro entre os diferentes sujeitos.

Ayres, desde uma perspectiva hermenêutica, define o cuidado como

[...] atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde ⁶³.

O autor associa o cuidado a um grupo de ações em saúde que estão na perspectiva da “conquista da felicidade”, entendendo felicidade não como um valor abstrato, mas como uma experiência vivida que orienta positivamente a vida. Ou seja, práticas de saúde que não estejam pactuadas exclusivamente pela “normalidade” morfofuncional ⁶³.

Na maioria dos textos consultados, o cuidado em saúde está vinculado às discussões sobre o processo de trabalho em saúde. Como comentado, passagem da dimensão “atendimento individual curativo” à dimensão “cuidado” se dá com a utilização das tecnologias leves baseadas nos elementos relacionais (intersubjetivos), ou seja, o cuidado se materializa na relação entre os indivíduos. Com isto não queremos dizer que na produção de cuidado em saúde não estejam presentes as tecnologias duras e leve-duras que são absolutamente necessárias, mas que elas por sim só, não são suficientes para operar esta transformação.

Infelizmente no modelo hegemônico de atenção à saúde, as tecnologias leves são sacrificadas por vezes em função da dinâmica do trabalho ou, em outras ocasiões, por serem consideradas menos importantes. Ou seja, a atenção centra-se habitualmente num profissional ou num grupo de profissionais com escassa comunicação entre si, nos seus saberes específicos da área de competência, nos procedimentos tecnocientíficos e na queixa do usuário.

As análises até aqui expostas são desenvolvidas desde o olhar para um processo de trabalho onde, por um lado, encontram-se os trabalhadores de saúde (o que indica que estes, desde o porteiro até o chefe da unidade, adquirem um caráter formal/institucional) e por outro, estão os usuários dos serviços com suas diversas necessidades. Quando se estabelece uma relação de confiança, de vínculo, de acolhimento e solidariedade, as relações de cuidado não são unidirecionais, mas há uma influência recíproca entre os sujeitos participantes dentro do espaço intercessor. Esta mesma lógica pode ser aplicada às ações de cuidado (algumas delas com

características de trabalho em saúde) que são postas em prática por indivíduos não profissionais, embora esta discussão fuja do alcance de nossa pesquisa.

Outros dois conceitos articulam-se intimamente a noção de cuidado. A integralidade da atenção em saúde que se constitui um dos pilares da proposta do SUS no Brasil, que em seu sentido mais geral garante o direito de acesso aos diferentes níveis do sistema de serviços de saúde bem como a um extenso leque de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. No sentido que interessa a esta discussão, trata de uma abordagem integral e ampliada do ser humano em suas múltiplas dimensões biológicas, psicológicas e sociais e não apenas centrada nas queixas morfofuncionais.

O conceito de humanização remete a idéia das relações intersubjetivas que se estabelecem na prática social que implica acolhimento e diálogo ⁶⁶. A humanização constitui uma política prioritária do SUS visando a valorização de usuários, trabalhadores de saúde e gestores a partir da construção de valores como autonomia, co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão ^{64,65}.

Qual é a importância que o anteriormente exposto tem para nosso projeto de pesquisa? Embora comum (e imprescindível) à prática de todos os profissionais de saúde, as tecnologias leves adquirem especial relevância como ferramenta de trabalho na APS. O cuidado contínuo e abrangente durante as diferentes etapas do ciclo vital por parte de uma equipe, a co-responsabilidade, o estabelecimento de vínculos, a integralidade, a participação social, a humanização entre outros são princípios que regem a Política Nacional de Atenção Básica e são característicos da APS, demandando uma apurada utilização das tecnologias relacionais. Como se aproximar do usuário dos serviços de saúde tanto na sua individualidade quanto no seu contexto sócio-cultural, como pretende a APS, sem o uso destas tecnologias?

A discussão conceitual que temos desenvolvido ao redor dos três eixos temáticos organizadores da fundamentação teórica nos permite formular os seguintes pressupostos:

- A APS deve ter um papel reorganizador do Sistema de Serviços de Saúde e das práticas de saúde. No Brasil, a APS orienta-se pelos 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 e credita-se a possibilidade de estarem presentes efetivamente no processo de produção de cuidados aos portadores de DM2.

- O Diabetes Mellitus é uma importante Condição Crônica que desafia os Sistemas de Serviços de Saúde. A APS constitui um cenário privilegiado para o cuidado dos usuários portadores da doença.
- O Processo de Trabalho em Saúde que leva em conta os princípios da APS favorece a passagem da dimensão “atendimento procedimento-centrado” à dimensão “cuidado”, tanto na saúde individual na saúde coletiva, dos indivíduos portadores de Diabetes Mellitus.

3. Metodologia

3.1. Tipo de pesquisa

O presente estudo enquadra-se na área de Saúde Coletiva, na temática de Organização Tecnológica do Trabalho utilizando abordagem metodológica qualitativa. Esta abordagem se justifica pelo fato da pesquisa voltar-se à análise da produção de cuidados em saúde aos indivíduos adultos com DM2, que envolve necessariamente aspectos da subjetividade presentes na atenção (acolhimento, a confiança mútua, a consideração e o respeito pelas diferenças, a solidariedade, a responsabilidade contínua e interação dos profissionais na equipe), além das habilidades e competências técnico-científicas próprias do trabalho de cada categoria profissional. A subjetividade se expressa no modo como os profissionais de saúde entendem e realizam o cuidado, como se apropriam e utilizam as tecnologias presentes no trabalho (tecnologias duras, leve-duras) e como ocorre a interação destes com os usuários e com os demais trabalhadores (tecnologias leves) no desenvolvimento do processo de trabalho.

A análise qualitativa facilita a compreensão/explicação em profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapias e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde ^{67,68}.

3.2. Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Rede Básica de Saúde do município Ribeirão Preto-SP. A cidade de Ribeirão Preto é a mais importante da região administrativa homônima que compreende 24 municípios. Conta com uma população de 547.417 habitantes, uma densidade demográfica de 847,17 habitantes/km² e um alto grau de urbanização de (99 %) ⁶⁹.

A maioria dos indicadores municipais (saúde, habitação, infra-estrutura urbana, condições de vida, educação, emprego, economia), quando comparados com a região e o estado são mais favoráveis. De forma resumida, podemos afirmar que em Ribeirão Preto nascem menos crianças e estas morrem menos, a população geral vive mais, permanece mais anos na escola, conta com melhores serviços de infra-estrutura e tem condições econômicas superiores em relação à média da

região e do estado. Sem dúvida, estes determinantes sociais têm impacto direto sobre as condições de saúde da população⁷⁰.

Apesar de ser um município eminentemente urbano, Ribeirão Preto encontra-se numa região onde prospera o agronegócio, tendo como carro chefe a indústria sucro-alcooleira, que estimula outros setores produtivos como a indústria química, de maquinaria agrícola, de materiais de construção entre outras. As atividades econômicas fundamentais do município são o comércio e os serviços. Os serviços de saúde e a indústria de equipamentos médico-odontológicos e farmacêuticos têm particular destaque na cidade. O município é um dos mais importantes pólos científicos do país, especialmente no setor saúde. Assim, tem-se consolidado como gerador de pesquisa científica, tecnologia e mão de obra qualificada neste setor^{69,70}.

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, o município de Ribeirão Preto encontra-se sob o regime de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde maio de 1988, através da Portaria nº 2553/1998⁷¹. Esta habilitação permite ao município traçar estratégias próprias para o fortalecimento do SUS e da AB através do Plano Municipal de Saúde, assim como estabelecer programas que se ajustem às necessidades locais como no caso do Programa de Doenças Crônico-degenerativas - Diabetes. Em 2007, o município “reafirma sua condição de pólo ao pactuar junto aos parceiros: Estado e União, o Pacto pela Saúde – Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, celebrando o Termo de Compromisso de Gestão”⁷¹.

A Rede Básica de Saúde municipal esta dividida geográfica e operacionalmente em 5 Distritos de Saúde, representados pelas Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) e unidades de saúde a elas articuladas. Estes distritos são: Norte - Distrito do Simioni, Sul - Distrito de Vila Virgínia, Leste - Distrito de Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central.

Assim, em cada região distrital, distribuem-se outras unidades de menor porte que são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Saúde da Família (USF) e Núcleos de saúde da Família (NSF). Desta forma, na Rede Básica, existem 21 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 5 delas ligadas diretamente à Universidade de São Paulo (USP) e organizados em NSF e as demais distribuídas em outras unidades da rede municipal⁷¹. Neste trabalho consideramos como unidades de Atenção Básica as UBDS, UBS (com e sem PACS), USF e NSF.

A Rede Básica de Saúde, além das unidades de AB, possui outras unidades de atenção especializada que pelo perfil de profissionais e pelas características dos

procedimentos técnicos realizados podem considerar-se de atenção secundária e terciária em saúde. Estas unidades são: três Ambulatórios de Saúde Mental, um Centro de Referência DST/AIDS, um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), um Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-ad) e um Centro Médico Social Comunitário (CMSC). Também, o município conta com uma extensa rede de ambulatórios e unidades de emergência onde se destaca o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRPUSP) de administração Estadual, assim como outras unidades alocadas em instituições de ensino do município, hospitais contratados/conveniados e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico⁷¹.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em dezembro de 2007, o município de Ribeirão Preto contava com 206.188 beneficiários de planos de saúde para assistência médica (37,66 % da população do município) e 64.201 beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (11,7% da população do município)⁷².

A pesquisa foi realizada no Distrito Oeste que conta com uma população de 136.906 habitantes. Na articulação organizacional das universidades (públicas e privadas) de Ribeirão Preto com a Rede Pública de Saúde da SMS, coube à Universidade de São Paulo (USP) a participação neste distrito. Assim, através desta parceria², há uma co-responsabilidade no desenvolvimento de atividades acadêmicas (ensino, atenção em saúde, pesquisa), nos serviços públicos deste Distrito e no fortalecimento do SUS.

O Distrito conta com as seguintes unidades de AB⁷¹:

- Uma UBDS - Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado”, co-gerenciada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (FMRP-USP) e a SMS. Conta com serviços de especialidades (Cardiologia,

² Nos últimos dez anos, o município de Ribeirão Preto tem empreendido um movimento de articulação com as instituições formadoras, sendo que por ação do Conselho Municipal de Saúde, a partir de 2003, foram estabelecidos os Distritos Escola (73). No caso da Universidade de São Paulo, coube-lhe o Distrito Oeste, por meio de convênio específico, e considerando a implantação dos Núcleos de Saúde da Família, este convênio foi estabelecido entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde e Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FAEPA. A FAEPA é uma entidade de caráter privado, sem fins lucrativos, autônoma que media o convenio entre a USP e a SMS de Ribeirão Preto.

Endocrinologia, Ortopedia, Saúde Ocupacional, Dermatologia, Eletrocardiograma, Fonoaudiologia, Infectologia, Oftalmologia, Programa de Hanseníase, Psicologia, Radiologia e Serviço Social entre outros), Atenção Básica³ (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem, Odontologia, Teste do Pezinho, Vacinação) e Pronto Atendimento 24 horas. É unidade de referência para os 5 Núcleos de Saúde da Família (NSF) do Distrito Oeste.

- Um Centro de Saúde Escola (CSE) “Dr. Edgar Ache” (Ipiranga). Gerenciado pela USP e contando com serviços de AB (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Assistência Domiciliar, Enfermagem, Teste do Pezinho, Vacinação).
- Cinco NSF com sede própria, co-gerenciados pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (FMRP-USP) e a SMS. Realizam atividades da ESF.
- Seis UBS sob a responsabilidade da SMS que realizam atividades de AB tradicional e ESF.
- Três USF gerenciados pela SMS que realizam atividades da ESF.
- Um Centro Médico Social Comunitário, ligado ao HC-FMRPUSP que realiza atividades de AB nas especialidades de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.

Esta região foi escolhida por duas razões, ou seja, por ser um Distrito com o qual a USP tem parceria acadêmica e pelo fato de que na mesma se encontram os diversos serviços de saúde de AB presentes no município que são: UBS com AB tradicional, UBS com AB tradicional e PACS, e unidades exclusivas da ESF.

Deste universo selecionamos, para fins do presente trabalho, uma Unidade de Saúde da Família onde são desenvolvidas atividades de AB com indivíduos adultos portadores de DM2. Cabe destacar, que algumas das atividades de pesquisa foram realizadas na UBDS - Centro de Saúde Escola Sumarezinho, que é a unidade de referência para os NSF do Distrito Oeste através dos seus ambulatórios especializados e Setor de Pronto Atendimento, além de prestar alguns serviços de AB para estes NSF como descrito anteriormente.

³ A definição do elenco de serviços presentes nas UBDS está definida formalmente pela SMS Ribeirão Preto: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/organizacao/i16indice.htm> acesso em 05 de fevereiro de 2010.

A unidade de saúde objeto da pesquisa organiza seu processo de trabalho a partir da proposta da ESF baseada numa equipe multiprofissional onde, em condições ideais, se espera que seus trabalhadores tenham uma formação generalista, atuando junto a uma população adscrita e ações planejadas a partir do diagnóstico da situação de saúde do território sob sua responsabilidade. A equipe participa no cuidado da maioria dos problemas de saúde que enfrentam os usuários ao longo do seu ciclo vital.

O NSF, cenário da investigação, foi selecionado considerando ser a USF com maior número de usuários portadores de DM2. O NSF contava, no momento da pesquisa, com uma equipe denominada fixa com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco ACS e um cirurgião dentista. Cabe destacar mais uma vez, que o NSF é uma unidade que apresenta caráter docente, e, neste sentido, o odontólogo presente desenvolve um trabalho de suporte à equipe para as questões assistenciais e atividades acadêmicas ligadas à formação de cirurgiões dentistas (alunos de graduação ligados à Faculdade de Odontologia da USP). Ainda, nesta direção, também atuavam na unidade dois residentes médicos do primeiro ano e três do segundo ano da especialidade Saúde de Família e Comunidade.

O horário de funcionamento do NSF para os usuários é de segunda a quinta-feira das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas. Às sextas-feiras, as atividades do NSF iniciam às 10 horas, tendo em vista a realização das reuniões administrativas da unidade, espaço onde são discutidas ações de organização e planejamento. As atividades dos funcionários se iniciam às 7 horas com as reuniões diárias de uma hora de duração para discussões clínica e de acompanhamento das famílias, além daquelas relacionadas ao processo de educação permanente da equipe. Nas sextas-feiras, como já apontado, ocorrem as reuniões administrativas entre as 7 horas e 10 horas da manhã.

Os limites territoriais do NSF e que conformam sua área de abrangência e as cinco micro-áreas podem ser identificados no Mapa 1 (Figura 1).

Figura 1. Área de abrangência, micro-áreas e limites do NSF. Ribeirão Preto, 2010

O número de famílias acompanhadas da população adscrita é de 644 para uma população de 2.155 habitantes, com predomínio do sexo Feminino (1.163 mulheres) como pode ser apreciado no seguinte gráfico (Gráfico 1).

Fonte: SIAB, fevereiro de 2010.

Gráfico 1: Distribuição da população da área adscrita do NSF segundo sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2010

Note-se ainda que, há predomínio da população de 20 a 39 anos e maior de 60 anos, o que coincide com o fenômeno de transição epidemiológica que o Brasil vem apresentando. Esta informação apresenta relevância nas ações de planejamento ao se estimar o potencial de diabéticos presentes na população adscrita, tomando como base de cálculo as sugestões da Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do MS (11% de prevalência na população adulta maior de 40 anos a partir dos dados do cadastro)⁷⁴. Deste modo, na população do NSF estudado existe um potencial de 118 portadores de DM. No cadastro do SIAB, estão registrados 138 portadores de DM (137 com DM2) o que demonstra um adequado trabalho de busca ativa pela equipe do NSF em questão.

A unidade funciona numa casa alugada que conta com dois andares (térreo e subsolo) bem como com área externa ampla, com pátio de cimento e áreas verdes. No andar térreo são desenvolvidas as atividades de acolhimento, consultas médicas

e de enfermagem, atividades grupais com usuários, reuniões da equipe e de administração e arquivamento de prontuários. Na época da coleta de dados, as salas tinham a seguinte distribuição: uma sala de espera, uma área de acolhimento e administrativa, 4 salas para consulta, um banheiro para usuários, uma sala de reuniões da equipe e atividades grupais com os usuários, uma sala dos ACS, uma cozinha e copa, um banheiro para a equipe e uma varanda. Recentemente, o andar térreo sofreu uma série de reformas que modificaram parcialmente esta distribuição adicionando uma sala de acolhimento e consulta de enfermagem.

No subsolo existe uma sala que é utilizada pelos estagiários da especialidade Terapia Ocupacional para consulta, um banheiro, uma copa, duas salas que funcionam como depósito, além de uma área central ampla e coberta para atividades grupais com usuários e confraternizações e uma área externa de cimento onde são desenvolvidas as atividades do Programa de Integração Comunitária (PIC).

Esta configuração física do NSF apresenta relevância no processo de trabalho da equipe e se constitui em um núcleo de sentido que emergiu durante a pesquisa.

O elenco de serviços oferecidos pelo NSF se fundamenta não apenas na questão de assistência à saúde da população, mas também na necessidade de viabilizar as atividades acadêmicas dos alunos de graduação dos diferentes cursos da USP e dos residentes de Medicina de Família e Comunidade, assim como por eventuais atividades de pesquisa desenvolvidas por pós-graduandos.

Ainda, cabe destacar que para nos aproximarmos das políticas municipais de saúde em relação à DM e AB, algumas atividades de pesquisa foram realizadas na própria sede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), junto aos gestores responsáveis por estas políticas.

3.3. Entrada no campo de pesquisa

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador não se coloca como neutro ou externo ao objeto estudado. Pelo contrário, ele faz parte do processo trazendo sua própria subjetividade para interpretar com profundidade os dados, crenças, atitudes e ações dos sujeitos que participam do estudo⁷⁵. Outra questão importante é o respeito e a co-responsabilidade que se deve ter com estas pessoas – sujeitos da pesquisa. Assim, o pesquisador, após a autorização das autoridades responsáveis pelos serviços, a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa pertinente e o consentimento dos sujeitos participantes, deve se introduzir no campo de pesquisa para conhecer a

realidade, solicitar a colaboração e testar os instrumentos de coleta de dados. Esta primeira etapa do trabalho de campo corresponde à fase exploratória.

Desta forma, esta pesquisa em sua fase inicial, foi encaminhada à Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (responsável pelas atividades de pesquisa no Distrito Oeste) e à Secretaria Municipal de Saúde para manifestação quanto à possibilidade de realização da pesquisa. Ambas as instâncias manifestaram sua conformidade com a realização do estudo, que posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, obtendo parecer favorável segundo protocolo nº 0661/2006 (Anexo A).

Para esta etapa, o projeto de investigação foi apresentado publicamente no NSF selecionado para a equipe fixa, assim como para os estagiários presentes naquele momento, contando com a presença da orientadora da pesquisa⁴. Tanto neste NSF quanto na SMS estabeleceu-se o compromisso por parte do pesquisador de entregar uma cópia dos resultados da pesquisa e do agendamento de apresentações, caso solicitado, para discutir aspectos relativos a todo o processo da mesma.

Foram elaborados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) específicos, através dos quais, solicitamos o prévio consentimento das partes envolvidas (profissionais e usuários) para cada uma das atividades desenvolvidas na pesquisa, de forma a garantir os princípios de voluntariedade e confidencialidade dos dados coletados.

Os aspectos éticos discutidos até aqui, respondem às diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁷⁶, relativas às pesquisas envolvendo seres humanos assim como aos diferentes regimentos internos das instâncias que avaliaram o projeto.

Durante os meses de janeiro e fevereiro de 2007, realizamos a etapa exploratória no campo de pesquisa em duas unidades de saúde: Unidade Básica Distrital de Saúde - Centro de Saúde Escola Sumarezinho e NSF selecionado.

Permanecemos nas unidades, quatro horas diárias, por um período de vinte dias de segunda a sexta feira em cada uma delas, totalizando quarenta dias de acompanhamento e observação das atividades.

⁴ Destaca-se que neste momento da pesquisa a orientadora era a Profa Dra Maria Cecília Puntel de Almeida.

O objetivo específico desta etapa foi familiarizar o pesquisador com o processo de produção de cuidado aos indivíduos portadores de DM2 nestas unidades. Para tal fim, se fez necessário conhecer os Programas de Atenção à Diabetes nas Unidades, o processo de trabalho em suas dimensões assistencial e organizacional, bem como os profissionais que prestavam estes cuidados. Outra finalidade foi o aprimoramento dos instrumentos de coleta de dados que foram utilizados, assim como a aproximação aos profissionais das unidades para melhor comunicação e colaboração com a pesquisa.

Visando atingir estes objetivos, foram desenvolvidas múltiplas atividades. No Centro Saúde Escola, acompanhamos consultas médicas de diferentes especialidades (medicina familiar, endocrinologia, cardiologia), consultas de enfermagem, nutrição e farmácia assim como o atendimento a feridas crônicas. Também participamos do Grupo de Diabetes e das atividades docentes de alunos e residentes médicos nesta unidade. No NSF acompanhamos as reuniões diárias de discussão de casos e de acompanhamento de família, reuniões administrativas e encontros de educação continuada. Acompanhamos também às consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares com diferentes membros da equipe, e participamos dos grupos de HTA e Doenças Crônicas, Estilos de Vida Saudáveis entre outras atividades.

A partir dos objetivos propostos, consideramos que esta etapa satisfaz as expectativas, permitindo a aproximação do pesquisador ao campo de pesquisa. O conhecimento da realidade assistencial das Unidades visitadas induziu-nos a fazer algumas modificações no desenho metodológico da investigação. O convívio com os funcionários, alunos estagiários e usuários destas Unidades foi cordial, conseguindo-se a colaboração dos mesmos para o desenvolvimento das posteriores etapas da pesquisa.

3.4. A etapa de coleta de dados – a opção pelas técnicas e instrumentos de pesquisa

A etapa de coleta de dados consistiu na obtenção de dados primários junto aos trabalhadores do NSF selecionado e técnicos do nível central da SMS ligados à gestão, através da Observação Participante e da Entrevista, aplicação de check list para os recursos materiais do NSF, bem como dados secundários obtidos dos prontuários, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de outros sistemas de informação tais como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DATASUS, HIPERDIA.

A sede da SMS foi o primeiro local onde se realizaram as atividades de pesquisa. Foram agendados encontros individuais com os técnicos que trabalhavam diretamente com questões referentes à política de AB do município e com o Programa de Doenças Crônico-degenerativas Diabetes para a realização de entrevista semi-estruturada abordando estes temas. As atividades se desenvolveram durante o mês de abril de 2008 em função da disponibilidade de agenda dos técnicos.

A realização do estudo no NSF selecionado foi mais complexas em função do maior número de participantes, da heterogeneidade dos sujeitos e das diversas técnicas e instrumentos de pesquisa utilizados. Deste modo, foi necessário um tempo maior para atingir nossos objetivos, de modo que, esta etapa foi realizada entre maio e setembro de 2008, num total de 5 meses.

A seguir apresentamos as diferentes atividades realizadas nos dois locais de pesquisa (Quadro 2).

Quadro 2: Tipo e número de atividades de pesquisa realizadas durante coleta de dados. Ribeirão Preto, 2010

Atividade realizada	Quantidade
Observação consulta médica	12
Observação reunião de família ou administrativa	6
Observação grupo de doenças crônicas	4
Observação visita domiciliar ACS	4
Observação recepção	3
Entrevista a Técnicos do nível de gestão e trabalhadores do NSF	18
Análise de prontuários individuais de usuários portadores de DM2 acompanhados no NSF	62
Aplicação do formulário “Check List”	1

A seguir discutimos algumas especificidades das técnicas e instrumentos utilizados na investigação.

3.4.1. Observação Participante

A Observação Participante é uma técnica de coleta de dados com origem na Antropologia e Sociologia. Na segunda década do século XX, o antropólogo Bronisław Malinowski, um dos fundadores da Antropologia Social, fez importantes contribuições à metodologia observacional a partir do seu trabalho de campo entre os nativos do pacífico sul. Os princípios fundamentais dessa técnica estão minuciosamente relatados na introdução de sua obra clássica de 1922 “Os Argonautas do Pacífico Ocidental”⁷⁷.

A observação participante define-se como “um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica” com foco no comportamento e nas relações⁷⁵. Diferentemente de outras técnicas qualitativas, os instrumentos de coleta são menos estruturados para direcionar a observação de modo que o observador deve possuir sensibilidade e treinamento suficiente para identificar os objetos e fenômenos que merecem atenção neste processo.

A observação tem especial relevância quando se deseja captar os sentidos “não manifestos” ou “encobertos” de determinada realidade social que não podem ser apreendidos por outras técnicas.

Haguette considera que tanto a observação participante quanto a história de vida são técnicas capazes de dar sentido à noção de processo⁷⁸. Nosso estudo foca-se justamente na apreensão do processo de cuidado dos indivíduos diabéticos através do trabalho dos profissionais de saúde que intervêm nele.

Almeida afirma que um dos elementos que permite identificar e caracterizar o processo de trabalho são as atividades dos profissionais, definindo-as como “um conjunto de ações que através de uma seqüência lógica permitem conhecer, manipular e se aproximar de certos objetos para atender determinadas finalidades”⁷⁹. Portanto, as atividades dos trabalhadores do NSF estudado se constituíram no centro de nossa atenção durante o processo de observação, e destacamos que a atenção se voltou à forma como estes se utilizam não somente das tecnologias duras (instrumentos e máquinas) e leve-duras (protocolos de trabalho, saberes das disciplinas), mas também às tecnologias relacionais (leves) que são tão importantes quanto as outras para o estabelecimento do cuidado.

Para o desenvolvimento da observação participante é importante levar em conta alguns elementos. Licia Valladares, a partir do trabalho de W. Whyte intitulado

“Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada” observou vários elementos que caracterizaram a observação de campo. A investigadora considera que esta técnica habitualmente precisa de um tempo longo para a inserção do pesquisador que não conhece as estruturas sociais do grupo estudado. Há uma interação entre o pesquisador e o pesquisado da qual dependem, em última instância, os resultados que possam ser obtidos durante o estudo. Segundo a autora, se faz necessário manter a noção do que o pesquisador é uma pessoa diferente do grupo e não tentar passar a idéia para si próprio e para o grupo pesquisado de um senso de pertença que inexistente na realidade. O processo de observação se dá de forma recíproca entre o pesquisador e o grupo que está atento aos diversos passos do pesquisador dentro do trabalho de campo. A interação com o grupo objeto da pesquisa, como todo processo relacional, possui muitas complexidades que podem induzir a diversos erros sobre os que o pesquisador deverá refletir tentando corrigi-los e tirar proveito deles. O pesquisador, nesta circunstância, deve desenvolver sua sensibilidade para tentar captar a realidade com todos seus sentidos e avaliar o momento certo para interagir com o grupo observado. O grupo observado desenvolve expectativas de retorno de resultados de modo que, o compromisso por parte do pesquisador para disponibilizar os mesmos deve estar patente⁸⁰. Estes elementos serviram como norteadores de nossa inserção no campo.

Como já trazido no Quadro 2, para a captação do empírico, utilizamos da observação participante em vários momentos em que as atividades de atenção em saúde foram realizadas pelos diversos profissionais (médicos, enfermeiros, dentista, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros) na produção de cuidados aos usuários com DM2. As atividades desenvolvidas por estes profissionais foram observadas durante a realização de qualquer atendimento a usuários com DM2, como por exemplo: consulta médica, atendimento de enfermagem, reuniões grupais, visitas domiciliares entre outros.

Para o registro dos dados foi elaborado um diário de campo com roteiro mínimo específico para a observação enriquecido no percurso da própria técnica (Apêndice B).

3.4.2. Entrevista Semi-estruturada

Outro conjunto de dados foi constituído pelas falas destes profissionais em relação à compreensão que têm sobre o cuidado dos indivíduos adultos portadores de DM2, por meio da entrevista semi-estruturada, que também se utilizou com técnicos do nível de gestão da SMS com a finalidade de compreender as políticas de saúde presentes no município em relação à atenção aos portadores de DM2.

A entrevista pode definir-se como um método onde o pesquisador intencionalmente obtém informações dos sujeitos estudados através de uma “conversa com finalidade”. Os sujeitos expressam suas crenças e atitudes e falam sobre seus atos e comportamentos^{75,81}. Ou seja, a entrevista nos aproxima da representação que o sujeito tem de si mesmo e da realidade, informações que só podem ser captadas parcialmente por outras técnicas. Deste modo, os diversos recursos utilizados no desenvolvimento da investigação, favoreceram diferentes aproximações complementares ao objeto de estudo.

Como toda técnica de pesquisa, a entrevista é susceptível à presença de vieses relacionados com o pesquisador e com os sujeitos da pesquisa. Particularmente, a entrevista aproxima o pesquisador à subjetividade do entrevistado que pode se expressar não só de forma verbal (onde os silêncios e as pausas tem tanto significado quanto as palavras), mas também de forma extra-verbal.

Para os fins de nossa investigação utilizamos a entrevista semi-estruturada com roteiro para estimular, por um lado, maior liberdade nas opiniões dos nossos interlocutores e, por outro lado, facilitar a adesão aos eixos temáticos que são de interesse da pesquisa (Apêndice C). O roteiro foi concebido a partir de nosso marco teórico-conceitual com elementos norteadores que abordam temas como a Organização de Sistemas de Serviços de Saúde, a DM como Condição Crônica de Saúde, o Trabalho em Saúde e os princípios da APS, aplicados à realidade concreta do local de pesquisa. Na construção deste roteiro, procuramos ser cuidadosos na elaboração das questões para que não se transformassem numa limitante à riqueza de expressão de nossos informantes, mas apenas num facilitador ou orientador da entrevista. Durante a entrada exploratória no campo de pesquisa e a partir das experiências extraídas pelo pesquisador nesta atividade, o roteiro da entrevista sofreu modificações que o adaptaram a realidade dos sujeitos pesquisados.

Como temos abordado anteriormente, foram entrevistados os técnicos de nível de gestão da SMS de Ribeirão Preto envolvidos diretamente nas políticas de

Atenção Básica e no Programa de Doenças Crônicas Degenerativas - Diabetes assim como os profissionais que prestam cuidados aos portadores de DM2 no NSF. Ao todo foram realizadas 18 entrevistas, áudio-gravadas (Quadro 2), posteriormente transcritas e analisadas.

3.4.3. Análise de prontuários individuais dos portadores de DM2

Os prontuários individuais⁵ dos portadores de DM2 atendidos no NSF foram utilizados por serem documentos oficiais de registro dos atendimentos, nos possibilitando informações complementares sobre as características deste processo de cuidado.

O objetivo da análise dos prontuários foi identificar o padrão de atendimento em relação à frequência de consultas, aspectos do exame físico, tipo e frequência dos exames laboratoriais, medicações prescritas, relato de complicações e orientações usuais. Ou seja, nos prontuários estamos observando apenas a presença ou ausência das recomendações do protocolo da SMS em relação com o acompanhamento dos diabéticos. Um estudo mais aprofundado de elementos qualitativos do acompanhamento como, por exemplo, avaliação de condutas médicas, e qualidade da prescrição estão fora dos objetivos desta pesquisa.

Para a elaboração dos pontos a serem identificados nestes prontuários tomou-se como base o “Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes” da SMS. Na entrada exploratória no campo de pesquisa realizada na etapa anterior, determinou-se que a maioria dos profissionais que cuidam dos usuários portadores de DM2 se serve deste protocolo como orientador do seu trabalho.

O formulário para análise dos prontuários individuais pode ser consultado no Apêndice D.

Foram selecionados os prontuários daqueles usuários portadores de DM2 considerando os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico laboratorial de DM2 segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Diabetes (ver adiante).
- Idade igual ou superiores à 20 anos.
- Uma consulta médica nos últimos 90 dias anteriores a data de corte estabelecida em campo.

⁵ Nos NSF existem prontuários de família e prontuários individuais, estes últimos onde constam as informações de atendimento à saúde realizado por profissionais de nível universitário ou médio.

Os critérios diagnósticos de DM da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Diabetes⁸², considerados, foram:

- Glicemia Casual (qualquer momento do dia) $\geq$ a 200 mg/dl, sintomas típicos e ausência de outras condições hiperglicemiantes.
- Glicemia de Jejum (8 a 14 horas sem tomar alimento) $\geq$ a 126 mg/dl e sintomas típicos.
- Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75 gr de glicose $\geq$ a 200 mg/dl 2 horas após.

Esses critérios estão registrados nos prontuários individuais em algum momento da evolução destes usuários. Do total dos 138 usuários portadores de DM2 cadastrados na unidade foram selecionados para análise 62 prontuários.

Para o acompanhamento dos indivíduos diabéticos com as condições clínicas da ordem biológica, psicológica e social mais freqüentes, um intervalo de acompanhamento de 90 dias é recomendado pelo “Protocolo de Atendimento em Hipertensão Arterial e Diabetes” da SMS⁵⁴, documento base para a elaboração do formulário de análise dos prontuários (Apêndice D). De modo que, idealmente, espera-se que um número significativo destes indivíduos portadores de DM2 cadastrados nas unidades, tenham pelo menos um retorno neste período de tempo.

Na Tabela 2 estão os critérios que motivaram a exclusão de prontuários individuais.

Tabela 2: Distribuição numérica dos motivos de exclusão dos prontuários individuais. Ribeirão Preto, 2010

Critério	Número de ocorrências
Usuários acompanhados exclusivamente em outras unidades da rede pública e privada (sem convênio)	48
Usuários acompanhados em convênios de saúde	14
Último retorno > 90 dias	9
Sem diagnóstico laboratorial confirmatório no prontuário individual	4
DM1	1
Prontuários individuais analisados	62
Total de usuários cadastrados	138

Note-se que a principal causa de exclusão do prontuário para análise foi o fato destes usuários serem acompanhados, preferencialmente, em outras unidades da rede pública ou privada de saúde sem, contudo, participarem de convênios médicos, subgrupo que propositalmente foi colocado em separado.

Foram analisadas as consultas médicas realizadas no ano anterior a data de corte estabelecida. Estes dados permitiram complementar os coletados a partir da observação participante e da entrevista com os profissionais de saúde.

3.4.4. Formulário no formato “check list”

Elaborou-se um formulário no formato “check list” para coletar dados relacionados com a presença ou ausência dos recursos materiais necessários para atendimento aos usuários diabéticos segundo “Protocolo de Atendimento em Hipertensão Arterial e Diabetes” da SMS (Apêndice E). A finalidade de sua utilização foi mapear a disponibilidade destes recursos para a equipe do NSF, reconhecendo a importância que as tecnologias duras na forma de instrumentos e equipamentos têm para o desenvolvimento das ações de cuidado em saúde.

3.5. Análise dos dados

Os dados resultantes dos registros da observação participante e da entrevista foram interpretados tendo como referência a “análise temática”. A análise temática se enquadra num corpus teórico-conceitual maior que se conhece como Análise de Conteúdo, englobando várias abordagens que têm em comum a possibilidade de realizar inferências a partir do conteúdo da comunicação de um texto, replicáveis a seu contexto social. A análise temática pode ser definida como “a identificação dos núcleos de sentido (temas ou unidades de significado) que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham algum significado para o objetivo analítico visado” ⁷⁵.

A análise temática pode ter um componente quantitativo (estatístico) onde predomina a contagem da frequência das unidades temáticas e/ou um componente qualitativo (lógico) focalizado nos conceitos, referências, valorações e atitudes que se dotam de significados como produtos singulares da comunicação.

Laurence Bardin estabelece três etapas para a Análise Temática: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa caracteriza-se pela organização do material utilizando vários procedimentos como a

leitura flutuante, formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro e se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Na terceira etapa se tratam os dados brutos para extrair inferências dos mesmos⁸³.

Na etapa de pré-análise se constituiu o *corpus* do material empírico advindo das transcrições de 18 entrevistas e 29 observações participantes realizadas durante a etapa de trabalho de campo, obedecendo aos critérios exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência que configuram normas de validade em pesquisa qualitativa⁷⁵. Deste modo, iniciou-se uma primeira pré-seleção da totalidade do material coletado.

No processo de análise do material empírico, à luz das teorias que fundamentam o presente estudo, emergiram 3 temas: a política municipal de saúde para Atenção Básica; o Programa de Doenças Crônicas Degenerativas – Diabetes; o Processo de Cuidado ao usuário diabético no Núcleo de Saúde da Família. Estes temas derivaram da aglutinação de 21 núcleos de sentido identificados na fase pré-analítica a partir das unidades de contexto (momento descritivo dos registros selecionados) e estas por sua vez de fragmentos de falas e/ou de observações. Para organizar este esforço, o material foi sistematizado em uma matriz de quatro colunas representadas pelas unidades de registro, unidades de contexto, núcleos de sentido e temas. Isto possibilitou a organização e sistematização dos dados, que posteriormente, foram confrontados com os dados secundários, bem como com aqueles relativos ao contexto econômico, social e político do setor saúde e que dão sustentação e complementação à análise proposta, visando obter uma melhor aproximação ao objeto investigado, enriquecendo assim a análise.

4. Resultados e discussão

No presente capítulo, buscamos apresentar os sujeitos da pesquisa e que dão corpo às ações desenvolvidas na atenção aos portadores de DM2 atendidos na unidade de Saúde da Família selecionada como cenário da pesquisa, assim como aos três temas que emergiram da análise do material empírico coletado através das diferentes técnicas e instrumentos:

- 1) a política municipal de saúde para Atenção Básica;
- 2) o Programa de Doenças Crônico- degenerativas – Diabetes;
- 3) o Processo de Cuidado ao usuário diabético no Núcleo de Saúde da Família.

Cumprir destacar que esta separação temática tem caráter didático no sentido em que os três tópicos estão em íntima relação, uma vez que as políticas de saúde permeiam as práticas tanto quanto as práticas, expressadas através do processo de trabalho, têm importância fundamental para que as políticas aconteçam e se transformem.

O processo de cuidado aos portadores de DM é expressão particular do processo de trabalho em saúde que por sua vez deve ser entendido como prática social. E como toda prática social encontra-se determinada historicamente. Ou seja, estes processos de trabalho se dão em determinadas circunstâncias concretas do ponto de vista material, tecnológico (no sentido que temos utilizado neste trabalho) e ideológico que são refletidas nas práticas. Este enfoque é coerente com concepção marxista de trabalho utilizada no referencial teórico.

Isto justifica a necessidade de nos aproximarmos do contexto em que estas práticas de cuidado se manifestam, através da abordagem dos dois primeiros temas, mesmo que sem todo o aprofundamento que estes tópicos merecem, dada a riqueza das questões presentes na pesquisa.

Em relação à Política Municipal de Saúde para Atenção Básica, fazemos um rápido histórico de sua evolução no município assim como uma breve caracterização da situação atual e dos propósitos futuros para este nível de atenção, estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde (PMS), analisando sua influência sobre o cuidado ao usuário diabético.

A política de Atenção Básica no município com seus alcances e limites, fornece as ferramentas com que os trabalhadores terão que lidar no seu cotidiano, na forma de tecnologias duras (espaços físicos, equipamentos, exames

laboratoriais) e leve-duras (diretrizes técnicas, programas, arranjos institucionais) enquanto se materializam no próprio processo de trabalho.

O tema Programa de Doenças Crônico Degenerativas - Diabetes descreve as diferentes ações deste programa e sua integração com as práticas da AB no município.

Quanto ao tema Processo de cuidado ao usuário diabético no Núcleo de Saúde da Família, são descritas e analisadas de forma geral, as atividades do dia a dia da unidade de saúde, com ênfase nas ações de cuidado ao indivíduo diabético realizadas pelos diferentes profissionais da equipe.

4.1. Apresentando os Sujeitos da Pesquisa – Formuladores da Política Municipal e Produtores de Cuidado aos Usuários Portadores de DM2

Nesta breve apresentação dos sujeitos da pesquisa não pretendemos esgotar a riqueza temática do material empírico coletado em relação aos trabalhadores e sua trajetória pessoal e profissional que os conduziram ao trabalho atual na rede pública de saúde do município de Ribeirão Preto. Estas trajetórias são importantes para compreender o processo de trabalho.

Os sujeitos da pesquisa são aqueles profissionais que contribuem com seu trabalho para o funcionamento da rede municipal de saúde em dois pontos diferentes desta. No primeiro local de pesquisa encontram-se os trabalhadores técnicos da gestão no nível central da SMS, e que tem a missão de implementar as políticas públicas do SUS no nível municipal. Aqui, foram entrevistados sujeitos envolvidos diretamente com a política de AB e com o Programa de Doenças Crônico Degenerativas - Diabetes.

Também participaram trabalhadores que desenvolvem suas atividades na ponta do sistema, ou seja, em uma unidade produtora de atenção à saúde, o NSF, onde estes trabalhadores realizam ações de cuidado aos usuários adultos portadores de DM2.

Com o intuito de obter uma maior aproximação ao perfil sócio-demográfico e de formação destes trabalhadores, foram aplicados questionários no momento da realização das entrevistas (Apêndice C). De forma a garantir o sigilo em relação aos mesmos, os sujeitos participantes receberam nomes bíblicos. Os resultados são apresentados de forma resumida no Quadro 3.

Quadro 3: Perfil sócio-demográfico e de formação dos sujeitos da pesquisa. Ribeirão Preto, 2010

Profissional	Perfil Sócio-demográfico				Perfil de formação			
	Escolaridade	Profissão	Sexo	Idade	Residência	Especialização > 360 horas	Mestrado	Doutorado
Pedro	Universitário	Enfermeiro	M	52		Enfermagem em Saúde mental	Enfermagem em Saúde Mental	Enfermagem em Saúde Mental
André	Universitário	Médico	M	46	Pediatria	Nefrologia pediátrica	Pediatria	
Jacob	Universitário	Médico	M	44	Gastroenterologia			
Maria	Universitário	Médico	F	40	Anestesiologia Medicina Social		Ciências Médicas – Saúde na Comunidade	Enfermagem em Saúde Pública
Ester	Técnico	ACS	F	56				
Sara	Universitário	ACS	F	54				
Rute	2º Grau Incompleto	ACS	F	40				
Juan	2º Grau Completo	ACS	M	49				
Débora	Técnico	Aux. Enf	F	40				
Eva	Universitário	Aux. Enf	F	30				
Raquel	Universitário	Enfermeira	F	31			Enfermagem em Saúde Pública	
Tomas	Universitário	Cirurgião Dentista	M	45			Enfermagem em Saúde Pública	Doutorando Enfermagem em Saúde Pública
Eunice	Universitário	Médico	F	31	Medicina de Família e Comunidade		Mestrando Medicina Social	
Lidia	Universitário	Médico	F	26	Medicina de Família e Comunidade (R2)			
Marta	Universitário	Médico	F	24	Medicina de Família e Comunidade (R1)			
Mateo	Universitário	Médico	M	32	Medicina de Família e Comunidade (R1)	Administração		
Simon	Universitário	Médico	M	26	Medicina de Família e Comunidade (R2)			
Matias	Universitário	Médico	M	27	Medicina de Família e Comunidade (R2)			

R1: Residente de primeiro ano de Medicina de Família e Comunidade. R2: Residente de segundo ano de Medicina de Família e Comunidade.

A Tabela 3 mostra a distribuição numérica dos sujeitos participantes da pesquisa por categoria profissional.

Tabela 3: Distribuição numérica de participantes da pesquisa por categoria profissional. Ribeirão Preto, 2010

Categoria Profissional	Total
Médicos	9
ACS	4
Auxiliar de enfermagem	2
Enfermeiros	2
Cirurgião dentista	1
Total	18

Pode-se apreciar que todos os trabalhadores técnicos de nível de gestão da SMS tiveram cursos de pós-graduação (*stricto e latu senso*) concluídos, sendo que três deles são mestres e dois deles doutores, indicando a qualificação em termos de formação destes trabalhadores. A média de idade foi de 45,5 anos. Para seu ingresso na rede de AB realizaram concurso público e três deles trabalharam na atenção clínica nas próprias unidades da rede de saúde do município antes de desempenharem cargos técnicos no nível central da SMS de Ribeirão Preto.

Já no NSF, os sujeitos da pesquisa foram mais heterogêneos pertencendo a cinco categorias profissionais. A média de idade entre os trabalhadores foi de 36,5 anos. Todos os trabalhadores de nível universitário tinham ou estão realizando cursos de pós-graduação. Vale à pena lembrar que esta é uma unidade docente adscrita à Universidade de São Paulo (USP), que admite alunos da Residência em Saúde da Família e Comunidade, e neste sentido, os médicos residentes não formam parte da equipe autodenominada “fixa”, que se comporta como uma Equipe de Saúde da Família Ampliada considerando a presença do cirurgião dentista. A presença dos médicos residentes bem como de estagiários de graduação de diversos cursos da USP tem influência direta e marcante no processo de trabalho da unidade, uma vez que a dimensão da formação encontra-se fortemente presente no desenvolvimento das atividades cotidianas.

A maior parte dos sujeitos da equipe fixa trabalha a pelo menos 3 anos no NSF, indicando de certa forma, continuidade e experiência em relação ao trabalho

na Saúde da Família. Ingressaram à equipe a partir de um processo seletivo realizado pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA-HCFMRP/USP), entidade mediadora do convênio entre as unidades de saúde do Distrito Oeste, adscritas à USP, e a rede municipal de saúde. Esta peculiaridade do NSF emergiu durante as entrevistas se constituindo em um tema relevante que será apropriadamente abordado posteriormente.

As motivações que conduziram estes sujeitos a trabalharem na ESF são diversas, embora possa ser identificada certa tendência dentro das categorias profissionais. Nesse sentido, apresentamos algumas falas que contribuíram a ilustrar este ponto.

É eu li no jornal que eles estavam contratando agente comunitário de saúde, pra fazer o trabalho na área do meu bairro, onde [...], e eu tinha acabado de sair da empresa aonde eu trabalhava e eu achei que esse trabalho poderia ser interessante, trabalhar com a comunidade ... eu sempre acreditei nesse modelo de médico de família, antigamente a gente conhecia esse modelo de médico de família e eu sempre achei que a solução da saúde seria esse médico de família que conhece a família, que vai na casa da pessoa, conhecer a pessoa ... Juan

Eu ficaria [trabalhando no NSF], muita vezes, os familiares fala “você se acomodou, porque é pertinho”, não, é mesmo, perto da minha casa, uma quadra e meia, mas eu gosto, tanto é que de todos os Agentes que passaram, a única que está da primeira turma sou eu. Sara

Para os ACS, o trabalho no NSF representa uma oportunidade de emprego sem uma exigência de escolaridade e qualificação específica, com certa estabilidade embora ainda com baixa remuneração, o que os obriga na maior parte das vezes a terem uma fonte complementar de renda.

Ah não, imagina (fazer carreira como ACS), porque o problema é que com esse salário ninguém consegue sustentar uma família né. Não na nossa região aqui, aliás, com esse salário a gente não consegue nem comprar comida, você imagina pagar aluguel, água, luz, telefone, imagina. Principalmente aqui na nossa realidade né, que tudo é muito caro né. Então, praticamente impossível, a gente tem que se virar fazendo outros serviços para complementar. Juan

Outra vantagem esta relacionada com o fato da necessidade destes trabalhadores viverem na comunidade para poderem exercer seu trabalho. É importante destacar que com exceção de um trabalhador, o restante é do sexo feminino. No contexto social hegemônico no Brasil, isto favoreceria que as trabalhadoras pudessem estar próximas do seu lar e realizarem tarefas domésticas e

de cuidado de seus familiares. Os resultados quanto ao perfil e as motivações do ACS para realizar este trabalho são similares as obtidas no estudo de Karen Sakata realizado no mesmo município em 2009⁸⁴.

Os entrevistados foram enfáticos em destacar que para exercer o trabalho como ACS se faz necessário certo “perfil social”, ou seja, devem ser indivíduos interessados nos problemas coletivos de sua comunidade, especialmente os relacionados à saúde, com prestígio perante esta e concordar com a proposta da Saúde da Família.

No caso dos auxiliares de enfermagem (AE), bem como dos profissionais de nível universitário, o mercado de trabalho na ESF resulta promissor e esta sofrendo uma expansão importante. A influência que os recursos humanos têm para a expansão e consolidação da AB no município de Ribeirão Preto será discutida posteriormente. No entanto, em se tratando de uma unidade docente-assistencial e de pesquisa, algumas particularidades em relação aos médicos residentes merecem ser comentadas. Estes trabalhadores atuam na unidade em caráter temporário por um período de dois anos, tempo de duração da residência para esta especialidade no contexto do município. Dependendo do currículo, algumas das suas atividades de formação e assistenciais são realizadas em outras unidades de atenção secundária e terciária do Distrito Oeste e, como no NSF, sob supervisão de docentes vinculados à USP ou médicos mais experientes. Deste modo, durante a realização de alguns módulos da residência, este trabalhador é encontrado apenas em tempo parcial no NSF.

No entanto, pelas próprias características do trabalho na Saúde da Família, a maior parte deles estabelece vínculos pessoais com a comunidade embora sempre na perspectiva da saída do profissional em um período de dois anos.

Quanto aos fatores que levaram a estes médicos a optarem pela residência de Saúde da Família e Comunidade, os seguintes depoimentos merecem análise.

Não (tinha interesse na Saúde da Família). Na minha graduação eu não tive Medicina da Família, eu não tive. Medicina da Família eu conheci assim muito mal. Saúde Pública, tinha um estágio muito precário em Saúde Pública, mas, porque eu fiz faculdade na Faculdade de Medicina de Rio Preto, e aí por aquelas coincidências do destino, eu prestei para residência em clínica médica e não passei em nenhum dos 2 lugares, aí eu fui estudar e trabalhar, e acabei sendo convidada para as coisas, e fui convidada para ser médica, sem residência de um programa de Saúde da Família de uma cidade que tinha 3.500 habitantes, que é a 25km de Rio Preto, que se chama Bálsamo. E aí eu trabalhei como médica do Programa da Saúde da Família de Bálsamo de 2002 a janeiro de 2003, até quando eu assumi aqui na residência [...] Então me encontrei muito nos 6 primeiros meses do PSF e acabei vindo, prestando a residência, com o objetivo de aprender um

pouco mais sobre a sociedade e ter uma especialização, para fazer aquilo que eu estava fazendo mas, com mais propriedade, né? Mas, eu já vim fazendo o caminho inverso, ao invés de eu vir conhecer a prática da especialidade eu já vim para a residência conhecendo a prática pela qual tinha numa especialidade a qual eu já tinha me apaixonado [...] Você não enriquece com Medicina da Família no Brasil, você acaba sendo empregado do governo, sendo um servidor público e também você não tem a chance de fazer procedimentos de cobrar os procedimentos. Então eu acho que a grande maioria das pessoas que fazem Medicina hoje em dia fazem por dinheiro e não por vocação nem por paixão. Eunice

Este depoimento foi selecionado por sintetizar vários aspectos relacionados com a escolha por atuar e fazer residência em Saúde da Família que seguir, apresentamos de forma resumida:

- O papel da orientação vocacional dos alunos dos cursos de graduação de medicina para a escolha de uma especialidade de atuação futura assim como inexistência ou recente introdução das disciplinas de medicina comunitária, de família e afins nos currículos;
- O projeto pedagógico ainda hegemônico nas escolas de medicina que privilegia o modelo de atenção centrado na cura da doença e de atenção hospitalar;
- O mercado de trabalho que privilegia as especialidades cirúrgicas, que realizam procedimentos instrumentais ou tem espaço nos convênios de saúde;
- A impossibilidade de entrar em outra residência com relação candidato vaga maior;
- A facilidade de oferta de vagas em medicina de família para médicos recém formados e/ou sem cursos de pós-graduação;
- A potencialidade da ESF para mudar não apenas os processos de trabalho em saúde, mas aos próprios trabalhadores e seus projetos individuais.

Vários destes elementos serão retomados mais adiante, quando abordada a influência dos recursos humanos na política de AB no município do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

4.2. A Política Municipal de Saúde Para Atenção Básica

4.2.1. Atenção Básica. Evolução histórica

Embora o foco desta pesquisa seja a situação atual da política municipal de saúde para AB, se faz necessário expor de forma sucinta, alguns marcos importantes de sua evolução no município.

A implantação do esboço do que hoje conhecemos como AB no município de Ribeirão Preto, se dá a partir da entrada em vigor da Lei nº 4.476 de 1984, que autorizava à Prefeitura de Ribeirão Preto a implementar o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS) ⁸⁵.

As AIS foram uma tentativa de reorganização da assistência médica previdenciária, no sentido de formar um sistema unificado, descentralizado e participativo, no meio de conjunturas políticas, ideológicas e econômicas complexas no Brasil (redemocratização, crise financeira internacional, política de contenção de gastos, tensões entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e o setor privado quanto à unificação do sistema de saúde). As AIS constituíram a parte operacional do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social proposto pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde e Previdência de 1982 (Plano CONASP).

Nas AIS se incluíam vários dos princípios e atributos da APS (porta de entrada preferencial, regionalização, hierarquização, racionalização de recursos, universalidade, integralidade da atenção, participação social) com uma ênfase marcada na articulação entre os diferentes prestadores de serviços da rede pública e destes com a rede privada, recuperação dos serviços públicos e racionalização econômica ^{86,87}.

O município de Ribeirão Preto assinou o termo de adesão às AIS em dezembro de 1983, sendo regulamentado em abril de 1984 através da lei municipal No. 4476 ⁸⁵.

Para 1984, ano de implantação e implementação das AIS em Ribeirão Preto, a rede pública de saúde do município contava com um conjunto de unidades de saúde sob administração dos níveis municipal, estadual e federal (88), conforme pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4. Rede pública de saúde de Ribeirão Preto em 1984.

Tipo de unidade	Municipal	Estadual	Federal	Total
Centro de saúde	0	7	0	7
Ambulatório	1	2	2	5
Posto de saúde	14*	0		14
Hospital	0	1**	0	1
Hospital e ambulatório	0	2	0	2
Total	15	12	2	29

Fonte: adaptado de Mishima S, Puntel M, Ungari I, Silva E. Recursos Humanos na Implantação das Ações Integradas de Saúde no Município de Ribeirão Preto. Visão da Equipe de Enfermagem.

* Inclui três Prontos Socorros Municipais.

** Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas.

A população estimada em Ribeirão Preto, em 1980, foi de 316.918 com taxa de urbanização de 96,81% ⁸⁹. Para esta população, os serviços com características de AB se concentravam em 7 Centros de Saúde de administração estadual que representavam 24,1% das unidades da rede pública. As unidades denominadas como Postos de Saúde, de administração municipal, voltavam-se apenas à atenção de urgência e emergência (Pronto-Atendimento) sem acompanhamento ambulatorial posterior⁸⁸. Deve-se salientar ainda que no município coexistiam unidades administradas pelas três esferas do governo, conforme pode-se verificar na Tabela 4.

No período posterior a 1984, o processo de integração dos serviços de saúde mantidos pelas três esferas de governo se deu de forma progressiva sem que ainda se verificasse a transferência das unidades à gestão municipal.

No contexto nacional, a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 assentou as bases para o processo de descentralização e municipalização dos serviços de AB na conjuntura da Reforma Sanitária brasileira. A definição das competências e atribuições dos três níveis federativos bem como as questões operativas referentes à municipalização ficaram estabelecidas no Decreto 94.657 de junho de 1987. No que compete a AB, este decreto estabelecia que o município teria a responsabilidade da “execução direta dos serviços de saúde de abrangência

municipal, especialmente os de Atenção Básica, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias” (90).

Em 1987 entra em vigor em Ribeirão Preto, a Lei Municipal 5.194 que estabelecia o marco jurídico apropriado para viabilizar o processo de municipalização com a transferência gradual de algumas unidades estaduais e federais à administração municipal. Este processo de municipalização culminou em 1998 com a assunção da gestão plena por parte do município.

Em 1989, ocorre o início do processo de regionalização do município em Distritos Sanitários. Inicialmente se implantaram três Distritos, contando cada um destes com duas Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) que, na época, eram responsáveis pelo atendimento de urgência, especialidades ambulatoriais de alta demanda (oftalmologia, cardiologia, pneumologia etc.), exames complementares como radiologia, ultrassonografia e eletrocardiografia, questões administrativas da sua área de abrangência, e como UBS para os moradores de sua área de abrangência. Embora esta fosse a proposta inicial, as UBDS acabaram privilegiando as funções de caráter administrativo em detrimento das assistenciais⁷⁹.

O atendimento médico ambulatorial se realizava nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas especialidades básicas de ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica médica. As UBDS e UBS tinham responsabilidade sanitária sobre a população adscrita residente no seu território, mas ações fora do recinto das unidades de saúde (busca ativa dos usuários, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde e mobilização social nas comunidades) eram (e de fato, ainda são) bastante limitadas⁹¹.

Desta forma, o sistema municipal de Atenção Básica estava conformado pelas UBDS e UBS. As restantes unidades presentes no município (ambulatórios de especialidades, hospitais municipais, conveniados e Hospital das Clínicas e Unidades de Emergência) foram classificadas como de atenção secundária e terciária⁷⁹. Em 1998, o PMS já estabelecia a divisão do território em 5 Distritos Sanitários, configuração que se mantém até a presente data (2010)⁹².

Em relação à Saúde da Família, o primeiro serviço com estas características (Núcleo de Saúde da Família 1 – NSF 1) foi inaugurado em 1999 no Distrito Oeste numa iniciativa da USP, com caráter fortemente acadêmico de suporte à formação de trabalhadores em Medicina Geral e Comunitária. No ano 2000, o NSF 2, inicia suas atividades, com o mesmo caráter acadêmico, sem articulação direta com a

política municipal de saúde. Somente ao final deste ano, o município de Ribeirão Preto foi qualificado para a implantação do Programa de Saúde da Família, segundo portaria nº 1.140, de 10 de outubro de 2000 do Ministério da Saúde ⁹³. Foram habilitadas 5 equipes de Saúde da Família vinculadas ao projeto da Universidade de São Paulo, implantadas a partir de abril de 2001, quatro para a área básica do CSE/FMRP-USP (NSF 1, 3, 4 e 5) e um na Unidade Materno-Infantil de Vila Tibério, junto àquele serviço (NSF 2), que desde 2000 já vinha desenvolvendo atividades relativas à Saúde da Família e recebendo residentes do Programa de Medicina Geral e Comunitária do HCFMRP-USP, conforme já apontado.

Assim, estas unidades foram implantadas com o propósito não apenas de oferecer assistência à saúde da população do Distrito a partir do modelo de Saúde da Família, mas também se constituíram em unidades de ensino de graduação e pós-graduação e pesquisa em diversas áreas do conhecimento ⁹⁴.

Outras equipes de Saúde da Família, sob a gerência da SMS, foram se incorporando de forma paulatina à rede municipal de AB até conformar 21 equipes em 2009 ⁷¹. Sem dúvida, a introdução da ESF veio qualificar a AB no município permitindo a realização de ações mais próximas dos usuários, não apenas de ordem geográfica, mas na possibilidade de levar os serviços de saúde até o próprio domicílio da população adscrita, construir vínculos e co-responsabilidade, além de buscar fomentar a participação da comunidade na solução dos seus problemas de saúde.

O Gráfico 2 apresenta a evolução no período 2000-2009 do número de ACS e o Gráfico 3 a das ESF e Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas no município.

Estas informações foram obtidas a partir do cadastro do Departamento de Atenção Básica do MS (DAB-MS). Como já comentado, o NSF 1 iniciou suas atividades em 1999, incorporando-se à assistência em um breve período de tempo os Núcleos 2, 3, 4 e 5 sendo que, estes núcleos atuaram de forma autônoma em relação com a rede municipal até sua habilitação em 2000, ano em que foram registrados no cadastro do MS. De fato, ainda subsistem algumas discrepâncias entre as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a realidade do município, provavelmente ocasionadas pela variabilidade do número de ESF e ACS em função da mobilidade destes trabalhadores bem como na demora para a atualização do cadastro por parte da SMS, sendo este um problema comum a muitos municípios brasileiros. Vale à pena destacar que a Política Nacional de Atenção Básica estipula que o município é responsável pelo cadastramento e

atualização das informações relativas às unidades da rede municipal e dos profissionais que atuam na AB.

No Gráfico 2 pode-se notar que houve um crescimento expressivo no número de ACS entre 2001 e 2002, com posterior aumento gradual destes trabalhadores. Este período de maior crescimento coincide com o de mandato eletivo iniciado em 2001.

Fonte: Dados obtidos a partir do cadastro CNES do Departamento de Atenção Básica do MS (DAB-MS).

Gráfico 2. Evolução numérica de ACS e percentual de cobertura pelos ACS no município de Ribeirão Preto para o período de 2000 a 2009. Ribeirão Preto, 2010

Já em relação às ESF, verifica-se que a partir de 2006 há certa estabilização quanto a seu número, inclusive com perda de equipes, principalmente relacionadas com a saída de profissionais médicos. As ESB mantêm-se estáveis desde 2004 para um total de seis equipes.

Fonte: Dados obtidos a partir do cadastro CNES do Departamento de Atenção Básica do MS (DAB-MS).

Gráfico 3. Evolução numérica das equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), e percentual de cobertura das ESF no município de Ribeirão Preto para o período de 2000 a 2009. Ribeirão Preto, 2010

Os dados de cobertura populacional do município apresentados adquirem maior relevância na medida em que podemos estabelecer comparações com as médias de cobertura do estado de São Paulo e do Brasil, como pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5. Porcentagem da população com cobertura de ACS e ESF em Ribeirão Preto, estado de São Paulo e Brasil em 2008. Ribeirão Preto, 2010

Unidade territorial	População	
	Acompanhada por ACS %	Acompanhada por ESF %
Ribeirão Preto	34,82	12,98
São Paulo	30,5	25,6
Brasil	60,4	49,5

Fonte: SMS e DAB-MS.

Apesar dos movimentos presentes no nível federal e da definição da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, Ribeirão Preto vem apresentando processo

semelhante àquele verificado nos municípios de grande porte de um incremento bastante modesto no número de ACS, ESF e ESB (Tabela 5).

4.2.2. Atenção Básica. Situação Atual

Considerando a organização mais geral da rede de atenção AB no município de Ribeirão Preto, verificamos que existem 47 unidades de saúde que oferecem serviços de AB, segundo a própria nomenclatura da SMS, conforme pode ser observado de forma resumida na Tabela 6.

Tabela 6. Número de unidades de AB por tipo e localização no município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2010

Distrito	UBDS	UBS	NSF/USF	Unidade Básica e especializada
Central	1	4	0	1
Norte	1	7	4	0
Sul	1	3	0	0
Oeste	1	9	8	0
Leste	1	5	1	0
Total	5	28	13	1

Fonte: Adaptado de SMS de Ribeirão Preto. Plano Municipal de Saúde período 2009-2013.

No Quadro 4 apresentamos todas as unidades de AB, entendidas neste trabalho apenas como as UBDS, UBS (com ou sem PACS), USF e NSF bem como alguns dos tipos de atendimentos que nelas são oferecidos à população. Fizemos esta opção por se tratarem das unidades de saúde em que a SMS estabelece uma melhor definição do nível de atenção (AB/APS). Como já foi exposto, estas unidades encontram-se distribuídas territorialmente em 5 distritos sanitários

Quadro 4: Distribuição das unidades de AB no município de Ribeirão Preto segundo tipos de atendimento existentes. Ribeirão Preto, 2009

UBDS, UBS e USF	Tipos de Serviços							
	GO	PE	CM	ACS	ESF	OD	ENF	VAC
Distrito Central								
CSE - Centro de Saúde Escola Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte - Vila Tibério								
UBDS "Dr João Baptista Martin" – Central								
UBS "Nelson Barrionovo" - Campos Elíseos								
UBS - Wilma Delphina de O. Garotti - Vila Tibério								
UBS " Prof. Dr Jacob Renato Woiski " - Jardim João Rossi								
Distrito Norte								
UBDS "Dr. Sérgio Arouca" Distrital Norte- Quintino Facci II								
UBS "Albert Sabin" – Marincek								
UBS "Prof. Zeferino Vaz" - Quintino Facci I								
CSE – Centro de Saúde Escola Barão de Mauá Dr. Rômulo Ribeiro da Costa" -Jardim Aeroporto								
UBS "Mário R. De Araújo" - Valentina Figueiredo								
UBS "Oswaldo Cruz " - Vila Mariana								
UBS "Herbert de Souza – Betinho" Ribeirão Verde								
UBS "Alexandre Fleming"- Simioni								
USF "Prof. Dr. Alberto Raul Martinez"								
USF "Dr. José Augusto Laus Filho"								
USF "Dr. Álvaro Crosta"								
USF "Dr. Luiz Gonzaga Oliveira"								
Distrito Sul								
UBDS " Dr Marco Antônio Sahão" – Vila Virgínia								
UBS "Dr. Luiz Philipe Tinoco Cabral" - Adão do Carmo								
UBS "Dr. José Carlos Say" - Jardim Maria das Graças								
UBS "Waldemar Barnsley Pessoa" - Parque Ribeirão Preto								
Distrito Leste								
UBDS " Dr Ítalo Baruffi" – Castelo Branco Novo								
UBS "Rubens Issa Halak" - Jardim Juliana								
UBS "Mamoro Kobayashi" - Bonfim Paulista								
UBS "José Ribeiro Ferreira" - São José								
UBS "Hélio Lourenço de Oliveira" - Santa Cruz								
UBS "Carlos Chagas" - Vila Abranches								
USF "José Paulo Pimenta de Mello" - Jardim Zara								
Distrito Oeste								
Centro Médico Social Comunitário (CMSC) - Vila Lobato (Convênio com a FMRP- USP)								
Centro de Saúde Escola "Drº Edgard Ache - Ipiranga								
Centro de Saúde Escola "Joel Domingos Machado"								
UBS "Aymar Baptista Prado" - Dom Mielle								
UBS Dr. João Paulo Bim – Ipiranga								
UBS "Rubens Lisandro Nicoletti Filho" - José Sampaio								
UBS "Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes" Jardim Presidente Dutra								
UBS "Dr. Álvaro Panazzolo" - Vila Albertina								
UBS "Adalberto Teixeira Andrade" - Vila Recreio								
UBS "Dr. Álvaro de Oliveira Paiva"								
NSF 1 "Dr. Breno J Guanais Simões"								
NSF 2 "Enf. Maria Teresa Romão Pratali"								
NSF 3 "Profa. Dra. Célia de Almeida Ferreira"								
NSF 4 "Marina Moreira de Oliveira"								
NSF 5 "Profa. Dra. Vera Heloisa Pileggi"								
USF "Prof. Dr. Domingos A. Lomonaco"								
USF "Ernesto Che Guevara"								
USF "Dra. Heloisa Maia da Rocca"								

Fonte: SMS de Ribeirão Preto e Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES).

■ : Presença do serviço

■ : Ausência do serviço.

Após várias tentativas de implantar a ESF, em março de 2009, o município contava com 21 equipes em 13 USF/NSF para uma cobertura estimada de 12,98% da população residente. Das restantes unidades de AB sem ESF, 72,7% possuíam ACS. A cobertura total de ACS, quando adicionados os trabalhadores da ESF e das UBS tradicionais é de 34,82% da população do município.

Deste modo a AB esta sendo desenvolvida no município através de dois modelos.

- UBS tradicional: em geral, oferecem serviços das clínicas básicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica médica) através de médicos especialistas nestas áreas. Os serviços de enfermagem, vacinação e odontologia também estão presentes na maior parte das unidades sendo que, 72,7% destas unidades possuem ACS como integrantes da equipe (Quadro 4).
- USF/NSF: os serviços de clínicas básicas são realizados por médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, especialistas de outras áreas que atuam como generalistas ou médicos sem nenhum curso de especialização. Serviços de enfermagem, ACS e ESB são prestados. Os NSF 1 a 5 não oferecem serviços de vacinação. (Quadro 4)

Do ponto de vista formal, o município comprometeu-se no Plano Municipal de Saúde, para o período 2010-2013, a fortalecer a AB especialmente através da ampliação das ESF, das EACS e das Equipes de Saúde Bucal (ESB). As metas de cobertura populacional propostas são de 50%, 100% e 50% respectivamente⁷¹. Já para o ano 2010, a Programação Anual de Saúde, instrumento que operacionaliza os compromissos no PMS, prevê a criação de cargos de ACS para uma cobertura de 50% da população, de 20 cargos de Médico de Família e Comunidade (MFC) através de concurso público bem como do credenciamento de 10 novas ESB⁹⁵.

O PMS do período 2005-2008 teve como uma de suas metas, aumentar a cobertura de ESF e ACS para 50% da população do município, verificando-se, contudo, que o crescimento do número de ESF e de ACS ficou aquém da proposta, inclusive com períodos de diminuição⁹⁶.

Diferentes fatores contribuíram para o não cumprimento desta meta. O recurso humano foi o elemento mais enfaticamente apontado pelos entrevistados como principal limitante para a expansão das ESF. A contratação do médico com perfil generalista resulta difícil por diferentes motivos como exposto nos seguintes depoimentos de Andrés, Jacob e Maria.

Eu acho que sim. Esse é um limitante [o perfil do médico] para expansão do PSF. Então o Médico, a gente fica meio refém. Nós estamos reféns de duas coisas. Mais dos médicos porque a gente não trabalha sem o médico generalista, mas se as universidades ajudarem, se o curso fosse bacana, a gente põe um médico lá, um médico generalista. Andrés

[...] Esse programa de saúde da família é um programa antigo, mas a estratégia do médico generalista, a formação diferenciada ainda é recente. Tem pouco profissional, vamos dizer, que tem esse tipo de formação. As escolas formam o que, elas formam um médico que é generalista, só que não tem formação generalista. Ele entra a faculdade e faz o seguinte, eu vou entrar na faculdade, eu chego no terceiro, quarto ano, que área eu gostei mais da área de cirurgia. Então ele vai se dedicar mais à área de cirurgia. Ele sai com a formação dele generalista e a residência dele é feita na área específica dele. Jacob

Tá, vocês tem a proposta da Saúde da Família e vocês não tem médico generalista, o que é que vocês vão fazer então? Você tem interesse? Você acha que você dá conta? Gosta da atenção básica? Quer Saúde da Família? Quer? Eu tenho estas dificuldades: O que você pode me ofertar? Não, você vai ser capacitado, com treinamento, você vai ter uma retaguarda. Ela não deu conta de fazer isso. Aí entra o Pólo de Educação Permanente: Não porque o pólo vai resolver! Vai dar, vai capacitar, vai resolver. Maria

Os sujeitos entrevistados assinalam deficiências quantitativas e qualitativas na formação de médicos com perfil generalista e dificuldades para se estabelecer estratégias que possam favorecer o processo de formação deste profissional.

O sentido das falas dos entrevistados não aponta apenas a limitações nas habilidades clínico-assistenciais para resolver as demandas nas especialidades consideradas básicas (clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria), mas em competências específicas para a prática da medicina de família e na estratégia de Saúde da Família.

A Agenda Educativa EURACT de Medicina de Família e Comunidade define as competências que devem ser esperadas do Médico de Família e Comunidade. Competências são entendidas aqui como o conjunto de saberes, habilidades e desempenhos capazes de responder as necessidades de saúde da população e dos serviços de saúde. De forma didática, foram agrupadas em seis competências nucleares ⁹⁷:

- 1) Gestão em Cuidados Primários;
- 2) Cuidados Centrados na Pessoa;
- 3) Aptidões para a resolução de problemas específicos;
- 4) Abordagem abrangente;
- 5) Orientação comunitária;

6) Abordagem holística.

Cada uma destas competências se subdivide em diferentes capacidades que abrangem campos que vão desde a gestão local de saúde até questões relacionadas com a subjetividade presente na relação profissional de saúde-usuário. Portanto, a prática da medicina de família exige médicos com preparação específica para o desempenho da sua atividade como qualquer outra especialidade médica. No Brasil, pelas características próprias do seu modelo de Saúde da Família que se fundamenta em equipes multiprofissionais, emerge a necessidade do desenvolvimento de competências que favoreçam o trabalho em equipe.

Neste contexto cabe formular a seguinte interrogante: Por que se o fortalecimento do SUS através da AB tem como principal estratégia a Saúde da Família não há profissionais suficientes em número e qualidade para desenvolver esta política? Uma rápida aproximação a este tema é desenvolvida a seguir.

Uma pesquisa clássica realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e publicada em 2004, apontava mudanças no mercado de trabalho com crescimento de algumas especialidades com maior retorno financeiro para os profissionais médicos através da realização de procedimentos. As especialidades apontadas foram urologia, dermatologia, cirurgia plástica e outras especialidades cirúrgicas com atividades predominantemente hospitalares, especialmente em Saúde Suplementar (convênios). Também se destaca a desigual distribuição da força de trabalho em saúde entre as diferentes regiões do país (com predomínio de médicos no Sudeste e Sul) e entre as áreas urbanas e rurais ⁹⁸.

Sem dúvida, a dinâmica do mercado de trabalho favorece o direcionamento dos alunos dos cursos médicos a estas especialidades num processo de “especialização precoce”, muitas vezes com a participação ativa das próprias instituições formadoras, a partir do espaço de poder ocupado por determinados departamentos clínicos em consonância com o projeto tecno-assistencial hegemônico, que, como discutido ao longo da fundamentação teórica, se centra na cura da doença.

Não há informações precisas sobre o número total de médicos no Brasil. Durante o levantamento bibliográfico foram obtidos diversos dados discrepantes de diferentes fontes oficiais (CFM, DATASUS, Rede Observatório de Recursos Humanos). O DATASUS apresentou os dados mais atualizados entre as fontes consultadas, informando um total de 329.041 médicos em 2007 ⁹⁹. Quando

comparado o número total de médicos, em 2007, com o número de ESF existentes neste ano (27.324 equipes) ¹⁰⁰, que, necessariamente, devem contar com este profissional no seu quadro, vemos que os médicos que atuam em Saúde da Família no Brasil, representavam apenas 8,4% do total de profissionais desta categoria.

Uma pesquisa visando traçar o perfil dos médicos que trabalham em Saúde da Família revelou que se trata de um contingente de profissionais com média de idade inferior a 40 anos, 56% são do sexo masculino, são oriundos em sua maioria de escolas médicas públicas (74%). Ainda, devemos destacar que ao redor de 70% destes médicos não possui nenhuma formação específica após a graduação (residência ou especialização) ¹⁰¹.

Um estudo comparativo entre a APS européia e o SUS, revelou que em 15 países selecionados da Europa, o número de médicos generalistas (general practitioners) em 2005 oscilou entre 0,3 e 2,1 por 1.000 habitantes com média de 1,04. Já no Brasil, foi utilizado para esta comparação o número de médicos que trabalhavam em Saúde da Família, obtendo-se uma taxa de 0,1 por 1.000 habitantes ¹⁰².

O CNES comporta 860.798 registros organizados em 66 especialidades médicas. Isto não reflete o número de médicos, mas o número de oferta de especialidades inscritas no cadastro pelos serviços de saúde, podendo um mesmo profissional ter vários registros em função das diferentes atividades que desempenha. Deve-se lembrar que na pesquisa do CFM publicada em 2004, 28,2% dos médicos tinha três o mais vínculos profissionais ⁹⁸. O Quadro 5 apresenta as 10 especialidades médicas com maior número de registros no CNES em ordem decrescente.

Note-se que o maior contingente de registros encontra-se representado pelos clínicos gerais. Os registros de médico de saúde da família representam apenas 4,12% do total dos registros ¹⁰³. Reiteramos que este valor representa a oferta de serviços e não o volume total de profissionais com formação específica na área de saúde da família.

Quadro 5. Especialidade médica por número de registros no CNES. Ribeirão Preto, 2010

Especialidade	Número de registros
Médico clínico geral	177.319
Médico ginecologista e obstetra cirurgião ginecológico	83.730
Médico pediatra, hebeatra, Médico de criança neonatologista	81.431
Médico cirurgião geral cirurgião geral	56.377
Médico ortopedista e traumatologista	40.055
Médico cardiologista, Médico do coração	38.009
Médico anesthesiologista	37.654
Médico de saúde da família, Médico comunitário, Médico de família	35.475
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem imagenologista	30.316
Médico oftalmologista, cirurgião oftalmológico, oculista	27.817

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

No entanto, há uma tendência sustentada de crescimento dos empregos médicos no contexto da ESF, com o mercado de trabalho em expansão, embora com tendência à precarização dos vínculos trabalhistas (contratos temporários sob o argumento de contenção de gastos em função da Lei de Responsabilidade Fiscal). Assim, as condições de trabalho podem ser, de fato, um dos fatores contribuintes para o não estabelecimento de vínculos de longo prazo entre profissional médico e os programas da AB.

Por outro lado, este regime de contratação de serviços temporários permite aos gestores certa flexibilidade para oferecer incentivos salariais visando à atração destes profissionais ¹⁰¹.

Como exposto nos depoimentos, no município de Ribeirão Preto há equiparação salarial na AB por categoria profissional, independentemente de sua especialidade de atuação ou ponto da rede onde labore. Isto tem favorecido a migração dos profissionais médicos para municípios vizinhos que oferecem melhores remunerações em SF, fenômeno que pode ser verificado inclusive entre os formando dos cursos de especialização em Saúde da Família e Comunidade das universidades públicas e privadas que atuam no município. A fala de Jacob permite ilustrar esta situação.

Aí tem uma cidade aqui, por exemplo, Batatais, Batatais tá querendo montar o Médico de saúde da família. Eles falam assim “Ó, nós estamos precisando de médico” “Ou tá difícil” “Ah, paga dez mil pra eles, aí.” [...] Tem diferença salarial (entre municípios). Aí, o que que acontece, Ribeirão Preto é um município que tem um estatuto do servidor. Tem um estatuto diferenciado. Jacob

Nesse sentido, segundo depoimento dos próprios técnicos no nível de gestão central, existe a percepção na SMS da necessidade de criar o cargo de Médico de Família e Comunidade que compatibilize um regime de trabalho de 40 horas semanais como estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. A elaboração de um projeto de Lei para viabilizar esta iniciativa esta prevista na Programação Anual de Saúde de 2010 ⁹⁵.

Uma das possíveis vias para contornar o problema da contratação dos médicos é o desenvolvimento de políticas públicas de estímulo à formação generalista. Em outubro de 2009, o governo federal lançou o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS – Pró-Residência (Portaria Interministerial Nº 1.001, de 22 de Outubro de 2009) com o objetivo de incentivar a criação e/ou ampliação das residências médicas em regiões e especialidades priorizadas dentre as quais se encontra Medicina da Família e Comunidade ¹⁰⁴. No nível local, podem ser instituídas atividades de educação permanente nas clínicas básicas bem como em ou outras áreas do conhecimento que forneçam suporte aos profissionais da equipe. Isto tem particular importância quando verificamos que alguns dos médicos que atuam nas ESF, não têm formação generalista e provêm de outras especialidades médicas ou não fizeram especialização. Isto gera certo nível de insegurança técnica na hora de abordar problemas comuns na prática de saúde da família.

Outro fator que pode contribuir a adesão de profissionais médicos a ESF são os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estes núcleos têm como propósito ampliar o leque de serviços da AB, apoiar do ponto de vista assistencial as ESF e serem espaço de aprendizado para os diversos profissionais atuantes. O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013 prevê a implantação de uma equipe de NASF tipo I por Distrito nos moldes previstos na portaria específica do MS que o regulamenta ¹⁰⁵. Estes núcleos poderiam favorecer a migração de médicos especialistas em outras áreas que já atuam na rede de AB para a ESF ao terem uma retaguarda assistencial e docente.

A questão dos recursos humanos na AB municipal não se restringe apenas ao médico generalista. Outra importante categoria profissional que reivindica melhorias no seu regime de contratação é a dos ACS. No município, a contratação destes profissionais é efetivada através de convênios com terceiros, via organização filantrópica Santa Casa da Misericórdia no regime Consolidação das Leis

Trabalhistas (CLT) ou através da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA-HCFMRP/USP), no caso dos ACS que atuam no Distrito Oeste nos NSF vinculados a USP.

Os ACS sofrem também com salários considerados insuficientes, segundo seus próprios depoimentos, sendo que muitos deles exercem uma segunda atividade para complementar renda, apesar de estarem submetidos a uma carga horária de 40 horas semanais. Estes trabalhadores também carecem de um Plano de Carreira que lhes permita a progressão salarial. A qualidade do vínculo empregatício e os baixos salários são apontados pelos entrevistados como importantes fatores para a rotatividade destes profissionais.

[...] eu acho que a falta de estímulo pra fazer o trabalho é o salário, eu acho que o salário é muito baixo, e quando você tem um salário muito baixo você tem uma rotatividade muito grande, então eu acho que tudo isso atrapalha o programa, porque se a gente fala que a gente quer implantar o Programa de Saúde da Família no país inteiro, se você não valoriza o Agente (Comunitário de Saúde), eu acho que você tá dando um tiro no próprio pé do programa, você valoriza todos os outros profissionais e despreza o Agente que é, porque não existe Programa de Saúde da Família sem Agente Comunitário, o Agente que faz esse elo, que vai lá que se interessa, que tá, quer dizer, e um salário muito baixo. Juan

Várias iniciativas tramitam no Congresso Nacional na tentativa de regulamentar a situação destes profissionais ¹⁰⁶. Em termos gerais estes projetos vão na direção do estabelecimento de um piso salarial para a categoria (inspirado na Lei nº 11.738, de 16/7/2008 que regulamenta o piso salarial do magistério) com repasse de recursos tal efeito através do PAB variável, plano de carreira, exigência de nível médio para exercer a atividade, plano de qualificação profissional entre outros.

Os ACS tiveram atividades de capacitação no contexto do Programa de Formação do Técnico de Agente Comunitário de Saúde do Ministério da Saúde, finalizando apenas o primeiro de seis módulos previstos. Estas atividades de capacitação constituem um recurso para qualificar o trabalho dos ACS e aos serviços de saúde em geral, aumentar a auto-estima e a valorização social dos outros trabalhadores e dos usuários além de permitir o acesso a melhores remunerações quando completarem o curso técnico. A Portaria Nº 1.318 do MS, de 5 de junho de 2007 que define as diretrizes para os planos de carreira, cargos e salários dos trabalhadores do SUS, estabelece o cargo de Assistente em Saúde estruturado em quatro classes:

- a) Classe A: ensino fundamental incompleto;
- b) Classe B: ensino fundamental completo ou qualificação ou experiência profissional fixada pelo plano de carreiras;
- c) Classe C: ensino médio completo;
- d) Classe D: ensino técnico completo ou qualificação ou experiência profissional fixadas pelo plano de carreiras ¹⁰⁷.

Ou seja, a finalização de curso técnico permitiria ao ACS mudar de classe e poderia ser um elemento que contribuiria para que estes trabalhadores obtivessem melhores remunerações.

Neste ano tramita na Câmara Municipal de Ribeirão Preto um projeto de Lei para a criação do cargo de ACS como previsto na Programação Anual de Saúde 2010 ⁹⁵. A Lei municipal tornaria estes trabalhadores funcionários da Prefeitura Municipal, reivindicação antiga da categoria no município. Isto poderá redundar também na melhoria salarial.

Em termos gerais, a contratação de enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentistas e outros profissionais da ESF, não representa grande dificuldade para a SMS segundo Maria.

Bom, eu não tenho médico generalista, com o pessoal de enfermagem não tem problema porque é até uma possibilidade de dobrar a sua carga horária. Há uma procura muito grande da enfermagem pela Saúde da Família. Maria

Ribeirão Preto é um pólo de formação regional que abriga 5 universidades e vários outros cursos técnicos da área da saúde formando um importante contingente de mão de obra de reserva na área da saúde. No entanto, nos seus depoimentos, os técnicos da SMS consideram que o perfil dos profissionais encontra-se ainda aquém do ideal. Alguns trabalhadores da rede continuam a replicar processos de trabalho que não levam em conta os princípios e diretrizes da AB embora atuem em unidades de saúde com este rótulo. Ou seja, apenas as mudanças estruturais no processo de trabalho, como por exemplo, a introdução do EACS nas UBS ou a transformação de UBS tradicionais em Unidades de Saúde da Família, não garante necessariamente que práticas baseadas no modelo centrado na doença, no trabalho do médico e na relação vertical trabalhador de saúde-usuário sejam reavaliadas e modificadas pela equipe.

Então o que que é que eu prefiro? Eu acho que muita gente prefere. Que AB tenha mais essa cara da integralidade e que a AB por sim com ESF, que a meu ver é melhor, mesmo porque meu dever é generalista. Se eu quiser

um dia ser um generalista formado, essa situação faça com que a pessoa fique mais perto dos usuários e assim, transmitindo segurança, vínculo, fazendo um seguimento longitudinal de longo prazo e precisando realmente dos companheiros em [...]. Você não pode ter uma unidade básica sem que você possa contar com uma rede que ajude. Eu acredito que há lugar para tudo mundo. Há lugar para o generalista, nós precisamos de mais generalistas e há lugar para o especialista também desde que o especialista tenha aquela cara que a gente quer. É nosso companheiro, companheiro na AB e é orientado pela AB para as necessidades que AB está observando [...]. Andrés

A preocupação implícita na fala de Andrés se coloca na direção da construção de um perfil de atuação para o trabalhador na AB, onde as várias formações e especializações se façam presentes, mas com a preocupação do atendimento aos princípios e premissas da AB e, portanto, do SUS.

Neste sentido, cabe destacar, que o MS tem investido fortemente em estratégias para intervir na formação de profissionais de saúde, assumindo uma premissa presente na Constituição Federal, em seu artigo 200, que aponta que ao SUS compete “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” ¹⁰⁸. E neste sentido, iniciativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado pelo MS em 2005 ¹⁰⁹ e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET Saúde) instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 ¹¹⁰, tem sido incentivados pelo MS.

O Pró-Saúde foi elaborado em uma ação conjunta do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Educação Superior (SESu) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, sendo que a perspectiva que se coloca em seu desenvolvimento é a de que os processos de reorientação da formação ocorram tomando por base a escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS. Esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da AB ¹⁰⁹.

O PET Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, sendo considerado uma das estratégias do Pró-Saúde, articulando a ação de alunos de graduação da área da saúde, tutores vinculados à academia e profissionais de saúde ligados aos serviços, em específico a ESF como preceptores, com a perspectiva da integração ensino-serviço-comunidade. Estes dois programas são

desenvolvidos no município a partir de 2006 (Pró-Saúde) e 2009 (PET Saúde), estreitando a parceria entre as universidades e a SMS.

Além da questão central colocada, da insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos para o trabalho na ESF no município, outra restrição importante ao crescimento da ESF está relacionada com insuficiente estrutura física para abrigar as equipes.

O município optou por utilizar edificações de algumas UBS (hoje transformadas em Unidades de Saúde da Família) com 11 ESF, várias delas trabalhando de forma simultânea no mesmo local, bem como pela locação de imóveis particulares para serem adaptados. Utilizar UBS previamente construídas pode trazer vantagens do ponto de vista econômico no sentido de aproveitar uma estrutura de propriedade do município que permite concentrar e racionalizar recursos materiais e humanos. No entanto, a coexistência de várias destas equipes no mesmo espaço físico, os afasta da população adscrita, que tem que percorrer maiores distâncias para procurar os serviços de saúde. Além disso, algumas destas unidades foram concebidas e construídas em décadas passadas a partir de conceitos arquitetônicos que não se ajustam as necessidades atuais.

Também cumpre destacar que há dificuldades para a realização de manutenção preventiva, reformas e ampliação destas unidades por razões fundamentalmente econômicas. De fato, ao encerramento do mandato 2004-2008, o principal componente das dívidas municipais no setor saúde relacionam-se com a realização de obras físicas em diversas unidades de saúde ¹¹¹.

Em relação aos imóveis alugados há resistência por parte do gestor municipal em fazer investimentos em reformas de maior complexidade que permitam adaptar estes espaços às exigências próprias de uma unidade de saúde, argüindo a falta de espaço físico e que estes recursos não passarão a formar parte do patrimônio do município.

[...] hoje o gestor assumiu o aluguel e hoje você vai ficar investindo numa casa alugada numa Secretaria que você já tem um recurso que é limitado? Tudo o que você investe na casa alugada depois não retorna para o patrimônio. Então você acha que o prefeito gosta que a gente fique construindo e reformando a casa alugada para a Saúde da Família? Não gosta! Sinceramente, não gosta, né? Então, do ponto de vista de investimento, então do ponto de vista de investimento foi muito difícil convencer a gestão que era preciso investir na Saúde da Família, tá. Estrutural mesmo, difícil! Maria

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem destacado a importância do espaço físico não apenas na sua dimensão de se adequar à realização de determinadas rotinas ou procedimentos próprios do trabalho em saúde, mas como espaço de construção de relações sociais e subjetividade dos trabalhadores com seus pares e com os usuários do serviço. Neste sentido, tem se introduzido o conceito de Ambiência que descansa em três eixos fundamentais: a confortabilidade, a produção de subjetividade e a facilitação do processo de trabalho. Estes três eixos são necessários para qualificar o cuidado de usuários e profissionais que se encontram nestes espaços ¹¹².

Para o período 2010-2013, a SMS no seu PMS se propõe a construção de 6 unidades de AB, embora não seja esclarecida a natureza destas unidades nem haja uma discriminação dos recursos financeiros necessários.

A questão do financiamento da AB tem sido apontada como uma das limitantes para o desenvolvimento da AB no município. Segundo o Relatório de Gestão da SMS em 2008 ¹¹¹, a Prefeitura Municipal destinou à saúde 25,48% de todas as receitas arrecadadas pelo município, sendo responsável por 67,91% do total deste fundo. Os repasses da União ao fundo representaram 31,07% do total enquanto os repasses do estado atingiram apenas 0,29%. Esta assimetria de participação entre o município, a união e o estado é um dos elementos que contribui com o desequilíbrio das contas públicas da Prefeitura e compromete os investimentos em saúde. A maior quantia de investimentos se deu na AB (72% do total do fundo), mantendo-se a tendência crescente de gastos neste setor.

A partir de uma previsão de gastos incorreta para o orçamento de saúde em 2008, a Prefeitura teve ao redor de 4,5 milhões de reais em restos a pagar (despesas autorizadas mais não pagas no ano em exercício) que oneraram o orçamento de 2009, apesar do crescimento da arrecadação no período de 2008 ¹¹¹. Como apontado, o principal componente dos restos a pagar são as despesas com obras civis de reforma, ampliação e construção. O segundo componente de maior importância quando observado apenas as dívidas relacionadas com os recursos próprios foram os gastos com a folha de pagamento dos servidores da SMS ¹¹¹.

Outros fatores foram assinalados pelos entrevistados como coadjuvantes nos elevados gastos em saúde da Prefeitura.

Você mora aqui em Ribeirão Preto, aí eu estou danado “nossa meu estou danado aqui na minha cidade me da o endereço da sua casa, deixa eu usar

seu endereço?” eu falo “não, vem aqui que dá”, aí eu moro em Batatais e venho aqui na cidade dou endereço seu, compro alguma coisa no comércio, abro alguma conta em banco, hoje em dia não é nada difícil, pego o cartão, pego esse documento levo no posto de saúde e pronto, ta cadastrado como Ribeirão Preto. Jacob

O município constitui-se em importante pólo regional de serviços de saúde tanto no setor público quanto privado. Esta situação atrai um contingente de usuários não residentes no município que estão à procura de cuidados de saúde. Embora não haja uma posição oficial, alguns técnicos do nível de gestão central da SMS estimam que a sobre-demanda na rede municipal de saúde encontra-se em torno de 30% do total de atendimentos. Apesar destes gastos se concentrarem na média e alta complexidade, estes recursos são extraídos do Fundo Municipal de Saúde. Vale a pena destacar que o componente fixo do PAB é calculado com base a população residente estimada por municípios de modo que os não residentes consomem recursos de Ribeirão Preto enquanto seu município de origem recebe o PAB fixo no seu Fundo.

A migração de usuários à procura de serviços de saúde de melhor qualidade não é um fenômeno exclusivo do município. Relaciona-se com as características geográficas e de infra-estrutura de serviços num país de grandes dimensões e marcadas desigualdades regionais. A isto deve agregar-se que o 66,39% dos 5.564 municípios brasileiros tem menos de 20.000 habitantes, não justificando do ponto de vista financeiro a oferta de alguns serviços de saúde de média e alta complexidade pela escassa demanda e elevados custos.

Existem mecanismos que permitem “ordenar” o consumo de serviços de saúde em locais diferentes do município de residência tais como o estabelecimento de Consórcios Intermunicipais de Saúde ou a adoção do Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS). Ribeirão Preto não participa de nenhum consórcio municipal e sim do projeto piloto do cartão SUS. Esta iniciativa tem sido criticada pelos técnicos da SMS por sua lenta implementação e escassa efetividade. O Cartão SUS foi estabelecido na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96), mas o cadastro começou a ser realizado em 1999. Dez anos depois, ainda é um projeto piloto onde participam apenas 44 municípios. Fatores de ordem técnica, erros na implementação do Projeto Piloto, escassa cobertura dos cadastros, dúvidas na confiabilidade dos dados são apontados como as principais causas para seu moroso desenvolvimento.

Durante o período do mandato eletivo 2004-2008, foram identificadas várias mudanças no corpo técnico da gestão da SMS. Estes trabalhadores tiveram diferentes trajetórias profissionais e experiências na gestão pública de saúde. Os motivos que originaram os câmbios de Secretário Municipal de Saúde e outros cargos dentro da SMS fogem ao alcance desta pesquisa, e não serão abordados nesta discussão. Contudo, é marcante na fala de vários dos entrevistados as dificuldades relacionadas com as modificações no quadro de profissionais.

Eu como chefe, posso falar, começou a gestão com um gestor que vivia o SUS, que tinha um compromisso com o SUS, então a gente fez toda uma programação para os 4 anos tentando reforçar o sistema único, né? Para melhorar o sistema único municipal, né? Você pode até ter um monte de crítica com as formas que foram feitas, agora, a proposta era clara. Consolidar o SUS municipal. A troca do secretário por uma pessoa que não tem experiência na área pública, ela retardou os processos das mudanças. Isso para mim é muito claro. Não, não, para você começar a ir, discutir tudo de novo e a pessoa entender o porquê das propostas isso retardou o processo. Maria

O cargo de Secretário assim como outros cargos tais como diretorias e chefias de divisões e departamentos podem ser ocupados por pessoas que não façam parte do quadro de funcionários da SMS, isto é, que não tenham realizado concurso público para fazer parte deste quadro. Diferentes apelativos são utilizados para designar estes cargos tais como de cargos de livre provimento, comissionados, nomeados ou de confiança. Não há unanimidade entre os entrevistados em relação à nomeação (que envolve questões técnico-políticas) destes técnicos. Alguns deles defendem esta prerrogativa do executivo municipal fundamentando-se na necessidade de um alinhamento entre a política da SMS e do prefeito como principal gestor do município, ou do grupo ou partido político por ele representado. Outros entrevistados argumentam que as diretrizes estratégicas do SUS devem prevalecer independentemente do governo em turno e advogam pela profissionalização da gestão em todos seus níveis.

De qualquer forma, os entrevistados são coincidentes em afirmar que a mudança de gestão gera interferências nos processos de trabalho.

Foi aquilo que eu falei pra você, quatro anos, o que é que aconteceu aqui especificamente, a gente teve dois secretários, se você tem uma continuidade de um trabalho é mais fácil, mas o que acontece, meu cargo, o da Jeane, de todo mundo aqui é chamado cargo de confiança, então a hora que acaba o prefeito que entrou com você entra um outro aí e geralmente esses são adversários políticos aí fala "ah você tava trabalhando pra fulano? Você não vai trabalhar pra mim", mais ou menos isso, então você tem muita quebra de continuidade, por mais que você queira fazer alguma

coisa mais contínua sempre tem alguma uma perda e aí são perdas né, as vezes são recuperadas e as vezes não. Pedro

Entre as principais interferências apontadas pelos entrevistados, podemos citar a descontinuidade das políticas municipais de saúde, os atrasos na realização de políticas já planejadas (especialmente no período de adaptação inicial da nova gestão), a falta de compreensão das propostas estratégicas para diversos setores como a AB, o desconhecimento por parte de alguns gestores da estrutura e funcionamento da rede municipal de saúde e do SUS, a pouca habilidade e experiência técnica destes gestores e sua equipe no desempenho das suas funções de condução do sistema local de saúde entre outras.

No entanto, o processo de tomada de decisões por parte do Secretário Municipal de Saúde e de outros cargos comissionados não é um ato isolado, mas que depende de diversos mecanismos institucionais. Nesse sentido, tem importância fundamental o trabalho do corpo técnico da SMS e dos espaços de participação e gestão colegiada que podem permitir a interação de diversos atores envolvidos nas políticas locais de saúde (gestores, profissionais e usuários).

Então, a Secretaria não fez a adesão pelo modelo de gestão colegiada? O fórum do colegiado, as questões que tem que ser discutidas na unidade sobre a organização da unidade, tem que ser discutidas no colegiado [...] Tinha resistência muito, é o que eu falei para você, tá todo mundo no seu lugar, fazendo seu trabalho, bem feito, dentro da concepção do que quer fazer, né? Só que o gestor tinha outra proposta e foi aprovada no plano (municipal de saúde), eu sempre falo isso tem um monte de gente que não concorda com a gestão colegiada, então perfeito você vai lá no Conselho Municipal, faz sua argumentação e tira isso do Plano Municipal. O dia em que você tirar do Plano Municipal eu não discuto mais com você! [...] Tem uma coisa que tem uma legitimidade, que foi discutida um ano e meio, e foi aprovada lá? Pode até questionar de novo a forma de condução do conselho, você vá lá que é o fórum para reverter e reescrever o que tá lá [...] Maria

A participação da comunidade na organização, gestão, fiscalização e controle do SUS foi assegurada por meio da Constituição da República Federativa do Brasil no seu artigo 198, inciso III (109), pelas Leis Federais 8080 e 8142 de 1990 ^{113,114} e, no âmbito municipal, pela Lei Orgânica do Município de Ribeirão Preto ¹¹⁵. Embora as Comissões Locais de Saúde tenham sido regulamentadas através do decreto municipal nº 072 de 03 de maio de 1995 ¹¹⁶, o modelo de gestão colegiada nas unidades de saúde da rede básica (através dos Conselhos Gestores e as Comissões Locais de Saúde) é relativamente recente, sendo uma das metas propostas no PMS,

do período 2005-2008. Como modelo que subverte a ordem tradicional de decisões centralizadas, tem encontrado certa resistência entre gerentes das unidades.

Outro espaço de participação de importância fundamental é o Conselho Municipal de Saúde que através de seus diversos atores, legitima o PMS como diretriz estratégica da política de saúde do município.

Um elemento que tem contribuído à qualificação da AB no município é o estabelecimento de parcerias com as universidades que atuam na região através de convênios. Por um lado, o município se beneficia com a prestação de serviços de saúde e com a entrada de recursos humanos e materiais na rede que podem permitir a canalização algumas demandas assistenciais dos usuários. Alguns exemplos destes benefícios são o aumento da capacidade assistencial através do aumento do número de consultas, a reversão da demanda espontânea em demanda programática, a contribuição dos docentes e alunos das universidades com os processos de capacitação profissional, de educação e mobilização social, bem como com a realização de pesquisas envolvendo a realidade de saúde do município entre outros.

Por outro lado, as universidades têm a possibilidade de atuar em um campo de estágio na AB para desenvolver habilidades teórico-práticas necessárias aos alunos de diversas áreas das ciências da saúde. Deste modo, os convênios estabelecem termos de co-responsabilidade na formação de alunos de graduação e pós-graduação, na educação permanente dos trabalhadores da rede e na prestação de serviços de saúde aos usuários da população do distrito.

Assim, o município encontra-se dividido em cinco distritos, quatro deles se constituem em distritos escola.

- Distrito Norte: Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM)
- Distrito Sul: Universidade Paulista (UNIP)
- Distrito Leste: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
- Distrito Oeste: Universidade de São Paulo (USP)

O estabelecimento destes convênios está em consonância com as políticas públicas do SUS, previstas na Lei Orgânica da Saúde LOS n 8.080/90, na Norma Operacional Básica NOB/RH-SUS, no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde entre outros, como já apontado. De forma geral estes três dispositivos se propõem reordenar a formação de recursos humanos em saúde no contexto do SUS, constituindo suas unidades como campo de prática para o ensino e a pesquisa em um ambiente de responsabilidade

compartilhada e consensuada entre as partes com ênfase nos princípios do SUS, a AB e a prestação de serviços qualificados à população ^{109, 113, 117}. A Lei Municipal nº 10.551 de outubro de 2005 regulamentou ou estabelecimento de convênios entre a SMS de Ribeirão Preto e as universidades conveniadas ¹¹⁸.

O caso específico do convênio com a USP será abordado posteriormente quando da discussão do processo de cuidado dos usuários diabéticos na unidade estudada que faz parte da parceria entre esta universidade e a SMS.

Durante a pesquisa, os sujeitos relataram a importância atribuída à participação de instituições universitárias na rede de saúde no sentido de propiciar o intercâmbio de conhecimentos científicos e de experiências de trabalho entre os trabalhadores das unidades e alunos e professores das universidades, a participação destes no processo de formação permanente dos recursos humanos da rede bem como a aproximação dos formandos ao cotidiano de trabalho do SUS.

Cumprir destacar, no entanto, que estas parcerias não estão isentas de conflitos entre as partes como pode ser observado na seguinte fala:

Bom, para você ter uma idéia, a unidade básica nossa ela, sempre teve uma oferta mínima, por exemplo, curativo. Eles decidiram (a universidade parceira) que não ia ter nada. Isso só lá. Porque nas outras a gente tem! Puxa! Ninguém falou nada, nunca ninguém discutiu esta oferta lá! Da oferta lá, agora que a gente foi lá, que a gente fez o colegiado e para discutir o convênio, teve docente que disse: Temos que reavaliar. Porque fazer curativo, não sei o que, é um problema para nós! Em contrapartida, uma das nossas enfermeiras que foi para uma unidade nossa, faz curativo é atenção básica, a não ser aqueles curativos debridamento, alguma coisa maior que você tem que fazer no ambulatório. Aí a enfermeira chegou um dia aqui falando que não ia fazer curativos porque o núcleo da USP não fazia curativos! (risos) Na USP é assim agora eu não acho que a culpa seja só da USP não, tá? A secretaria tinha que se posicionar! Puxa gente! O território é um só! É o mesmo território, né? (pausa) Mas, isso não aconteceu, e eu acho que não é culpa da Universidade de São Paulo sozinha! [...] Eu particularmente, que a assistência é compromisso do gestor, eu não delegaria a assistência [...] Maria

Em termos gerais, os entrevistados têm apontado diferentes pontos discrepantes entre os trabalhadores da rede e as universidades parceiras no tocante a organização e tipos de serviços prestados à população, descontinuidade da oferta, questões de tipo gerencial, prioridade das atividades docentes e de pesquisa sobre as assistenciais, falta de delimitação entre as responsabilidades dos trabalhadores da rede e os trabalhadores e alunos das universidades em relação ao espaço de trabalho compartilhado e os usuários, interferência das atividades docentes no processo de trabalho das unidades entre outras.

Também foi relatada a pouca colaboração dos trabalhadores das unidades com as atividades docentes e não compreensão do objetivo da presença de alunos na rede de atenção à saúde.

Tem um monte de gente que não concorda com a entrada da universidade na rede, como tem um monte de gente que não concorda com a gestão colegiada. Então assim eu acho que a gente perdeu muito tempo em fazer com que esta parceria se estendesse para os núcleos e fazer com que os núcleos pudessem rever o que não é tão bom dentro dos núcleos que a gente tem, que pode trocar, mas, para fortalecer a atenção básica lá! Maria

De qualquer forma, estas tensões entre a SMS e as universidades parceiras e entre sujeitos individuais (trabalhadores) com projetos tecnoassistenciais nem sempre coincidentes são esperadas e não necessariamente devem redundar em prejuízo para o cuidado ao usuário, em definitivo objeto (e também sujeito) do trabalho em saúde, mas podem ser elementos que permitam repensar os processos de trabalho e agirem como veículos de transformação das práticas.

Até aqui temos apresentado os principais núcleos de sentido que emergiram das entrevistas em relação com a política municipal de saúde para AB. O município fez opção pelo fortalecimento do SUS e formalmente se propôs reorganizar o sistema de saúde local privilegiando a AB e, especialmente a ESF, sendo expresso nos Planos Municipais de Saúde dos períodos 2005-2008 e 2010-2013. Têm sido discutidas algumas das dificuldades que limitaram a expansão da ESF e da AB em geral assim como as metas da SMS para o novo período eletivo.

Estes elementos serviram para contextualizar as ações e programas específicos para o cuidado do DM na rede pública de Ribeirão Preto.

4.3. Programa de Doenças Crônico-Degenerativas – Diabetes

Do ponto de vista epidemiológico, o DM é uma doença relevante no município como revelou a pesquisa clássica “Prevalência do Diabetes Mellitus, diminuição da tolerância da glicose e fatores de risco cardiovascular em uma população urbana adulta de Ribeirão Preto”, já comentada no referencial teórico ⁴⁴. O DM é um dos principais fatores de risco para as doenças vasculares (primeiras causas de morte no Brasil) e favorece importantes complicações e seqüelas ^{45,46}.

No contexto da AB no município de Ribeirão Preto, verificam-se diferentes iniciativas para organizar a atenção à saúde aos usuários portadores de DM.

Os antecedentes do Programa de Doenças Crônicas Degenerativas - Diabetes podem ser encontrados no Plano de Prevenção e Controle de Diabetes do Município de Ribeirão Preto, de 1987, para o qual foi criado um grupo de estudos com a participação de vários profissionais da rede pública municipal e estadual e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP). Este Plano propunha três linhas principais de trabalho:

- Capacitação de recursos humanos da rede pública em Diabetes
- Atividades educacionais junto à comunidade
- Diagnóstico precoce e tratamento adequado.

O Plano previa ações nos níveis primário (UBS), secundário (UBDS) e terciário (Hospital das Clínicas da FMRP-HCFMRP/USP) e teve um funcionamento irregular como consequência de várias mudanças de gestão na SMS e do estabelecimento de prioridades diferentes das ações programáticas (Pronto Atendimento nas UBS). Em 1992, o Conselho Municipal de Saúde fez nova tentativa de relançar o Plano, e a Prefeitura Municipal aprova o Decreto nº 057 de 4 de março de 1992, determinando sua implementação em um prazo de 60 dias ¹¹⁹.

O programa foi atualizado e publicado em 2006, com o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS de Ribeirão Preto. Em termos gerais, o Programa de DM prevê as seguintes atividades:

- Supervisão do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SisHIPERDIA)
- Elaboração de protocolos clínicos para o “atendimento” ao diabético
- Realização de atividades de educação continuada dos profissionais da rede de saúde pública e privada de Ribeirão Preto (Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e capacitações)
- Realização de atividades de educação em saúde e mobilização social.

O programa prevê a atuação de profissionais de diversas áreas do conhecimento (médicos, enfermeiros, AE, ACS, farmacêuticos, nutricionistas, dentistas, psicólogos, preparadores físicos entre outros), estabelecendo suas atribuições e competências. Destaca-se também que as unidades de atuação em AB são as UBDS e as UBS sem menção específica das USF.

Durante a entrevista, a atividade do Programa que foi mencionada com maior frequência por parte pessoal técnico do nível de gestão da SMS foi a realização do cadastro do SisHIPERDIA.

O cadastramento no SisHIPERDIA é uma das atividades do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus. Este cadastro permite o acompanhamento clínico dos usuários portadores de DM e HTA, fornece informações epidemiológicas relevantes para a formulação de políticas públicas para o controle destas doenças e facilita a liberação de recursos financeiros extras para aquisição de 5 medicamentos básicos padronizados para o tratamento da HTA e DM (Captopril, Hidroclorotiazida, Propranolol, Glibenclamida, Metformina) bem como de outros recursos e insumos necessários para a atenção destes usuários. A aquisição se realiza, portanto, com recursos do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que conta com participação tripartite (União, Estados e Municípios) que é diferente da Assistência Farmacêutica Básica, por exemplo, a Insulina NPH e Regular U100 são fornecidas à rede de saúde com recursos exclusivos do MS.

Em relação à situação atual do cadastro o seguinte depoimento resulta ilustrativo:

Sim. Nós temos uma estimativa dos cadastros, né? De 40.000, é 12 por 60.000 e mais 10%. É, nós temos uma estimativa de ter cadastrados por volta de 40.000 e nós estamos nuns 10.000 [...]. Nós temos unidades em Ribeirão Preto que tem 20 [cadastrados], na área de abrangência de 22.000 habitantes. Nós temos 8 diabéticos e 10 hipertensos cadastrados. Pedro

As metas de cadastramento ainda estão aquém do desejado, apesar dos avanços relatados pelo técnico entrevistado. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus estabelece que os municípios de mais de 500.000 habitantes devem ter 30% da população potencial de portadores de DM cadastrados nos próximos 180 dias posteriores à publicação do termo de adesão do município ⁵¹. Na última consulta efetuada ao Relatório de Envio de Dados por Município do HIPERDIA, em novembro de 2009, Ribeirão Preto aparecia com 12.809 usuários cadastrados ¹²⁰ A composição geral deste cadastro encontra-se distribuída conforme apontado na Tabela 7.

Tabela 7. Número de portadores de DM, HTA e DM com HTA cadastrados no HIPERDIA em 2009. Ribeirão Preto, 2010

Município	DM			HTA	HTA+DM	Total Geral
	Tipo I	Tipo II	Total	Total	Total	
Ribeirão Preto	234	535	769	7597	4439	12805

Fonte: DATASUS e SisHIPERDIA

Utilizando o método de cálculo da Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do MS (11% de prevalência na população adulta maior de 40 anos a partir dos dados do IBGE), a população estimada de portadores de DM é de 23.436 de modo que os 5.208 usuários cadastrados no município de Ribeirão Preto representam apenas 22,2% do potencial. Note-se que em seu depoimento, o técnico do nível de gestão da SMS se refere ao cadastro combinado de usuários hipertensos e diabéticos.

Vários fatores são apontados por este trabalhador para a morosidade no preenchimento do cadastro. Em primeiro lugar, o desinteresse dos trabalhadores pelo Programa no seu conjunto. Provavelmente a resistência a este e outros Programas implantados pela SMS se deva a pouca participação dos trabalhadores das unidades, nas diferentes etapas dos Programas desde a concepção até a execução percebendo-os como uma imposição da gerência. As justificativas colocadas parecem indicar que a finalidade do trabalho, da produção da atenção, não é compreendida enquanto possibilidade de qualificar a atenção do usuário, mas como obrigação ao cumprimento de normas e rotinas estabelecidas.

Outro elemento destacado pelo gestor é a persistência de vários modelos de AB no município com algumas UBS que não contam com ACS, sendo que para o entrevistado a entrada destes trabalhadores nas UBS tradicionais têm contribuído a aumentar o número de usuários cadastrados no SisHIPERDIA, a partir das visitas domiciliares e busca ativa de informações sobre diagnóstico prévio de diabetes e/ou identificação de fatores de risco da doença.

Resulta interessante até aqui que as responsabilidades são colocadas como externas à gestão do Programa contrastando com a fala dos entrevistados do NSF. Na fala de Raquel fica evidenciado que na organização do trabalho não se tem a possibilidade da participação dos trabalhadores no desenvolvimento das ações

propostas pelo nível central de gestão, sendo que nem mesmo o controle das atividades realizadas é empreendido.

(HIPERDIA) Entregam as coisas para a gente, sem organização. Que tem esse programa de diabéticos, que tem que pegar o remédio, que tem que mandar para a secretaria. Quem tem que preencher? É o Agente Comunitário? É o Médico? É a recepção? Ninguém consulta aqui, tem gente que tem convênio, se tinha que cadastrar todo mundo, e vinha para cá e a gente só tinha que cadastrar. Eu sei é que não preenchiam. Então, vamos esperar alguém cobrar, né? Ninguém cobrou por 2 anos. E não preencheu, aí ficou determinado que quem atendeu tinha que preencher. Até hoje nunca tivemos tempo de preencher. Para mandar para a secretaria da saúde, também não foram cobrados, também não foi explicado que jeito que era para preencher. De quem que era a responsabilidade? Raquel

Segundo Raquel, não fica claro ao trabalhador da ponta, ou seja, aquele que opera as ações junto aos usuários, de quem é a responsabilidade pelo preenchimento do cadastro, e implicitamente se coloca a não compreensão da finalidade do mesmo. A ausência de monitoramento do preenchimento do cadastro indica, de certa forma, que este apresenta um caráter meramente burocrático, não se constituindo em um instrumento para a organização do processo de cuidado no nível local e mesmo, do planejamento mais geral das ações de saúde no município.

As fichas de cadastro do HIPERDIA constam de duas vias, permanecendo a primeira delas anexada ao prontuário individual dos usuários enquanto a outra é enviada para a SMS, responsável pela digitação e alimentação do sistema.

No município de Ribeirão Preto, o Protocolo de Atendimento em Hipertensão Arterial e Diabetes da SMS estabelece que o ACS deve encaminhar os usuários e auxiliar no seu cadastramento no SisHIPERDIA, atividade que fica sob a responsabilidade do AE.

O HIPERDIA assim, eu não lembro de ter preenchido, não. Mas, eu acredito que funcione. Na verdade na residência eu não preenchi, mas, na Liga⁶ era obrigatório. Santiago

Mas, assim, na unidade essas fichas são fichas que não são preenchidas com muita frequência. [...] A ficha do "HIPERDIA" que é uma coisa que consta nos prontuários, e que constava na outra unidade que eu trabalhei, não é uma ficha que habitualmente nós temos aqui nos prontuários, agora se você me perguntar o por que disso, eu não sei! Eunice

⁶ As Ligas se constituem em uma entidade estudantil de caráter assistencial e acadêmica com atividades desenvolvidas por graduandos sob a supervisão de um tutor docente. No cenário acadêmico do município estudado existe junto à FMRP-USP e à EERP-USP Ligas de HTA e DM.

Os depoimentos dos trabalhadores da ESF evidenciam dificuldades na comunicação entre a gestão do Programa e os profissionais “da ponta”, alguns deles com experiência de trabalho com o HIPERDIA em outros contextos. Ou seja, pelo menos na unidade de saúde estudada, houve ausência de orientações em relação ao cadastramento e as falas destes trabalhadores reiteram que esta atividade não é supervisionada diretamente pelo nível central de forma a permitir a interlocução com os trabalhadores do nível local.

Ao mesmo tempo, há a indicação, mais uma vez, de que mesmo com a experiência anterior no cadastramento dos usuários portadores de HTA ou DM, não fica claro para o trabalhador a finalidade da ficha de cadastramento, que passa a ser apenas mais um documento a ser preenchido e a constar no prontuário individual do usuário.

Verifica-se com isto a captura do trabalho e do trabalhador, que é aprisionado pela tecnologia dura (cadastro) sem a possibilidade de utilizá-la para qualificar a atenção ao portador de DM2.

Dentro das medidas adotadas pela gestão do Programa para melhorar o cadastro foram mencionadas a contratação de estagiários, o estabelecimento de metas de cadastramento, a nomeação de profissionais de referência para o Programa dentro das unidades e a “cobrança” de resultados dos gestores.

Nós estamos mudando essa gestão dentro do Programa. Então, o que que esta acontecendo. Eu estou com esse grupo de aprimorandos, nós temos 10 aprimorandos que tem bolsa, nós estamos dentro das unidades, nós estamos mudando essa concepção de não conhecimento do diabetes, do Programa o que que é isso. Insistir que eles façam porque eles têm que fazer (o cadastro) [...] Antigamente o Programa entregava na unidade [cartilha com diretrizes]. Ô tem que fazer isso, preencher o HIPERDIA. Aí esperava que a unidade mandasse. Se mandava bem [...]. Agora não, nós temos uma cobrança direta, todo mês a gente manda um relatório para a unidade “olha como está o cadastro, está muito baixo, está inadequado esse cadastro, está precisando de ajuda” e também nos fizemos uma política assim “nós temos uma pessoa de referência do programa” [...] Então as 43 unidades nos encaminharam uma pessoa que é a referência em hipertensão e diabetes naquela unidade para a troca de idéias, articulação, implementar programas, práticas educativas, dificuldades, viabilidade de ações trabalhar na unidade quanto a viabilizando ações do programa. Então isso tem ficado melhor quanto ao Programa. [...] Então o que nos fizemos? A cada ano nós temos estabelecido uma referência. Então, no ano passado era chegar com 8 e chegamos com 11% [...]. Aí nos passamos um pouquinho. Este ano chegamos a 15, né? Então o que que nós buscamos [...]. Se aproximar desse número. Essa é a estratégia. Pedro

A fala de Pedro indica o esforço da gestão em implementar ações que viabilizem o acompanhamento e monitoramento das ações, da expansão das estratégias voltadas ao cuidado ao usuário com DM, sendo que apesar deste esforço, estas medidas não renderam o efeito esperado a julgar pela progressão histórica do número de novos usuários cadastrados observada no Gráfico 4:

Fonte: DATASUS e HIPERDIA

Gráfico 4. Evolução do número de novos diabéticos cadastrados por ano 2000 a 2009. Ribeirão Preto, 2010

As oscilações na série histórica no número de novos usuários cadastrados reflete que não há uma política eficaz para o cadastramento destes no SisHIPERDIA. Chama poderosamente a atenção que nenhum novo usuário foi incorporado ao sistema no ano de 2009, segundo os registros oficiais, cabendo destacar que isto pode ter se dado por motivos outros que não a ausência de cadastramento, ou da ocorrência de casos novos da doença identificados, mas, por exemplo, por erros no próprio sistema de cadastramento. Tal situação não significa necessariamente que os usuários portadores de DM estejam sem acompanhamento e sejam “desconhecidos” para os serviços de saúde. De fato, a SMS possui seu próprio sistema informatizado de acompanhamento (Sistema Hygia) que conta com diferentes aplicativos que permitem o controle de fluxo de usuários entre as unidades de saúde, dispensação de medicamentos, acesso às informações do prontuário eletrônico dentre outros. Outras bases de dados como o SIAB, o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) também recolhem dados sobre usuários portadores de DM.

Um exemplo desta afirmativa é o próprio NSF estudado que tem cadastrado no SIAB 138 portadores de DM. Como foi expresso nos depoimentos, esta unidade não registrou estes usuários no HIPERDIA, lançando mão de outro sistema de informação que auxilia o acompanhamento destes usuários, como já manifestado, que é o sistema Hygia.

Outra dificuldade que enfrenta o cadastro do HIPERDIA esta relacionada com a confiabilidade dos registros e a falta de cruzamento entre os sistemas de informação. Vários deles armazenam dados comuns sobre os usuários portadores de DM que precisam ser registrados de forma independente, e por tanto repetida, situação que acaba gerando resistência entre os trabalhadores e sensação de “burocratização” de uma etapa do trabalho, de importância para a organização, planejamento e financiamento do Programa no nível local.

Então Diabetes, por exemplo, você vai encontrar no SIAB, no PACS, vai encontrar as planilhas que tem diabetes e aí você tem o HIPERDIA que tem a mesma informação que tem e isso é minha queixa, dessa falta de articulação [...] Eles não têm esse cruzamento. Então ele esta no programa do SIAB e para constar no HIPERDIA eu tenho que cadastrar no HIPERDIA. Muito, muito papel, muito. E aí uma sobrecarga que a gente também percebe que na AB os profissionais que estão lá ficam três papéis. Aí, vem lá, o programa de saúde da mulher, o do idoso e são papéis que ele tem que ficar preenchendo. Eu vou ficar preenchendo documentos ou é para assistência, como é isso? Então isso é uma resistência. Na hora que vc vai falar “pô mais papel”. [...] Se queixam dos papéis a serem preenchidos e isso gera resistência. Pedro

Esta fala de Pedro é representativa do que se vinha discutindo, aliada à situação de sobrecarga do serviço e provocando insatisfações entre os trabalhadores ao se questionarem a multiplicidade de bases de dados e da ausência de articulação entre as mesmas. O trabalhador tem parcial consciência da finalidade do preenchimento de formulários (no caso que nos ocupa, o cadastro) porque, se bem reconhecem do ponto de vista formal a utilidade destes registros, na prática acabam resistindo a sua realização dando prioridade a outras tarefas, especialmente as de caráter assistencial.

A ausência de cruzamento entre os dados do SisHIPERDIA e SIAB e seus impactos sobre o planejamento de ações encaminhadas a melhorar a saúde da população de portadores de DM foi documentada em uma pesquisa realizada no município de Alta Floresta, Mato Grosso ao estudar as diferentes etapas de produção, fluxo e análise destes dados ¹²¹.

Atualmente o MS está desenvolvendo a ferramenta SIAB Plus que permitirá integrar as informações de vários sistemas (entre eles ou SIAB e o SisHIPERDIA) em uma base de dados interativa, não havendo contudo, previsão para sua entrada em funcionamento.

De forma geral, a partir da análise dos depoimentos deste trabalhador do nível de gestão da SMS, podemos inferir que em sua visão, a principal tarefa do Programa é o cadastro a julgar pela freqüência e a ênfase utilizada para se referir a esta atividade. É necessário destacar que o HIPERDIA não apenas se resume a obtenção do dado bruto de indivíduos cadastrados, mas deveria ser uma ferramenta de análise da situação de saúde local que permitisse ações planejadas para modificar o impacto desta doença, suas complicações e seqüelas na população.

A ausência de sistematicidade no preenchimento dos cadastros e as dúvidas quanto a sua confiabilidade colocam em risco sua utilidade como ferramenta de planejamento de políticas de saúde.

No município, as conseqüências imediatas de tal situação se refletem na perda de recursos para a aquisição dos medicamentos preconizados pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o que certamente coloca o município em uma situação de constrangimento face ao descumprimento de seus compromissos (traduzidos em metas municipais) com os demais entes estaduais e federais

Como já apontado, o atual Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes foi publicado em 2006 e, de forma geral, organiza do ponto de vista clínico assistencial, gerencial e institucional o cuidado destes usuários na rede de saúde do município. Foi elaborado pela SMS, contando com a parceria da EERP-USP, FMRP-USP, Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM) e Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

O depoimento a seguir reflete a visão de um dos técnicos do nível de gestão entrevistado, em relação ao processo de construção e a adoção do protocolo por parte dos trabalhadores das unidades de saúde.

[O protocolo] É avanço? É avanço. Tem hoje claramente instrumentos melhores dos que a gente tinha antigamente, né? Só que a gente precisa fazer valer o instrumento. E como a gente faz valer um instrumento? Só que tem hora Rafael, que você tem o protocolo, foi lançado, foi validado, ele atende todas as sociedades... Não sei o que... Para você usar. Você pode contar no dedo quem usa. E se você chegar hoje na rede, isso eu falo com a maior segurança, faz uma pesquisa entre os médicos, os colegas médicos, das Unidades Básicas e da Saúde da Família, quem usa os protocolos de diabetes, de hipertensão na sua clínica diária? Muitos vão falar assim: Mas, tem protocolo na Secretaria? (pausa) Então eu acho que a

gente avançou até, do ponto de vista técnico até da qualificação da atenção, só que a estratégia para a gente fazer isso tem que mudar. Fazer valer, a gente tem que ir para as unidades [...] Mas, não é uma questão, Rafael assim, “hoje o programa de diabetes vem aqui apresentar” ... Uma vez na vida vem para apresentar um protocolo, mas, não é isso! É de as pessoas viverem um pouco! Quais são as dificuldades na unidade básica de adotar o protocolo? Maria

A não utilização do material produzido pelos trabalhadores da rede de atenção é apontada por Maria, havendo de certa maneira uma crítica à forma como os trabalhadores, principalmente os médicos, se apropriam daquilo que é produzido e ofertado como uma possibilidade de organizar o processo de cuidado aos usuários. De qualquer modo, resulta surpreendente que o próprio trabalhador que atua no nível de gestão perceba e enfatize a baixa adesão aos protocolos. Alguns elementos apontados pelo trabalhador entrevistado merecem destaque.

Os protocolos e diretrizes clínicas cumprem um papel destacado na organização do cuidado de forma individual e coletiva, auxiliando aos profissionais e usuários na tomada de decisões em relação ao diagnóstico, terapêutica e circunstâncias clínicas relacionadas a determinadas condições de saúde, a partir de evidências científicas consistentes. Pela importância deste tema, o MS lançou uma iniciativa em novembro de 2009, para a revisão de 53 protocolos já publicados e a elaboração de outros 33 novos para um total de 86. Desta forma, serão definidos critérios uniformes para o cuidado aos portadores destes 86 agravos agudos e crônicos no âmbito do SUS, sendo uma das formas de operacionalizar as políticas públicas dirigidas aos usuários portadores destas doenças ¹²².

Durante os processos de construção e implementação destes instrumentos é desejável a participação de grupos representativos dos diferentes atores envolvidos, embora muitas vezes existam grandes dificuldades para sua viabilidade. Em definitiva, estes trabalhadores e usuários terão a responsabilidade de colocar em prática estes protocolos, ou melhor no caso que nos ocupa, estas políticas públicas e os instrumentos operacionais das mesmas, e para tanto se faz necessário a identificação dos trabalhadores com este conjunto de elementos.

Na fala dos entrevistados, muitas vezes se faz presente a existência de relações de “verticalidade” na construção e aplicação de programas e protocolos, o que pode gerar resistências a partir da sensação de imposição destes por parte da gestão da SMS.

Um segundo ponto que pode levar a existência desta resistência, diz respeito ao papel dos técnicos da gestão central da SMS, que deveria se dar não apenas na divulgação e acompanhamento dos protocolos, mas também na sensibilização dos trabalhadores com seus objetivos, na educação permanente destes dentro de um processo dinâmico e flexível que permitisse realizar ajustes necessários a partir da realidade assistencial das unidades.

A diferença do relatado pelo entrevistado, na unidade de saúde estudada, com a fala de todos os médicos, do enfermeiro e de uma das auxiliares de enfermagem, é que estes mencionaram, durante as entrevistas, terem consultado com relativa frequência o protocolo de Hipertensão e Diabetes e afirmaram utilizar suas diretrizes em sua prática diária. As observações das atividades de cuidado aos usuários portadores de DM2 realizadas por estes profissionais corroboraram de forma parcial tais afirmativas, especialmente em relação à referência e contra-referência, exames laboratoriais, recomendações sobre tratamento farmacológico e não farmacológico preconizado e exame físico. Estes aspectos serão melhor abordados no tema correspondente ao processo de trabalho na unidade de saúde.

Além destas questões, outro elemento de interesse relativo à aplicação do protocolo se relaciona à reprodução do modelo tecnoassistencial centrado na atuação do médico. Este conjunto de elementos se coloca explícita e implicitamente na fala de Maria.

O problema é atender doente? Não ter paciente reclamando da unidade? Do ponto de vista qual? Consulta médica. Só que a gente encontrou resistência de dentista, de enfermeira. A Secretaria fez uma opção de a enfermagem também adotar a prática generalista. Ou seja, também fazer consulta de enfermagem. Nossas enfermeiras têm uma função muito administrativa dentro do sistema, tá? Quando a gente fez a proposta que a enfermeira também se voltasse para a prática generalista, de atender, de colher o “papanicolau”, de pelo menos participar da discussão, de fazer consulta, dos agravos crônicos no intervalo das consultas médicas (pausa) É diabetes, hipertensão, não necessariamente o retorno tem que ser sempre com o Médico se está estabilizado, tem os protocolos, tem o que compete à enfermagem dentro dos protocolos. A resistência também foi enorme. Então, só a equipe médica que tem resistência. Não! Maria

Este depoimento ilustra a resistência às mudanças num processo de trabalho já posto que privilegia a consulta médica e os procedimentos realizados por este profissional em prejuízo às ações de outros trabalhadores da equipe e as potencialidades do seu trabalho no cuidado destes usuários. A resistência não é apenas da categoria médica, mas inclui outros profissionais da equipe que, por vezes, tem uma

visão inapropriada dos seus núcleos de competência em face destes usuários portadores de DM2. O privilégio das atividades gerenciais por parte do enfermeiro em detrimento do acompanhamento das condições de saúde através da consulta de enfermagem se configura como um exemplo ilustrativo desta questão ⁹¹.

Em relação às atividades de capacitação e formação dos profissionais da rede de AB, o técnico entrevistado lamenta a escassa participação dos trabalhadores como pode ser apreciado no depoimento abaixo.

Toda quarta feira o Programa de Hipertensão e Diabetes tem uma capacitação que é oferecida a todas as unidades não é? Com aulas temáticas relacionadas ao tema. Com profissionais convidados das universidades, os parceiros, né? USP, UNAERP, alguém que tenha um domínio de determinado assunto então é feito um programa e em toda quarta feira é distribuído o programa nas unidades e aberta à participação. [...] Muitas poucas pessoas [participam]. Os que vêm mais são os alunos, os estagiários que acabam indo, né? Os funcionários de referência geralmente não. Mas, mais do que isso, não vai vir. Uma média de 30, 35 pessoas que é pouco se vc pensar que nos temos 43 unidades, né? Abertas, né? Que é um curso gratuito, né? E com pessoas renomadas dando o curso. A aderência é muito pouca. Nós fornecemos um certificado se ele participa lá X tanto de horas, que a pessoas participou tantas horas. Pedro

A fala indica que há a preocupação da SMS em abrir para o maior número de trabalhadores, espaços formais para a capacitação voltada ao DM, com a possibilidade de se acionar “experts” na temática, sem, contudo, haver uma resposta positiva por parte dos trabalhadores que se encontram na ponta do sistema de saúde.

A importância da questão da preparação dos trabalhadores para a produção de ações de saúde que qualifiquem a atenção ofertada e que possa se traduzir igualmente em maior responsabilidade e compromisso por parte destes, tem sido um ponto de destaque para o MS. Isto fica patente na elaboração da Política Nacional de Educação Permanente que estabelece ainda incentivos econômicos para o desenvolvimento destas atividades baseados em três conjuntos de critérios (adesão às Propostas de Gestão do SUS, Público Alvo e População e Iniquidades Regionais) no contexto dos Pactos de Gestão ¹²³. Pela relevância do problema, as atividades de educação permanente em DM têm sido prioridades da política de saúde do MS e também da SMS, uma vez que se credita ao processo de formação e capacitação dos trabalhadores a ocorrência de mudanças para a qualificação do processo de trabalho.

O Programa de HTA e DM do município oferece capacitação em serviço através do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus visando a formação de educadores no enfoque a estas doenças

através da concessão de 10 bolsas de estudo anuais para diversas categorias profissionais. Outra modalidade são os cursos de capacitação presencial para os trabalhadores da rede que são oferecidos de forma sistemática às quartas feiras. A baixa participação dos profissionais assim como as dificuldades para o funcionamento do Programa de Diabetes de forma geral são explicadas por Pedro como desinteresse ou apatia.

Para os profissionais que trabalham com as especialidades em saúde, trabalhar algum programa fica muito difícil. A gente se ressenete da falta de funcionários identificados com o trabalho. Então você chega lá para trabalhar na minha área ou com o programa de hipertensão e diabetes, do Ministério da Saúde “ah, não vou mexer com isso não” e não te ouve e não tem como você fazer aquilo funcionar. Pedro

Novamente aqui, vale à pena destacar neste depoimento certa “externalidade” da responsabilidade pela falta de participação dos trabalhadores da rede nas atividades de capacitação e em outras propostas pelo Programa de Diabetes. Ou seja, estas questões estariam ligadas à desmotivação dos próprios trabalhadores “acomodados” no seu processo de trabalho e resistentes às mudanças, segundo este entrevistado.

Não entanto, se a própria gestão considera que a participação é baixa para o potencial de profissionais, valeria à pena estabelecer uma estratégia para tentar reverter esta situação, dada a importância cardinal do processo de educação permanente na qualificação dos serviços de saúde e sua adequação às necessidades dos usuários. Durante a entrevista, nenhuma estratégia específica para promover a sensibilização e adesão dos profissionais às capacitações foi identificada.

Considerando o contexto até aqui conformado, algumas perguntas são pertinentes: O horário estabelecido para as capacitações é o adequado? Os temas tratados e os métodos pedagógicos são convidativos e articulados à realidade do trabalho com os usuários portadores de DM? Os profissionais encarregados de ministrar as aulas possuem domínio dos temas e capacidade de se comunicarem apropriadamente com este conjunto de trabalhadores? Estas interrogantes poderiam contribuir à reformulação das atividades de educação permanente, não de forma verticalizada, mas num diálogo com os profissionais das unidades, questão fundamental e central na perspectiva da aprendizagem significativa, questão colocada pela proposta de Educação Permanente em Saúde do MS.

Outra das linhas de atuação do Programa se relaciona com as atividades de educação em saúde e mobilização social. Os técnicos do nível de gestão entrevistados destacaram várias campanhas realizadas em comemoração ao Dia Mundial do DM assim como em outros eventos sociais de importância para o município, oferecendo atendimento em diversos locais públicos da cidade. Através de inquérito clínico e teste de glicemia capilar, a população de risco é identificada e referenciada aos serviços de saúde. Estas atividades contam com a participação de profissionais de diversas unidades da rede básica de saúde e com apoio de outras instituições públicas e privadas.

Apesar da facilidade de obter um encaminhamento imediato para avaliação clínica na unidade de saúde de referência, Pedro julga baixo o número de usuários que comparece para avaliação.

Para as verificações é grande o interesse da população, mas assim, cada 100 que vai lá verificar, 30%, 40% vai na unidade. Ele pega o papelzinho e “eu estava passando aqui ou eu já sei o que eu tenho, eu não vou na unidade não”. Então assim 40%, 30% acaba indo até a unidade. Pedro

Embora existam diversos questionamentos sobre a utilidade da detecção precoce de diversas doenças através da modalidade de campanhas e não como atividade permanente, na realidade do sistema de saúde brasileiro esta pode ser uma ferramenta proveitosa para o rastreamento de DM, especialmente por se tratar de uma doença com alta porcentagem de casos não diagnosticados entre a população. Em 2001, uma pesquisa estimou o impacto econômico e o rendimento diagnóstico da Campanha Nacional para a Detecção do DM do MS. Os resultados mostraram que os custos da campanha de rastreamento foram baixos quando comparados com os custos relacionados às complicações da DM. O rendimento clínico (23 casos por cada 1.000 rastreamentos) foi favorável, levando em conta outros métodos habituais de rastreamento, como o teste de Papanicolau e a Mamografia, com uma proporção de casos detectados por mil rastreados inferior aos resultados alcançados para rastreamento de DM ¹²⁴.

Os elementos apresentados durante a discussão deste tema permitem identificar que o município tem uma política definida para a detecção e controle do DM através de diferentes instrumentos, ações e programas. Apesar disso, pode-se notar que persistem diversas dificuldades em sua efetiva execução, sendo necessário um movimento de crítica e autocrítica por parte dos trabalhadores no

sentido de imprimir mudanças no processo de trabalho. No próximo capítulo abordaremos a repercussão desta política no processo de trabalho dos profissionais do NSF estudado.

4.4. O Processo de Cuidado ao Usuário Diabético no Núcleo de Saúde da Família

O NSF selecionado compartilha da característica comum a todas as unidades de saúde de ser mais do que um espaço físico, mas se conformar em um espaço social onde se processam as relações entre trabalhadores de saúde e usuários e entre os próprios trabalhadores da equipe. Por outro lado, esta unidade comporta a peculiaridade de ser um local onde se realizam atividades de ensino e pesquisa além de prestar atenção à saúde à população, de modo que novos atores sociais se agregam ao cenário, enriquecendo esta complexa trama de interações. Estas interações se dão essencialmente, mas não exclusivamente, através dos processos de trabalho desenvolvidos pelos diferentes profissionais da equipe “fixa” bem como dos docentes, alunos e pesquisadores que por ali transitam.

Como já destacado anteriormente neste capítulo, o NSF cenário da pesquisa inicia suas atividades no ano 2001, tendo como propósito, ao igual dos restantes 4 NSF do Distrito Oeste vinculados à USP, o desenvolvimento de atividades de atenção à saúde à população, de ensino de graduação e pós-graduação e de produção de conhecimentos especialmente focados na área de AB⁹⁴. Assim, todas as unidades de saúde do Distrito Oeste adscritas à USP atuam de forma coordenada com a rede municipal de saúde por meio de convênio estabelecido entre a FMRP, representada por sua SMS e a Universidade de São Paulo, por meio da FAEPA-HCFMRP/USP.

Esta contextualização nos permite refletir sobre o processo de trabalho presente neste NSF, abordando as questões que se fazem presentes em seu cotidiano, considerando os espaços de construção coletiva para o cuidado pela equipe de saúde, os processos educativos grupais bem como as praticas de cuidado aos indivíduos portadores de DM2 realizadas pelas diferentes categorias profissionais.

4.4.1. As Reuniões Diárias de Discussão de Casos e as Reuniões Administrativas: Espaço de Encontros e Desencontros da Equipe

Como relatado anteriormente, na organização do trabalho, este NSF inicia suas atividades para os trabalhadores às 7 horas com uma reunião de uma hora de duração de segunda a quinta-feira que foi denominada pelos próprios sujeitos da pesquisa como *reunião de famílias* ou *reunião de discussão de casos* ou *reunião diária*. Às sextas-feiras, a atividade coletiva se estende por três horas e meia e é chamada de *reunião administrativa*. Estes horários têm pequenas variações específicas em função de alguns profissionais e de necessidades pontuais do serviço, além de apresentarem finalidades diferenciadas no seu desenvolvimento. Nestas reuniões, participam a equipe fixa, estagiários de graduação e pós-graduação, docentes das diferentes áreas do conhecimento que se encontram desenvolvendo atividades ou supervisionando estágios na unidade, pesquisadores e eventualmente pessoas ligadas à assistência, ensino ou pesquisa sem relação direta com o NSF (por exemplo: técnicos da SMS, participantes de ONGs, etc).

Todos os trabalhadores entrevistados reiteraram na atribuição de uma importância destacada a estas reuniões como pode ser identificado nos depoimentos de Juan e Eunice.

A gente entra às sete horas da manhã, naquela reunião de equipe, onde a gente discute os casos, a gente traz às vezes os casos do dia anterior de trabalho para essa reunião, quando se tem que fazer alguma intervenção, ou algum problema que a gente às vezes não sabe direito, nem se vai haver intervenção, mas a gente traz pra equipe exatamente pra conversar e ter opinião de outros profissionais com relação aquela dúvida que a gente tem, então a gente traz, das sete às oito, conversa tá, e às vezes a gente leva uma intervenção pra aquela família, ou não, das sete às oito isso, e depois, em torno de oito e meia, nove horas a gente tá saindo pra fazer as visitas nas casas. Juan

Nessas reuniões a gente discute casos de famílias acompanhadas, a gente faz alguns encontros de educação continuada e outros encontros de projetos de pesquisa porque nós somos uma unidade que trabalha com a assistência à pesquisa. Eunice

O espaço das reuniões é colocado como aquele em que os trabalhadores trazem situações em que se sentem impossibilitados de resolver individualmente, ou que geram dúvidas ou sentimento de incapacidade. A expectativa é que se possam trocar experiências com outros profissionais, estabelecer diálogos para se propor intervenções que qualifiquem o trabalho. Nesta atividade, é posta à prova cotidianamente a capacidade dos profissionais de trabalharem em equipe e tentarem

solucionar mediante o diálogo, as dificuldades próprias do dia a dia de trabalho de qualquer unidade de saúde. Tem sido destacado que a questão do trabalho em equipe é um dos pontos críticos presentes na produção do cuidado em saúde. Neste sentido, o trabalho em equipe é apontado como uma das possibilidades para busca de certa horizontalidade e flexibilidade na relação entre os atores envolvidos. Aspectos estes que possam favorecer a construção da equipe integração^{125, 126}, uma vez que “[...] o trabalho da equipe de saúde é considerado uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos”¹²⁷, sendo necessária tal integração para que se avance na mudança de modelo de saúde na perspectiva dos princípios e diretrizes colocados pelo SUS.

Durante a permanência deste pesquisador no NSF, através das observações não se constatou nenhuma diferença formal ou de conteúdo entre as reuniões diárias e administrativas à exceção da duração. Esta observação coincide com a fala de Sara, trabalhadora do NSF.

Num dia típico, chega prá reunião das sete horas, das sete as oito, nessa reunião se discutem famílias né, se discutem pesquisas, se discute estudo, seminário, isso de segunda à quinta feira; às sextas feiras nesse mesmo horário das sete as oito, não, das sete às dez e meia na sexta feira, mas é prá administrativo, só que já há alguns meses isso não vem acontecendo. Sara

Nas reuniões observadas, foram discutidas coletivamente algumas iniciativas para reorganizar o atendimento dos usuários portadores de DM2 no NSF estudado. Por iniciativa de um residente do primeiro ano (R1) de Medicina de Família e Comunidade, vários profissionais da equipe realizaram um levantamento epidemiológico, a partir dos registros do SIAB e dos prontuários familiares e individuais, para conhecer a situação do acompanhamento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial (HTA) e DM. O fragmento abaixo traz a apresentação do levantamento em uma das reuniões.

09:03 O R1 apresenta a primeira versão de um plano de 06 encontros com usuários diabéticos “grupo de diabéticos” a ser criado.

Mateo: Na verdade é que a gente sabe qual é o número aproximado de diabéticos e hipertensos, mas assim, individualmente, a gente desconhece como está o acompanhamento desses pacientes, se está faltoso, se fez os exames que são preconizados se está seguindo as recomendações de dieta e exercício, ou seja o que é recomendado pelos protocolos.

Raquel: (interrompe) bom essas informações estão no prontuário de cada paciente e a Eunice sempre teve muito cuidado com isso.

Mateo: É, mas acho que é importante ter um planejamento com esses pacientes e na verdade olhando nos prontuários há muitas coisas que não foram feitas, muitos pacientes faltosos que a gente precisa correr atrás para

ver o que que está acontecendo com eles, se estão fazendo acompanhamento fora de aqui.

(Observação 13).

Este primeiro movimento ficou sob a responsabilidade dos ACS e de dois residentes. Deste modo, foi elaborado um perfil de acompanhamento que recolhia informações tais como dados de identificação do usuário (nome, idade, sexo), local de acompanhamento (NSF, outras unidades públicas ou privadas), tempo decorrido desde a última consulta agendada e coexistência de co-morbididades. No fragmento da observação, parece implícita a crítica de que embora os dados estejam disponíveis e de certa forma monitorados, não há um planejamento estruturado para o acompanhamento deste grupo de usuários.

Num segundo momento, marcou-se um horário na pauta da reunião administrativa (sexta feira) para apresentar os resultados obtidos neste perfil. Esta atividade suscitou vários debates sobre a melhor estratégia para solucionar as diversas deficiências identificadas. Assim, novamente os médicos residentes do NSF ficaram a com a responsabilidade de elaborar propostas em três diferentes direções:

- Elaboração de planilha para o acompanhamento de aspectos do exame físico e seqüência de exames laboratoriais;
- Reestruturação do “Grupo de Hipertensos” para realização atividades de promoção e prevenção de saúde em DM. Elaboração de um programa específico para conduzir o grupo (Anexo B);
- Estabelecimento de uma estratégia para resgatar o grupo de usuários identificados com acompanhamento inadequado.

Também se propôs o convite aos técnicos do nível gestão da SMS para orientar a equipe sobre os Programas de HTA e DM do município.

Na reunião administrativa seguinte, as propostas já formuladas foram levadas a debate gerando-se uma polêmica acirrada com relação a um dos pontos, que atrelava atividades consideradas próprias da consulta tais como a liberação de receitas e pedidos de exames laboratoriais à participação no grupo.

Professor pede para explicar a programação de reuniões e especialmente o caráter de “retorno agendado”.

Mateo: O objetivo de entregar a receita com as medicações e os pedidos de exames no grupo é aumentar a participação. Senão os pacientes acabam arrumando uma justificativa e não vão participar. E gente, vamos combinar que na consulta não dá para passar todas as informações da alimentação, atividade física e cuidados do diabético.

O residente narra sua experiência com esta atividade em outro município.

Débora: Olha gente, eu acho que vale a pena discutir várias questões que as vezes a gente não tem experiência suficiente, mas eu entendo que o grupo não é para substituir a consulta individual e também você não pode associar essa questão das receitas e exames à participação porque isso vai desvirtuar o caráter do grupo.

Professor TO: E também qual seria a motivação dessa pessoa a participar se esta participação é quase compulsória.

Raquel: (interrompe) quase não, é compulsória. Esse ponto é importante. Simplesmente os pacientes vão estar lá indispostos com o serviço e não vão aproveitar as orientações que estão recebendo. Até por conta disso podem começar a fazer resistência ao tratamento. Eu sinceramente sou contra de que a participação no grupo de diabéticos seja dessa forma. A idéia de tentar organizar o atendimento destes pacientes, que realmente pelo que se tem falado aqui está com problemas, me parece muito boa, mas temos que ter cuidado em como as coisas são feitas. Raquel.

Comentários gerais

(Observação 15).

Este movimento, originado por iniciativa da própria equipe, que utilizou a epidemiologia (tecnologia leve-dura) como ferramenta para organizar e modificar o processo de trabalho resulta importante, no sentido de que, estes trabalhadores dispararam um processo de reflexão coletivo. Este processo, marcado por divergências de posições, como retratado no fragmento acima, possibilitou, por um lado, a identificação de deficiências no atendimento destes usuários e por outro a apresentação de propostas no sentido de alterar o processo de trabalho e qualificar a atenção prestada a este conjunto de usuários.

Assim, se elaboraram fichas de acompanhamento para HTA e DM que deveriam ser anexadas aos prontuários individuais de modo a facilitar o acompanhamento destes usuários. Estas fichas basicamente continham dados relativos à frequência de consultas, exame físico, exames laboratoriais e tratamento farmacológico e foram utilizadas por breve período de tempo. Como se verá posteriormente, quando discorrermos sobre as observações de consultas médicas, não todos os profissionais aderiram a esta ficha, notando-se certa irregularidade no seu preenchimento e mesmo desinteresse. Ou seja, apesar da identificação de dificuldades no acompanhamento destes usuários e da elaboração de um instrumento de consenso para seu acompanhamento, a adoção desta estratégia não redundou necessariamente na modificação do processo de trabalho que vinha sendo realizado anteriormente. Esta ficha foi revista posteriormente mediante a compreensão pela equipe, da ficha de acompanhamento do HIPERDIA, que foi adotada como padrão, a partir das discussões coletivas em reunião administrativa posterior.

Contudo, chama a atenção o fato de que há várias ferramentas disponíveis para executar estas tarefas que não foram adotadas pela equipe. O próprio Protocolo de Atendimento à Hipertensão e Diabetes elaborado pela SMS oferece sustentação técnica para educação em saúde (Conteúdo do Programa Educativo em Hipertensão e Diabetes) assim como outros documentos auxiliares no acompanhamento de usuários portadores de HTA e DM tais como planilhas para uso de estatinas, tabelas de auto-monitorização da glicemia, planilha para acompanhamento de feridas crônicas entre outros. Também está inserido neste material, a planilha de cadastro do HIPERDIA ⁵⁴.

A elaboração de uma ficha de acompanhamento própria para a unidade, neste momento, talvez possa ser explicada pela melhor adequação às necessidades do serviço a partir dos dados coletados durante o levantamento epidemiológico realizado por estes trabalhadores, ou ainda pela falta de aprofundamento na discussão, das ferramentas já disponíveis. Já o programa de educação em saúde proposto, em termos gerais, se mostrou similar ao Conteúdo Programático Educativo em Hipertensão e Diabetes contido no protocolo da SMS. É preciso que se considere que estes instrumentos de trabalho estão disponíveis na rede de atenção, para o acompanhamento de usuários portadores de DM, contudo, a forma como são disponibilizados e apreendidos pelas equipes não se dá no sentido de que estas os tomem como tecnologias de ação, como tecnologias que podem ser acionadas para qualificação da atenção.

Outro aspecto que merece destaque refere-se à viabilização da reunião com técnicos do Programa de Doenças Crônico-degenerativas, que havia sido proposta em reunião administrativa anterior, de forma a serem apresentadas as atividades deste Programa no NSF. Durante as discussões nesta reunião, a equipe do NSF fez uma breve exposição do levantamento epidemiológico realizado na unidade em relação com HTA e DM.

Os temas discutidos nas reuniões e considerados relevantes, do ponto de vista da realização da investigação são apresentados a seguir, devendo ser observado que alguns destes temas são comuns aos identificados durante as entrevistas aos técnicos do nível central de gestão da SMS: Situação do cadastramento no HIPERDIA no município de Ribeirão Preto - papel dos “aprimorandos” (bolsistas da SMS) neste processo; Estratégia para aumentar o cadastramento; O HIPERDIA e sua contribuição para o processo de cuidado dos

usuários com HTA e DM - a necessidade de mudanças no processo de trabalho; Falta de integração entre os sistemas de informação; A atenção dos usuários portadores de DM nos diferentes níveis do sistema - os princípios de responsabilização e integralidade; O Colegiado de Co-Gestão Distrital como espaço de discussão das políticas locais de saúde.

- *Situação do cadastramento no HIPERDIA no município de Ribeirão Preto - papel dos “aprimorandos” (bolsistas da SMS) neste processo*

Pedro: Bom, gente, como é que está o Programa atualmente? o Programa de Diabetes atualmente conta com 10 aprimorados contratados pela Secretaria, que estão espalhados em vários pontos da rede, nas UBS para apoiar o cadastro de diabéticos nas unidades. A gente oferece aulas teóricas para esses aprimorandos, 1 aula por semana. Para eles poderem entender direitinho o trabalho que devem fazer. Esses aprimorandos são bolsistas da Prefeitura e ficam 1 ano trabalhando no Programa e a cada ano temos um concurso para selecionar os próximos [...]. As unidades que são da Secretaria que não têm Saúde da Família estão com dificuldade para conhecer sua população de diabéticos e hipertensos. Na verdade todas as unidades da rede deveriam manter e atualizar o cadastro no HIPERDIA, mas isso está devagar. Ribeirão Preto até que tem andado bem, mas muito aquém do desejado. Pedro

(Observação 28)

Pedro começa sua fala justamente discutindo a situação dos cadastros e o papel dos aprimorandos para aumentar o número de registros destes usuários, sendo que se considerarmos outra fala de Pedro, extraída da entrevista, e apresentada anteriormente, neste próprio capítulo, podemos mais uma vez inferir que este profissional considera o cadastramento no HIPERDIA como a atividade central do Programa. Mesmo considerando que o cadastramento é a tarefa inicial para se disparar o processo de atenção ao usuário portador de DM, o potencial que a implementação do programa tem para reorganizar o acompanhamento dos usuários portadores de HTA e DM é deixado em um segundo plano, perdendo-se a finalidade do processo e reduzindo o Programa a uma atividade burocrática. O desconhecimento da finalidade do processo de trabalho poderia explicar a baixa adesão dos trabalhadores, narrada pelos próprios gestores e profissionais da ponta, no caso os trabalhadores do NSF cenário da pesquisa.

Um segundo elemento merece destaque no fragmento da observação, volta-se, mais uma vez, ao principal papel atribuído aos aprimorandos que é o do preenchimento dos cadastros. Isto se coloca como uma forma bastante limitante do trabalho proposto no Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (contido no Protocolo de Atendimento em Hipertensão e

Diabetes da SMS) no sentido de que este é apresentado como “[...] um programa de treinamento em serviço, para formação de educadores em hipertensão e diabetes [...]”. Dentro das tarefas específicas previstas para estes aprimorandos encontram-se o “atendimento especial de cada área [programa multiprofissional], visita domiciliar (VD), atividade física 2-3 vezes/semana, atividades recreativas, grupos informativos, grupos de reeducação alimentar, grupos de apoio psicológico e grupos de teatro espontâneo e coral”⁵⁴. Os aprimorandos não foram considerados sujeitos desta pesquisa, de modo que não contamos com elementos suficientes para afirmar que o cadastramento é a única atividade realizada por estes. Contudo, a partir dos depoimentos de diversos profissionais do nível de gestão entrevistados e da fala de Pedro na observação 28, podemos inferir que esta é a principal tarefa realizada pelos aprimorandos. Esta mudança pode dever-se à importância atribuída ao preenchimento do cadastro por parte dos técnicos responsáveis pelo Programa bem como pela necessidade do município de acelerar esta tarefa pelo descumprimento das metas cadastrais junto ao MS.

- *Estratégia para aumentar o cadastramento*

Professor de Enfermagem: Qual é o trabalho que vocês tem feito para resolver isso?

Pedro: Mais estratégia educativa com os ACS para busca ativa desses pacientes. A gente tenta explicar qual é a importância que tem para a rede conhecer a situação desses pacientes. Tem oferecido ajuda se eles tiverem dificuldades, é só falar com a gente que a gente dá uma assessoria.

(Observação 28)

Neste depoimento é apresentado um elemento novo em relação à estratégia para aumentar o número de usuários cadastrados. Trata-se aqui da “sensibilização” dos ACS para busca ativa dos usuários com diagnóstico anterior de DM assim como de indivíduos com fatores de risco, atribuição prevista no Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes. Note-se ainda, de acordo com o conjunto das observações, que a maior parte das dificuldades é atribuída às unidades da SMS que não tem ESF: “As unidades que são da Secretaria que não têm Saúde da Família estão com dificuldade para conhecer sua população de diabéticos e hipertensos. Pedro (observação 28)”. Retomando os dados coletados nesta pesquisa, a cobertura municipal de ACS na rede de saúde do município é de 34,8% e que do total das unidades de AB que não possuem ESF, 63,3% apresentam ACS entre seu quadro de trabalhadores. Na verdade, este processo de sensibilização deveria ocorrer junto à equipe de trabalhadores de saúde como um todo

independentemente de sua categoria profissional ou nível de atenção em que labora a partir do princípio de integralidade da atenção que norteia o SUS. Cabe destacar, portanto que mesmo que a sensibilização dos ACS se constitua em um movimento eficaz, são necessárias estratégias complementares para incrementar a quantidade de usuários cadastrados.

Vale lembrar ainda que durante a entrevista realizada a este técnico do nível de gestão da SMS, pudemos identificar outras medidas adotadas pela gestão do Programa para melhorar o volume de cadastros como, por exemplo, a contratação de aprimorandos, o estabelecimento de metas de cadastramento, a nomeação de profissionais de referência para o Programa dentro das unidades como mencionado anteriormente.

- *O HIPERDIA e sua contribuição para o processo de cuidado dos usuários com HTA e DM - a necessidade de mudanças no processo de trabalho*

Raquel: [...] É, mas o cadastro é a primeira etapa, não é? E ele tem acompanhamento mensal [...]

Pedro: Sim, mas a resposta [ao cadastro] esta sendo muito baixa. A gente tem que buscar respostas às dificuldades para seguir no cotidiano [...].

Raquel: Mas o HIPERDIA eu achava que era só cadastro. Há uma ficha de acompanhamento. A gente conheceu o HIPERDIA e discutiu aqui na unidade e compreendeu como pode ajudar a organizar o processo de trabalho [...]

Mateo: A gente pensou nisso. Por um problema de agenda tinha sobre-uso [da agenda] de pacientes mais brandos e outros não eram acompanhados. A gente não estava acompanhando como devia.

Outras intervenções discutindo utilidade da ficha de acompanhamento do HIPERDIA.

Raquel: Bom, o que que a gente vai fazer então com as fichas do HIPERDIA?

Mateo: É um erro nosso não estar utilizando as fichas do HIPERDIA. Então, vamos ter que preenchê-las.

Tomas: A odontologia não tem procedimentos protocolados no Programa. A gente poderia pensar em uma agenda para diabéticos.

Raquel: Acho que vale a pena até criar um fluxograma com diversas entradas. Da odonto, da nutrição [...] para aumentar a oferta de serviços a esses pacientes.

Mateo: Podemos fazer uma espécie de Checklist interno para o acompanhamento do diabetes.

Raquel: A gente nem conversa entre a gente. O ACS, o enfermeiro, todo mundo tem que integrar as agendas.

Outras reflexões sobre o processo de trabalho e a questão multiprofissional (Observação 28)

O fragmento da observação aponta várias falas dos trabalhadores que ilustram a visão diferenciada destes em relação ao trazido pelo técnico do nível de gestão da SMS. Enquanto os profissionais do NSF refletiram sobre o valor do HIPERDIA no seu processo de trabalho cotidiano, Pedro insiste na necessidade do preenchimento do cadastro numa perspectiva mais centrada na questão quantitativa

e não em como esta ferramenta pode qualificar o cuidados dos usuários portadores destas doenças. Esta diferenciação pode dar-se em função dos lugares de decisão distintos assumidos por estes sujeitos, ou seja, o técnico do nível de gestão pode estar considerando a necessidade do cadastramento, como elemento essencial para o recebimento de recursos no âmbito do município, enquanto que para a equipe, o cadastramento assume outra finalidade mais imediata, que passa a ser a possibilidade do planejamento de ações no acompanhamento dos usuários. Há de fato, dentro da própria reunião, uma tentativa de reorganizar o processo de trabalho integrando aos diversos profissionais da equipe e a aceitação do HIPERDIA como ferramenta útil no trabalho com estes usuários.

- *Falta de integração entre os sistemas de informação*

O tema da integração dos sistemas de informação e sua utilização no cotidiano das unidades de saúde, como um instrumento para a organização da atenção é colocada mais uma vez. Este aspecto já foi abordado durante a apresentação do tema: Programa de Doenças Crônico-Degenerativas Diabetes, e agora como tema presente nos espaços de discussão da equipe do NSF.

Pedro: Há poucos dias eu fiz uma entrada pelo sistema Hygia e, gente, é muito diferente do cadastro do HIPERDIA. No HIPERDIA a gente está entre 14,7 e 15,3 cadastrado do potencial. Quando comparado com o Hygia, sobe para 50% [do potencial]. O paciente não deixa de pegar as medicações, mas não estão cadastrados.

Sara: A gente preenche o cadastro de HTA e diabetes no SIAB. Ninguém cobra, ninguém mexe [...].

Mateo: Os sistemas de informação do Ministério não se conversam. Tem que se investir num sistema de informação que a gente coloque uma informação em um sistema e apareça nos outros [...].

Rute: É, mas ninguém checa as informações mesmo.

(Observação 28)

Assim, novamente é trazida a questão dos sistemas de informação e suas limitações ao armazenarem dados duplicados, gerando resistência por parte dos trabalhadores ao não se identificarem com a finalidade da alimentação destas bases de dados. Em especial, Sara e Rute, duas ACS da equipe questionam a utilidade das informações apresentadas no SIAB porque estas não são “cobradas”, ou seja, de certa forma há uma “queixa” quanto ao fato de não haver supervisão sobre o ingresso destas informações no sistema e também destas não serem consultadas pelos profissionais da equipe. Implicitamente, estas falas expressam a contradição que a equipe vive ao discutir sobre o cadastramento no HIPERDIA ou em qualquer outro sistema de informação, pois embora considerem e reflitam sobre sua

importância no planejamento da atenção, ninguém “cheça” estas informações. Depoimentos similares foram coletados durante a entrevista com ACS em relação com as anotações realizadas nos prontuários de família, questão que será aprofundada mais adiante.

- *A atenção dos usuários portadores de DM nos diferentes níveis do sistema - os princípios de responsabilização e integralidade*

08:20. Mateo apresenta no computador o levantamento epidemiológico a partir dos prontuários do NSF

Raquel: A gente fez no primeiro momento só os que dependem exclusivamente da gente.

Pedro: Em um segundo momento [é necessário] acompanhar os outros pacientes dos convênios. Na hora de ficar acamado, a gente é que vai ter que dar suporte em casa.

Vários participantes discutem resultados e a necessidade de rever práticas.

Professor de Enfermagem: Acho que é importante também definir nessa pesquisa que paciente é de quem. Quais são os que a gente tem capacidade de atender aqui na APS e quais são do nível secundário?

Mateo: No CSE, os alunos se formam num ambulatório de Diabetes que deveria ser uma unidade de atenção secundária, mas que acabe recebendo um monte de paciente que não teria necessidade de estar lá e que a gente tem capacidade de atender.

Professor de Enfermagem: No CSE teve um planejamento no ambulatório de diabetes para fazer um corte nas pacientes que não usam insulina.

Vários participantes discutem sobre o trânsito entre os níveis de atenção e o sistema de referência e contra-referência.

Tomas: A gente tem que tomar cuidado com isso porque atenção dos pacientes de nossa área é nossa responsabilidade até dos que vão para o serviço privado.

Professor de Enfermagem: Também é importante ver qual é a mensagem que a gente esta passando para os alunos aqui, lembrando que esta é uma unidade docente. A gente precisa rever todo o processo de trabalho que estamos realizando com os pacientes hipertensos e diabéticos porque temos algumas coisas que não estão corretas.

(Observação 28)

Este é um processo reflexivo muito interessante por parte da equipe. Embora estejam previstas, do ponto de vista técnico, as atribuições e competências das unidades que compõem a rede de AB no município bem como o fluxo dos usuários dentro do sistema nos protocolos da SMS, os trabalhadores do NSF se colocam como responsáveis pela população adscrita independentemente do local onde recebem atenção preferencial (público ou privado). Deste modo, os princípios de responsabilização pelo cuidado e de integralidade, na sua dimensão de assistência à saúde em qualquer nível do sistema, se põem de manifesto nesta discussão. Estes são atributos imprescindíveis da AB.

Chama ainda atenção à questão da complexidade da situação clínica vivenciada pelo usuário, o que implicaria em qual nível de atenção seria mais adequado seu acompanhamento, aspecto que indica também a preocupação na

articulação dos diferentes níveis de atenção e mais uma vez o atendimento o princípio da integralidade da atenção, não apenas na sua dimensão da integralidade focalizada, mas da integralidade considerada em rede ¹²⁸. Do ponto de vista organizacional, o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS estabelece o fluxo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos nos diferentes níveis do sistema (chamados no documento como primário, secundário e terciário), a partir de alguns critérios clínicos. Contudo, não ficam definidos quais profissionais ou qual nível de atenção é responsável pela coordenação do cuidado ⁵⁴.

- *O Colegiado de Co-Gestão Distrital como espaço de discussão das políticas locais de saúde*

Raquel: Na verdade ninguém sabe quem cadastra, se é o CSE, o núcleo ou a farmácia [...].

Mateo: Seria bom vincular a farmácia [...].

Professor de Enfermagem: É, tem que ter estratégias intermediárias [...].

Pedro: Mas tem pontos de resistência na farmácia [...].

Professor de enfermagem: Esta é uma questão que pode entrar na pauta do Conselho Gestor explorar a presença de [...].

Raquel: [...] A gente pode disparar a discussão e ver a disponibilidade de cada unidade individualmente e a gente poderia cadastrar o 100%.

Pedro: O CSE tem um cadastro interno. O problema é preencher as fichas [do HIPERDIA] e atualizar a cada mês.

Professor de enfermagem: A gente pode estar disparando essa questão na pauta do Conselho Gestor do Distrito Oeste. A gente convida alguém da SMS [...]. Então gente, na reunião Distrital, vamos discutir a questão do cadastro.

(Observação 28)

O Colegiado de Co-Gestão Distrital se constitui em uma modalidade de gestão relativamente recente (2007) na rede municipal de saúde de Ribeirão Preto que visa à discussão e implementação de políticas locais de saúde a partir do estabelecimento de consensos no processo de tomada de decisões de forma descentralizada, através da participação dos diversos atores envolvidos ⁷¹. O Plano de Saúde de Ribeirão Preto para o período 2010-2013 aponta ser esta a opção da SMS para a continuidade do processo de descentralização da gestão no município, embora traga que existem diferenças entre os 5 distritos de saúde tanto no que diz respeito à experiência acumulada quanto ao desenvolvimento dos Colegiados de Co-Gestão Distrital, quanto dos resultados obtidos ⁷¹.

O que chama atenção no fragmento da observação acima e que se coloca como destacável, é que dado o atraso no cadastramento no HIPERDIA, comum à maioria das unidades de saúde da rede, a equipe do NSF se propões a atuar não apenas para modificar esta situação no seu próprio local de trabalho, mas ainda a

apresentar esta questão para ser discutida no Colegiado Distrital, que reúne representantes das unidades de saúde desta região e dos usuários. A partir destas falas, podemos inferir a legitimidade deste colegiado, ao menos como instância de discussão coletiva dos problemas de saúde do Distrito Oeste, embora constem as dificuldades e limitações deste processo de participação e controle sociais.

Cabe destacar que a implementação das propostas derivadas desta reunião administrativa que contou com a presença do técnico do nível central de gestão da SMS, não foi verificada no âmbito desta pesquisa, pois a reunião coincidiu com o período final de coleta de dados.

De qualquer forma, as reuniões de família e administrativas representam o principal espaço de encontro da equipe, de troca de experiências profissionais, de explicitação dos dissensos, conflitos e contradições, mas também da formação de consensos e de desenho de estratégias de intervenção perante determinadas situações assistenciais, administrativas ou aquelas relacionadas à docência. Também permite desenvolver ações de capacitação da equipe, docentes e estagiários, além de ser um marco favorável para a discussão e aprovação dos projetos de pesquisa e de intervenção a serem desenvolvidos na unidade.

4.4.2. A Educação em Saúde no NSF – As Atividades Grupais em Condições Crônicas de Saúde

A educação em saúde é uma atividade relevante que pode favorecer a melhoria na qualidade de vida tanto individual quanto coletiva. No contexto da AB, esta tarefa cobra particular relevância já que o foco das intervenções não esta apenas no sujeito portador de uma queixa ou um agravo de saúde, mas na família e na comunidade, tendo como cenários a unidade de saúde, o domicílio e outros espaços sociais. Em AB, especialmente na ESF, esta atividade está fortemente ligada ao princípio de integralidade da atenção.

A Diretoria de Programas de Educação em Saúde do Ministério da Saúde define Educação em Saúde como:

[...] trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência ¹²⁹.

O que chama atenção nesta definição é sua preocupação com o processo de desenvolvimento de autonomia por parte dos indivíduos para que possam interagir e

intervir sobre suas vidas e sobre seu entorno, marcado por determinações e relações sociais.

Na mesma direção, a OPAS expressa que a Educação em Saúde são “conhecimentos relacionados com a saúde, atitudes, motivação, intenções e comportamentos, habilidades pessoais e eficácia” ¹³⁰.

Nas duas definições se destaca um componente ativo, ações que venham modificar atitudes e hábitos em saúde e não apenas à aquisição de conhecimentos.

Cabe destacar ainda que há múltiplas evidências que indicam que a Educação em Saúde é um componente fundamental para a melhoria do controle metabólico das pessoas portadoras da DM e um elemento modificador da evolução dos usuários com fatores de risco para o desenvolvimento da DM. Alguns autores consideram que esta é “a pedra fundamental do cuidado dos indivíduos com diabetes que desejem alcançar resultados na sua saúde” ¹³¹.

O Protocolo de Diabetes, pré-diabetes, e doença cardiovascular da Força Tarefa em Diabetes e Doença Cardiovascular da Sociedade Européia de Cardiologia e da Sociedade Européia para o Estudo do Diabetes estabeleceu recomendações Classe I, Nível de Evidência A para a educação diabetológica estruturada e a automonitorização da glicemia como intervenções que têm impacto no controle metabólico ¹³². O controle metabólico é o principal alvo do tratamento do diabetes para diminuir as complicações agudas e crônicas da enfermidade, a mortalidade e seqüelas associadas.

Um estudo publicado em 2002 demonstrou que as intervenções dirigidas a modificar estilos de vida em pessoas de alto risco (glicose de jejum entre 95 e 125 mg/dl ou tolerância a glicose alterada entre 140 a 199 mg/dl), podem reduzir a chance de desenvolver DM2 em 58% em todos os subgrupos estudados (homens, mulheres, grupos raciais de risco, mulheres com histórico de diabetes gestacional e idosos acima de 60 anos) e tem uma efetividade maior que o uso da Metformina ou placebo ¹³³.

Em relação ao NSF, neste são desenvolvidas diferentes atividades educativas grupais junto à comunidade, não apenas voltadas à “promoção de saúde”, mas também de convivência e encontro como pode ser verificado nos seguintes depoimentos abaixo.

A gente tem essa atividade promoção de saúde física, por exemplo, tem o PIC Programa de Integração com a Comunidade, que tem uma grande identificação com a comunidade e que funciona de segunda a sexta-feira das 07:30hs as 08:30hs, com um professor de educação física fornecido

pela prefeitura, nós temos Taishi Chuan, que acontece das 08:30hs as 09:30hs de terça e quinta e das 09:30hs as 10:30hs logo em seguida com um Pós-doutorando de Medicina Social que nós brincamos, que ele agora vai ficando. Vamos colocar uma plaquinha de patrimônio Núcleo X. Eunice

Nós participamos de grupos, tem grupo de hipertensão, tem grupo de reeducação alimentar então a gente procura dividir os períodos de trabalho e ser realmente multidisciplinar, estar em todas as atividades possíveis, isso faz parte do protocolo do trabalho. Débora

Nestas atividades grupais participam diferentes profissionais da equipe fixa, assim como alunos de graduação e pós-graduação e pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento da USP. A participação da equipe fixa permite garantir certa continuidade do vínculo dos usuários com a unidade e mesmo a própria existência dos grupos, visto que os estagiários e pesquisadores ficam por tempo limitado e, em determinadas ocasiões, algumas unidades da USP têm desativado as atividades grupais em função de mudanças curriculares ou encerramento de estágios. A unidade não possui um grupo específico para as atividades educativas em DM como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Olha, quando nós entramos, sempre nós tínhamos seminários assim, toda terça feira, mesmo por que tinha os alunos do internato da medicina, então eles faziam apresentações, e um dos temas abordados, referente ao Diabetes Mellitus e existia também um grupo aqui, logo no início, mas depois ele se dissolveu, né um grupo de diabetes, direcionado a diabéticos. Sara

[...] De certa forma são grupos de promoção de saúde que acabam funcionando para todas as doenças, não só para o diabetes mais especificamente. Para estimular a qualidade de vida, qualidade de alimentação, cuidados com a própria saúde, adesão a medicação, medicamentos e tratamentos. [...] Então a gente não tem nada específico para a prevenção de diabetes, para o acompanhamento do diabetes, mas temos outras atividades de promoção que acabam englobando as doenças crônicas. [...] Especificamente sobre as doenças crônicas a gente tem o grupo de hipertensão, que acontece às quartas feiras, das 08:15hs as 09:30hs da manhã que é em geral acompanhado por um residente do primeiro ano [de Medicina de Família e Comunidade], por alunos da Enfermagem, da Terapia Ocupacional, e de outros espaços conforme a agenda deles. Eunice

Considerando os depoimentos dos trabalhadores da inexistência de grupos educativos especificamente para os portadores de DM, uma das estratégias adotada nesta investigação, foi o acompanhamento das atividades grupais realizadas junto ao “Grupo de Hipertensos”⁷, sendo que esta decisão foi tomada a partir da informação de que as questões referidas a “doenças crônicas” eram desenvolvidas neste grupo e porque para a HTA e DM há intervenções educativas comuns. Como apresentado na

fala acima, as atividades do grupo são desenvolvidas às quartas feiras entre 8:00 e às 09:30 horas. Esta atividade é conduzida por um residente de primeiro ano de Medicina de Família e Comunidade com a participação de outros estagiários presentes no NSF.

Do ponto de vista formal a média de usuários foi de 7 pessoas, habitualmente os mesmos participantes. Além do médico residente sempre estiveram presentes entre 2 e 4 estagiários pertencentes às especialidades de Odontologia, Terapia Ocupacional e Nutrição. Nas observações podemos identificar certo padrão o estrutura dos encontros:

- Chegada dos usuários e permanência na sala de espera da unidade até a finalização da reunião de famílias (a sala é comum às duas atividades).
- Entrada dos usuários na sala e espera pelos profissionais da unidade por volta das 8:15 horas. Conversações variadas entre os usuários ocorrem enquanto aguardam o início do grupo.
- Ao redor das 8:25 horas entrada do Residente e início da aferição da pressão arterial dos usuários com ajuda de um dos estagiários para anotação no caderno de registros.
- Início das discussões. Breve rodada de apresentações. O Residente demanda dos usuários sugestões de temas para discussão no encontro. Em determinadas ocasiões o próprio residente coloca o tema a ser tratado.
- Começo da exposição pelo Residente em relação ao tema sugerido. Participação esporádica dos usuários nas discussões.
- Dispersão da atenção dos participantes. Final do encontro por volta da 9:40 horas.

Durante a primeira atividade de observação, o médico residente tentou organizar uma espécie de agenda de encontros e solicitou sugestões dos usuários que foram anotadas na lousa. Estes temas acabaram sendo direcionados pelo próprio residente para a HTA e DM. Neste contexto, consideramos que a presença do pesquisador na sala pode ter sido um fator que interferiu nestas escolhas. Alguns exemplos de temas apresentados nos quatro encontros foram:

⁷ Cabe destacar que, foram realizadas um total de quatro observações participantes. As observações tiveram frequência mensal.

- HTA (critérios diagnósticos e fatores de risco)
- Diagnóstico e tratamento farmacológico da regulação da DM
- Fisiopatologia da regulação da glicemia
- “Prevenção” do DM (dieta e atividade física)
- Causas de parada cardíaca, ressuscitação cardiopulmonar e eventos finais da vida
- Papel da ESF no cuidado da HTA e o DM
- Doenças cardiovasculares (Insuficiência Cardíaca, valvulopatias, Doença Coronariana)
- Apresentação dos alunos de odontologia sobre temas variados (escovação, doença periodontal, cárie dental, câncer bucal, cuidados com a prótese removível).

Pode-se advertir que os temas discutidos foram variados e não obedeceram a um roteiro ou programa pré-estabelecido sendo deixados à espontaneidade dos usuários e do médico residente. As apresentações foram do tipo “palestra” ou “conferência” com escassa participação dos usuários e sem preparação prévia do coordenador/condutor do grupo. Nota-se ainda certa verticalidade na relação entre profissionais de saúde e usuários no sentido de que o poder de conduzir a discussão e a maior participação está nas mãos dos detentores do conhecimento técnico. Excetuando a exposição dos alunos do curso de odontologia durante a última observação realizada, não houve utilização de material auxiliar. Deste modo, o trabalho educativo no grupo resumiu-se à apresentação de “temas”, ou seja, ao fornecimento de informações sobre determinado assunto relacionado às doenças crônicas, com maior ênfase na HTA e DM.

Algumas explicações para o desenvolvimento do grupo nesta direção podem ser identificadas na fala da Eunice:

[...] Mas, este grupo é bastante interessante porque já não é mais um grupo simplesmente de educação de saúde, ele é um grupo de promoção de saúde até no sentido de promoção de saúde mental porque se transformou num grupo de convivência aonde as pessoas têm um vínculo muito grande entre elas, são pessoas que não faltam ao grupo, que vem geralmente acima dos 62 anos e um diferencial é que eles têm uma quantidade de informação muito grande, tem acesso a internet a livros a jornais. Então é um grupo muito diferente do que a gente está acostumado de ver, promoção de saúde, em Unidades Básicas comuns. [...] Este núcleo a equipe fez escolhas ideológicas. A gente acredita e defende determinado modelo de saúde para Saúde da Família. A gente acredita que os próprios usuários são os que têm que decidir os temas que querem tocar nas reuniões. Quem estiver participando (da equipe) vai conduzir a discussão,

mas os usuários são os que propõem os temas como tem sido até hoje no Grupo de HTA. Eles próprios são os que autorizam a gente a participar. Várias vezes se incomodaram com a quantidade de pessoas da equipe e de alunos que queriam participar e reclamaram e a gente teve que negociar. Por isso é que não dá para que todos os alunos da graduação e da pós-graduação e o pessoal da equipe participe. Tem que ser um número, mais ou menos pequeno. Tem reunião que é mais pessoal da saúde do que pacientes. Essa é outra coisa que a gente precisa pensar. Além disso, tudo mundo sabe que sempre são os mesmos pacientes que participam nos dos grupos. Dona M, Dona E, Dona A, Seu J e por aí vai. Eunice

É interessante que a questão da auto-gestão do grupo que define sua própria agenda, com participação limitada dos técnicos do NSF é colocado como “escolha ideológica”. Na prática o que foi observado é que as discussões foram direcionadas pelo médico residente para determinados temas considerados importantes a partir do seu julgamento técnico, estando de certa forma ausente a questão da autonomia dos participantes do grupo em se colocar de forma mais participativa.

Com os elementos apontados até aqui, resulta pertinente o seguinte questionamento. As atividades grupais de educação em doenças crônicas estão redundando em benefícios para a comunidade?

Sem dúvidas a construção de programas de Educação em Saúde deve contar com a participação ativa do público alvo (usuários, família e comunidade) incorporando suas crenças e valores. Como já destacado, há evidências suficientes na literatura científica para recomendar a realização de atividades educativas em auto-cuidado em DM.

O Diabetes Self-management Education Interventions (DSME) constitui um exemplo de programa com uma sistemática específica que se propõe desenvolver conhecimento e habilidades necessárias para modificar o comportamento dos usuários diabéticos e auto-gerir a doença e suas condições associadas. Se fundamenta do ponto de vista teórico nos elementos: alimentação saudável, manter-se ativo, automonitorização, tomar medicações, resolução de problemas, enfrentamento saudável e redução de riscos-AADE7. De forma geral consta de 5 passos básicos que são: avaliação inicial; fixação de metas; planejamento de ações; implementação e avaliação/acompanhamento. Cada um destes passos por sua vez se divide em tarefas específicas a serem cumpridas pela equipe, usuário e sua família. O DSME tem-se constituído em modelo para o desenvolvimento de programas educativos em DM ¹³⁴. A Task Force on Community Preventive Services concluiu que este programa de educação em auto-cuidado é eficaz no controle metabólico de adultos portadores de DM2 quando realizada em espaços comunitários e ainda

recomenda a participação de equipes da APS para a coordenação das atividades educativas ¹³⁵. Uma meta-análise concluiu que os usuários que receberam DSME em grupo, melhoraram seus conhecimentos em DM e reduziram seus níveis de glicemia em jejum, hemoglobina A1c, pressão arterial sistólica e peso corporal, reduzindo assim a necessidade de medicamentos para DM¹³⁶.

Novamente destaca-se que este é um programa dirigido a promover mudanças de comportamento e não apenas a fornecer informação, embora esta seja um componente essencial de qualquer programa educativo em saúde.

No Brasil, a Estratégia Nacional de Educação Saúde para o Auto-cuidado em Diabetes, é uma iniciativa do MS em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, Secretaria de Saúde da Bahia, Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA) e a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (FFMUSP). O objetivo geral é “a formação e o aperfeiçoamento de profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica, de modo a estimular e aprimorar o desenvolvimento de ações e atividades de apoio à realização do auto-cuidado pelo portador de Diabetes Mellitus tipo 2” ¹³⁷. A modalidade escolhida é a formação de multiplicadores em cursos presenciais e a distância. Este tipo de política pública demonstra a importância que o Ministério da Saúde atribui as questões relacionadas com a educação para o auto-cuidado em DM e a necessidade da capacitação dos profissionais para realizarem esta atividade de forma organizada, partindo de uma metodologia definida que envolva a participação dos usuários e seus familiares e avaliação de resultados.

O tema do funcionamento dos grupos no NSF foi tratado pela equipe em reunião administrativa objeto de observação.

09:26 Abre-se discussão sobre o Grupo de Estilos de Vida. [...] Eunice considera que o grupo tem apropriada divulgação apesar do pouco comparecimento de usuários. O professor de enfermagem disse que a divulgação dentro da unidade deve melhorar.

Débora: O grupo poderia incorporar usuários do grupo de reeducação alimentar que acabou.

Vários participantes discutem sobre os processos grupais e a necessidade de criar alternativas ao grupo de estilos de vida. Eunice argumenta que não deve virar extensão da consulta médica. Raquel conta que o grupo que inicialmente era formado por hipertensos [Grupo de HTA] transformou-se num grupo que discute temas diferentes da HTA, mais no perfil do Grupo de Estilos de Vida [Saudáveis]. Propõe juntar o grupo de HTA e Estilos de Vida em forma de grupo “autogerido”. Adverte sobre a necessidade de criar um grupo de orientação para doenças crônicas.

Professor de Enfermagem: Sabe o que eu acho legal? E é bom aproveitando que os alunos estão aqui e que a gente está discutindo o processo de trabalho aqui dentro da unidade e tentando ver quais são os

caminhos que a equipe vai tomar para melhorar o atendimento dos pacientes. Essa questão dos grupos eu acho que vale a pena ter uma nova discussão. A gente precisa se informar melhor sobre a questão da educação em saúde e acho que vale a pena até convidar alguém da própria universidade ou da secretaria que trabalhe com isso dos grupos.

(Observação 21)

Novamente, a equipe utiliza a reunião administrativa para discutir seu processo de trabalho e tentar encontrar soluções de consenso. Embora não fossem adotadas propostas concretas, a equipe percebe a necessidade de fazer reestruturações nas diferentes atividades educativas grupais realizadas pelo NSF bem como de traçar estratégias para aumentar a participação dos usuários. É importante observar que as atividades do Grupo de Reeducação Alimentar cessaram, situação que pode estar relacionada com a finalização do estágio dos alunos da nutrição responsáveis por esta atividade, o que levaria ao questionamento da realização dos grupos como atividades mais voltadas ao processo de formação dos estagiários.

Na fala do professor de enfermagem também se destaca o caráter docente da unidade através da participação dos professores para a solução de problemas do cotidiano de trabalho, introduzindo na discussão elementos que contribuem com a formação dos alunos e da equipe.

Como temos discutido, a Educação em Auto-cuidado para DM representa uma das estratégias com melhores resultados no controle metabólico dos usuários portadores de DM, e, conseqüentemente, melhoram a qualidade de vida e diminuem o número de complicações agudas e crônicas além de contribuir para a diminuição dos custos em saúde. Na AB estas intervenções educativas em doenças crônicas podem e devem ser realizadas, contudo, pode-se observar no NSF estudado, a dificuldade da equipe em manter atividades de educação em saúde grupais, salvo aquelas que já apresentam certa tradição na unidade (como o grupo de HTA) ou que são propostas para seu desenvolvimento por estagiários dos cursos da saúde.

As atividades educativas individuais e grupais devem responder a uma metodologia baseada em experiências nacionais e internacionais com a participação ativa não apenas dos profissionais, mas dos usuários, famílias e comunidades, desenhadas a partir das suas crenças e valores. Para isto, se fazem necessárias políticas públicas de capacitação e treinamento dos profissionais de saúde e representantes da comunidade. Neste sentido, o Programa de Doenças Crônico-

degenerativas - Diabetes da SMS poderia estar desempenhando um papel estratégico na viabilização destas capacitações.

Apesar de considerarmos que a unidade estudada esta realizando atividades grupais de educação em saúde voltadas à doenças crônicas de forma bastante limitada, quando levados em conta os fundamentos metodológicos da educação para o auto-cuidado até aqui discutidos, não pode deixar de ser assinalado que os trabalhadores do NSF vêm empreendendo um processo reflexivo para reestruturar os grupos como primeiro passo para modificar seu processo de trabalho.

4.4.3. O ACS e sua participação no cuidado aos portadores de DM2 – construindo laços com os usuários

Durante a apresentação dos sujeitos da pesquisa e da política municipal de saúde para AB, foram apontados alguns elementos que permitem caracterizar aos ACS que participaram desta investigação e contextualizar a situação desta categoria profissional dentro do município Ribeirão Preto.

Como o restante dos trabalhadores do NSF, os ACS iniciam suas atividades às 7 horas nas reuniões de discussão de casos ou administrativas. Esta atividade foi destacada por estes trabalhadores como muito importante para a resolução dos problemas do seu cotidiano de trabalho, definição de estratégias de intervenção perante determinadas situações que envolvam usuários ou famílias da sua área de abrangência, esclarecimento de dúvidas técnicas em temas de saúde. Nestas reuniões parece que os ACS têm as maiores possibilidades de interagir com a equipe e “serem escutados”.

As falas de Sara, a seguir, ilustram a sistemática de trabalho do ACS no seu dia a dia.

Bom, isso é no primeiro horário [reunião de diária e administrativa], depois normalmente eu tomo café, eu, por exemplo, vou falar de mim, aí eu já traço minhas visitas, normalmente eu saio todos os dias pela manhã, eu já traço aonde eu vou, já pego minha bolsinha e tipo nove horas eu já saio da unidade. Porque eu acho que antes o pessoal ainda está levantando, eu sempre respeitei e às onze horas também eu retorno, tem um dia ou outro que você fica um pouquinho mais, mas é um dia ou outro e é o horário de almoço das donas de casa, que estão fazendo almoço [...] Eu chego aqui na unidade, eu já faço levantamento das visitas que eu fiz, já risco os hipertensos, os diabéticos, as fichas né que precisam das famílias que eu já acompanhei e na parte da tarde eu me dedico mais pra terminar essa parte de acompanhamento das famílias e já faço o relatório do dia pra não acumular, mas de vez em quando acontece assim de ficar um dia atrasado o relatório [...]. Uma vez por mês eu costumo participar das reuniões da odonto,

que são sempre às segundas feiras ou quase perto do final do mês ou do início do mês, é uma reunião de acolhimento. Isso aí é minha rotina. Sara

Na seqüência, a seguinte atividade realizada por estes profissionais de forma habitual é a visita domiciliar (VD). Esta visita obedece é organizada de forma individual por cada um dos ACS. Como destacado por Sara, habitualmente a VD acontece na manhã em horários pré-estabelecidos, tentando respeitar a dinâmica de vida dos usuários. Os ACS têm previsto uma visita por mês a cada família da sua micro-área de responsabilidade, independentemente da classificação de risco em que esta se encontre objetivo que nem sempre é possível cumprir.

Não, a gente não consegue [fazer uma visita mensal a cada família], mesmo, por exemplo agora eu to com cento e trinta e oito famílias, mais normalmente a gente não consegue fazer uma visita por mês, a gente procura fazer pelo menos uma a cada dois meses, porque a gente tem outras atividades também no Núcleo por exemplo eu tenho o grupo de estilo de vida saudável do qual eu participo, nós temos as reuniões das festas que a gente faz com a comunidade como Festa Junina, Dia da Criança, tem outras coisas e as vezes a gente não consegue né, tem reunião de psiquiatria. Então tem muitas outras atividades que às vezes impedem a gente de conseguir atingir, porque a gente também sempre fica dividido entre, se a gente por exemplo fizer uma visita sem qualidade a gente consegue cumprir, agora a gente sempre fica dividido entre a cobrança de quantidade e a qualidade, então eu procuro fazer por exemplo, de oito a dez visitas no mês [se engana], é por dia, na minha cabeça né, mas tem dia que as vezes você faz três quatro, tem dia que você pode fazer doze, porque as vezes um família que você pensa que vai fazer em quinze minutos, as vezes você vai lá você fica uma hora conversando depende da necessidade, isso é muito dinâmico né [...] Então a gente monta um esquema, por exemplo, a gente tem a classificação, tem as famílias vermelhas que a gente as vezes da mais prioridade pra elas, e da mais prioridade pra gestante, pra criança menor de dois anos, então a prioridade são essas famílias, mas também a gente procura visitar todo mundo, dentro o mês [...] mas sempre priorizando essas famílias com essas características, que são as famílias classificadas como vermelhas, que são as famílias mais problemáticas ou mais necessitadas naquele momento né, porque essa classificação também muda, ela é muito dinâmica, ela é uma família que é vermelha, pode não ser mais, a que é amarela pode se tornar vermelha né. Juan

Na fala de Juan destacam-se alguns elementos que merecem ser comentados. Um destes elementos refere-se à impossibilidade de realizar a VD mensal a todas as famílias cadastradas como estabelecido pela ESF ¹³⁸, pela aparente sobrecarga de atividades na unidade de saúde que requerem a participação do ACS. Assim, o ACS deve fazer escolhas baseadas na avaliação de risco das famílias. Nesta avaliação⁸, as famílias são classificadas por um código de

⁸ A classificação de risco, utilizada nesta unidade, foi elaborada por docentes da USP que iniciaram o trabalho nos NSF vinculados à universidade (139).

cores (azul – famílias que não querem ser acompanhadas pela ESF, verde - risco baixo ou com risco baixo, amarelo - risco médio, vermelho – risco alto), a partir da atribuição de pontos para determinados fatores socioeconômicos e clínicos predeterminados que, quando somados, permitem alocar a família num grau de risco¹³⁹. Vale a pena destacar a importância de instrumentos e/ou critérios para a realização das atividades, como a classificação de risco das famílias utilizada no NSF estudado, de forma de servir como instrumento de planejamento e referência para o estabelecimento de prioridades de acompanhamento.

O ACS, além da realização das visitas, participa de ações educativas coletivas através dos grupos. O NSF organiza seu processo de trabalho de forma em que a maioria dos ACS freqüente uma ou mais atividades grupais. Do mesmo modo se destacam as ações de mobilização comunitária (festas juninas, dia da Criança) que, ao igual que as atividades educativas, fazem parte das atribuições do ACS¹³⁸. Assim, a fala de Juan indica, segundo sua avaliação, certa sobrecarga de atividades que poderia estar contribuindo para a diminuição do número de visitas.

Também deve ser destacada a escolha por fazer visitas que priorizam a qualidade, expressada neste depoimento pelo maior tempo destinado ao desenvolvimento da visita. De forma implícita percebe-se que a dicotomia quantidade-qualidade em relação à realização das visitas, gera certa angústia no trabalhador no sentido de que, aparentemente, não há compatibilidade entre as duas quando o parâmetro tempo representa o elemento que qualifica a visita, ou seja, visitas longas teriam maior qualidade, mas impediriam o cumprimento das metas.

Certamente uma questão a ser refletida, uma vez que não há nenhuma garantia que indique que efetivamente ocorre a relação maior tempo - melhor qualidade na realização da visita domiciliar. Por outro lado uma possibilidade da análise acerca da percepção da sobrecarga pelo trabalhador poderia considerar que esta teria suas raízes em outros aspectos relacionados ao desenvolvimento da visita domiciliar. A ESF toma a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado em saúde, sendo considerada “um instrumento de intervenção fundamental [...] como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares”¹⁴⁰ e, neste sentido, com a potência de contribuir para uma proposta de atenção integral e humanizada, uma

vez que ao adentrar o espaço do domicílio, outra rede de compromissos e vínculos se estabelece entre o trabalhador e o usuário.

Esta rede de compromissos e responsabilidades se constitui a partir de uma vivência mais próxima com a realidade do usuário, abrindo a possibilidade da construção de vínculos mais efetivos do que aqueles presentes no interior dos serviços de saúde ¹⁴⁰ situação esta que pode por vezes se constituir em elemento dificultador para o trabalhador, gerando a percepção de sobrecarga do trabalho.

Em suas falas, os ACS explicitaram alguns elementos que são pesquisados nas visitas aos usuários portadores de doenças crônicas em acompanhamento.

Eu vejo a pessoa então eu acompanho, vejo se está melhor com essa medicação, eu acompanho assim, as melhoras, as pioras, vejo, se ele ta naquela família de diabetes mas ele ta em conflito, com outro conflito então o diabetes, aquela atenção que você pode estar dando você pode socorrer o outro lado dele. Esther

[ações do ACS durante a visita domiciliar] é, por exemplo, a gente, eu vou começar pelas situações mais complicadas, mais importantes né, por exemplo, você vai visitar uma família de hipertenso e diabético, a gente sempre procura saber como é que ele está, se ele está bem, se ele está tomando a medicação certinha, como ta a alimentação dele, porque eu tenho caso, por exemplo, na minha micro-área de pessoas que conseguem controlar o diabetes praticamente com uma dieta alimentar, quer dizer, tem pessoas que não conseguem controlar, então a gente ta sempre estimulando a pessoa a ter uma alimentação saudável, tomar a medicação certinho, essas coisas básicas pra ele conseguir controlar essa doença crônica. Juan

Estes elementos, recolhidos nos depoimentos de Esther e Juan, puderam ser corroborados através da Observação Participante das VD dos ACS a famílias com usuários portadores de DM. Embora com variações, nestas visitas se identificaram características comuns e certa sistemática na abordagem das questões relativas ao DM, independentemente do profissional atuante. As questões mais abordadas foram:

- Uso de tratamento farmacológico. O ACS indagou pela frequência e posologia, em ocasiões se valendo da receita médica para comprovar se as informações fornecidas pelo usuário e/ou familiar estão de acordo com o prescrito. Em uma das visitas, o ACS retificou o tratamento farmacológico usado inadequadamente pelo usuário, a partir da própria receita médica.
- Tratamento não farmacológico – Dieta. Frequência das refeições e volume. Tipo de alimentos com ênfase nas gorduras de origem animal e na ingestão de alimentos doces ou de alto teor calórico (bolos, sorvetes, refrigerantes,

massas etc.). Aconselhamento muito geral sobre a forma “correta” de se alimentar (diminuição da ingesta calórica, diminuição das gorduras e o sal).

- Tratamento não farmacológico – Atividade Física. Tipo e frequência com ênfase na “caminhada” ou outro tipo de atividade aeróbia.
- Sinais e Sintomas. Questões muito gerais. Os sintomas relacionados com DM mais perguntados foram a polifagia e a polidipsia. Dentre os sintomas gerais, a cefaléia e o cansaço foram os mais freqüentemente mencionados.
- Sinais e sintomas de complicações. Sintomas relacionados com acuidade visual.
- Acompanhamento médico. Frequência de consultas agendadas no NSF e/ou em outras unidades públicas ou privadas. Consultas com especialistas. Motivos das faltas a consultas agendadas se for o caso. Necessidade de uso dos serviços de pronto atendimento.
- Fatores de risco e/ou co-morbididades. Fumo, álcool, HTA.
- Outras condições socioeconômicas com influencia nas doenças crônicas. Regime de trabalho, situação econômica, conflitos familiares.
- Estado vacinal.

Nas observações realizadas, na abordagem destas questões, o diálogo entre os ACS e os usuários se deu em linguagem coloquial podendo-se identificar a construção de vínculo entre estes. Além das observações do “explícito” em relação às condições de moradia, hábitos higiênicos entre outras, parte das informações coletadas na visita dependem dos depoimentos dos usuários que são interrogados de forma direta pelos ACS. Para minimizar vieses relacionados com este fato, é fundamental que exista vínculo e confiança no trabalhador de saúde.

O depoimento de Juan, a seguir ilustra alguns tópicos levantados, quando indagamos nas entrevistas sobre como o ACS aprende a identificar determinados elementos, tanto no diálogo com o usuário, quanto no entorno físico e social deste, que permitam avaliar situações relacionadas com Condições Crônicas. .

É, nós tivemos, nós fizemos um curso [como ACS], só que eu fiz esse curso depois de já estar trabalhando, tem um curso, patrocinado pelo Ministério da Saúde de técnico de Agente Comunitário de Saúde, no que a gente estuda diversos assuntos, promoção da saúde, os princípios do SUS, a gente estuda um monte de coisa, mas eu acho que a gente aprende na prática mesmo, conversando não só com a equipe, com o outros agentes [...]. É, eu to aqui há dois anos, e eu não lembro assim, de nenhum simpósio nada,

que tenha sido pra falar de Diabetes. Ah, às vezes a gente tem aqui um trabalho de educação continuada que a gente às vezes levanta alguns temas tal pra gente conversar com os próprios profissionais daqui [...]. É muito [útil], eu acho interessante, levantar os temas assim, a gente conversar, não pra gente se tornar um técnico disso, ir lá e discutir o saber como é que funciona, mas pra a gente aguçar mais o olhar, quando você vai na casa você prestar mais atenção, eu acho interessante de todos os profissionais NE, porque a gente vai com um olhar diferente né, o Agente Comunitário vai com um olhar, o médico vai com outro, a enfermagem vai com o outro, mas pro Agente, que a gente vai com olhar assim mais... o leque mais aberto né, não é, nós não somos um técnico, então a gente vai com o olhar mais aberto tal, e é interessante a gente as vezes saber um pouquinho mais sobre diabetes, sobre pressão alta, alcoolismo, tabagismo, pra aguçar mais o olhar pra isso. Juan

Algumas coisas é falado em nossas reuniões, quando um passa alguma coisa... ó... “Você deu orientação?”, o que essa pessoa de ter cuidado, com o sapato. Isso é uma informação que no dia a dia, a gente acaba comentando nas reuniões das sete às oito. Eu acho muito importante essas reuniões que a gente tem das sete às oito, porque a gente passa coisas. A gente acaba assimilando aquilo de outra pessoa. Então, numa visita, “ó se tem que ta orientando”, “é calçado adequado, não apertado”, É, uma pessoa hipertensa não pode estar comendo uma comida com muito sal. Bebida alcoólica. “Isso vai ta atuando na pressão.” Problema emocional, atua tanto na pressão, quanto no Diabetes. Esse tipo de orientação a gente tem. Agora, um papel específico [...]. Esther

Ao longo dos depoimentos de Juan e Esther transparece a necessidade de capacitação que estes profissionais apresentam em relação a diversos temas de saúde. A ausência de capacitação gera certa insegurança na hora de abordar determinadas situações de seu dia a dia de trabalho e no dialogo com outros trabalhadores de nível técnico ou universitário que atuem na unidade. Novamente é ressaltada a importância do intercambio com a equipe, das trocas, especialmente com seus pares, para a aquisição de conhecimentos teóricos e empíricos que sirvam como ferramentas para o desempenho de sua atividade. E, na visão de Juan, o conhecimento empírico adquirido na vivencia do trabalho, e mais relevante para o cotidiano de suas funções. Por outro lado, a equipe se torna referência para este processo de aprendizado que pode acontecer como atividade formal de “educação do trabalhador” ou na própria troca de experiências. E, como foi discutido anteriormente, o marco propício para este diálogo se dá de forma preferencial, nas reuniões diárias de discussão de casos e administrativas.

A VD é uma atividade crucial para a continuidade dos cuidados de saúde e para a interação entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade no contexto de um modelo que privilegia, ao menos do ponto de vista conceitual, a promoção da qualidade de vida o mais próximo possível do local onde os indivíduos realizam suas atividades cotidianas e com sua participação ativa. Neste trabalho é entendida como

uma das modalidades de atenção domiciliar, conceito que também engloba o atendimento domiciliar e a internação domiciliar, estas duas últimas, habitualmente realizadas por profissionais de nível técnico e universitário habilitados ^{141,142}.

A VD se focaliza no diagnóstico da realidade do indivíduo e da família (coleta de informações) e nas ações de educação em saúde fornecendo subsídios para outras intervenções em saúde ¹⁴¹. Esta atividade esta prevista na Política Nacional de Atenção Básica entre as atribuições para todos os integrantes da equipe ².

Todos os profissionais da ESF podem (e deveriam) realizar VD se a situação assim o requerer, por suas potencialidades como ferramenta para identificar situações relacionadas ao local de residência e as interações entre os diferentes indivíduos do contexto familiar e da comunidade que potencialmente podem modificar o processo saúde-doença e pelo favorecimento da criação de vínculos entre a equipe e a população adscrita. Porém, pela própria dinâmica do serviço e pela reprodução de processos de trabalho que se fundamentam no trabalho do profissional no espaço da unidade de saúde, em muitas ocasiões esta acaba sendo uma tarefa quase exclusiva do ACS.

Em uma pesquisa realizada em Porto Alegre com ACS, a VD representou a principal atividade relatada por esta categoria profissional, considerando-a a ferramenta mais importante para a realização de ações de educação em saúde com indivíduos e famílias ¹⁴³.

A VD é uma intervenção em saúde e como tal requer de uma metodologia específica com etapas de planejamento com definição dos objetivos da visita, execução e avaliação de resultados bem como de profissionais treinados para sua realização. No próprio relato dos ACS identifica-se certa sistemática das VD que pode ser considerada como uma forma de planejamento. Da mesma forma, durante as entrevistas e Observações Participantes não foi descrito ou identificado nenhum instrumento de referência (guia ou roteiro) que permitisse ao Agente uma sistemática definida. Como já apontado, a principal fonte de conhecimentos sobre o trabalho dos ACS referida por estes trabalhadores foi o intercambio de experiências com outros profissionais da equipe e o aprendizado na pratica diária. A VD como intervenção em saúde precisa ser qualificada pelo risco de não satisfazer seus objetivos e derivar em uma visita social. Nesse sentido, vale a pena uma reflexão coletiva da equipe sobre estas questões visando a elaboração de instrumentos que contribuam a organizar o trabalho dos ACS tais como roteiros ou guias de intervenção específicos

para os diferentes objetivos que uma VD pode ter (educação em saúde, acompanhamento de Condições Crônicas, diagnóstico social etc.).

Uma vez concluídas as VD, habitualmente no horário da tarde, os ACS elaboram os relatórios correspondentes, atualizam o SIAB e participam de diversas atividades na sede da unidade de saúde ou na comunidade.

[...] Na parte da tarde, por uma questão de bom senso a gente deixa pra fazer os relatórios, porque aqui é uma região muito quente a maioria do ano Sim [o relatório], fica no prontuário da família, coisa que qualquer profissional tem acesso, o médico, a enfermagem se precisar, mas isso é muito dinâmico também [...]. Juan

De primeiro nós tínhamos um bloquinho de hipertensos, diabéticos, então virava aquela papelada, então na hora que você abre o prontuário pra fazer o relatório da visita, já tá acoplado ali, então para nós é mais fácil. E ali também consta de crianças, como também da gestante, e da dengue né, vetores [...]. Sara

Tem que alimentar o SIAB todos os dias, quando tem alguma mudança na família, ou tem agregado ou sai agregado, tem família que muda, de repente alguém que apresentou um Diabetes Mellitus ou uma Hipertensão começa a desenvolver, ou muda de profissão ou tá desempregado então isso daí é coisa que não aparece então você entra no SIAB, faz as modificações necessárias, depois é preenchimento das fichas de Hipertensão, do Diabetes, esse acompanhamento que fica junto como prontuário da família. Rute

Os relatórios que descrevem as informações coletadas durante a visita, as ações desenvolvidas e a avaliação do ACS são armazenadas nos Prontuários de Família, terminologia utilizada pelos próprios trabalhadores da equipe para denominar o prontuário onde são armazenados os registros do acompanhamento das famílias realizados pela equipe. A parte principal destes prontuários é formada pela Ficha A do SIAB modificada pela SMS de Ribeirão Preto, que inclui dados de identificação da família, informações cadastrais dos integrantes e situação de moradia e saneamento. Em relação ao DM, como relatado por Sara, há uma ficha específica para o acompanhamento destes usuários (Ficha B-DIA) que recolhe dados de identificação assim como outros aspectos de acompanhamento médico, tratamento farmacológico e não farmacológico. Ao examinarmos a Ficha B-DIA, percebemos que estes dados, ao igual que os obtidos para a elaboração dos relatórios das VD, são conseguidos a partir dos depoimentos dos próprios usuários.

A dinâmica das famílias também precisa ser acompanhada através do sistema informatizado do SIAB, como referido por Rute, de forma bastante freqüente (embora variável entre os diferentes ACS) na tentativa de não acumular tarefas e não perder dados relevantes.

Em relação à utilidade da elaboração dos relatórios das VD e ao preenchimento das fichas dos prontuários familiares, os seguintes depoimentos de Sara e Rute chamam à atenção.

Então é muita papelada que vai se acumulando. Então não sei se serve um dia, né, creio eu, pra estudo, pra ensino, pra pesquisa, mas assim pra nós, pra mim [faz som de indiferença com a boca]. Sara

Aí quando é um caso, por exemplo, que a gente traz, passa pra equipe, de uma família que eles não estão sabendo [resto da equipe], então eles vem aqui e tal, tudo muito bonitinho sem problema, e a gente vai lá e descobre um monte de problemas. Aí a gente passa uma reunião das sete aí eles pegam, às vezes na hora, a pasta pra dar uma lida, pra ver. Mas fora disso, a gente relata, relata, relata, e às vezes, eu falo, puxa vida, eu fico com o meu braço doendo, cansada de ficar fazendo relatório. E se eu fizer quinze visitas, tem que fazer quinze relatórios. Se eu fizer dez, dez relatórios. E é muita burocracia. Muita papelada. É ficha de Hipertenso, é ficha de Diabético, é ficha da dengue, é ficha de criança menor de dois anos, ficha de gestante, então é assim, muita papelada. Muitas vezes eu cheguei a perguntar, por que que a gente preenche tanto papel se você nem olham para isso aqui? [...] Perguntei [nas reuniões da equipe sobre a elaboração de relatórios]. Não só eu, outras pessoas também perguntaram. Não, mas tem que fazer. Isso aí tem que fazer. Tem que ser relatado. E eu também acho assim, É bom esses relatos para segurança nossa também. Porque se mais tarde acontecer alguma coisa, eu falo, eu passei em reunião, isso tá relatado, eu fiz isso, isso. Rute

Estes depoimentos trazem questões que se reiteram ao longo do texto relacionadas com os sistemas de informação e quanto à compreensão da finalidade do seu preenchimento ou elaboração de relatórios, fatores estes que podem comprometer qualidade dos dados neles registrados e mesmo o desenvolvimento das atividades em si. Rute faz menção no seu depoimento do respaldo que a manutenção desta documentação em dia pode oferecer frente a eventuais reclamações da própria instituição e/ou de usuários. Fica colocada, sem dúvida, uma questão específica que se volta aos aspectos formais e legais do registro, mas por outro lado se perde a finalidade posta da continuidade da atenção, da possibilidade da construção da longitudinalidade²⁰. Rute expressa de certa forma esta preocupação da continuidade da atenção, do intercâmbio das informações em relação às situações identificadas, mas ao final isto assume um caráter secundário, pois os outros membros da equipe não consultam de forma sistemática estes registros.

Assim, nas falas há uma queixa implícita sobre a escassa utilização que a equipe faz dos dados e informações contidos nos relatórios das VD e nos Prontuários de Família em geral, contribuindo para a perda da finalidade do preenchimento destes instrumentos e sistemas de informação ao não serem percebidos como ferramenta útil para qualificar o trabalho da AB e do ACS.

Os ACS entrevistados foram questionados sobre o programa da SMS em relação ao DM obtendo-se respostas similares às apresentadas a seguir.

[Programa de DM] da Secretaria Municipal? Não, eu não conheço, tem a liga aqui no CSE, que inclusive tem alguns pacientes que participam dessa liga de diabéticos, mas eu não conheço em si o trabalho deles. Vejo assim os pacientes falar que às vezes borda, pinta [...]. De primeiro vinham [orientações da SMS sobre diabetes], mais coisas, agora é muito pouco [...] então a gente vai passando por cima, tem o dia do diabetes, então esses dias nós andamos fazendo campanha do pé diabético, mas é a falta de tempo mesmo. Sara

[Política da SMS em relação com DM ou Programa de DM] que eu saiba não tem. Nunca ouvi falar. Juan

Não tem [um Protocolo]. Um manualzinho não tem. Agora, quando é semana do diabético, nos tivemos na praça uma vez, o dia do diabético. Aí vem a turma da enfermagem, vem da odonto, vem da farmácia. E isso enriquece muito o nosso conhecimento também. Fazer o teste do pé diabético, pra ver a sensibilidade. Rute

Estes integrantes da equipe desconheciam das políticas e iniciativas da SMS para os usuários portadores de DM, a diferença dos profissionais de nível técnico e universitário do NSF, como será discutido mais adiante. O Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes, dentro das atribuições e competências da equipe de AB, prevê ações a serem desenvolvidas pelos ACS ⁵⁴. As falas demonstram falhas na divulgação das ferramentas disponibilizadas pela SMS bem como ausência de discussão deste documento na equipe. Apesar disso, os ACS relataram sua participação em algumas atividades que são coordenadas pela SMS como o Dia Mundial do Diabetes Mellitus. Chama à atenção que em dois depoimentos, a política da SMS para o diabetes é apenas reconhecida por este tipo de atividades públicas.

Em resumo, a participação do ACS é importante para dar continuidade a os cuidados de saúde dos usuários portadores de DM, tanto no recinto da unidade de saúde quanto no próprio domicílio do usuário através da VD, garantindo desta forma o princípio da integralidade, da continuidade e longitudinalidade da atenção ²⁰. O ACS ocupa um lugar privilegiado na sua relação com a população adscrita por ser ele próprio membro da comunidade e compartilhar a realidade sociocultural desta, sendo laço de ligação entre a comunidade e a equipe ⁸⁴.

A VD como intervenção em saúde é um marco propício para a coleta de dados sobre as condições socioeconômicas que influenciam no processo saúde doença destes usuários, para a criação e fortalecimento de vínculos entre os usuários e a equipe assim como para realizar ações de educação em saúde. Esta intervenção deve responder a uma metodologia para que possa responder aos

objetivos traçados. Para tal, é necessário que os integrantes da equipe tenham o treinamento e as ferramentas adequadas.

Por outro lado, os ACS precisam recuperar a finalidade do trabalho que realizam e, nesse sentido, o diálogo e intercâmbio com os outros membros da equipe de saúde são fundamentais. Também se faz necessário que a equipe discuta coletivamente as ferramentas disponíveis para o cuidado ao usuário portador de DM tais como o HIPERDIA, o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS ou qualquer outra iniciativa que possa contribuir para a qualificação do seu processo de trabalho e a produção de cuidados a estes usuários, verificando nestas ferramentas quais são as atribuições e competências previstas para cada um dos trabalhadores da equipe.

4.4.4. O Enfermeiro e o Auxiliar de Enfermagem no cuidado de usuários portadores de DM2– potencialidades na articulação das ações para o cuidado

O enfermeiro e o auxiliar de enfermagem (AE) fazem parte da ESF e tem um papel fundamental na implementação do cuidado aos usuários portadores de DM2. A rotina destas duas categorias profissionais bem como suas atribuições e competências tem pontos de contato, mas também aspectos específicos.

Os depoimentos de Débora e Eva ilustram um dia de trabalho típico do auxiliar de enfermagem.

Meu horário? A gente tem um horário de revezamento pra participação nas reuniões que são das sete as oito [...]. Nós temos um esquema com o outro auxiliar fixo e nós revezamos a cada quinze dias pra podermos acompanhar as discussões de família, e a partir do que é discutido escalamos as visitas, as necessidades que foi discutido, a família que vai ser visitada então tudo isso ajuda a nortear o dia. E assim, durante o dia muita coisa, existe o acolhimento pelo telefone, paciente liga “olha, tive dor de cabeça o que é que eu faço?” “olha, meu olho tá lacrimejante, eu marco consulta ou não?” e nós orientamos [...] às vezes você agenda consulta ou você orienta o paciente a vir no momento na unidade, se é uma questão de urgência “procure diretamente o pronto atendimento” [...]. Aí tem casos que vem “olha meu filho tá com febre”, isso durante o decorrer do dia, isso faz parte do acolhimento [...]. Aí você põe termômetro verifica a temperatura da criança ta trinta e oito e meio, trinta e nove. Então é onde a gente já conversa com o médico contratado ou com o residente, “olha vai ter que intercalar um atendimento eventual”, então quando é discutido isso é uma rotina, o paciente vem, ele verifica a pressão, ele tem o hábito de vir a unidade verificar a pressão, seja oito horas da manhã ou duas horas da tarde ele vem, nós ajudamos a coleta de exame Papanicolau dentro da sala ginecológicas, nós ajudamos, por exemplo agora, há um ano nós estamos com um sistema de informatização então nós estamos nos adequando ao sistema de informatização, isso nós usamos o computador determinados períodos pra consulta a dados do paciente, prontuário, muitas vezes a pessoa esta atendendo o paciente, por exemplo na saúde mental “ah eu

queria uma informação do prontuário”, isso via telefone, então são diversas atividades ao mesmo tempo e quando tem os alunos que estão em período de estágio isso dobra, essa carga de trabalho dobra [...]. Nós participamos de grupos, tem grupo de hipertensão, tem grupo de reeducação alimentar então a gente procura dividir os períodos de trabalho e ser realmente multidisciplinar, estar em todas as atividades possíveis, isso faz parte do protocolo do trabalho até, então assim, às vezes eu até comento com a Raquel [enfermeira] “às vezes eu tenho a sensação de que eu não fiz nada”, porque não é algo como em um hospital, você registra dez curativos, aqui se nós pararmos para registrar as atividades, acho que em termos de informação que você tem que ter constantemente supera qualquer anotação hospitalar. Débora

[Trabalho do auxiliar de enfermagem] é alguma participação em reunião de equipe, visita, as vezes discussão de algo com o agente comunitário, circular a sala de GO que é aonde que sai algum atendimento assim, verificação de algum paciente que faz controle de pressão, então a gente já aproveita e faz alguma orientação tentando conhecer um pouco mais esse paciente [...]. Eva

Nestas falas são identificadas diversas tarefas nas quais participam os auxiliares de enfermagem que podem ser classificadas como clínico-assistenciais e ou de apoio administrativo. As atividades clínico-assistenciais envolvem as VD, as atividades de acolhimento presencial, realização de procedimentos de enfermagem (aferição da pressão arterial, temperatura, glicossimetria), preparação das salas para atendimento de ginecologia e obstetrícia (circular) assim como de suporte à realização de consultas médicas e participação nas atividades educativas individuais ou grupais. Dentro das atividades de apoio administrativo temos as de caráter administrativo como agendamento de consultas médicas, encaminhamentos dos usuários no sistema de referência e contra-referência, preenchimento de guias de exames, movimentação do arquivo de prontuários individuais e preenchimento de bases de dados eletrônicas. Ainda neste item, os auxiliares de enfermagem realizam acolhimento e orientação aos usuários via telefônica entre outras.

Dentro das diversas atividades realizadas pelas AE, as de apoio administrativo são por elas percebidas como as mais preponderantes, referidas através do termo “burocracia”.

Aqui uma coisa que me frustra muito como auxiliar é o monte de trabalho burocrático que agente faz aqui. É muito burocrático, olha, e voltei pra cá dia 03, hoje nos estamos no dia 11, acho que eu verifiquei umas três ou quatro verificações de pressão, assim, é muito papel, porque a gente não tem o auxiliar administrativo ainda, desde que eu comecei aqui em 2001, agente ao tem um auxiliar administrativo, então isso prejudica muito o nosso trabalho como auxiliar de enfermagem. Por que tudo a parte de encaminhamento de guia, a parte de agendamento, é prontuário que vem, é prontuário que a gente tem que estar encaminhando, é exame que tem que estar agendando, é consulta pra agendar, é telefone tocando, então toda essa parte é nossa, deixa desejar a parte de enfermagem, a parte de

procedimento, a parte de visita, então às vezes a gente fala, agora que eu voltei, como tinha ficado três meses sem auxiliar, ah porque ficou sem auxiliar teve essa dificuldade, mas essa dificuldade já vem desde quando eu tava aqui em 2001, nós temos muita dificuldade pra estar fazendo o nosso serviço, nosso trabalho, eu falo que aqui falta o PSF ver a pessoa como um todo, será que estamos vendo? Aqui não tem uma sala de vacina, a gente tem que ficar encaminhando. Eu acho que a gente não tem um local próprio pra fazer uma medicação de rotina [...]. Eva

Nosso trabalho é muito burocrático no sentido assim, aqui é uma unidade em que nós não temos um auxiliar administrativo, outras unidades já tem esse auxiliar, até mesmo os programas de saúde da prefeitura eles tem esse auxiliar administrativo, no nosso caso não, foi aprovado na solicitação do último contrato, disse que era pra ter tido esse processo seletivo não teve, então assim, a nossa atividade é muito voltada pra área burocrática. Desde a organização de prontuário, guardar exames, retirar prontuário, ver pacientes que está com exame alterado, convocar esse paciente depois que o médico avaliou, convocar esse paciente para a unidade antes da data que está marcada pra ele no cartão, guias que a gente encaminha pra Secretaria, os exames de sangue que são todos agendados o pedido fica com a unidade, a unidade que encaminha para o Centro de Saúde Escola, então tudo isso é um processo que nós temos que ver planilha, verificar nome por nome, dado por dado para ver se está correto, encaminhamos para o Centro de Saúde Escola, então assim, ele é muito burocrático. 70% do trabalho é burocrático. Débora

Estes depoimentos revelam importantes elementos que merecem análise. Note-se que as AE se ressentem da sobrecarga de trabalho de caráter “burocrático” em detrimento de outras ações que julgam como mais importantes dentro dos seus núcleos de competências. A questão da ausência do auxiliar administrativo (ou agente administrativo segundo a nomenclatura da SMS) e suas implicações na dinâmica do processo de trabalho do NSF para a realização das atividades consideradas “burocráticas” no depoimento (mas imprescindível para o funcionamento da unidade) têm sido apontadas por outras categorias profissionais e inclusive pelos técnicos do nível central de gestão como pode ser observado no seguinte depoimento.

Esse plano [Plano Municipal de Saúde] foi aprovado num conselho, e aqui fala que é para investir na atenção básica, e para investir na atenção básica sem recursos humanos também é muito complicado. Certo? Se você tem 60 cargos de colegas médicos, quarenta de enfermeiros, tantos de auxiliares, não tem agente administrativo porque aloca o recurso no restante da organização, aí vem o problema. Você não repõe ninguém da atenção básica? Maria

Em que sentido a questão da “burocratização” do trabalho de enfermagem realizado pela AE pode ter algum papel no cuidado ao usuário portador de DM?

Ora, apesar da Política Nacional de Atenção Básica prever como atribuição do AE sua participação em atividades de gerenciamento dos insumos necessários

ao funcionamento da unidade de Saúde da Família ² esta sobrecarga de tarefas “burocráticas”, para além do que é especificado, parece estar restringindo o espaço para a realização de diferentes ações tais como educação em saúde de forma individual e coletiva (grupos) dentro e fora do NSF bem como de outras do núcleo de competência deste trabalhador que contribuam para a assistência do usuário.

Note-se ainda que nos vários depoimentos de Eva até aqui comentados que, embora ela enfatize a questão dos procedimentos de enfermagem (curativos, vacinas, aferição de pressão arterial), também menciona outras ações de enfermagem como a VD e educação em saúde dentro das atribuições do enfermeiro. Em relação com o modelo de atenção prevalente no NSF, a fala a seguir pode ilustrar a opinião de Eva no que se refere ao enfoque ainda voltado fortemente à ação médica na produção do cuidado em saúde.

Eu assim quando eu sai daqui eu saí muito chateada dessas coisas assim, as vezes acaba voltando muito pro atendimento médico, as vezes é uma coisa que o pessoal se policia o tempo todo mas mesmo assim acaba voltando sempre e acaba se concentrando mais na parte do atendimento médico, que é o que a população exige, se ao tiver atendimento médico pra eles ainda tem essa formação, ou é a consulta, o povo fala assim “ah a consulta de enfermagem” o paciente já faz uma cara assim, meio estranha, “mas o enfermeiro fazer consulta?”. Apesar de que eu acho que se a enfermagem fosse mais ativa, eu acho que precisa mais conquistar o espaço. Então, você ainda tem essa coisa ainda muito centrada no atendimento médico, de ainda achar que a enfermagem não tem capacidade, que a enfermagem não tem como reconhecer patologias, mas eu acredito que uma enfermeira bem qualificada pra isso, voltada pra isso eu acredito que ela tenha capacidade, eu acho que só precisa conquistar espaço [...] ah sim, acredito que essas visitas [VD] faz parte [do trabalho do auxiliar de enfermagem], porque você tem que estar conhecendo, tem que estar mais próximo dos pacientes que não conseguem estar vindo aqui, não os pacientes que conseguem andar, mas eu acho que tem pacientes domiciliar que tem necessidade de visita de auxiliar de enfermagem sim. Eva

A entrevistada considera que o processo de trabalho do NSF ainda esta centrado na atuação do médico, restringindo espaço para as consultas de enfermagem (realizadas pela enfermeira), ação que ela avalia que os usuários lhe atribuem menor importância. Como veremos posteriormente, há certa discrepância entre este depoimento e o do enfermeiro em relação à consulta de enfermagem.

Ao analisar os dois depoimentos de Eva observamos que há certa tendência a valorizar o trabalho que se baseia na realização de procedimentos, questão que pode ser explicada pela experiência e vivência da profissional que laborava em uma unidade de Pronto Atendimento.

De qualquer forma este tema dos procedimentos de enfermagem, e em geral o da resolatividade dos NSF do Distrito Oeste também foram objeto de comentários por parte dos técnicos do nível central de gestão da SMS, especialmente no relacionado à realização de curativos, aplicação de vacinas e medicações parenterais. Estes serviços são oferecidos à população adscrita ao NSF estudado, na unidade de referência Centro de Saúde Escola “Dr. Joel Domingos Machado”, também sob responsabilidade da USP. Quando analisado o quadro 4 que se refere ao tipo de serviços nas unidades de AB, observamos, por exemplo, que o restante das Unidades de Saúde da Família da rede municipal de saúde sob gerência da SMS, oferece serviços de vacinação por exemplo. Os motivos argüidos para a não realização de medicação parenteral são apresentados na fala a seguir.

Não que tenha aqui disponível na unidade [medicação parenteral], aqui tem algumas coisas para dor aguda, se caso o médico avalie e ele ache necessário aí nós vamos fazer, mas ainda né, eles estão pretendendo melhorar essa parte até para o atendimento, ter essas medicações, Diclofenaco, até alguma coisa a mais para coisas agudas aqui pra ser administrado para o paciente; muitas vezes isso não ocorre porque se necessita de uma sala de observação dependendo da medicação e nós não dispomos desse espaço, não dispomos de oxigênio, caso o paciente entre em choque, não existe. Então assim, ao mesmo tempo você fazer a medicação pro paciente aqui é um risco, é um risco maior do que se ele for encaminhado pro PA onde tem todo o recurso necessário. Débora

Neste sentido, a unidade não possui uma sala ou outros espaços apropriados que satisfaçam as normas técnicas para a realização destes procedimentos, fator que requereria investimentos para adequar o espaço físico além de uma política dos gestores da unidade, neste caso a USP, para que estes sejam realizados, ponto já abordado quando discutidas as parcerias entre as instituições de ensino universitário e a rede municipal de saúde.

Bom, para você ter uma idéia, a unidade básica nossa ela, sempre teve uma oferta mínima, por exemplo, curativo. Eles decidiram (a universidade parceira) que não ia ter nada. Isso só lá. Porque nas outras a gente tem! Puxa! Ninguém falou nada, nunca ninguém discutiu esta oferta lá! Da oferta lá, agora que a gente foi lá, que a gente fez o colegiado e para discutir o convênio, teve docente que disse: Temos que reavaliar. Porque fazer curativo, não sei o que, é um problema para nós! Maria

Esta questão foi identificada em um estudo que avaliou a satisfação dos usuários de quatro NSF da cidade de Ribeirão Preto, tendo entre as sugestões dos usuários a dispensação de medicamentos e a realização de procedimentos na própria unidade de saúde ¹⁴⁴. Isto certamente indica a necessidade de se refletir

sobre ampliação e adequação das atividades desenvolvidas de forma que se possa atingir a integralidade na produção da atenção prestada aos portadores de DM2 assim como de outros usuários que buscam atenção nesta unidade de saúde.

Numa visita ao NSF posterior ao encerramento da etapa de campo, foram identificadas reformas na estrutura física da unidade que permitiram maior privacidade das suas áreas internas e foi criada de uma sala de acolhimento que usualmente é usada pelas AE e enfermeira. A sala de procedimentos ainda não havia sido construída.

Como tem sido discutido ao longo deste capítulo, a atenção domiciliar esta formada por três tipos de intervenções em saúde (visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar) que diferem nos seus objetivos e metodologia de abordagem ¹⁴¹. A atenção domiciliar é um dos fatores que favorece a criação de vínculo entre a unidade de saúde e o usuário e sua família além de ser componente da atenção integral. A fala a seguir aborda esta questão.

Quando é alguma visita direcionada pra enfermagem são visitas de avaliação, o paciente acamado, o paciente resistente ao uso de medicação que de repente o próprio Agente Comunitário não entendeu porque que não está usando, se aquilo mesmo é correto, então assim, são visitas indicadas mas algumas pela própria percepção do Agente Comunitário. Não [tem cronograma de visitas], mas assim, existe uma escala de pacientes acamados, crianças que são prioridades pra visita, então muitas vezes o que ocorre como aqui nós temos os residentes eles tem visitas semanais, eles tem esse cuidados com os pacientes que são da microárea de atendimento deles, então eles acabam conseguindo fazer com regularidade as visitas para os pacientes acamados. Nós da enfermagem, geralmente nós fazemos a intervenção maior quando esse paciente está necessitando de alguma atividade um pouco mais técnica, que seja um curativo, que seja avaliar uma escara, que seja outras orientações de queda, até do uso de algum creme de hidratação, formas de alimentação, então assim, a visita da enfermagem é muito rica, não é estritamente técnica para procedimento, ela é rica em informações para o paciente mesmo no domicílio, então o que eu faço aqui na unidade muitas vezes eu faço com mais tranquilidade na casa do paciente. E isso diferencia do Agente Comunitário que muitas vezes ele tem que cumprir metas, pra saber se o paciente fez a consulta, pra saber se o diabetes esta controlado ou não, se foi ao médico, se teve alguma intercorrência familiar, a visita deles é um pouco mais direcionada, portanto nem sempre também, ele consegue cumprir isso, porque o Agente Comunitário ele também tem, as vezes o vínculo leva ele a ser psicólogo da família, ele fica uma hora, quarenta minutos ouvindo, por que ele consegue atingir o vínculo familiar ele não consegue ser simplesmente um visitador. Débora

Débora engloba as diferentes formas de atenção domiciliar no conceito de “visita”. Faz uma diferenciação do ponto de vista de conteúdo entre a atenção domiciliar prestada pelos ACS e a dos auxiliares de enfermagem. Embora possa se identificar algum planejamento nas “visitas”, estas acontecem por solicitação do

ACS, de outro profissional da equipe ou do próprio usuário o familiar. Esta intervenção em saúde prevê a realização de atividades clínico-assistenciais (incluindo os aspectos curativos), mas também tem um importante componente voltado para a de educação em saúde. É interessante que a entrevistada refere que faz as orientações “com mais tranquilidade na casa do paciente”, expressando de forma indireta as limitações que os AE têm para realizá-las na própria unidade pelo número insuficiente de salas.

Quando os AE foram questionados sobre as políticas destinadas ao cuidado do portador de DM, estes profissionais disseram reconhecer o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS e o HIPERDIA. Note-se, no caso de Eva que o reconhecimento do HIPERDIA está relacionado com a experiência profissional anterior na AB de outro município.

Tem o protocolo da secretaria municipal, tem um programa que referência, uma referência no tratamento de diabéticos assim que tem, onde o ministério paga essas consultas específicos pra diabéticos, o que eu sei, mas assim eu não conheço muito bem esse programa, não sei como é que funciona, porque eu não vi nenhuma ficha de preenchimento desses papéis, não está sendo feito aqui, não sei se tem uma outra fonte dessas informações serem passadas no ministério ainda, mas já vi alguma coisa relacionada a esse programa que no caso é o HIPERDIA né. Onde eu fiz minha faculdade que foi um outro município, ficava no município de Jaboticabal, ainda era uma unidade tradicional aonde tem pré e pós consulta, então na pós consulta esses prontuários de diabéticos e hipertensos no caso eram separados e preenchido a ficha do HIPERDIA. Eva

Há um protocolo da Secretaria de Ribeirão Preto mesmo, de quanto em quanto tempo você pede exames, o que você deve pedir, não que isso é quadradinho, não, você pode claro, acrescentar coisas ou antecipar mas tem um acompanhamento que é feito, existe as orientações dietéticas que é fornecido pela Secretaria [...] Então dali é feito o seguimento, pedir glicemia, pedir isso, pós prandial, a cada dois meses pedir isso, isso e aquilo. Então dentro daquilo é que é o acompanhamento dele, então assim, se ele vem a unidade descompensado ele tá dentro de uma coisa que é assistida por Ribeirão inteiro, então voltar a atenção pra ele, pra aquele paciente naquele momento é saber o que desencadeou ele a ficar descompensado, não que ele não esteja bem assistido. Débora

Novamente se faz evidente que no período em que foram realizadas estas entrevistas, a unidade de saúde não havia discutido o HIPERDIA nem implementado suas ações como ferramenta para qualificar a atenção. O Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS é reconhecido como ferramenta de trabalho. No entanto as auxiliares parecem ter um conhecimento geral sobre o Protocolo, mas sem aprofundamento nos elementos específicos nele previstos para sua categoria profissional.

Com relação à enfermeira da unidade de saúde tem uma rotina de trabalho que é descrita em suas próprias palavras no depoimento a seguir:

Chego as 07h, as 07h as 08h todo o dia tem reunião para discutir família, Das 07h as 08h tem reunião que e muito interessante para discutir, sempre tem uma discussão aqui, o plano de assistência das famílias, de problemas, 08h eu saio da reunião é eu tenho 2 dias fixos para visita das famílias. Tem reunião do grupo que eu ajudo a cuidar de hipertenso, pelo menos tentar discutir, 2 dias tenho agenda para atendimento agendado, do curso de enfermagem, porque a gente só tem 4 consultórios para medico, para dentista, para mim, residentes, alunos e não sei quem mais então a gente tem que compartilhar consultório, a gente tem que calcular o uso do consultório. Faço pré-natal, adulto, faço planejamento familiar. Tudo isso planejado. Mas, eu faço muito do que não é planejado. Então, é, eu atendo muito do que chega dessas coisas que me prendem, eu tô andando aqui na unidade. Faço atendimento, ajudo a encaminhar documentos, fazer relatórios, resolver problemas, tudo que chega de problema mais complexo, paciente com problema com a medicação, paciente acamado que precisa de alguma coisa, agora um acamado acabou de me ligar, porque família disse que precisava de curativo. Então, resolve paciente, resolve as coisas mais complicadas que precisam articular, ver, resolver, eu vou atrás para fazer. E resolver as pendências. Tomar conta da unidade, de um galpão que virou criadouro de dengue, e ajudo nas outras ações, supervisão do Agente Comunitário, auxiliar o trabalho da Auxiliar, faço pedido de material na unidade, é... Mas, isso tudo não tem horário certinho, né? As coisas da agenda para fazer, hoje eu tô marcada para ver à presidente da comissão vem hoje para a gente fechar a Ata. Eu tenho que agendar as coisas que são administrativas e outras coisas. Então durante a semana eu tenho administrar algumas coisas que são administrativas para ter o horário que a pessoa vem, né? Tem que estar articulando, aparece um senhor aqui em situação de negligencia né? É naquele momento. Eu não sabia que aquilo ia acontecer para ter que deixar na minha agenda. Ele apareceu, foram na família, e tentaram fazer outras coisas, e a todo tempo as coisas vão aparecendo. A gente tenta programar, mas, o que não é programado é muito maior do que é programado. Eu acho que 70% do que eu faço não está na agenda porque as coisas vão aparecendo demora um tempo de articulação [...] Eu acho que elas são importantes [as questões burocráticas], ajudam no gerenciamento, no planejamento. Até um ano atrás eu era coordenadora da unidade e houve uma reunião e ficou determinado que a coordenação seria de um docente e não mais então eu e a Paula [nome fictício] coordenávamos, depois tiraram a gente da coordenação oficial, mas , ao mesmo tempo eu divido com a Profª. Joana [nome fictício] a coordenação com ela e são rotinas do dia a dia, não tem como a coordenadora fazer a distancia, me identifico muito com o projeto, me identifico muito com ela, então eu me vejo responsável por planejar, coordenar, e por eu gostar tanto do trabalho e das pessoas que estão aqui eu montei uma pasta para a coordenação. Raquel

No depoimento da Raquel pode-se perceber que o trabalho da enfermeira no NSF está fortemente marcado pelas atividades gerenciais embora também desempenhe tarefas de caráter clínico-assistencial. Esta parece ser uma escolha da própria trabalhadora ao se colocar na posição de “identificação e responsabilidade” com o projeto de saúde da família que a levam a assumir tarefas de coordenação além do fato desta coordenação estar sob a responsabilidade de professores da

USP que por seus múltiplos compromissos profissionais, não permanecem em tempo integral na unidade, cabendo aos próprios trabalhadores da equipe fixa a solução de diversas situações do cotidiano.

Outras tarefas que a enfermeira desenvolve estão relacionadas à supervisão do trabalho do AE, ACS e alunos de graduação da especialidade de enfermagem.

É importante aqui considerar que o trabalho de enfermagem e mais especificamente do enfermeiro vem passando por transformações quando se toma a constituição do campo da atenção básica no Brasil, nos últimos 20 anos, com uma ampliação das atividades clínico-assistenciais desenvolvidas por este trabalhador, mas que ainda são fortemente marcadas por aquelas de caráter gerencial, como de certa forma traduzido na fala de Raquel ⁹¹.

Estudo realizado na região de Ribeirão Preto em 2002, visando analisar o trabalho da enfermeira na Saúde da Família segundo a percepção destas trabalhadoras identificou que mesmo considerando a implantação tardia da Saúde da Família no estado de São Paulo, e considerando os municípios da região de Ribeirão Preto, identificou-se um aumento da frequência de atividades próprias da enfermeira, ou seja, ações coletivas e ações educativas de apoio e qualificação da assistência. Ainda, foi verificado que a enfermeira vinha desempenhando funções gerenciais voltadas à coordenação das ações, com especial atenção às relações entre os trabalhadores da equipe de Saúde da Família. Outro aspecto apontado no estudo, segundo a percepção dos enfermeiros, refere-se à maior proximidade com os usuários se constituindo aspecto facilitador para o estabelecimento de vínculos, relações de confiança, em distintas situações onde a escuta se colocava como importante instrumento de trabalho, principalmente considerando que a Saúde da Família propicia um movimento de reflexão e intervenção na direção de se alterar o modelo de atenção centrado exclusivamente no modelo curativo e médico centrado ¹⁴⁵.

Assim, nesta busca por um novo modelo assistencial, os estudos vêm apontando a necessidade de se repensar o trabalho da enfermeira que se encontra em processo de construção na relação com outros trabalhadores que têm igualmente seu processo de trabalho modificado.

Outro aspecto tratado refere-se ao número de salas de consultas, em função das diferentes atividades docentes e assistenciais que se desenvolvem no NSF, sendo colocado como limitante para as atividades de tipo clínico-assistencial da enfermeira. Vale a pena lembrar que no momento da pesquisa havia 5 médicos

residentes da especialidade Saúde da Família e Comunidade, além da necessidade de consultório para a assistência e docência de odontologia assim como a docência de graduação do curso de medicina da FMRP. A enfermeira, no entanto, realiza diversas atividades agendadas em consulta de enfermagem além citar que participa do Grupo de Hipertensos. A participação neste grupo não foi constatada durante as observações participantes realizadas para fins desta pesquisa.

O depoimento de Raquel contrasta com a percepção de Eva, AE, que apontava à necessidade de “conquista de espaço” para as atividades clínico-assistenciais da enfermagem. Também a fala de Raquel diverge daquele expresso por Eva que considera que a consulta de enfermagem é pouco valorizada pelos usuários.

Eu acho que eles [usuários] entendem a diferença [entre a consulta médica e de enfermagem], eles sabem que é um profissional diferente que está atendendo, que não é um médico. Há uma certa confusão, me chamam de doutora. Mas, doutora no sentido de doutora médica! Que é uma consulta de enfermagem. Aí geralmente eu esclareço. Se tiver alguma queixa que eu não puder resolver, eu chamo o médico para avaliar. Mas, a gente acompanha o desenvolvimento: pesar, medir, tudo aquilo que a gente faz na puericultura. Com os outros atendimentos a mesma coisa... Mas, você precisa sempre esclarecer qual é o objetivo daquele atendimento. Eu não acho que fique alguém da consulta médica, mas, também tem essa visão de que é só o médico que sabe... Nunca tive este questionamento [de ter consulta de enfermagem ao invés da do médico], mas, não sei das outras pessoas. Em nenhum atendimento elas chegaram para mim, os agentes trazem muito o que as pessoas falam. Eu sou muito procurada também fora, né? Nesse contexto eu acredito que eles vejam até a diferença minha entre o auxiliar de enfermagem. A gente fica muito junto em algumas ocasiões e às vezes eles põe a gente em “xeque”, esse vínculo em alguns momentos, porque o acesso a gente é muito fácil. Raquel

Na sua fala, a enfermeira diferencia a consulta de enfermagem da consulta médica, cada uma com seus objetivos, fundados nos diferentes núcleos de competência profissional do trabalhador atuante, que estabelecem recortes diferentes da situação de saúde a eles apresentada. Raquel destaca a criação de vínculo com os usuários como elemento que contribui para a valorização do seu trabalho.

Dentro das ações específicas do enfermeiro voltadas para a população portadora de diabetes, Raquel nos relata o seguinte.

A gente já fazia muita coisa. Tinha várias ações de promoção de saúde, né? Dia do diabético, né? Dia de monitoramento aqui na praça, a gente fazia uma ação educativa chamando a atenção para o diabetes no dia a dia. Agora é menos isso. Ajudar na orientação da alimentação da pessoa, do diabético, do regime. Agora a gente tem o curso da nutrição que nos ajuda nisso. Principalmente quando a pessoa tem muita dificuldade de entender a dieta, a gente acabava tendo uma conversa para dar orientações mais de perto. A gente não tem feito mais isso por conta do apoio da nutrição. Dos pacientes que tem que usar insulina, todos passam comigo, principalmente quando vai

começar para pode ensinar certo a técnica de aplicação. E no pé diabético, só um médico pode examinar, se tem um motivo para consulta medica vai ser médica, aí eu vou agendar uma consulta médica. Eu posso fazer ações preventivas, de promoção. Mas, chegando a queixa, as vezes eu prefiro nem atender porque se atender, dependendo do motivo, vai ter que chamar o medico. Porque se eu não resolvo nada, também não vou atender. Aí eu já agendo uma consulta medica de vez para não perder meu tempo! Raquel

Neste depoimento é assinalada certa diminuição das ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade. Pode ser identificado ainda que algumas atividades de educação em saúde têm sido delegadas em outros profissionais da equipe multiprofissional que atua vinculado à docência, como no caso das orientações dietéticas realizadas pelos alunos e professores do curso de nutrição. A enfermeira delimita quais são as ações que estão dentro de seu núcleo de competência profissional como, por exemplo, a educação para aplicação de insulina. Em relação com o HIPERDIA, a fala de Raquel já foi apresentada para ilustrar a situação em que se encontrava o NSF na época das entrevistas, no sentido em que não era realizada nenhuma das atividades previstas por este programa na unidade pelo desconhecimento dos trabalhadores e a falta de orientação e supervisão dos técnicos da SMS.

Quando analisado o conjunto dos depoimentos de Raquel transparece que suas múltiplas responsabilidades dentro da unidade têm favorecido um processo de trabalho que prioriza as atividades gerenciais e outras do tipo clínico-assistencial para grupos específicos tais como atenção pré-natal e planejamento familiar em detrimento da atenção dos portadores de doenças crônicas.

Com os elementos apresentados até aqui se impõe discutir qual é o papel da equipe de enfermagem no cuidado do usuário portador de DM e em geral do DM como problema de saúde, no contexto da ESF a partir dos seus núcleos de competência profissional.

O Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes elaborou em 2009 um manual com recomendações gerais sobre a atuação da equipe de enfermagem no cuidado individual e coletivo dos usuários portadores de diabetes. Utilizando a epidemiologia como referencial para a construção destas recomendações, as intervenções são didaticamente divididas entre período pré-patogênico e patogênico. Na fase pré-patogênica, a equipe de enfermagem pode contribuir a identificação e modificação de fatores de risco que estão relacionados ao

estilo de vida e são suscetíveis às mudanças comportamentais tais como obesidade, sedentarismo, aumento de triglicérides entre outros. Já no período patogênico, ações em prevenção secundária e terciária a traves de programas de educação em auto-cuidado e treinamento específico ao usuário e sua família na monitorização da glicemia, aplicação de insulina, cuidados com o tratamento farmacológico, identificação de sinais e sintomas de descompensação aguda, cuidados com os pés entre outras podem ser realizadas por estes profissionais. O foco fundamental das ações educativas, como foi discutido anteriormente, está na mudança comportamental através de um programa sistematizado com metas específicas e avaliação de resultados ¹⁴⁶.

Estas ações de enfermagem podem ser desenvolvidas de forma individual (na consulta de enfermagem e nos Cuidados Domiciliares) ou coletiva através da criação de grupos. Para realizar estas tarefas, a equipe de enfermagem precisa de treinamento específico e, neste sentido, o Programa de Doenças Crônico-degenerativas da SMS pode ter um papel importante na sua viabilização. No caso particular dos NSF do Distrito Oeste sob gerencia da USP, ainda pode contar com assessoramento e apoio da Escola de Enfermagem (EERP-USP). Esta unidade docente, através do Grupo de Pesquisa em Enfermagem e Diabetes Mellitus e do Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos conduzidos por docentes do Programa de Enfermagem Fundamental, tem acumulado larga experiência em ensino de graduação, pós-graduação e pesquisa em problemas relacionados ao DM e desenvolve um programa de multidisciplinar de atendimento em DM baseado na implementação do protocolo Staged Diabetes Management, elaborado pelo International Diabetes Center em Minneapolis (EEUU) ¹⁴⁷. Estas experiências estão documentadas em uma ampla produção de artigos científicos⁹.

As atividades clínico-assistenciais com realização de procedimentos de enfermagem também resultam importantes para o melhoramento da qualidade vida destes usuários. Nesse sentido, vale à pena destacar que a ausência de um espaço físico apropriado na unidade de saúde limita a realização de alguns destes procedimentos como administração de medicamentos pela via parenteral e curativos.

9 A modo de exemplo desta produção bibliográfica pode ser consultada a produção da coordenadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem e Diabetes Mellitus e do Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, Profa. Dra. Maria Lucia Zanetti do departamento de Enfermagem Fundamental da EERP-USP no seu currículo LATTES no seguinte endereço eletrônico. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4793124J1>

Na unidade de saúde estudada, a equipe de enfermagem encontra-se em uma posição privilegiada para a produção de cuidados em diabetes a partir dos seus núcleos de competência, especialmente através das ações educativas individuais e coletivas. A formação de vínculo com os usuários da população adscrita, expressada nos próprios depoimentos destas trabalhadoras, pode representar uma oportunidade para atingir estes objetivos de cuidado. Tudo isto sem negligenciar outras atividades de caráter administrativo e gerencial compõem o conjunto de desempenhos que configuram as competências de sua profissão e que são necessárias para o funcionamento da unidade de saúde.

4.4.5. O Cirurgião Dentista no cuidado dos usuários portadores de DM2 – repensando a lógica da atenção

Durante a apresentação dos sujeitos da pesquisa, a Equipe de Saúde da Família foi classificada como ampliada pela presença do cirurgião dentista, profissional que atua nesta unidade, vinculado ao desenvolvimento das atividades de apoio à docência da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) da USP. Cabe destacar que a qualificação que utilizamos para esta caracterização – *ampliada*, se justifica pela presença do dentista neste contexto específico, visto que a unidade, cenário da pesquisa, apresenta forte vinculação com a formação de pessoal para saúde, não contando com a presença do auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental e, portanto, não sendo caracterizada na rede de atenção como uma unidade de Saúde da Família na modalidade I ou II, mas desde sua implantação contando com este profissional para apoio às atividades da equipe e formação de profissionais da área de odontologia.

Os problemas odontológicos são freqüentes no usuário portador de DM, de modo que muitos deles participam das diferentes atividades promovidas pela equipe de saúde bucal. Quando nos referimos à equipe de saúde bucal estamos considerando o cirurgião dentista e aos estagiários da graduação da FORP porque nesta unidade, como já assinalado, não há auxiliar de consultório dentário nem técnico em higiene dental. Isto se justifica pelo fato de que os atendimentos curativos são realizados na unidade de referência CSE “Dr. Joel Domingos Machado”.

Para receber acompanhamento, o usuário pode se inscrever diretamente no grupo de odontologia, pode ser referido pelos médicos do NSF ou através do serviço de urgência da unidade de referência. De modo geral, as atividades realizadas pela

equipe de saúde bucal identificadas na pesquisa foram o grupo de odontologia, a consulta clínica, a visita domiciliar e o as intervenções de tipo curativo. A equipe também participa de forma esporádica em outras atividades de promoção e prevenção de saúde como, por exemplo, no grupo de doenças crônicas e outras ações de tipo externas à unidade de saúde.

Em geral, os usuários do atendimento odontológico iniciam seu acompanhamento em atividades grupais.

Então, aqui no núcleo de Saúde da Família eu tenho um atendimento que ele passa trinta dias, é um atendimento que tem um ciclo de 30 dias, o usuário, ele começa por uma reunião, com todos os usuários que estão ingressando no atendimento odontológico e isso acontece no primeiro dia do mês [...] Uma vez por mês nós temos o grupo da odonto que os pacientes chegam ao atendimento, que todos os outros usuários participam, cuja finalidade é explicar como funciona, tanto o programa saúde da família, a unidade e o serviço saúde bucal e tirar dúvidas comuns e trocas. Motivar as trocas de experiências. Eu tenho um idoso e tenho uma criança. O idoso já ta usando dentadura...Então é interessante, porque idoso fala..."Olha, eu não cuidei mesmo dos meus dentes, eu devia ter tido um cuidado maior... olha... você que é pequenininha... ó. toma cuidado..."Quer dizer, favorecer essas trocas de experiências, e estabelecer um contrato de convivência, como que vai ser dado o atendimento odontológico, isso acontece todas as primeiras segundas feiras do mês, ta. Tomas

Deste modo, as atividades grupais atendem a uma finalidade de realizar ações de educação em saúde e favorecer o intercambio de experiências entre os próprios usuários e entre estes e os profissionais. Este grupo é aberto à participação dos familiares dos usuários inscritos de modo a que a família tenha a oportunidade de receber orientações em saúde e promover mudanças de hábitos de forma conjunta.

Bom, nas quintas-feiras, eu tenho essa atividade de consulta de saúde bucal, cuja finalidade é criar vínculo com o paciente. É explorar um pouco a história de saúde dele, as queixas de saúde sistêmica, né. E explorar as queixas de saúde bucal, e tentar relacionar essas queixas, então, é... O que esta acontecendo com ele, com a vida dele, o modo como ele vive e o que isso tem de repercussão com a saúde bucal. E a partir daí, estabelecer com o usuário um projeto de atendimento, né. O que, que nós vamos fazer aqui? Dependendo dos problemas que ele apresenta, eu tenho algumas questões a serem abordadas, NE. Ele pode ter uma condição que leva a redução do fluxo de saliva, então eu vou tentar trabalhar com ele. Pode ser simplesmente uma dieta que esteja desequilibrada, NE. Ou pode ser o uso de alguma medicação. Eu tenho que ir de acordo para alterar isso, né. É, quando esta situação esta satisfeita, ou seja, eu não tenho mais o que trabalhar aqui, ele passa para um atendimento curativo na Cuiabá. Ele é agendado, o agendamento ele é continuo, ele não é encaminhado. Eu agendo daqui um atendimento na Cuiabá, para dar seguimento para fazer as restaurações, o trabalho curativo, remoção de tártaro, aí passa a ser na Cuiabá [...] Aqui nós não fazemos porque nós não temos o equipamento, nós não temos a cadeira. Isso, estrategicamente foi uma opção. Porque, normalmente quando você tem a cadeira no mesmo local, você é levado á esse atendimento curativo. O próprio paciente tem essa expectativa e a

gente acaba caindo no atendimento curativo. Então ter um momento com um limite de tempo estabelecido, um período de tempo estabelecido. Um ambiente que não tem equipamento, ele é mais favorável, o paciente ele se sente melhor, ele não tá vendo o equipamento, ele não tá lembrando dos sofrimentos que ele já teve. E a gente consegue estabelecer uma outra relação de atendimento. Tomas

O processo de trabalho de Tomas se fundamenta em ações que vão além da realização de procedimentos curativos, prática relativamente comum na área da odontologia. O profissional inicia os ciclos de acompanhamento com atividades coletivas que permitem abordar problemas comuns de saúde bucal e realizar ações educativas. A consulta clínica de odontologia é vista aqui como uma oportunidade para a criação de vínculo com o usuário que permita identificar os fatores individuais e familiares que influenciam no seu problema de saúde bucal elaborando-se um plano terapêutico que favoreça mudanças nestes fatores. Os procedimentos curativos não se constituem na atividade central mais um elemento do plano de cuidados. Estes procedimentos são realizados na unidade de referência CSE “Dr. Joel Domingos Machado”. A não realização dos procedimentos odontológicos no próprio NSF é colocada como estratégia para atingir os objetivos da consulta clínica e implicitamente se coloca a possibilidade de construção de outra lógica para o atendimento, que se volte para uma atenção mais integral a este usuário.

Além da caracterização destas atividades, dentro do que foi denominado pelo trabalhador de “ciclo” pelo qual o usuário passa, também é realizada a VD. O seguinte depoimento ilustra alguns aspectos relacionados com a VD.

Nós temos [visita domiciliar] para alguns pacientes nós temos feito visitas quando nós achamos... algum motivo indica há necessidade de visita. Este motivo pode ser, a discussão de um caso de família, em que traz alguma situação importante, para estar indo, estabelecendo contato, estabelecer um vínculo, ou trazer para a atenção de saúde bucal, assistência odontológica, e quando nós estamos aqui em consulta, que aparece alguma situação importante. Por exemplo, tivemos uma família que tinha acabado de vir de uma outra cidade e na primeira consulta, uma senhora de 60 anos, seria a chefe da família, desabou aqui. Falava que estava morrendo de medo, reclamava do marido que estava longe, quês tava separando. Mas, que o amava muito. E daí nós falamos o seguinte...”Olha tem alguma coisa aí, que precisamos entender melhor. Vamos tentar marcar uma visita, para ver aonde ela mora, se realmente a casa que ela mora não é segura, se ela está estranhando...”. Tudo isso foi feito; então algumas situações nos levam a esse caso. Há um caso também de uma paciente, conhecida nossa, que é cardiopata, que sempre a gente tá visitando para estar tentando trazer pro atendimento odontológico. Para acompanhar. Tomas

Note-se novamente a importância concedida às reuniões de discussão de famílias como momento para o intercâmbio entre os diferentes profissionais da ESF e para o estabelecimento de estratégias de abordagem dos problemas de saúde individuais e coletivos e de outras situações que modificam o processo saúde doença. A VD permite identificar fatores do entorno familiar que interferem na saúde bucal e organizar a realização de ações educativas.

Este depoimento também resulta interessante no sentido de reiterar mais uma vez que os cuidados realizados pela equipe de saúde bucal não estão centrados na doença e em práticas curativas, mas na visão integral da pessoa. É importante que se retome esta questão, pois um dos princípios colocados pela Atenção Primária Renovada¹⁸ é o foco na pessoa e não na doença, ou seja, a partir do reconhecimento desta pessoa, buscar a identificação de suas necessidades e problemas para a organização de um plano terapêutico que leve em conta a integralidade da atenção. No trecho de fala selecionado, a usuária em acompanhamento odontológico expôs à equipe uma situação familiar que não necessariamente teria influência sobre a doença bucal e que, por tanto, fugiria do núcleo de competência profissional do cirurgião dentista. No entanto, através das tecnologias leves de tipo relacionais, estabeleceu-se um vínculo profissional-usuária que permitiu que se operasse um núcleo cuidador para abordar de forma integral as necessidades desta pessoa ⁶¹.

Em relação aos cuidados aos usuários portadores de DM, o cirurgião dentista ressalta que há influência recíproca entre esta enfermidade e algumas doenças bucais como no caso da doença periodontal, reconhecido na literatura científica¹⁴⁸. Ainda é necessário maior aprofundamento da discussão do cuidado destes usuários entre os diferentes profissionais da equipe para o reconhecimento destes fatores de risco e da necessidade de incluir à atenção odontológica dentro da sua rotina de acompanhamento. Apenas o atendimento curativo encontra-se organizado através de um protocolo clínico. Chama atenção ainda que os documentos utilizados como referência neste trabalho que representam as políticas públicas em DM e que visam qualificar o atendimento destes usuários (Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS e Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus do MS), não prevêem ações específicas a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde bucal.

[ações da odontologia para os usuários portadores de DM] Na verdade Rafael é um protocolo para definir, em que momento eu posso atender ou eu não posso atender o diabético, mais é isso. Porque? Porque dependendo da glicemia, ele pode ou não pode ser submetido ao tratamento odontológico né. Ou, quando pode, qual os cuidados que eu tenho que ter. Então, com isso foi feito a uns quatro anos atrás, nós tivemos...Surgiu esta dúvida, e nós...A equipe resolveu sentar e discutir; pegar algumas referências e escrever isto. Foi escrito né, essa referência, de que acordo com a glicemia, a partir de 250 mg/dl, eu não devo atender; até 250 mg/dl para alguns procedimentos e abaixo de 200mg/dl eu poderia fazer qualquer procedimento odontológico, né. Na verdade, foi isso que foi estabelecido [...] Ó, dentro da equipe, a gente poderia até pensar, isso eu me preocupo né... Em fatores de risco. Então, olha... Isso não tá claro... Não tá presente... O paciente diabético ele tem um fator de risco presente na doença periodontal, que é importante, assim como a doença periodontal acaba sendo um fator de risco para o controle das diabetes. Isso, não tá casado, a princípio, todo paciente diabético, precisa passar por uma avaliação adontológica, né, pra verificar pelo menos, a condição periodontal, né; porque isso é importante né. Isso não tá claro, mas isso é um fator de risco, é um ponto que precisa estar presente na equipe [...] A literatura mostra essa relação de risco. É, nos casos que aparecem, a gente tem colocado Mas é sempre assim: “Puxa ó... esse paciente diabético..eu queria olhar para ver a questão periodontal”, então a gente acaba trazendo, né. Mas não é uma questão presente de rotina da equipe: “Olha, ele tem um fator de risco... Olha ele tem diabetes, então vamos”, é, como se fosse uma rotina, não faz parte da rotina. Tomas

O Caderno de Atenção Básica-Saúde Bucal estabelece algumas diretrizes para o acompanhamento dos usuários portadores de DM na Atenção Básica. Neste documento, a atenção destes usuários é considerada prioritária pela influencia deletéria do estado metabólico na saúde bucal e vice-versa. Em termos gerais, estão previstas ações individuais e coletivas em vigilância epidemiológica da saúde bucal, ações educativas e tratamento cirúrgico preventivo, curativo e de reabilitação¹⁴⁹.

A introdução das ações de saúde bucal na ESF através da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família e sua regulamentação pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, qualificou a ESF e à atenção odontológica ao aumentar a cobertura deste tipo de serviço para uma população que habitualmente não tinha acesso a saúde bucal mais próximo da sua realidade social^{150,151}.

Assim, a reorganização da atenção odontológica passou a se reger pelos mesmos princípios e diretrizes da AB, tendo caráter substitutivo das práticas tradicionais focadas nos procedimentos curativos com a introdução de ações de

planejamento, prevenção e promoção de saúde bucal e melhoramento da acessibilidade a estes serviços da população adscrita.

Neste contexto, o papel da equipe de saúde bucal resulta importantíssimo na qualificação da atenção ao usuário portador de DM que apresenta fatores de risco reconhecidos para doenças bucais, especialmente a doença periodontal¹⁴⁹. No NSF estudado se faz necessário o estímulo ao debate entre os diversos profissionais da equipe sobre a importância da atenção odontológica destes usuários e para o estabelecimento de critérios para seu acompanhamento.

4.4.6. O processo de trabalho dos médicos no cuidado dos usuários portadores de DM2 – possibilidades na construção da continuidade, longitudinalidade e integralidade da atenção

O NSF estudado, na parceria entre SMS e USP, funciona como uma unidade docente que recebe residentes da especialidade Saúde da Família e Comunidade. No período do trabalho de campo nesta unidade, encontravam-se desenvolvendo ações voltadas à formação específica da Residência Médica cinco (5) médicos residentes, cada um deles responsável pelo atendimento médico de uma micro-área. Também havia 1 médico generalista, este último denominado pelos próprios trabalhadores como “médico contratado” ou “médico fixo”, também responsável pelo atendimento médico de toda a população adscrita, bem como da supervisão dos médicos residentes e estagiários de graduação de medicina da FMRP-USP. Este número de profissionais e sua rotatividade em função da residência médica têm influência sobre o processo de trabalho da unidade.

O foco desta pesquisa é a produção do cuidado realizada pelos trabalhadores da equipe fixa, no entanto, no caso da equipe médica, foi realizada uma exceção em função da duração do período de estágio dos médicos residentes que é de dois anos, onde estes permanecem na unidade de saúde assumindo a maior parte dos atendimentos criando responsabilidade e vínculo com a população adscrita.

A rotina diária do médico residente no NSF está em função de suas atividades vinculadas à formação em Medicina de Família e Comunidade, permanecendo de forma habitual por meio período do dia no NSF.

Então, geralmente acordo as 06:30h por aí, para estar no núcleo ou para passar nos estágios, que a gente passa, sempre em um período do dia quase sempre que tem uns estágios integrais fora, mas, na maioria é no núcleo, para a gente manter o vínculo, o contato com o serviço, e desta

formação né? Que permite a gente formar vínculo, ter contato, com a realidade do local onde a gente está. Tá trabalhando e o outro período é exercitar o que a gente tá treinando e no outro período a gente roda nas cinco cadeiras básicas da Medicina. E aí a gente passou na Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Neonatal, Saúde do Adulto e a Medicina Social. Matias

Bom, em R1 a gente passa em todas as áreas. Pequenas cirurgias, que dá para você trabalhar num PS, Pediatria, Ginecologia, a gente passa por todas as grandes áreas e um período a gente passa no núcleo, ou de manhã ou a tarde [os estágios] Ou são no hospital ou são no Centro Saúde Escola [período de] 4 semanas, 4 semanas em cada. Em R1 você já tem um vínculo no serviço, é mais fácil, mas, agora em R2 e por áreas mais específicas... Oftalmo, Cirurgia, vai passando tudo de novo. E isso seria assim, $\frac{1}{2}$ período no hospital e $\frac{1}{2}$ nas unidades. Lidia

Quando suas atividades no NSF se iniciam no horário da manhã, os residentes participam de forma ativa nas reuniões de discussão de casos e administrativas, muitas vezes assumindo a condução destas, apresentando temas de saúde nas atividades educativas para equipe dentro das próprias reuniões, ou discutindo estratégias de abordagens em famílias ou indivíduos trazidos para discussão coletiva. Como já discutido, as iniciativas disparadas pelos próprios residentes para reestruturar o atendimento ao usuário portador de DM foram apresentadas à equipe no contexto destas reuniões.

Já a rotina de trabalho do profissional médico da equipe fixa é descrita a seguir pela própria trabalhadora.

Bem, a gente inicia as atividades às 7hs da manhã, a gente tem uma reunião com a equipe das 7hs às 8hs, nessas reuniões a gente discute casos de família, acompanhadas, a gente faz alguns encontros de educação continuada, e outros encontros de projetos de pesquisa porque nós somos uma unidade que trabalha com a assistência a pesquisa, e ensino, e a partir da 8hs então nós temos os agendamentos, é eu atendo diretamente e estou ligada a assistência direta em alguns dias, em outros dias eu não tenho esse atendimento médico direto e fico na supervisão dos alunos, a gente tem uma média de 2 residente por período com uma agenda de $\frac{1}{2}$ hora, e a gente tem uma média de 5 alunos, 2 ou 3 que passam por período com a gente num intervalo de 2 meses que também atendem e que eu também faço a supervisão desses casos. Nosso agendamento é das 8hs às 10hs da manhã a das 11hs às 12hs a gente tem o atendimento dos pacientes eventuais, que são aqueles pacientes que procuram a unidade e que não estão agendados e que precisam ser atendidos. Aí então ao meio dia a gente fecha a unidade, nem sempre a gente fecha a unidade ao meio dia, na maior parte das vezes a gente não fecha. E aí em geral eu saio para o almoço e volto às 2 horas para os pacientes agendados até as 17hs, mas, que geralmente sempre fica 1/2 hora 40 minutos depois do fechamento para terminar as atividades com os pacientes, atendimentos, discussões etc. Eunice

O trabalho da médica generalista se inicia com as atividades comuns aos outros trabalhadores da unidade que são as reuniões de discussão de famílias e administrativas, para posteriormente realizar atendimentos médicos agendados ou eventuais assim como atividades de supervisão de residentes e estagiários de medicina. Especificamente nesta atividade de supervisão de estágios, a médica generalista tem a responsabilidade de julgar as condutas médicas adotadas por outros profissionais. A atividade de supervisão aparentemente, não tem reconhecimento do ponto de vista formal/institucional e representa uma sobrecarga de trabalho para a profissional. No seu depoimento Eunice demonstra insatisfação com este estado de coisas e com as dificuldades no diálogo com os representantes da universidade.

Não, eu não recebo por isso [supervisão], eu não sou oficialmente docente na minha carteira de trabalho eu estou como medica generalista, diferente das outras vezes quando eu tinha atividades nas outras universidades como docente que meu registro era como médico assistente ou docente. Aqui eu tenho a responsabilidade direta de ensino dos alunos do 5º ano e dos médicos residentes de 1º e 2º ano em Medicina de Família, mas, eu não tenho nenhuma oficialização, isso fica subentendido. No contrato que eu assinei não tem nada que fale que eu devo prestar assistência docente. Fala que eu sou médica e que eu vou prestar assistência a comunidade para a qual eu for determinada, onde eu for colocada. Seja onde eu for colocada, para o Núcleo de Saúde da Família, ou Centro de Saúde Escola que eu sou médica, diz que eu sou médica de família e diz que eu devo prestar assistência dentro da minha especialidade para o lugar onde eu for colocada. Fala onde eu devo estar, mas, não fala em momento nenhum sobre docência [...] Acho que é uma infelicidade a gente ocupar essa posição [de supervisor]. Assim, teve amplas discussões, a equipe já teve vários questionamentos a esse respeito, só que do jeito que as coisas estão estruturadas atualmente nos núcleos e a forma como a universidade se relaciona para com esses núcleos, não há um reconhecimento direto dessa atividade docente, não! Eunice

Esta é uma fala que chama atenção. Eunice traz aspectos que merecem reflexão no que diz respeito à relação Universidade – Serviços de Saúde, mas que também nos remete à questão mais geral da formação de pessoal para saúde nos serviços e do papel do Sistema Único de Saúde. Como já apontado anteriormente, na Constituição do Brasil ¹⁰⁸, é expresso que cabe ao SUS a ordenação da formação de pessoal para saúde, e na tentativa de operacionalizar este aspecto, o MS vem buscando a construção de estratégias que possam favorecer a formação de profissionais mais condizentes às premissas e pressupostos do SUS. E nesta direção, a fala de Eunice é provocativa, levando à reflexão de como estamos construindo estas parcerias, uma vez que se coloca o desafio de articular processos de trabalho diferenciados: aquele voltado à produção de cuidados aos usuários que

buscam os serviços de saúde e aquele que se volta à construção de competências específicas das várias categorias profissionais para o trabalho em saúde.

Quanto ao conjunto das atividades desenvolvidas no NSF, verificamos que todos os profissionais médicos da unidade têm participação direta ou indireta no planejamento e execução de algumas atividades gerenciais, administrativas, grupais e outras de caráter coletivo junto à comunidade. De todas as atividades realizadas por estes profissionais, foram identificadas três que se relacionam diretamente com o atendimento aos usuários portadores de DM2. Estas atividades foram: educação em saúde através dos grupos; atenção domiciliar e consulta médica.

O tema da educação em saúde através de atividades grupais nas Condições Crônicas foi objeto de discussão em outro momento deste estudo. De forma geral, a responsabilidade pela coordenação/condução do grupo é do médico residente do primeiro ano - R1. Durante as observações realizadas, se identificou que as ações educativas eram realizadas na forma de apresentações/palestras de temas por parte da equipe de saúde, sem planejamento de médio prazo, nem metodologia definida e com escassa participação dos usuários.

Quanto à atenção domiciliar, existe uma agenda de visitas que envolve os grupos prioritários (crianças menores de dois anos, gestantes, acamados, portadores de CC com controle inadequado) e casos eventuais, habitualmente sugeridos a partir das VD dos ACS e dos AE.

Das 07h as 08h onde é apresentado as famílias, os agentes levantam algumas situações de risco e qual a necessidade daquela família, qual será a abordagem? Se tem necessidade de uma visita domiciliar? Um médico ou um enfermeiro? Qual que é o seguimento que a gente vai ter? Matias

Gostaria chamar à atenção novamente para o uso generalizado pela equipe do termo “visita domiciliar” para se referir a qualquer intervenção de saúde realizada nas moradias dos usuários. Os conceitos relacionados à atenção domiciliar já foram apresentados anteriormente neste trabalho.

A atenção domiciliar desempenhada pelos médicos difere das “VD” já descritas para ACS e AE. Em termos gerais, os motivos da atenção domiciliar são decorrentes de alguma queixa de saúde, bem ou mal definida, que precisa diagnóstico e tratamento em usuários que estão impossibilitados de se deslocarem até a unidade de saúde. Outro motivo são as ausências à consulta dos “grupos prioritários” definidos a partir da classificação de risco.

A estrutura geral do conteúdo da atenção domiciliar médica para usuários portadores de diabetes identificada nas entrevistas foi a seguinte.

- Interrogatório ao usuário e familiares sobre queixas gerais e específicas relacionadas com o problema de saúde atual ou anterior (antecedentes pessoais), uso de tratamento farmacológico, tratamento não farmacológico (dieta e atividade física) e fatores de risco. Pesquisa de sintomas de descompensação ou complicações do DM.
- Exame físico geral e dirigido ao problema de saúde atual.
- Elaboração de hipótese diagnóstica.
- Definição de conduta médica. Tratamento domiciliar, encaminhamento para exames laboratoriais, encaminhamento para unidade de Pronto Atendimento, agendamento de consulta no NSF, encaminhamento para outras especialidades médicas nas unidades de referência, solicitação de intervenção de outro profissional da unidade de saúde (enfermeiro, nutricionista etc.).
- Elaboração do plano terapêutico.
- Acompanhamento domiciliar ou no NSF se for necessário.
- Aconselhamento geral sobre tratamento não farmacológico, essencialmente dieta e atividade física.

Durante as entrevistas não foi narrada nenhuma internação domiciliar realizada por estes profissionais.

Em relação à atenção domiciliar, vários aspectos conceituais foram abordados neste capítulo. Como apresentado, no caso dos profissionais médicos, de forma geral esta intervenção se origina a partir de queixas de saúde que requerem de sua intervenção, essencialmente de caráter diagnóstico e instituição de plano terapêutico. Deste modo, podemos afirmar que as intervenções descritas se aproximam ao conceito de atendimento domiciliar ¹⁴¹ destacando-se ainda que esta tecnologia de saúde encontra-se centrada na queixa/doença com muito menor ênfase em aspectos relacionados com a promoção e prevenção de saúde e na avaliação do contexto socioeconômico do usuário, atividades estas que são melhor desenvolvidas pelos ACS.

Há uma discussão importante sobre a viabilidade da realização da atenção domiciliar no sistema público brasileiro por profissionais de nível técnico e

universitário, especialmente na ESF. Alguns pesquisadores apontam a sobrecarga de trabalho a partir da demanda de consultas e procedimentos e a pouca disponibilidade de horas destes profissionais como o principal empecilho para sua execução assim como a não existência de regras claras sobre a definição do público alvo, periodicidade e indicadores de avaliação (indicadores de produção) que se ajustem à realidade assistencial da maioria das equipes da ESF e da limitação de recursos materiais para desenvolver ações como a internação domiciliar ¹⁵².

O NSF parece apresentar uma situação diferenciada das USF geridas pela SMS ao ter disponibilidade de agenda dos médicos que atuam essencialmente (mas não exclusivamente) em uma micro-área relativamente pequena do ponto de vista territorial, o que se constitui em um facilitador para o processo de aproximação e de aprendizagem, visto que a atenção domiciliar faz parte das competências e habilidades que os residentes devem adquirir durante a realização da residência médica em Saúde da Família e Comunidade.

Em relação à consulta médica, os seguintes depoimentos ilustram as ações descritas pelos médicos durante as entrevistas, em relação a sua organização geral e aos atendimentos específicos para os usuários portadores de DM2.

Depois [da reunião diária ou administrativa] a gente começa o dia com os atendimentos agendados. Visando mais prevenir e a gente abre espaço para consultas eventuais, algum problema que a pessoa está passando. Fecha ao meio-dia reabre as 2 hs. E a gente atende, retorna também a tarde e tenta encaixar algum outro eventual que aparece [...] Em atenção primária é muito frequente, o diabetes. É o que mais a gente trata, diabético e hipertenso! Para prevenir para haver saúde. Se [o usuário portador de DM] estiver em condições normais, controlado, a gente marca um retorno a cada 4 meses para fazer os exames, agora se estiver descompensado, a gente marca o retorno mais próximo que puder. Esse intervalo de 4 meses seria o intervalo para você renovar os exames dele. Existe um protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão e tem os protocolos do HC também que a gente usa. [pontos gerais do protocolo] Num diabético? Então, a gente vê se ele já passou no oftalmo, para ver se há alguma retinopatia precoce, uma vez no ano, ver se já foi fazer fundoscopia, orienta no cuidado com os pés, pé diabético e faz os exames de rotina. Hemoglobina glicada, glicemia de jejum, função renal, proteinúria, a gente orienta a dieta. Lidia

A gente segue o protocolo [de DM] da prefeitura, né? Basicamente, né? De acordo com os Conselhos lá de Diabetes, a Sociedade Brasileira avaliando lá a glicemia, uma rotina anual onde a gente vê fundo de olho, pele, função renal, proteinúria, hipoproteinúria, essas coisas. E os fatores de risco associados, tipo fumo, é mais ou menos isso. Uma rotina anual e um controle trimestral. Mas, se tiver queixa, ficar descontrolado, um pouquinho mais. Matias

Nestas falas se evidencia que os profissionais médicos conhecem e utilizam como ferramenta de trabalho o Protocolo de Atendimento a Hipertensão e Diabetes da SMS, especialmente no tocante à organização do acompanhamento, denominado no documento como Rotinas de Acompanhamento. Destaca-se a ênfase na periodicidade da realização de exames laboratoriais, prazos de acompanhamento e interconsulta com outras especialidades médicas sem, contudo, serem mencionadas as orientações educativas individuais ou coletivas, que conformam a atenção integral do acompanhamento destes usuários.

Durante as observações participantes, algumas destas rotinas puderam ser constatadas. Embora haja certa variação em função dos diferentes profissionais observados, certo padrão pode ser identificado. As consultas tiveram uma duração média de 34 minutos, sendo a mais rápida delas realizada em 24 minutos e a mais prolongada em 47, devendo ser considerado que esta variação se deu a partir da situação assistencial de cada usuário. A seguir apresentamos uma observação de consulta agendada para o controle do DM que permitem ilustrar este padrão.

10:16. Médico: Vamos lá?

Entram no corredor e Médica afere o peso e a estatura [com sapatos]. A usuária está acompanhada da filha. Informa o resultado das medições e anota no prontuário.

Médico: Quantos anos a Sra. tem?

Usuária: 74.

Filha: Ela tem acompanhamento por diabetes, hipertensão e problemas psiquiátricos.

Médico: E como é que a Sra. vem passando?

Filha: Ela vai mais ou menos. No outro dia levou um tombo andando sozinha dentro de casa e a gente teve que levar para o ortopedista. Às vezes a gente esquece que está com problemas de cabeça.

Médico: [vai anotando no prontuário] Não quebrou nada?

Filha: Caiu sentada. Na Cuiabá fizeram Rx e não deu nada.

Médico: Ela está tomando quais remédios?

Filha: Todos esses aqui. [Mostra remédios]

Médico: Anota medicação no prontuário na medida em que vai olhando.

Médico: A parte de endócrino como é que tá? Fez algum exame?

Filha: O mês passado fez vários exames de urina, de sangue...

Médico: Quando é o próximo retorno?

Filha: Julho.

Médico: Então esta fez o acompanhamento no endócrino no mês passado. Trouxe a cartinha?

Filha: Na verdade não sei. Acho que vou procurar, meu pai que tem ido com ela em todas as consultas.

Médico e Filha saem para procurar ao Esposo na recepção.

Esposo procura o cartão de consultas. Todos discutem data de acompanhamento.

Médico: Então, na semana próxima tem que colher sangue.

Esposo: A médica do diabetes quer que faça exame de 24 h lá no HC. Vai ter que internar.

Médico: Tenta orientar as datas e locais de acompanhamento e exames [HC, CSE] Todos conversam quase simultaneamente.

Médico: Quando tiver retorno do CSE, traz a cartinha com os resultados. A cardio está indo?

Esposo: Passou para cá [do HC para o CSE].

Médico: O que que ela esta tomando?

Esposo: Esta tudo aqui marcado Dra. [entrega receita].

Médico: Então está tudo certinho com a medicação?

Filha: Tudo certinho. A minha irmã que mora com eles organizou.

Médico: E da parte de psiquiatria o que é que ela toma?

Filha: Diazepan e Largactil. Ela estava se queixando do estomago. Agora não se queixa mais.

Médico: A dor que deu uma desarticulada [olhando o tempo tudo para o prontuário].

10:35

Médico: Fez cocô?

Filha: O intestino esta preso de um tempo para cá. Perdeu tudo o apetite sobre tudo com comida de sal. O intestino dela fica 4 ou 5 dias sem funcionar. Minha irmã tem que fazer FLEET.

Médico: O cocô sai empedrado? Tenta dar uma colher de sopa de óleo mineral.

Filha: Será que é bom Dra? Ela já tomou várias vezes e continuou do mesmo jeito.

Médico: Ela usa laxante? Tomou a vacina?

Filha: Às vezes tem que dar laxante quando tem muitos dias sem fazer cocô né? A vacina tomou aqui no postinho. Essa dos idosos. [Médico continua anotando no prontuário]

Médico: Vamos ficar em pé para fazer um exame.

Filha: Ela tem baixado de peso né pai? Esta sem apetite nenhum.

Esposo: É, a gente passa dificuldade para dar comida para ela.

Médico. mede a circunferência abdominal

Médico: Ela já fez o teste dos pés este ano?

Filha: Não me lembro.

Médico: [falando com U]. Vamos sentar aqui em cima?

Exame físico. Regional cabeça, pescoço. Mede a pressão arterial.

Médico: 12 por 8. Muito bom.

Usuária: Ta boa né?

Médico: Sim [anota no prontuário]. Continua com ausculta cardíaca e aparelho respiratória.

Exame físico do abdômen, exame dos membros inferiores [pulsos].

10:50. Anota o resultado do exame físico no prontuário.

10:52. Médico: Estou anotando nesta planilha aqui os resultados dos exames para gente não se perder. [Trata-se da nova planilha que segue protocolo da SMS].

Filha: Ela fez um eletro tem pouco tempo e parece que deu alterado. Não sei bem o que que é?.

Médico: Vou dar uma picadinha na Sra., ta bom? 103. Ta boa.

Usuária: Ta baixo né Dra?

Médico: O que vamos fazer. Nos vamos renovar as receitas. Não vou mexer na medicação enquanto aguardo os resultados dos exames. Vamos colocar o retorno para o final de agosto para dar tempo a passar por tudo. Quais receitas precisam?

Esposo: Diazepan, digoxina e clorpromazina.

Médico: Gente o diazepan já acabou? Lembrem que esse remédio é controlado.

Esposo: A gente deu certinho para ela. O Dr. Abrão aumento a dose, mas ele não passou a receita e acabou.

Médico: Preenche receitas. [Silencio 10:57]

Médico: Vou pegar o receituário que acabou. Entra no outro consultório.

Filha e esposo conversam sobre vários temas.

Há um estagiário de medicina na porta do consultório aguardando para discutir um caso com Médico.

Médico conversa com estagiário no corredor, entra novamente e pega medicamentos do armário [amostras grátis]. Sai novamente.

11:10. Médico entra. Mostra um frasco de óleo mineral e explica a forma de uso.

Médico: Não é para fazer FLEET o tempo todo. A sra. tem que fazer um esforço e comer.

Usuário: Não dá não, não tenho fome nenhuma.

Médico: Faz receita. Volta a explicar o uso do óleo mineral. Marca retorno para 26 de agosto.

Médico: Preenche receita azul (psicofarmacos).

Usuário: O remédio da diabetes continua?

Médico: Continua. Só isso.

11:13. Despedida. Aperto de mãos. Fim

Observação 13

Nesta observação podem ser identificados vários elementos da sistemática geral das consultas médicas que são apresentados a seguir.

- O atendimento se inicia na área da recepção com o convite do médico ao usuário para entrar na consulta.
- Aferição do peso e estatura: Durante o trânsito no corredor, habitualmente são aferidos o peso e a estatura para calcular o IMC. Isto quase sempre é realizado com o usuário vestido e calçado na única balança do NSF que se encontra localizada neste lugar.
- Interrogatório: Queixas gerais sobre o estado, de saúde, queixas específicas sobre DM e outras comorbidades. Uso de tratamento farmacológico detalhado, tratamento não farmacológico com ênfase na dieta e exercícios físicos. Acompanhamento médico no NSF e outras unidades da rede de saúde. Hábitos de vida (tabagismo, uso de álcool, hábito intestinal, alimentação). Conferência dos resultados dos exames laboratoriais. Preenchimento de forma simultânea do prontuário individual com dados coletados do interrogatório.
- Exame físico geral e regional. Aferição da pressão arterial e da glicemia capilar. Teste de sensibilidade dos pés com monofilamento de 10 g segundo periodicidade da rotina do Protocolo.
- Saída para discussão de caso com médico generalista responsável pela supervisão no caso dos residentes e estagiários.
- Preenchimento do prontuário individual com os resultados do exame físico.
- Preenchimento de receitas, guias de encaminhamento para exames laboratórios, guias de encaminhamento para interconsulta com outras especialidades, relatório de produção e outros documentos. Simultaneamente

orientações sobre tratamento farmacológico e não farmacológico, exames laboratoriais e encaminhamentos a outras especialidades.

- Saída para a recepção para agendamento de retorno e preenchimento de outros documentos.

A observação que estamos usando como referência na discussão das consultas médicas, foi selecionada por sua representatividade deste processo embora, como já assinalado, há variabilidade em função dos diferentes profissionais observados e da situação clínica dos usuários. Note-se que esta consulta, o trabalho médico esta centrado na realização de determinados procedimentos “protocolados” sem que haja uma verdadeira atenção às necessidades do usuário que nesta consulta é anulada pelo diálogo entre o médico e os familiares. Deste modo, o trabalho vivo é capturado pelo trabalho morto, neste caso, a realização de determinadas ações para cumprir com o protocolo de atendimento. A seguir apresentamos outro fragmento de observação que permite ilustrar estas afirmações

10:07. Médico: E aí, como é que a Sra. está indo?

Usuária: Estou indo bem, graças a deus. Só tenho esse problema de urina solta que às vezes não dá para chegar no banheiro. Minha nora reclama, mas não é culpa minha. Não posso fazer nada.

Médico: A Sra. tratou por infecção urinária?

Médico continua escrevendo no prontuário e pergunta sobre medicação.

Usuária descreve o uso dos medicamentos com alguns erros.

Médico: A Sra. não tem ninguém para ajudar com os remédios e vir na consulta? Cadê sua filha? [médico parece conhecer detalhes da família].

Usuária: Minha filha não mora mais comigo. Quem está morando é a mulher do meu neto. Ela sempre esta reclamando de mim. Os remédios estão aqui nessas receitas.

Médico: Nossa, tem um monte de papel velho aqui dona V. vou organizar para Sra. Vou jogar fora as receitas velhas tá?

[...]

Médico: Qual é o problema da urina dona V?

Usuária: Que estou fazendo na roupa. Esta solta e às vezes nem percebo.

Médico: [interrompe] e a alimentação como é que tá? [enquanto anota no prontuário].

Usuária: Estou comendo de tudo Dr. Acho que tenho emagrecido. Agora quem faz a comida em casa e minha nora.

Observação 6

Neste caso a usuária esta sinalizando que tem uma queixa de saúde específica que pode não estar relacionada com o DM e que esta vivendo um conflito familiar que, a julgar pelas falas, lhe está causando sofrimento. No entanto, o profissional persiste em manter uma sistemática de atendimento pré-estabelecida, concedendo pouca atenção às queixas da usuária, que nesse momento, são mais importantes para ela. Este trecho de observação constitui outro exemplo do trabalho

centrado no procedimento, no protocolo estabelecido para o desenvolvimento da atividade. Cabe ainda que se considere que a identificação de necessidades que não se localizam especificamente no corpo biológico, é difícil para o médico, mas ainda para o conjunto da equipe de saúde, ficando a produção de cuidados centrada numa lógica que é marcada pelos procedimentos e rotinas.

Outra questão que merece análise é o tempo médio utilizado no preenchimento de dados nos prontuários individuais e de outros documentos e, em termos gerais, o tempo necessário para uma consulta de qualidade aos usuários portadores de Condições Crônicas como o DM.

O preenchimento do prontuário individual e de outros documentos como receitas médicas, guias de encaminhamento para exames laboratoriais e outros documentos impressos no formato atual, são imprescindíveis para o desenvolvimento processo de trabalho sendo alguns deles de exclusiva atribuição do médico. Porém, na maioria das consultas observadas, o interrogatório e as orientações transcorreram enquanto o profissional encontrava-se preenchendo algum documento de forma simultânea. De certa forma, este pode ser um fator que diminua a atenção do médico em relação às queixas e comentários do usuário além de minar o processo de comunicação como um todo e a formação de vínculo adequado com o usuário.

O tempo utilizado como referência para a consulta médica no NSF é de 30 minutos. Este tempo é levemente superior ao utilizado em pesquisas que têm avaliado o impacto da Saúde da Família, financiadas pelo MS, que é de 20 minutos por consulta na ESF, sendo calculado considerando a carga horária de 40 horas de contratação do médico e a distribuição de horas entre outras atividades desenvolvidas por este profissional^{10 153}.

Durante as reuniões administrativas como já apontado, surgiu um debate relativo à vinculação de algumas ações da consulta médica como o preenchimento de receitas médicas e guias de encaminhamento às atividades do futuro “grupo de diabéticos” a ser criado. Esta iniciativa partiu de alguns residentes que

¹⁰ Henrique e Calvo em pesquisa realizada nos municípios de Santa Catarina apontam que “Para o cálculo de consultas médicas esperadas, estabeleceu-se um tempo médio de 20 minutos de consulta por paciente, multiplicado por 24 horas de atendimento semanais, totalizando 72 consultas médicas por semana. As 24 horas foram calculadas para um contrato de trabalho de 40 horas, exigido na maior parte dos municípios brasileiros para atuação no PSF; as 16 horas restantes destinam-se às atividades em equipe para promoção, prevenção e reabilitação da saúde, quais sejam: grupos de atenção, visitas domiciliares, educação continuada e planejamento e avaliação das ações”.

argumentavam que não era possível fazer orientações e preencher documentos no mesmo ato da consulta.

O objetivo de entregar a receita com as medicações e os pedidos de exames no grupo é aumentar a participação [no grupo de DM]. Se não os pacientes acabam arrumando uma justificativa e não vão participar. E gente, vamos combinar que na consulta não dá para passar todas as informações da alimentação, atividade física e cuidados do diabético. Só preenchendo papel e fazendo o exame físico passou a meia hora. Esta experiência eu já tive em outro município que eu trabalhei e lá você era diagnosticado como diabético e automaticamente a gente agendava o grupo para pegar os resultados dos exames e acabava ouvindo as orientações. E era desse jeito pelo mesmo motivo que eu falei. Mateus

Independentemente de que esta proposta esteja correta ou não desde diversos ângulos, e de fato existem vários pontos questionáveis, esta se sinalizando a necessidade que estes profissionais têm de reordenar o processo de trabalho para poder realizar estas atividades de orientação e provavelmente, estabelecer um melhor vínculo com o usuário durante o ato da consulta médica.

Como já discutido, a educação em DM através de ações coletivas deveria responder a uma metodologia e finalidade que dificilmente poderia ser compatibilizada com a vinculação de ações próprias da consulta médica, além do risco potencial de gerar rejeição dos usuários (quando o que se busca é exatamente o efeito contrário, a adesão); ao tornar compulsória a participação nesta atividade para obter receitas e encaminhamentos. Ainda devemos acrescentar que alguns usuários, por situações próprias de sua vida diária e do funcionamento da unidade de saúde, se verão impossibilitados de participar nas atividades grupais. Deste modo, perderiam a oportunidade e direito de receber atendimento qualificado na consulta médica. O desafio posto para a Saúde da Família seria atuar de forma a garantir que os atributos da atenção primária fossem contemplados, ou seja, que a oferta de ações se voltasse a permitir a efetivação da: longitudinalidade, foco no indivíduo e na família e não exclusivamente na doença, integralidade da atenção ofertada com a concretização da acessibilidade ao conjunto de ações e serviços que pudessem qualificar seu atendimento e sua vida, dentre outros.

Ainda no que diz respeito ao registro, por referência aos prontuários individuais, estes documentos representaram uma fonte secundária de dados que foram analisados como parte integrante do processo de cuidado aos usuários portadores de DM2, como também pode ser comprovado nas observações participantes da consulta médica. Retomando o descrito na metodologia, do total de 138 usuários portadores de

DM cadastrados no NSF, foram analisados 62 prontuários individuais que satisfaziam os critérios de inclusão. Os motivos de exclusão destes prontuários podem ser consultados na Tabela 2. Nos 62 prontuários incluídos na pesquisa foram verificadas a presença ou ausência de determinadas ações de cuidado (Apêndice D) nas consultas médicas ou atendimentos domiciliares realizadas nos doze meses anteriores à data de corte, estabelecida no campo de pesquisa.

Reiteramos que o objetivo da análise dos prontuários individuais não foi avaliar a qualidade das condutas médicas para o usuário portador de DM2. O que se perseguiu na pesquisa foi entender como o processo de cuidado era refletido neste documento. Assim, um padrão de registros pode ser identificado, com a presença de determinados elementos, tais como:

- Data da consulta médica,
- Anamnese, incluindo queixas relacionadas com o motivo da consulta (retorno para controle de DM, atendimento eventual, atenção domiciliar) bem como de outras queixas referidas pelo usuário e o elementos gerais sobre alimentação, hábito intestinal, atividade física etc,
- Exame físico geral que habitualmente inclui o aparelho respiratório, cardiovascular e abdômen. Ocasionalmente exame físico regional de cabeça e pescoço, extremidades (pele, pulsos, exame dos pés),
- Exames complementares incluindo solicitação ou anotação de resultados,
- Formulação de hipótese(s) diagnóstica(s),
- Conduta terapêutica,
- Assinatura e carimbo do médico.

Do ponto de vista de sua estrutura formal, os prontuários individuais do NSF não diferem do estabelecido na Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina, embora esta utilize o termo Prontuário Médico ¹⁵⁴. Neste estudo, assumimos que se tratam dos mesmos documentos.

Na Tabela 8 apresentamos um resumo dos itens verificados nos prontuários individuais. Estes se referem à pelo menos um registro do item em algum atendimento médico (consulta médica ou atenção domiciliar) nos últimos doze meses anteriores a data de corte desta investigação. Note-se que aqui estamos tratando de registro em prontuário individual e não da realização de determinada ação ou procedimento que aponta para a questão da confiabilidade dos dados. Ou

seja, na dinâmica da consulta médica e da atenção domiciliar, algumas ações ou procedimentos podem ter sido realizados e não registrados.

Tabela 8. Distribuição percentual dos registros em prontuário dos Itens de acompanhamento e frequência de acompanhamento recomendada. Ribeirão Preto, 2010

Item de acompanhamento	% de prontuários com registro NSF	Frequência de acompanhamento recomendada*
Três ou mais consultas/ano	80,6	Trimestral ou semestral
Exame físico		
Peso/altura	58,0	Trimestral
Peso somente	12,9	Trimestral
IMC	38,7	Anual
CA	1,6	Trimestral
PA	96,7	Trimestral
Inspeção dos pés	54,8	Trimestral
Teste de monofilamento de 10g	54,8	Anual
Pulso pedioso e tibial posterior	45,1	Anual
Exames complementares		
Glicemia de jejum	93,5	Trimestral
Hemoglobina A1c	87,0	Trimestral
Creatinina	45,1	Anual
Ácido Úrico	29,0	Anual
Colesterol	54,8	Anual
HDL	54,8	Anual
Triglicérides	45,1	Anual
Urina tipo 1	16,1	Anual
Proteinúria 24 h	41,9	Anual
Microalbuminúria	8,0	DSC
Fundoscopia	16,1	Anual
ECG	22,5	Anual
Tratamento farmacológico		
Uso de insulina	6,4	NA
Hipoglicemiantes orais	67,7	NA
Anti-hipertensivos	64,1	NA
Hipolipemiantes	45,1	NA
Anti-agregantes plaquetários	61,2	NA
Comorbidades/complicações		
HTA	72,1	NA
Coronariopatia	16,1	NA
AVC	6,4	NA
Dislipidemia	16,1	NA
Obesidade	12,9	NA
Orientações		
Dieta	58,0	Trimestral
Atividade física	61,2	Trimestral
Orientação diabetológica	3,2	Trimestral

*Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS – Ribeirão Preto.

NA: Não se aplica

DSC: Dependendo da situação clínica.

Alguns aspectos contidos na Tabela 8 merecem ser comentados. O 80,6% dos prontuários analisados apresentavam três ou mais consultas e/ou atendimentos domiciliares em um ano. Embora para maioria dos usuários, o recomendado seja o acompanhamento trimestral (quatro consultas/ano), este item pode ser considerado aceitável. Porém, pontualmente, tem sido observada certa concentração das consultas/atendimentos domiciliares em determinados usuários e em outros um número bastante reduzido destas ações. Isto se pode ocorrer em função da situação assistencial dos usuários (doença descompensada, demanda espontânea eventual de consultas, acamados), faltas aos retornos ou inadequado planejamento do acompanhamento por parte da equipe.

Dos itens analisados em relação ao exame físico, o mais freqüentemente registrado foi a Pressão Arterial. Chama à atenção que apenas 38,7% dos usuários tiveram seu IMC registrado em um ano de acompanhamento. A CA teve um registro baixíssimo (1,6%) e somente algo mais da metade tiveram registros da sensibilidade protetora plantar avaliada através do teste de monofilamento de 10 g.

Em relação aos exames complementares, os itens mais registrados foram: glicemia de jejum e hemoglobina A1c. No entanto, menos da metade destes usuários tiveram avaliada sua função renal através da creatinina ou medição da proteinúria. Apenas 16,1% realizaram fundoscopia e 22,5% eletrocardiograma. A avaliação do perfil lipídico para colesterol e HDL foi registrada em 54,8% dos prontuários. Resulta importante lembrar que estes exames laboratoriais permitem avaliar o controle metabólico atual e anterior do usuário bem como acompanhar o surgimento/desenvolvimento de complicações nos órgãos alvos. Também deve ser destacado que a informação relacionada com os resultados dos exames complementares encontra-se dispersa ao longo do prontuário, dificultando o estabelecimento de comparações com resultados anteriores e o traçado de um perfil ou tendência destes resultados.

Em relação ao tratamento farmacológico, os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais registrados evidenciando a presença da HA como comorbidade em 72,1% destes usuários. Nesse sentido, chama atenção que 45,1% dos usuários encontra-se em uso de hipolipemiantes orais. No entanto, o diagnóstico de dislipidemias aparece registrado apenas em 16,1% dos prontuários. Outro dado relevante é o registro de apenas 12,9% de portadores de DM2 obesos, informação que difere da literatura ³³.

No que diz respeito às orientações, os registros podem ser considerados em pequeno número, se levamos em conta que esta é uma atividade que deveria ser reforçada a cada consulta. Além disso, existe falta de detalhamento sobre o teor destas orientações e análise dos seus resultados no usuário fazendo-se apenas menção à orientação em si.

A deficiência no registro dos vários itens recomendados e presentes ou não nos prontuários individuais podem comprometer a qualidade do cuidado destes usuários em vários sentidos. Mesmo considerando que pode estar ocorrendo ausência do registro com a realização efetiva das recomendações previstas no Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS, é necessário que se reflita sobre alguns pontos. Em primeiro lugar ao deixarem-se de obter dados importantes ou de executar ações que podem definir a realização de condutas para controlar a doença atual e prevenir ou retardar complicações, ao assumirmos que a ausência de registro significa a não realização de determinada ação ou procedimento. No caso de que este tenha sido realizado e não registrado, pode-se prejudicar a continuidade do cuidado por outros profissionais da equipe. Devemos lembrar ainda que, pela característica docente-assistencial da unidade, os médicos residentes da especialidade Saúde de Família e Comunidade permanecem ao redor de dois anos como responsáveis pelos cuidados médicos dos usuários de sua micro-área. Na sua saída do NSF, os registros em prontuários representam a memória das ações de cuidado realizadas por estes profissionais.

Em cinco dos prontuários individuais analisados, detectaram-se comentários de avaliação realizados pela médica da equipe fixa, supervisora de residentes e estagiários de medicina, sobre o trabalho dos seus colegas residentes, assinalando em várias ocasiões a ausência de determinada indicação de exames complementares ou outras deficiências no acompanhamento. Este pode ser um interessante mecanismo de controle para melhorar a qualidade dos registros em prontuários individuais e da qualificação do cuidado em geral.

Outros aspectos dificultadores detectados na análise dos prontuários foram letra parcialmente legível em quatro registros, ausência de data em seis e falta de assinatura e identificação do profissional que realizou o atendimento em três.

O Conselho Federal de Medicina na Resolução nº 1.638/2002 ¹⁵⁴ define o Prontuário Médico como:

[...] documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A qualidade dos registros em prontuário individual dos usuários pode ser considerada como indicador da qualidade da assistência de forma geral, permitindo aproximações ao processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais atuantes. O tema dos registros em prontuário individual tem sido objeto de diversas pesquisas.

Em 2009, o estudo de doutorado intitulado “Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde de Ribeirão Preto-SP”¹⁵⁵, teve por objetivo avaliar a estrutura, o processo e os resultados da atenção em DM em uma UBDS do Distrito Sul do município de Ribeirão Preto, utilizando como uma das técnicas da pesquisa a análise de prontuários de saúde (prontuário individual).

Esta tese foi desenvolvida no mesmo município da presente pesquisa e em um período concomitante no que diz respeito à coleta de dados, com uma metodologia para análise de registros em prontuários bastante próxima à utilizada nesta investigação. Assim, consideramos que alguns dos dados obtidos nas duas pesquisas podem ser comparáveis como pode ser apreciado na Tabela 9.

Tabela 9. Comparativo da distribuição percentual dos registros em prontuário dos Itens de acompanhamento em duas unidades de saúde. Ribeirão Preto, 2010

Item de avaliação	% de prontuários com registro UBDS*	% de prontuários com registro NSF
Peso	98,6	70,9
CA	15,9	1,6
PA	100,0	96,7
Inspeção dos pés	15,2	54,8
Glicose de jejum	93,5	93,5
Hemoglobina A1c	81,2	87,0
Creatinina	84,1	45,1
Colesterol	88,4	54,8
HDL	87,0	54,8
Triglicérides	87,7	45,1
Proteinúria 24 h	32,6	41,9
Microalbuminúria	1,4	8,0
Fundoscopia	4,3	16,1
Dieta	60,7	58,0
Atividade física	35,5	61,2

Fonte: *Silva A. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde de Ribeirão Preto-SP [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.

Quando comparados os resultados da pesquisa realizada na UBDS do Distrito Sul e nossa investigação no NSF do Distrito Oeste, observamos que os dados apontam para deficiências no acompanhamento dos usuários diabéticos nas duas unidades de saúde a partir da qualidade dos registros em prontuários individuais. Cabe destacar, contudo, que uma das unidades (UBDS) se caracteriza como espaço privilegiado para o atendimento especializado para os portadores de DM, ou seja, esta unidade tem como característica central ser a referência para o atendimento secundário, para os usuários que esgotaram suas possibilidades de atenção ao nível das unidades básicas ou unidades de saúde da família.

No Rio de Janeiro, uma investigação se propôs avaliar os registros em prontuário em unidades de AB de quatro municípios fluminenses. Dentre outros registros, foram verificadas a presença do peso, PA, glicemia e perímetro da cintura em atendimentos de usuários portadores de HTA e DM. Os resultados demonstraram uma média de registros de 21,5% para peso, 67,2% para PA, 12,2% para glicemia e 1,2% para circunferência abdominal, considerados pelos pesquisadores como ruins ou muito ruins a partir do sistema de classificação utilizado como referencial teórico na pesquisa ¹⁵⁶.

Estas pesquisas apontam que as deficiências nos registros em prontuários não são exclusivas no NSF ou no município estudado, mas presentes na AB de diferentes regiões do Brasil. Algumas iniciativas têm sido sugeridas para melhorar a qualidade dos registros em prontuários individuais. Uma delas refere-se à adoção de modelos de registro padronizados com campos de preenchimento simples em uma sequência lógica que permita organizar o acompanhamento destes usuários. Alguns destes formulários estão de fato disponíveis no HIPERDIA e no Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS e poderiam ser incorporados ao cotidiano de cuidados dos usuários portadores de DM. Outra possibilidade seria a introdução de prontuários eletrônicos na AB embora este recurso não possa ser aplicado de forma generalizada na realidade atual deste nível de atenção nos municípios brasileiros e seus impactos sobre o melhoramento da qualidade da atenção dos usuários portadores de DM ainda precisem ser mais bem avaliados ¹⁵⁷.

Cabe aqui um pequeno parêntesis, no que diz respeito às tecnologias duras disponíveis para o cuidado ao usuário portador de DM2 no NSF.

As tecnologias duras são aqui consideradas aquelas que se traduzem em trabalho morto incorporado em equipamentos, recursos físicos, medicamentos e

insumos, rotinas presentes nos serviços de saúde ⁵⁹. Estas tecnologias traduzidas nos recursos materiais identificados para o atendimento aos usuários portadores de DM2 no NSF foram: esfigmomanômetro aneróide, balança mecânica de plataforma com régua antropométrica, fita métrica, monofilamento de Semmes-Weinstein 10 gr nylon, diapasão de 128 Htz, martelo para reflexos, glicosímetros e fitas reagentes e seringas (Insulina, 10 ml, 20 ml). Estes elementos permitem realizar um exame físico mais completo e fornecer indícios sobre a presença de complicações. Foram ainda identificadas planilhas para o acompanhamento do perfil glicêmico que são fornecidas aos usuários para a realização de automonitorização da glicemia capilar. Outro elemento interessante é um carimbo que permite estampar no prontuário a imagem relativa ao teste de monofilamento de 10 gr presente no Programa de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS.

O NSF não realiza atendimento de urgências de forma rotineira, embora possua alguns medicamentos padronizados para outras unidades pertencentes à USP, em estoque para alguma situação excepcional. Estes medicamentos incluem a glicose hipertônica 50% e cloreto de sódio 0,9%.

Desta forma, a ausência de alguns procedimentos como a aferição do peso, o cálculo do IMC, a medida da CA ou o teste de sensibilidade protetora plantar não se justifica pela falta dos instrumentos de medição.

Outro elemento importante que se relaciona com uma das dimensões do princípio de integralidade do cuidado ao usuário portador de DM2 se refere à continuidade do cuidado em outros níveis de atenção do sistema quando sua situação clínica assim o requerer. O Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS estabelece critérios para o encaminhamento às unidades de referência secundária e terciária, a partir da avaliação de parâmetros clínico-laboratoriais ⁵⁴. Os seguintes depoimentos de Matias e Eunice se referem ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência dos usuários portadores de DM.

Eu só posso ir para o especialista [o usuário] com uma guia devidamente carimbada, autorizada, protocolada, etc. Agora a contra-referência funciona muito mal, acaba ficando assim a gente se sente até agradecido quando o colega resolve pensar, informar e concluiu que destino ele tá dando para o paciente. Nossa!!! que legal o cara vai colocar contra-referência, olha que máximo. Isso não é o habitual, na verdade a contra-referência não funciona, do terciário para o secundário mais, do secundário para o primário são raros os colegas que fazem esse procedimento [...] Eu acho que é aquela coisa assim de achar que o paciente não é meu problema. Eu resolvi aqui da minha parte, colhi meus exames, tá tudo bem. Pode voltar para o seu posto. Não se responsabilizar pelo problema do paciente! Eunice

Então, por exemplo, acho que tem [facilidade para referência], a gente tem facilidade sim em encaminhar ao CSE [unidade de referência], que tem um ambulatório só de úlcera ali. A única vez que eu encaminhei eu tive bastante facilidade. [Interconsulta com endocrinologista] Não costuma demorar muito não. Dentro de 03 meses [...] É difícil receber a contra-referência. Ah! Porque assim, [pausa, respira fundo] Eu não sei, às vezes a gente recebe contra-referência quando a gente tem diabético. Ele tem a “microproteinúria” dele alterada, imagina como está? O protocolo da Prefeitura a gente manda para a nefrologia, só que geralmente eles contra-referenciam uma orientação de seguimento e controle otimizado da diabetes, e encaminhar de novo se a creatinina subir para 2 [...] É uma coisa que acontece muito, geralmente a gente tem que fazer revisão de pasta [para coletar informações dos procedimentos realizados nos usuário em outros níveis de atenção]. Matias

A fala destes dois profissionais médicos aponta várias dificuldades no sistema de referência e contra-referência. Eunice destaca a necessidade do preenchimento de guias de encaminhamento para que os usuários do NSF possam acessar ao acompanhamento ambulatorial nos níveis secundário e terciário de atenção. Desta forma, a guia de encaminhamento (guia de referência) faz parte integral da estrutura do sistema de referência/contra-referência para consulta em outras especialidades (médicas, de enfermagem, nutrição etc.) e exames complementares. De fato, seu não preenchimento seria uma limitante para os usuários acessarem a outros níveis do sistema de saúde através do Complexo Regulador implantado no município. A guia de encaminhamento ocasionalmente é preenchida para o atendimento de urgência quando os profissionais do NSF são os primeiros a tomarem contato com o usuário que precisa destes serviços.

Eunice é enfática ao afirmar que a contra-referência é rara desde os outros níveis de atenção do sistema para o NSF. Sua argumentação sugere que isto é reflexo da persistência de práticas de cuidado fragmentadas, onde o trabalhador atua apenas em aquilo que considera como parte de seu núcleo de competência profissional, com centralidade nos aspectos biológicos do processo saúde-doença e não nas necessidades do usuário, impedindo assim que se estabeleça um núcleo cuidador⁶¹. Matias aponta ainda o impacto no processo de trabalho dos profissionais do NSF das deficiências na contra-referência, ao terem que investir parte do seu tempo em se deslocarem para outras unidades de saúde de nível secundário e terciário para acessarem informações das ações e procedimentos realizados aos usuários, contidas nos prontuários individuais destas unidades (revisão de pastas).

Como destacado, o sistema de referência e contra-referência, operacionaliza um dos princípios organizativos do SUS, a hierarquização, assim como o princípio

diretivo da integralidade da atenção, e aqui estamos apontando que se constitui em um dos mecanismos pelo qual se realiza a continuidade dos cuidados dos usuários através do acesso e a resolução dos seus problemas de saúde em todos os níveis do sistema de saúde, no contexto de práticas integrais de cuidado.

Em um sistema com redes integradas de serviços de saúde, a coordenação do cuidado aos usuários encontra-se localizada na AB, mantendo-se uma relação de horizontalidade entre os diferentes níveis de atenção; diferentemente, os sistemas de saúde fragmentados se caracterizam por uma estrutura hierárquica piramidal com pouca coordenação entre os diferentes pontos da rede ¹². O município de Ribeirão Preto vem realizando esforços para organizar o fluxo dos usuários dentro da rede por meio do Complexo Regulador com resultados considerados satisfatórios ¹⁵⁸ No entanto, apenas a modificação da estrutura do sistema de referência/contrareferência não é suficiente para inverter a lógica de cuidados hegemônica sendo necessária a participação efetiva dos trabalhadores neste processo de mudança.

5. Considerações finais

O presente estudo analisou o processo de produção de cuidados na APS aos indivíduos adultos portadores DM2. Este subgrupo populacional tem se tornado muito relevante para os sistemas de saúde pelas dimensões epidêmicas desta Condição Crônica que tem conseqüências deletérias para a saúde e a qualidade de vida destes usuários e suas famílias, além de importantes impactos econômicos sobre o sistema de saúde e a sociedade como um todo.

A OMS e o MS têm desenhado políticas públicas para melhorar a qualidade do cuidado aos usuários portadores de DM que privilegiam as ações em APS.

A proposta brasileira concebe APS, denominada de AB, como reorganizadora das práticas assistenciais a partir dos seus princípios orientadores, tendo como principal estratégia a Saúde da Família. Estas práticas assistenciais se manifestam por meio dos processos de trabalho que, como práticas sociais, estão determinadas sócio-historicamente. Desta forma, para uma melhor aproximação ao processo de trabalho dos trabalhadores do NSF estudado, se fez necessário compreender o contexto em que estas práticas se deram, e para tal nos aproximamos das políticas públicas do município de Ribeirão Preto para a AB e especificamente a aquelas dirigidas à população portadora de DM.

A apreensão do objeto da pesquisa se deu por meio da abordagem metodológica qualitativa, com a utilização de diferentes técnicas de captação do empírico: observação participante, entrevista semi-estruturada, prontuários individuais, sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde entre outros, buscando-se aprofundar na análise/interpretação do processo de cuidado, que envolve um conjunto de tecnologias em saúde (duras, leve-duras e leves). Assim, na análise do material coletado foram identificados três grandes temas: a política municipal de saúde para a atenção básica; o Programa de Doenças Crônicas Degenerativas – Diabetes e o processo de cuidado ao usuário diabético no NSF.

Na interpenetração dos três temas, buscou-se apreender como os pressupostos desta investigação se fizeram presentes, ou seja: a produção de cuidados aos portadores de DM2 na atual configuração do sistema de saúde brasileiro encontra-se marcada pelos atributos e premissas da APS (universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social); a APS constitui-se

um cenário privilegiado para o cuidado dos usuários portadores desta doença, e a organização do processo de trabalho em saúde ao considerar os princípios da APS pode favorecer a passagem da dimensão “atendimento procedimento-centrado” à dimensão “cuidado” aos indivíduos portadores de DM.

Durante a pesquisa, identificamos que o município de Ribeirão Preto tem desenvolvido políticas públicas para incentivar o desenvolvimento da AB do ponto de vista quantitativo e qualitativo através de compromissos formais recolhidos no Plano Municipal de Saúde ⁷¹ e na Programação Anual de Saúde ⁹⁵, com especial ênfase na estratégia de extensão de cobertura do PACS, ESF e da ESB. Entretanto, o crescimento do PACS, ESF e ESB tem sido limitado por dificuldades explicitamente caracterizadas como ligadas à questão de recursos humanos insuficientes em termos quantitativos, de formação e qualificação específica, assim como pela existência de uma estrutura física insuficiente para acomodar as futuras equipes.

Em relação à criação de cargos e contratação de recursos humanos, o profissional médico representa a principal limitante. Diferentes fatores têm sido invocados para o escasso interesse e participação destes profissionais na ESF desde o próprio processo de formação nas universidades que reproduz o padrão hegemônico centrado no trabalho médico em unidades hospitalares, passando pelas características do mercado de trabalho que favorecem o pagamento por procedimentos num contexto de pugna por profissionais entre o setor público e a Saúde Suplementar até a própria precarização do trabalho no setor público. Por outro lado persistem dificuldades do ponto de vista qualitativo dos médicos e outros profissionais que trabalham na ESF ao atuarem reproduzindo uma lógica diferente da proposta por esta estratégia.

A insuficiência na estrutura física das unidades foi apontada como outra das limitantes para a expansão da AB no município. Dentre as soluções adotadas destaca-se a reutilização de UBS que se transformaram em USF e a locação de imóveis. No entanto, são restritos os investimentos em reforma e adequação destas unidades que permitiriam qualificar o cuidado de usuários e profissionais nestes espaços de encontro. Para o período 2010-2013, a SMS no seu PMS se propõe a construção de 6 unidades de AB, embora não seja esclarecida a natureza destas unidades nem haja uma discriminação dos recursos financeiros necessários.

Outras dificuldades para o desenvolvimento da AB relatadas pelos técnicos do nível central de saúde se referiram a sobrecarga do sistema municipal de saúde

pela migração de usuários de outros municípios à procura de serviços e as freqüentes mudanças de gestão na sede da SMS que comprometeram, segundo os entrevistados, a execução dos programas em AB.

A criação e desenvolvimento dos Distritos Escola, embora com algumas tensões, é uma iniciativa que tem contribuído para a qualificação da AB através do estabelecimento de parcerias formais entre as 5 universidades atuantes no município e a SMS. O NSF estudado forma parte desta parceria e encontra-se sob a coordenação da USP.

O Programa de Doenças Crônicas Degenerativas – Diabetes é uma política da SMS dirigida a qualificar a atenção dos usuários portadores de DM. Este programa contempla várias linhas de ação tendo como principal cenário a AB. O cadastramento no SisHIPERDIA é percebido pelos técnicos do nível central de gestão como a principal dificuldade do programa. Os usuários cadastrados neste sistema representam apenas 22,2% do potencial de portadores de DM estimado para população do município. As linhas gerais de ação deste programa são: Cadastramento no SisHIPERDIA; elaboração de protocolos clínicos para o atendimento ao usuário portador de DM; realização de atividades de educação continuada dos profissionais da rede de saúde pública e privada; realização de atividades de educação em saúde e mobilização social. Outra limitação apontada é a baixa participação dos profissionais nas atividades de educação continuada.

Já os trabalhadores do NSF assinalaram a ausência de orientação e controle em relação à execução do cadastro nos SisHIPERDIA. Para os trabalhadores do NSF, há perda da finalidade do preenchimento da ficha de cadastramento, verificando-se assim a captura do trabalho e do trabalhador, que é aprisionado pela tecnologia dura (cadastro) sem a possibilidade de utilizá-la para qualificar a atenção ao portador de DM2. Contudo, estes profissionais reconhecem a utilidade do Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes da SMS para sua prática cotidiana, especialmente no que diz respeito à organização de rotinas clínicas e encaminhamentos dentro do sistema de referência/contra-referência e realização de exames laboratoriais.

O processo de trabalho em saúde no NSF comporta algumas peculiaridades por se tratar de uma unidade de saúde de caráter docente-assistencial sob a gerência da USP. Deste modo, as relações sociais que se processam no seu interior comportam outros atores diferentes das unidades de saúde da rede municipal ao

incorporar estagiários, professores residentes num contexto organizacional que deve dar conta da assistência, o ensino e a pesquisa. Estas interações se dão essencialmente através dos processos de trabalho desenvolvidos pelos diferentes profissionais da equipe “fixa” bem como dos docentes, alunos e pesquisadores que por ali transitam.

Diversas atividades coletivas são realizadas no NSF como parte integrante do processo de trabalho. Os trabalhadores foram enfáticos em destacar a importância das reuniões de discussão de famílias e administrativas com suas potencialidades para cristalizar o diálogo e o vínculo entre os diversos atores sociais presentes no NSF e estabelecer estratégias coletivas para a solução de problemas e conflitos do cotidiano de trabalho. Este processo teve particular relevância para os cuidados do usuário portador de DM a partir da necessidade sentida pelos próprios trabalhadores de reorganizar o processo de trabalho, disparando-se várias iniciativas de consenso nesta direção.

Em relação à educação em saúde há diversas evidências que indicam que é um componente fundamental para a melhoria do controle metabólico das pessoas portadoras da DM e um elemento modificador da evolução dos usuários com fatores de risco para o desenvolvimento da DM.

As atividades de coletivas de educação em saúde para doenças crônicas são conduzidas por médicos residentes da especialidade Saúde de Família e Comunidade. As atividades educativas grupais em DM realizadas no NSF não respondem aos padrões metodológicos de referência encontrados na literatura que preconizam o desenvolvimento de autonomia para o autocuidado como a principal habilidade que estes usuários devem adquirir durante o processo educativo. Porém, merece ser destacado o esforço dos trabalhadores do NSF para reestruturar os grupos que funcionam na unidade como primeiro passo para modificar seu processo de trabalho.

Considerando a organização do processo de trabalho no NSF, especificidades do trabalho dos profissionais da equipe fixa foram identificadas.

Os ACS percebem como sua principal atividade a visita domiciliar. Esta intervenção em saúde resulta essencial para a continuidade dos cuidados e para a interação entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade. A VD se focaliza no diagnóstico da realidade do indivíduo e da família (coleta de informações) e nas ações de educação em saúde fornecendo subsídios para outras intervenções em saúde. Como toda intervenção em saúde, precisa ser qualificada através de uma metodologia

específica com etapas de planejamento com definição dos objetivos da visita, execução e avaliação de resultados bem como de profissionais treinados para sua realização. Os ACS colocaram sua necessidade de capacitação para realizarem esta e outras atividades próprias do seu campo de competências profissionais. Por outro lado estes trabalhadores demonstraram certa perda da finalidade do trabalho que realizam ao entenderem que seus esforços no preenchimento dos relatórios das visitas não são apreciados em suas potencialidades pelo restante dos profissionais da equipe.

Quanto à equipe de enfermagem, as AE perceberam seu trabalho como muito burocratizado em detrimento da realização de atividades que julgam como próprias do seu campo de competências profissionais tais como a realização de procedimentos e as ações educativas junto à população, questão que também resulta relevante para os usuários portadores de DM. Já a enfermeira tem seu trabalho fortemente marcado pelas atividades gerenciais embora também desempenhe tarefas de caráter clínico-assistencial. Dentro das atividades clínico-assistenciais específicas para os usuários portadores de DM, a enfermeira relatou a realização da consulta de enfermagem, especialmente para aqueles que se encontram em uso de insulina.

No NSF constatou-se a ausência de um espaço físico apropriado para a realização de procedimentos de enfermagem tais como administração de medicamentos pela via parenteral e curativos. Há manifesta certa disputa de espaço pelas limitações do número de salas destinadas à consulta médica e a ausência de uma sala de acolhimento apropriada no momento da pesquisa.

A equipe de saúde bucal desenvolve um processo de trabalho que enfatiza os aspectos de promoção e prevenção de saúde bucal através de atividades grupais em ciclos de acompanhamento que permitem a realização de ações educativas. A consulta clínica de odontologia é uma oportunidade para a criação de vínculo com o usuário que permita identificar os fatores individuais e familiares que influenciam no seu problema de saúde bucal elaborando-se um plano terapêutico que favoreça mudanças nestes fatores. As ações curativas não se destacam entre os outros componentes do plano terapêutico, mas complementam as estratégias educativas e as ações de prevenção e promoção de saúde. Desta forma, a centralidade do atendimento se desloca da realização do procedimento às necessidades do usuário. Assim, estes usuários se beneficiam com introdução da ESB na AB.

No desenvolvimento das ações médicas, as ações de maior relevância foram: coordenação de grupos de doenças crônicas, atenção domiciliar e consulta médica. Em relação à atenção domiciliar realizada por médicos esta respondeu a objetivos diferentes destacando-se os componentes clínico-assistenciais próprios do núcleo de competência deste profissional sobre as ações de caráter educativo. A consulta médica representou a principal atividade desenvolvida pelos profissionais.

Nas observações participantes destas consultas e também da sala de espera e reuniões de discussão de família e administrativas, pudemos constatar elementos que indicam formação de vínculo entre a maioria dos profissionais atuantes e os usuários que manifestam sentido de pertença ao NSF e se identificaram com “seu” médico de assistência. No entanto, ainda persistem práticas centradas no procedimento e na queixa que em determinadas ocasiões não levam em conta as necessidades manifestadas pelos usuários.

Na análise dos registros das consultas médicas em prontuários individuais dos usuários portadores de DM2 algumas deficiências foram identificadas nos registros relativas a elementos do exame físico, procedimentos e exames complementares necessários para o acompanhamento do estado metabólico e as potenciais complicações e comorbidades destes usuários. Na unidade de saúde os instrumentos (tecnologias duras) necessários para a execução de um exame físico específico para estes usuários estavam presentes, o que de certa forma não indicaria a impossibilidade da realização das atividades.

O sistema de referência/contra-referência foi criticado pelos trabalhadores da unidade no que diz respeito ao retorno da contra-referência para o NSF dos níveis secundário e terciário.

Retomando os pressupostos da pesquisa podemos concluir neste estudo que existem políticas públicas para a extensão de cobertura e qualificação da AB no município de Ribeirão Preto bem como políticas específicas para o atendimento do usuário portador de DM2 que tem como cenário fundamental este nível de atenção.

Os princípios da APS se fizeram presentes e foram captados pelos instrumentos de pesquisa. No que diz respeito à acessibilidade, entendida como indicador do grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, se constatou nas observações que os usuários da população adscrita têm relativa facilidade para obter atenção de saúde dos diferentes profissionais atuantes no NSF. O sistema de regulação foi qualificado de bom pelos profissionais da unidade,

sistema este que permite acessar à atenção secundária e terciária e exames complementares.

Em relação à coordenação do cuidado dos usuários portadores de DM no seu trânsito pelos diferentes níveis de atenção por parte da ESF, observamos falha no item essencial que é a comunicação entre profissionais por meio do sistema de referência/contra-referência. Também faltam definições claras no sistema de saúde local que defina a questão da coordenação do cuidado e posicionamento neste sentido pelos profissionais do NSF. Destaca-se, no entanto, a preocupação destes profissionais por acompanhar as ações e procedimentos realizados em outras unidades da rede de saúde, se deslocando até o domicílio ou aos locais de internação para obterem estas informações.

Embora não tenham sido coletados dados junto aos usuários por meio da entrevista e da observação, visto que estes usuários não se constituíram no foco principal destas técnicas; pudemos constatar pela observação e fala dos profissionais a existência de interação entre profissionais e usuários com mostras de afeto e cordialidade freqüentes e desenvolvimento por parte dos usuários de “senso de pertença” à unidade de saúde.

Os ACS destacaram-se especialmente como a ligação entre a ESF e a comunidade através do vínculo. Também foi observada uma atitude de acolhimento, especialmente por parte da equipe de enfermagem, embora não houvesse na época um local específico para realização das ações de enfermagem com privacidade. Percebemos ainda, a preocupação e o compromisso da equipe na resolução dos problemas individuais, familiares e comunitários, especialmente discutida nas reuniões diárias e administrativas.

Algumas questões da organização do trabalho comprometeram a integralidade e a continuidade do cuidado. Na atenção ao usuário portador de DM2, as ações de educação em saúde individuais ou grupais e os cuidados domiciliares representam ações essenciais para atingir a integralidade e foram constatadas falhas na sua metodologia de sua implementação. O sistema de referência/contra-referência também foi apontado como limitante nesta busca pela integralidade e continuidade.

Os instrumentos e técnicas de pesquisa utilizados neste trabalho não permitiram captar os princípios de equidade e participação social.

Por último, ficaram evidenciadas ao longo da interação entre o pesquisador e os trabalhadores, técnicos do nível central de gestão e do NSF, as potencialidades subjacentes no diálogo da equipe e na própria dinâmica do processo de trabalho para transformar as práticas e criar novos paradigmas centrados nas necessidades dos usuários para, deste modo, construir uma proposta de atenção integral, singular e humanizada para a população.

Referências

- 1) Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 2) Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 3) Martins S, Bistafa M, Matumoto S, Nascimento M, Fortuna C, Teixeira R. O desafio de cuidar em saúde coletiva. Em: Fórum Mineiro de enfermagem. Uberlândia; 2004. p. 23-34
- 4) Lemus E, Borroto R. Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Médicos de Familia. Em: Alvarez-Sintes. Temas de Medicina General Integral. Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001. p. 7-39.
- 5) Roper N, Bilous R, Kelly W, Nigel C, Connolly V. Excess mortality in a population with diabetes and the impact of material deprivation: longitudinal, population based study. BMJ 2001; 322:1389-1393.
- 6) Rodrigues T, Lima M, Nozawa, M. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. Cienc. Cuid. Saúde 2006; 5 (1): 41-49.
- 7) Araújo R, Santos I, Cavaleti M, et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. Rev. Saúde Pública 1999; 33 (1): 24-32.
- 8) Assunção M, Santos I, Gigante D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev. Saúde Pública 2001; 35 (1): 88-95.
- 9) Assunção M, Santos I, Costa J. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2002; 18 (1): 205-211.
- 10) Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
- 11) Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.

- 12) Mendes E. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- 13) Boelen C. A new paradigm for Medical School a Century After Flexner Report. Bulletin of the World Health Organization. Geneva: WHO 2002; 80 (7)
- 14) World Health Organization. Making a Difference in the 21st Century. Meeting de Challenges: Health Systems Developments. The World Health Report 1999. Geneva: WHO 1999.
- 15) Goulart FA. Cenários Epidemiológicos, Demográficos e Institucionais para os Modelos de Atenção à Saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1999; 8 (2):17-26.
- 16) World Health Organization. Alma Ata Declaration. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, URSS, 6-12 September. Geneva: WHO; 1978.
- 17) Tejada D. Alma-Ata: 25 años después. Perspectiva en Salud 2003; 8 (2): 2-7
- 18) Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de salud en las Américas. Valores esenciales, principios y elementos de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
- 19) Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. Journal of the Royal College of General Practitioners 1986; 36: 398-402.
- 20) Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologias. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 21) Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
- 22) Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.

- 23) Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res.* 2003 June; 38(3): 831–865.
- 24) Starfield B, Shi L, Macinko J. The Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 457-502.
- 25) Mendes E. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- 26) Escorel S, Nascimento D, Edler F. As Origens da Reforma Sanitária. Em: Lima N, organizador. *Saúde e Democracia: historia e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. 59-81.
- 27) Teixeira C, Solla J. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do Debate Conceitual, Situação Atual, Desafios e Perspectivas. Em: Lima N, organizador. *Saúde e Democracia: historia e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. 451-499.
- 28) Gil C. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (6): 1171-81.
- 29) Organización Mundial de la Salud. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
- 30) Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso 09 de fevereiro de 2010]. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php
- 31) Organização Mundial de Saúde. *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. Componentes estruturais de ação*. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- 32) Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79(2):161-170.

- 33) Orellana C, Robalino J, Perez M. Sobrepeso y Obesidad: patologías asociadas. "Una epidemia devastadora del siglo XXI". Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes 2004; 22 (1): 31-35.
- 34) Organización Panamericana de la Salud. Simposio sobre economía y diabetes. El Costo de la Diabetes en América. São Paulo, Brasil, 27 de septiembre de 2004. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dia-alad-background.pdf>.
- 35) Schramm J et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9 (4):897-908.
- 36) DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade 2006. Brasília: Ministério da Saúde [Acesso em 19 de fevereiro de 2008]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/listacateg.htm>.
- 37) Panzram G. Mortality and survival in type 2 (non insulin dependent) diabetes mellitus. Diabetologia 1987; 30: 123-31
- 38) World Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization, 1999.
- 39) World Health Organization. The Diabetes Program. Country and regional data: Prevalence of Diabetes World Wide. Geneva: World Health Organization, 2005.
- 40) King H, et al. Global Burden of Diabetes, 1995-2025. Diabetes Care 1998; 21: 1414-31
- 41) Organización Panamericana de la Salud. La Respuesta de Salud Pública a las enfermedades Crónicas. 36ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Marzo 25-27, 2002.
- 42) Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no Transmisibles: Diabetes Mellitus. Iniciativa de diabetes para las Américas DOTA. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
- 43) Malerbi DA, Franco LJ. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence: Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus

and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population aged 30-69 yr. *Diabetes Care* 1992;15:1509-16.

- 44) Torquato M et al. Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Population Aged 30-69 Years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *Sao Paulo. Med. J.* 2003; 121(6): 224-30
- 45) Bruno R, Grose J. Prognostic factors in brazilian diabetic patients standing dialysis: a 3.6 years follow up study. *J Diabtes Complications* 2000
- 46) Spichler E, Spichler D, Martins C, et al. Diabetic lower extremities amputations. *Rio de janeiro, Br. Diabetologia* 1999; 41 (279): 90-6
- 47) Silvestre J. Hospitalização SUS 1997. Coordenadora de Atenção a Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde 1998.
- 48) Hypertension in Diabetes Study Group HDS 1. Prevalence of hypertention in newly presenting type 2 diabetic patients and association with risk factors for cardiovascular and diabetic complications. *J Hypertens* 1993; 11: 309-17.
- 49) American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28 Supl 1: 4 -36.
- 50) Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención Primaria de Salud GEDAPS. Guia para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2 en la atención primaria. Madrid: Harcourt; 2000.
- 51) Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 52) Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de janeiro: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2006.
- 53) Ministério da Saúde. DATASUS. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso 12 de dezembro de 2007]. HIPERDIA. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/HIPERDIA/HIPERDIA.php?area=2907A1B0C0D0E0F2907G1628HIJd1L2M0N&VInclude=../site/texto.php>.

- 54) Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Protocolo de Atendimento em Hipertensão Arterial e Diabetes 2006 [internet]. Ribeirão Preto; Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto [acesso 07 de março de 2010]. Disponível em:
<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/programas/i16indice.htm>.
- 55) Marx K. O Capital. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1980. p. 201-223.
- 56) Gianotti J. Trabalho e Reflexão. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- 57) Nogueira R. O Trabalho em Serviços de Saúde. [internet]. Washington; Organização Pan-americana da Saúde [acesso 5 de março 2008]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf
- 58) Gonçalves R. Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1992. Mimeografado.
- 59) Merhy E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª. ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco;1997. p. 71-112.
- 60) Barembliit G. Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos; 1994.
- 61) Merhy E. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. Em: Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Huítec; 2002. p. 115-134.
- 62) Campos G. Análise Crítica das Contribuições da Saúde Coletiva à Organização das Práticas de Saúde no SUS. Em: Fleury S (Org). Saúde e Democracia, a Luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.
- 63) Ayres J. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade 2004; 13 (3): 16-29.
- 64) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

- 65) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 66) Bosi M, Uchimura Y. Avaliação da Qualidade ou Avaliação Qualitativa do Cuidado em Saúde? Rev Saúde Pública 2007; 41(1):150-3.
- 67) Deslandes S, Assis S. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o dialogo das diferenças. Em: Minayo M, Deslandes S. Caminhos do pensamento. Epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p 195-223.
- 68) Tanaka O, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. Em: Bosi M, Mercado F. Pesquisa Qualitativa em Serviços de Saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 121-35.
- 69) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas [internet]. Contagem da População 2007. Brasília [acesso 10 de março de 2008]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm
- 70) Governo do Estado de São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil Municipal de Ribeirão Preto [internet]. São Paulo [acesso 10 de março de 2008]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
- 71) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano de Saúde de Ribeirão Preto. Período 2010-2013. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2009.
- 72) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS TABNET [internet]. Brasília [acesso 01 de maio de 2008]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/missao.asp>
- 73) Conselho Municipal de Saúde. Relatório do Painel sobre as Relações entre a Secretaria Municipal de Saúde, Gestora do SUS e Universidades Sediadas na Cidade de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Conselho Municipal de Saúde; 2003.
- 74) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

- 75) Minayo M. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Huitec; 1993. p. 99-104.
- 76) Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos de 1996. Brasília: Diário Oficial da União; 1996.
- 77) Malinowski B. Os Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Abril Cultural; 1978.
- 78) Haguette T. Metodologias Qualitativas. Em: Metodologias Qualitativas em Sociologia. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 1982.
- 79) Almeida MCP. O Trabalho em Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva-Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto [tese livre docência]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1991.
- 80) Valladares L. Os Dez Mandamentos da Observação Participante. Rev. bras. Ci. Soc. 2007; 22 (63)
- 81) Catherine P, Mays N. Métodos observacionais em estabelecimentos de atenção à saúde. Em: Catherine P, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção a saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 41-49.
- 82) Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia [internet]. Diabetes Mellitus. Classificação e Diagnostico. Demografia; 2010 [acesso 05 de fevereiro de 2010]. Disponível em: http://projetodiretrizes.org.br/4_volume/06-Diabetes-c.pdf
- 83) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 84) Sakata K. A Inserção do Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2009.
- 85) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto [internet]. Jus Brasil Legislação. Lei Municipal 4476 de 26 de abril de 1984; 2009 [acesso 15 de dezembro de 2009].

Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/690279/lei-4476-84-ribeirao-preto-sp>

- 86) Paim J. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cad. Saúde Pública. 1986; 2 (2)
- 87) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS. História da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: Ministério da Saúde; 2006
- 88) Mishima S, Puntel M, Ungari I, Silva E. Recursos Humanos na Implantação das Ações Integradas de Saúde no Município de Ribeirão Preto-Visão da Equipe de Enfermagem. Cad. Saúde Pública: 1990; 6 (1)
- 89) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto [internet]. Demografia ; 2009 [acesso 15 de dezembro de 2009]. Disponível em: <http://www.pmrp.com.br/crp/dados/demog/i01evopopu.htm>
- 90) Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto Nº 94.657 de 20 de julho de 1986. Brasília: Diário Oficial da União; 1986.
- 91) Mishima S et al. A Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva -CIPESC- no Brasil. Apresentando o Cenário de Pesquisa do Município de Ribeirão Preto SP. Em: Chianca T, Antunes M org. A Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Brasília: Associação Brasileira de enfermagem; 1999. 204-44.
- 92) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 1998-2001. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 1998.
- 93) Ministério da Saúde. Portaria 1.140 de 10 de outubro de 2000. Brasília: Diário Oficial da União; 2000.
- 94) Franco A; Haddad N; Forster A, Caccia-Bava M. A FMRP-USP em Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão de Serviços à Comunidade dentro do Projeto Centro de Saúde-Escola. Medicina. Ribeirão Preto: 2002, 35: 425-32.

- 95) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Programação Anual de Saúde 2010. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.

- 96) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano de Saúde de Ribeirão Preto. Período 2005-2008. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2005.

- 97) European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). Introdução à Agenda Educativa do European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). Rev Bra de Med de Fam e Com: 2006; supl 1.

- 98) Conselho Federal de Medicina. O Médico e seu Trabalho. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.

- 99) DATASUS. Indicadores de Recursos. Número de Profissionais de Saúde por Habitantes. Brasília: Ministério da Saúde [Acesso em 28 de janeiro de 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2008/e01.def>.

- 100) Departamento de Atenção Básica. Consolidado Histórico de Cobertura de Saúde da Família 2007. Brasília: Ministério da Saúde [Acesso em 28 de janeiro de 2010]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2007.pdf

- 101) Filho M, Pieranotti C. O Médico e o Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Revendo Conceitos e Mudanças. Em: Observatório de Recursos Humanos em Brasil. Estudos e Análises. Barros A (org). Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

- 102) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASENS. Comparação entre Sistemas de Serviços de Saúde da Europa e o SUS: Pontos Para Reflexão da Agenda da Atenção Básica. Relatório da Oficina Características de alguns sistemas de saúde quanto à universalidade e equidade no acesso. XXIV Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Belém do Pará: CONASENS; 2008.

- 103) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES. Relatórios. Consultas Profissionais. Brasília: Ministério da Saúde [Acesso em 28 de janeiro de 2010]. Disponível em: http://CNES.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp?VEstado=00&VMun=

- 104) Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial ME/MS Nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Brasília: Diário Oficial da União; 2009.
- 105) Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Diário Oficial da União; 2008.
- 106) Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde [internet]. Análise do Projeto de Lei Suplementar 196/09. Brasília: Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde ; 2009 [acesso 2 de novembro de 2009]. Disponível em: <http://www.conacs.com.br/index.php?acao=noticia&id=36>
- 107) Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.318, de 5 de junho de 2007. Brasília: Diário Oficial da União; 2007.
- 108) Republica Federativa do Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília: Diário Oficial da União; 1988.
- 109) Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 110) Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Brasília:Diário Oficial da união; 2008.
- 111) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório de Gestão Ano 2008. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
- 112) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2006
- 113) República Federativa do Brasil. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
- 114) República Federativa do Brasil. Lei Nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Diário oficial da União; 1990.

- 115) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Lei Orgânica do Município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto; 1990.
- 116) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Decreto Nº 072 de 03 de maio de 1995. Ribeirão Preto: Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto; 1995.
- 117) Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003
- 118) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Lei Municipal 10.551 de 13 de outubro de 2005. Ribeirão Preto: Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto; 2005.
- 119) Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Decreto 057 de 4 de março de 1992. Ribeirão Preto: Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto; 1992.
- 120) Ministério da Saúde. DATASUS [internet]. Brasília [acesso 20 de novembro de 2009]. Disponível em: <http://HIPERDIA.datasus.gov.br/>
- 121) Thaines G, Bellato R, Faria A, Araújo L. Produção, Fluxo e Análise de Dados do Sistema de Informação em Saúde: Um Caso Exemplar. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2009; 18(3): 466-74.
- 122) Ministério da Saúde. Notícias MS. Ministério define diretrizes para diagnóstico e tratamento de doenças [internet]. Brasília [acesso 10 de fevereiro de 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10787
- 123) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- 124) George A et al. Análise Econômica de Programa para o Rastreamento do Diabetes Mellitus no Brasil. Rev Saúde Pública 2005; 39 (3): 452-60

- 125) Almeida MCP; Mishima S. O desafio do trabalho em equipe na atenção a saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Rev. Interface: comunicação, saúde, educação* 2001; 5(9):150-153.
- 126) Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35 (1): 103-109.
- 127) Fortuna C, Mishima S, Matumoto S, Pereira M. O trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 2005; 13 (2):262-268.
- 128) Cecílio L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. Em: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. 113-126.
- 129) Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. *Educação em Saúde: Histórico, Conceitos e Propostas* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde [Acesso em 14 de fevereiro de 2010]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>
- 130) Organização Pan-Americana da Saúde. *Municípios e Comunidades Saudáveis. Guias dos Prefeitos Para Promover Qualidade de Vida*. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
- 131) Mensing C., Boucher J, Cypress M., et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 2000; 23: 682–689.
- 132) The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *European Heart Journal* (2007) 28, 88–136
- 133) Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler S, et al.: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6): 393-403.
- 134) American Association of Diabetes Educators. *Guidelines for the Practice of Diabetes Education*. Chicago: American Association of Diabetes Educators; 2009.

- 135) Briss P, Zaza S, Pappaioanou M, et al. Developing an evidence-based Guide to Community Preventive Services—methods. The Task Force on Community Preventive Services Am J Prev Med 2000. 18:suppl 135–43.
- 136) Deakin T, McShane C, Cade J, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 [internet]. The Cochrane Library [Acesso em 14 de fevereiro de 2010]. Disponível em: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003417/frame.html>
- 137) Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Educação em para o Auto-cuidado em Diabetes [internet]. Brasília: Ministério da Saúde [Acesso em 14 de fevereiro de 2010]. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php>
- 138) Ministério da Saúde. Guia Prático do PSF. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 139) Vieira E, Fabbro A, Franceschinni T, Makita I, Lima V, Silveira E, Villa F. Classification of families according to their needs: a strategy for managing health inequalities. In: 16th World Congress of Family Doctors, 2001, Durban. Family Medicine: the Leading Edge. Abstract book. Durban-South Africa: WONCA, 2001. p. 188-189.
- 140) Albuquerque A, Bosi M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009 Maio; 25(5): 1103-1112.
- 141) Takahashi R, Oliveira M. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. Em: Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001.
- 142) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Ministério da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.
- 143) Ferraz L, Aerts D. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciências & Saúde Coletiva 2005; 10 (2): 347-355.
- 144) Gaioso V. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão

Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007

- 145) Teixeira Rafaela, Mishima S, Pereira M. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde: a assistência à saúde da família. Rev. bras. enferm 2000; 53(2):193-206
- 146) Sociedade Brasileira de Diabetes. Departamento de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. [internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes [Acesso em 08 de março de 2010]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf
- 147) Zanetti M et al. Atendimento ao Paciente Diabético Utilizando o Protocolo Staged Diabetes Management: Relato de Experiência. Revista Brasileira de Promoção de Saúde 2006; 19 (4): 253-260
- 148) Trícia Drumond-Santana T, Costa F, Zenóbio E, Soares R, Drumond Santana T. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. Cad. Saúde Pública 2007; 23(3):637-644
- 149) Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 150) Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília: Diário Oficial da União; 2000.
- 151) Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Brasília: Diário Oficial da União; 2001.
- 152) Rehen T, Trad L. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc. Saúde Coletiva 2005; 10 (sup): 231-242.
- 153) Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(4): 809-819.
- 154) Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638/2002. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2002.

- 155) Silva A. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde de Ribeirão Preto-SP [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
- 156) Vasconcellos M, Murat M, Gribel E, Moraes I. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24 Sup 1: 173-182
- 157) Bodenheimer T, Grumbach K. Electronic technology: a spark to revitalize primary care. JAMA. 2003; 290(2):259-64.
- 158) Ferreira J. Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Apêndice A

Termo de consentimento livre e esclarecido (entrevista com profissionais das unidades de saúde)

Meu nome é Rafael Luis Castillo Duranza, sou médico e aluno de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (EERP/USP). Estou realizando um trabalho de pesquisa que se denomina “A produção do cuidado na Atenção Primária de Saúde para o grupo de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2”. Sua finalidade é conhecer os cuidados que são prestados a estes indivíduos diabéticos através das experiências em serviço dos profissionais da equipe de Atenção Primária (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros caso necessário), na unidade em que você trabalha.

Estas experiências de cuidado serão abordadas através de uma entrevista. Gostaríamos conhecer como se organiza seu trabalho com este grupo de pessoas, as condições materiais em que este se desenvolve (exemplo, acesso a exames diagnósticos ou medicações), conteúdo geral do atendimento que você realiza assim como sua avaliação geral do cuidado ao usuário diabético nesta unidade e sobre o apoio da Secretaria Municipal de Saúde em relação à diabetes.

Esta entrevista lhe tomara aproximadamente 30 min, mas consideramos suas experiências trarão informações que poderão ajudar a melhorar a qualidade da atenção das pessoas diabéticas. A entrevista será gravada para não perder detalhes importantes do que for dito, se você concordar.

Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, mantendo-se o caráter confidencial das mesmas. Você não será identificado e terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pessoal ou profissional.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma copia deste termo para contato, se for necessário.

Nome do participante.....

Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador.....

O contato pode ser feito com Rafael ou Maria Cecília no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo situada na Avenida bandeirantes no. 3900, Campus Universitário de Ribeirão Preto-CEP: 14040-902 ou por telefones (16) 3602-3949 e 3602-3391.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2008.

Apêndice A
Termo de consentimento livre e esclarecido (entrevista aos gestores da
Secretaria Municipal de Saúde)

Meu nome é Rafael Luis Castillo Duranza, sou médico e aluno de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (EERP/USP). Estou realizando um trabalho de pesquisa que se denomina “A produção do cuidado na Atenção Primária de Saúde para o grupo de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2”. Sua finalidade é conhecer o dia a dia do cuidado destes indivíduos diabéticos através das experiências em serviço dos profissionais da equipe de Atenção Primária (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros caso necessário) assim como as políticas da Secretaria Municipal de Saúde em relação à Diabetes como problema de saúde.

Para conhecer estas políticas realizaremos entrevistas com as autoridades desta secretaria. Gostaríamos ouvir sua opinião em aspectos relativos à situação da diabetes no município, programa municipal para controle da Diabetes Mellitus e sobre as políticas municipais para diabetes mellitus na Atenção Primária de Saúde. Suas experiências trarão informações que poderão ajudar a melhorar a qualidade da atenção das pessoas diabéticas. A entrevista será gravada para não perder detalhes importantes do que for dito.

Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, mantendo-se o caráter confidencial das mesmas. Você não será identificado e terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pessoal.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma copia deste termo para contato, se for necessário.

Nome do participante.....

Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador.....

O contato pode ser feito no Departamento de Enfermagem Materno–Infantil e Saúde Publica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo situada na Avenida bandeirantes no. 3900, Campus Universitário de Ribeirão Preto-CEP: 14040-902 e telefones (16) 3602-3949 e 3602-3391.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2008.

Apêndice A

Termo de consentimento livre e esclarecido (observação participante aos profissionais das unidades de saúde)

Meu nome é Rafael Luis Castillo Duranza, sou médico e aluno de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (EERP/USP). Estou realizando um trabalho de pesquisa que se denomina “A produção do cuidado na Atenção Primária de Saúde para o grupo de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2”. Sua finalidade é conhecer o dia a dia do cuidado destes indivíduos diabéticos através das experiências em serviço dos profissionais da equipe de Atenção Primária (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros caso necessário), na unidade em que você trabalha.

Estas experiências serão abordadas através da observação do trabalho desenvolvido pelos diferentes integrantes da equipe. Serão observados aspectos tais como características do local de trabalho, os recursos materiais utilizados (exem. medicamentos, material de curativos, estetoscópios), como se realizam estas atividades de cuidado, os diálogos mantidos entre a equipe e as pessoas diabéticas. Sabemos que ser observado durante estas atividades pode causar-lhe um pouco de constrangimento, mas consideramos estas observações do cotidiano do seu trabalho muito importantes para compreender o processo que estamos estudando. Suas experiências trarão informações que poderão ajudar a melhorar a qualidade da atenção das pessoas diabéticas. Esta observação não vai interferir diretamente com suas atividades e se realizara sempre em datas e horários previamente combinados com você durante meio período (manhã ou tarde). Os dados da observação serão anotados num caderno.

Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, mantendo-se o caráter confidencial das mesmas. Você não será identificado e terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pessoal.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia deste termo para contato, se for necessário.

Nome do participante.....
Assinatura do participante.....
Assinatura do pesquisador.....

O contato pode ser feito no Departamento de Enfermagem Materno–Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo situada na Avenida bandeirantes no. 3900, Campus Universitário de Ribeirão Preto-CEP: 14040-902 ou nos telefones (16) 3602-3949 e 3602-3391.

Ribeirão Preto, ____de _____de 2008.

Apêndice A
Termo de consentimento livre e esclarecido (observação participante aos indivíduos adultos portadores de Diabetes mellitus Tipo 2)

Meu nome é Rafael Luis Castillo Duranza, sou médico e aluno de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (EERP/USP). Estou realizando um trabalho de pesquisa que se chama “A produção do cuidado na Atenção Primária de Saúde para o grupo de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2”. Queremos saber como é o dia a dia dos cuidados que você recebe, enquanto pessoa com diabetes, nesta unidade de saúde ou nas visitas que recebe na sua casa pela equipe de saúde.

Para conseguir este objetivo estaremos observando o trabalho desenvolvido pelos diferentes integrantes da equipe que cuida de você. Se você aceitar participar da pesquisa, vou lhe acompanhar aos diferentes locais em que você será atendido nesta unidade (por exemplo, consulta médica, curativos, injeções) ou lhe visitarei na sua casa junto com a equipe de saúde. Também, gostaria de lhe pedir autorização para utilizar algumas informações úteis que se encontram registradas no seu prontuário médico. Sabemos que ser observado pode causar-lhe um pouco de constrangimento, mas consideramos estas observações do cotidiano do seu cuidado muito importantes para melhorar a qualidade do atendimento que você e outras pessoas com diabetes recebem. Os resultados serão publicados para que outras equipes de saúde possam aproveitar estas informações no seu trabalho com pessoas diabéticas. Esta observação não vai interferir com suas atividades na unidade de saúde ou na sua casa.

Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e ninguém, além dos pesquisadores, tomará conhecimento dos seus dados. Você terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pessoal.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia deste termo para contato, se for necessário.

Nome do participante.....

Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador.....

O contato pode ser feito no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo situada na Avenida bandeirantes no. 3900, Campus Universitário de Ribeirão Preto-CEP: 14040-902 ou nos telefones (16) 3602-3949 e 3602-3391.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2008.

Apêndice B
Roteiro para observação participante

Data: __/__/__

Hora do início: _____ hora do término: _____

Unidade: _____

Atividade observada (identificar): _____

Profissional atuante (categoria profissional): _____

Usuário: Sexo : masculino () feminino () Idade _____

Descrever detalhadamente o local, os recursos materiais utilizados, atividades observadas e seus passos, os diálogos mantidos entre os sujeitos da pesquisa assim como outros elementos da comunicação extra-verbal. Registrar as impressões pessoais sobre o observado.

Apêndice C

Roteiro para entrevista semi-estruturada com gestores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde

Data: __/__/__

Hora do início: _____ Hora do término: _____

Unidade: _____

Identificação

1. Profissão: médico () enfermeiro () outra categoria profissional

(qual?): _____

2. Sexo: masculino () feminino ()

3. Idade: _____

4. Cargo que ocupa: _____

Formação

Pós-graduação Sim () Não ()

1) () residência- área : _____

2) () especialização (acima de 360 horas)- área: _____

3) () mestrado- área: _____

4) () doutorado- área: _____

5) () outros- área: _____

6) () atualmente cursando- área: _____

Roteiro para entrevista.

Temas a serem abordados	Questões disparadoras da entrevista
<p>1. Situação do diabetes no município.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estatísticas municipais de doenças crônicas (especialmente o diabetes) Situação desta doença no município quando comparadas com o Estado de São Paulo e o País. 	<p>Qual é a situação do diabetes no município em termos de incidência, prevalência, mortalidade e seqüelas?</p> <p>Quanto a SMS gasta em relação com o diabetes é quais são os componentes destes gastos?</p> <p>A situação do diabetes no município de Ribeirão Preto pode considerar-se igual melhor o pior quando comparada com o estado de São Paulo e o Brasil?</p>
<p>2. Programa municipal para controle do diabetes mellitus.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existência de um programa específico para controle do diabetes mellitus. Linhas de ação principais deste programa. Propósitos e metas do programa. Recursos humanos e materiais envolvidos. 	<p>Quais são as principais ações realizadas pelo programa municipal para controle do diabetes mellitus?</p> <p>Quais são os propósitos e as metas deste programa?</p> <p>Quais são os recursos humanos e materiais que estão sendo utilizados neste programa?</p> <p>Como é financiado o programa?</p> <p>Como o senhor (a) avaliaria os resultados do programa?</p>
<p>3. Caracterização dos profissionais e serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tipo de profissional que participa do cuidado dos pacientes com diabetes. Unidades em que se realizam estas ações de cuidado. Tipos de serviços oferecidos a estes pacientes. 	<p>Qual é o perfil dos profissionais que participam no cuidado do paciente com diabetes mellitus?</p> <p>Quais são as unidades donde estes serviços são realizados?</p> <p>Existem unidades ou serviços dedicados exclusivamente ao cuidado do diabetes?</p> <p>Que tipo de serviço é oferecido a este grupo particular de usuários?</p> <p>Esta secretaria tem percebido a</p>

	<p>necessidade de treinar os profissionais atuantes na área específica de diabetes? Existem programas de capacitação da SMS em andamento ou em curto prazo, específicos nesta área?</p> <p>Como o senhor (a) avalia a qualidade do cuidado prestado a este tipo de pacientes?</p>
<p>4. Políticas municipais para diabetes mellitus e APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política municipal em relação com a expansão do PSF. • Posição da SMS sobre o papel que deve cumprir a APS no controle do diabetes mellitus. 	<p>Qual é a política municipal em relação com a expansão da APS e o PSF?</p> <p>Qual é e qual será o papel da APS no controle das doenças crônicas não transmissíveis (especialmente o diabetes mellitus) no município?</p>
5. Espaço para livre expressão	<p>O senhor (a) gostaria acrescentar alguma informação ou fazer alguma sugestão?</p>

Apêndice C

Roteiro para entrevista semi-estruturada com os profissionais que prestam cuidados aos usuários diabéticos

Data: __/__/__ Hora do início: _____ Hora do término: _____

Unidade: _____

1. Identificação

1.1 Profissão: médico () enfermeiro () odontólogo () fisioterapeuta () agente comunitário de saúde () outra (qual?) _____

1.2 Sexo: masculino () feminino ()

1.3 Idade: _____

1.4 Tipo de unidade onde trabalha: UBDS__ UBS__ NSF__.

2. Formação

2.1 Ano de conclusão da graduação. ____

2.2 Pós-graduação Sim () Não ()

- () residência- área : _____
- () especialização (acima de 360 horas)- área: _____
- () mestrado- área: _____
- () doutorado- área: _____
- () outros- área: _____
- () atualmente cursando- área: _____

3. Atividades de capacitação profissional.

3.1 Tem recebido cursos ou treinamentos nos últimos 5 anos com conteúdo específico sobre diabetes mellitus? Sim () Não ().

Caso a resposta seja afirmativa indique:

- Quantos treinamentos? _____
- Número de horas _____
- Instituição _____ Pública ()
Privada ().
- As informações que recebeu neste curso tiveram utilidade em sua prática com usuários diabéticos? Sim () Não () Explique:

3.2 O senhor (a) tem acesso a informação atualizada sobre diabetes mellitus?

Sim () Não ()

Caso a resposta seja afirmativa indique por que via:

- Periódicos ou revistas científicas nacionais. ____
- Periódicos ou revistas científicas internacionais. ____
- Publicações do Ministério da Saúde. ____
- Publicações da Secretaria Municipal de Saúde. ____
- Outros (Quais?). ____

Roteiro para entrevista

Temas a serem abordados	Questões disparadoras da entrevista
<p>1. Situação do diabetes na unidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estatísticas das doenças crônicas na unidade (especialmente o diabetes) Situação desta doença na unidade quando comparadas com outras no município. 	<p>Qual é a situação do diabetes na unidade em termos de incidência, prevalência, mortalidade e seqüelas?</p> <p>A situação do diabetes na sua unidade pode considerar-se igual melhor o pior quando comparada com outras unidades do município?</p>
<p>2. Aspectos relativos à organização do trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> Carga horária semanal. Número aproximado de atendimentos por dia. Tempo médio entre atendimentos. Agendamento de consultas o visitas domiciliares a usuários diabéticos. Sistema de referência e contra referência de usuários diabéticos. Uso de protocolos de trabalho das unidades, da SMS ou do Ministério da Saúde para atendimento de pacientes diabéticos. 	<p>Quantas horas por semana o senhor (a) trabalha?</p> <p>Quantas horas por semana o senhor (a) trabalha nesta unidade?</p> <p>Quanto atendimentos o senhor (a) realiza por dia aproximadamente?</p> <p>Como média, quanto tempo o senhor (a) utiliza como em cada atendimento?</p> <p>Os atendimentos ou visitas domiciliares para os usuários diabéticos são agendadas? Qual é a frequência?</p> <p>Como funciona o sistema de referência e contra referência de pacientes diabéticos?</p> <p>O senhor (a) tem recebido algum material relativo a sua especialidade, em forma de protocolos o diretrizes, que estabeleçam normas para realizar seu atendimento ao usuários diabético por parte dos órgãos de saúde do estado?</p> <p>O senhor (a) considera que os protocolos têm alguma utilidade para a atenção destes usuários?</p>

<p>3. Condições materiais do trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Local adequado para realizar o atendimento. • Presença de recursos materiais necessários desenvolver o trabalho. • Acessibilidade a exames complementares, medicações, leitos hospitalares para referência. 	<p>O senhor (a) considera que este local é adequado (consultório, enfermaria, casa etc.) é adequado para atender pacientes diabéticos?</p> <p>O senhor (a) conta com todos os recursos para realizar um atendimento de qualidade a estes pacientes. O que poderia estar faltando?</p> <p>Quando o senhor (a) solicitar um exame de laboratório ou outro tipo de exames diagnósticos ou precisa dar uma medicação num usuário diabético enfrenta dificuldades?</p>
<p>4. Conteúdo geral do atendimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elementos gerais desenvolvidos no atendimento. 	<p>Em que consiste a consulta /atendimento ao diabético que o senhor (a) realiza? A falta de tempo ou recursos materiais são uma limitante?</p>
<p>5. Avaliação do atendimento ao usuário diabético na unidade.</p>	<p>Como avaliaria a atenção aos usuários diabéticos adultos nesta unidade e na Rede Básica de Saúde?</p>
<p>6. Trabalho da equipe multiprofissional.</p>	<p>Quais são os outros profissionais que cuidam do usuário diabético adscritos a esta unidade?</p> <p>Como avalia a relação entre estes profissionais e entre eles e os usuários?</p>
<p>7. Políticas da SMS em relação à diabetes como problema de saúde.</p>	<p>O senhor (a) consegue identificar alguma política da SMS em relação com o diabetes mellitus? Esta política tem contribuído para melhorar o atendimento a este grupo de pacientes?</p>
<p>6. Espaço para livre expressão</p>	<p>O senhor (a) gostaria acrescentar alguma informação o fazer alguma sugestão?</p>

Apêndice D
Formulário para análise dos prontuários individuais (frente)

Data das consultas	Interrogatório	Exame físico							Exames laboratoriais													
		Peso/altura	IMC	CA	PA	Inspeção pés/ Monofilamento	Pele	Pulsos	Glicemia	Hb Glicada	Creatinina	Uréia	Ac. Úrico	Colesterol	HDL	Triglicérides	Urina	Proteinúria 24 h	Microalbuminúria	Fundo de Olho	ECG	Rx Tórax

- IMC: Índice de Massa Corporal. CA: Circunferência Abdominal. PA: Pressão Arterial. HDL: Lipoproteína de Alta Densidade. ECG: Eletrocardiograma.

Apêndice D (continuação)
Formulário para análise dos prontuários individuais (verso)

Medicações							Complicações					Orientações				Referência e Contra-referência	Outros Atendimentos da Equipe	Anotações
Insulina	Glibenclamida	Gliclazida	Metformina	Antihipertensivos	Hipolipemiantes	Antiagregantes Plaquetários	Cardiovasculares	Cérebro-vasculares	Doença Renal	Retinopatia/outras	Pé Diabético/Amputação	Dieta	Atividade Física	Autocuidado	Educação Diabetológica			

- HTZ: Hidroclorotiazida. FU: Furosemida. Pro: Propranolol. EM: Enalapril. CAP: Captopril. NI: Nifedipina. ALF: Alfametildopa. CL: Clonidina. SV: Sinvastatina. AAS: Ácido Acetilsalisílico.

Apêndice E

Formulário no formato “check list”

Recursos materiais	Presente	Ausente
Esfigmomanômetro aneróide		
Balança mecânica de plataforma com régua antropométrica		
Monofilamento de Semmes-Weinstein 10 gr nylon.		
Fita métrica.		
Diapasão de 128 Htz.		
Martelo para reflexos.		
Oftalmoscópio.		
Glicosímetros e fitas reagentes.		
Fitas reagentes para glicosúria qualitativa.		
Fitas reagentes para cetonúria.		
Insulina (simples, NPH).		
Glucagon.		
Glicose hipertônica.		
Soluções para hidratação (cloreto de sódio 0.9 %).		
Seringas (Insulina, 10 ml, 20 ml).		
Sistema de controle para o fornecimento de tratamento farmacológico para diabetes, doenças co-mórbidas e métodos de automonitorização.		

Anexo A
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 093/2006

Ribeirão Preto, 05 de junho de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 02 de junho de 2006.

Protocolo: nº 0661/2006

Projeto: A produção do cuidado na atenção primária de saúde para o grupo de indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 2

Pesquisadores: Maria Cecília Puntel de Almeida (Orientadora)
Rafael Luis Castillo Duranza (Doutorando)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Cléia Regina de Oliveira Ribeiro
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Prof.ª. Dr.ª. Maria Cecília Puntel de Almeida
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Anexo B
Proposta para reestruturação Grupo de Diabéticos do Núcleo de Saúde da Família (folha 1)

Grupo de Diabéticos do Núcleo de Saúde da Família

O grupo de diabéticos será formado por pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus*, recém diagnosticado ou não, que pertençam à área de abrangência do NSF, e por profissionais de saúde envolvidos, entre eles: auxiliares de enfermagem, enfermeiros, agentes de saúde, médicos, médicos residentes, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, dentistas e psicólogos; e por alunos da graduação de medicina, odontologia, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição e psicologia. A participação de cada profissional ou aluno dependerá do tema abordado.

O grupo terá 6 encontros, de uma hora de duração, na frequência de uma vez por semana, sendo que um mesmo tema será abordado em três diferentes reuniões do mês e um quarto encontro será para aqueles que receberem o diagnóstico nesse período. A intenção de realizar três encontros com o mesmo tema é possibilitar e facilitar a organização do paciente, que terá maior chance de escolha, priorizando a adesão. A reunião para aqueles recém diagnosticados tem o objetivo de acolhê-los, ajudar a esclarecer dúvidas e minimizar as ansiedades e as angústias.

Os principais temas a serem abordados são:

- 1- Diabetes: O que é?
 - Medos e Angústias
 - Como diagnosticar
 - Como prevenir a doença e suas complicações
 - Quais os riscos
- 2- Dieta e Modificações de estilo de vida
 - O que se pode comer
 - Como se deve comer
 - Opções e variedades
 - Hábitos saudáveis de vida
 - Opções e variações
- 3- Tratamento e Controle
 - Dieta
 - Remédios via oral
 - Insulina
 - O que são e como funcionam
 - Como devem ser usados
 - Por que usá-los
- 4- Complicações: Retinopatia, Nefropatia e doenças cardiovasculares
 - O que são
 - Quando e por que acontecem
 - Como prevenir

Anexo B
Proposta para reestruturação Grupo de Diabéticos do Núcleo de Saúde da
Família (folha 2)

- 5- Exame dos pés e pé diabético
 - Como fazer o exame e quando examinar
 - Quais cuidados devem ser tomados
- 6- Dúvidas, questões e discussões.

Além do caráter de instrução, discussão e esclarecimento dos encontros, estes também funcionarão como retorno agendado, em que o paciente receberá a receita com as medicações e os pedidos de exames de rotina. Desse modo, realizar as instruções sobre coleta de exames e uso de medicamentos será mais dinâmico, fácil e prático. Procuramos, dessa forma, otimizar os atendimentos médicos, de enfermagem e de nutrição, que disponibilizarão de mais tempo para realizar exames e investigações outras, que não as de rotina apenas, melhorando a qualidade do serviço.