



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

GISELLE CAVALCANTE DE OLIVEIRA

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA LINHA DO
CUIDADO AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Fortaleza - Ceará

2011

GISELLE CAVALCANTE DE OLIVEIRA

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA LINHA DO CUIDADO
AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara

Fortaleza–Ceará

2011

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**

O48a Oliveira, Giselle Cavalcante de
A atuação da equipe de saúde da família na linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas / Giselle Cavalcante de Oliveira. — 2011.
123 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.

Orientação: Prof. Dr. Andrea Caprara.

Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde

1. Saúde da família. 2. Cuidado. 3. Equipe de assistência ao paciente. 4. Doença crônica. I. Título.

CDD: 614

GISELLE CAVALCANTE DE OLIVEIRA

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA LINHA DO CUIDADO
AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 09 / 11 / 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Andrea Caprara (Orientador)

Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes

Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira

Universidade Estadual do Ceará

A todos os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza que na multiplicidade de olhares cuidam de um.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Tapeceiro da vida, que sabe o fim desde o começo...

Ao meu marido, Homero, que está sempre pronto a me cercar de amor, compreensão e cuidado.

À Melissa, minha herança, obrigada por compreender todos os momentos de ausência.

A minha família pelo apoio, amor e cuidados com Melissa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Andrea Caprara, pela abordagem sempre carinhosa em todas as conversas e emails. Obrigada pela atenção, confiança, dedicação, ensinamentos e cobranças que tanto contribuíram para meu crescimento!

A minha dupla querida, Patrícia, por todos os encontros, caronas e telefonemas. Sou grata por você estar sempre pronta a me dar força e carinho!

Aos meus colegas do mestrado, uma grata surpresa, os quais já posso chamar de amigos! Obrigada pelas boas gargalhadas!

A todos os professores que não mediram esforços em dividir conhecimento e experiências de vida.

A todos os participantes da pesquisa pelo tempo dispensado e dedicado em todos os momentos que eram solicitados.

A todos os funcionários da UECE, em especial, Cláudia, Maria (Mary) e Mairla.

A todos integrantes do grupo de pesquisa que contribuíram nas árduas transcrições das entrevistas.

Aos meus amigos que sempre me dão palavras de incentivo.

Aos meus chefes e colegas de trabalho pelo incentivo e confiança!

Enfim, a todos que participaram direta ou indiretamente na construção desse trabalho! MUITO OBRIGADA!!!

RESUMO

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em grandes centros urbanos brasileiros visa aprimorar a atenção primária à saúde com potencialidades de desenvolver mudanças no modelo assistencial. A equipe de Saúde da Família deve estar preparada para dar atenção integral a pacientes que necessitam de cuidados constantes, como é o caso dos pacientes com doenças crônicas. Por sua vez, essas exercem papel muito importante na definição do perfil atual de saúde das populações humanas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são interdependentes e estão também relacionadas à pobreza, oferecendo dificuldade à prestação de serviços de saúde em países em desenvolvimento. O presente estudo tem como objetivo compreender a atuação da equipe de saúde da família na linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa realizada nas Secretarias Executivas Regionais (SER) II, IV e V, onde foi escolhida uma unidade de saúde em cada SER. A coleta de dados foi baseada na observação participante e em entrevistas abertas e profundas a 30 trabalhadores da ESF que estavam envolvidos na equipe de saúde e no cuidado de pacientes crônicos, principalmente diabéticos e hipertensos. Os dados coletados foram transcritos e analisados por meio do software NVIVO, do qual emergiram as seguintes categorias: Os trabalhadores e seu papel na Estratégia Saúde da Família; Tem que ter competência para cuidar!; A linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas traçada na fala de quem faz...; Falhas na linha do cuidado que impedem a integralidade e Particularidades. Segundo os trabalhadores, existem no mínimo cinco maneiras do paciente “entrar” na Linha do Cuidado aos pacientes com Doenças Crônicas. Mas nessa linha podem existir falhas que impossibilitam uma atenção integral de fato. A falha mais citada pelos entrevistados foi a grande demanda populacional e o número insuficientes de profissionais, principalmente médicos. A atuação da equipe de saúde formata desenhos invisíveis pelos trabalhadores implicados no cotidiano dos serviços de saúde. Dessa forma, a reflexão dos processos de cuidado e suas implicações devem ser estudadas por quem faz parte direta dele.

Palavras-chaves: Saúde da Família; Cuidado; Equipe de Assistência ao Paciente; Doença Crônica.

ABSTRACT

The implementation of the Family Health Strategy in large urban centers in Brazil aims to improve the primary health care with the potential to develop changes in the assistential model. The Family Health Team must be prepared to provide comprehensive care to patients who need constant care, which is the case of patients with chronic diseases. In their turn, these diseases play a very important role in the definition of the current health profile of human populations. Non-transmissible chronic diseases (NTCD) are interdependent and are also related to poverty, making it difficult to provide health care in developing countries. The present study aims to understand the role of the Family Health Team in the line of care to patients with chronic diseases. This was a qualitative research carried out in the Regional Executive Secretaries (SER) II, IV and V, where a health unit was chosen in each SER. The data collection was based on participant observation and open, deep interviews to 30 workers from ESF who were involved in the health team and in the care of chronic patients, especially people with diabetes and hypertension. The collected data was transcribed and analyzed using the NVIVO software, which produced the following categories: The workers and their role in the Family Health Strategy; You must be competent to take care of someone!; The line of care for patients with chronic diseases outlined in the speech of those who work...; Failures in the line of care that prevent integrality and particularity. According to the workers, there are at least five ways for the patient to "enter" in the line of care for patients with chronic diseases. But there may be failures in that line that prevent a truly comprehensive care. The failure most frequently mentioned by the respondents was the high population demand and the insufficient number of professionals, especially doctors. The performance of the health team forms invisible drawings by the workers involved in everyday health care. Thus, the reflection of the processes of care and their implications should be studied by those who are a direct part of it.

Keywords: Family Health; Care; Patient Care Team; Chronic Disease.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização geral dos sujeitos da pesquisa	53
TABELA 2	Óbitos ocorridos por doenças crônicas não transmissíveis e óbitos potencialmente evitáveis com alimentação adequada	80

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Quadro conceitual do Modelo de Atenção Crônica – <i>Chronic Care Model (CCM)</i>	21
FIGURA 2	O Modelo de Atenção Crônica	40
FIGURA 3	Distribuição de Fortaleza – CE em Secretarias Executivas Regionais	46
FIGURA 4	Linha do Cuidado ao paciente acamado	73
FIGURA 5	LC ao paciente com sintomas	73
FIGURA 6	LC a partir do consultório odontológico	74
FIGURA 7	LC a partir de Urgência/Emergência	75
FIGURA 8	LC a partir de Urgência/Emergência da Atenção Terciária	76
FIGURA 9	Inter consultas	77
FIGURA 10	LC das consultas de retorno/acompanhamento	78
FIGURA 11	Tratamento odontológico e NASF como parte da LC	80
FIGURA 12	Referência/Contra-Referência	81

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição dos Centros de Saúde da Família de acordo com a Secretaria Executiva Regional (SER)	47
QUADRO 2	Entrevistados SER II	55
QUADRO 3	Entrevistados SER IV	56
QUADRO 4	Entrevistados SER V	57
QUADRO 5	Caracterização dos Centros de Saúde da Família (CSF) por Secretaria Executiva Regional (SER)	58

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Banco Mundial)
CCM	Chronic Care Model
CSF	Centro de Saúde da Família
DC	Doença(s) Crônica(s)
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDHM-B	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - por Bairro
LC	Linha do Cuidado
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF Programa Saúde da Família

QSR Qualitative Solutions Research Nvivo

RAS Redes de Atenção à Saúde

SB Saúde Bucal

SER Secretaria Executiva Regional

SF Saúde da Família

SISHIPERDIA Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Básica

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TSB Técnico em Saúde Bucal

TB Tuberculose

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 A Estratégia de Saúde da Família e a equipe de saúde	15
1.2 Doenças crônicas no mundo, no Brasil e em Fortaleza	17
1.3 Questões norteadoras e construção dos objetivos da pesquisa.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 A atuação da equipe na Estratégia Saúde da Família	23
2.2 Linha do Cuidado	28
2.3 A equipe de saúde e o cuidado aos pacientes crônicos	33
2.4 Modelo de Atenção Crônica e a experiência brasileira.....	40
3 METODOLOGIA	45
3.1 Natureza do estudo	45
3.2 Campo de estudo.....	45
3.3 Sujeitos da pesquisa	48
3.4 Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados	48
3.5 Análise e interpretação dos dados	49
3.6 Aspectos éticos.....	49
3.7 Dificuldades Metodológicas	50
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 Caracterização Geral.....	52
4.2 Caracterização por regional.....	54
4.2.1 SERII.....	55
4.2.2 SERIV.....	56
4.2.3 SERV.....	57
4.3 Os trabalhadores e seu papel na Estratégia Saúde da Família....	58
4.3.1 Agentes Comunitários de Saúde.....	58
4.3.2 Auxiliares de Enfermagem.....	60
4.3.3 Enfermeiros.....	61
4.3.4 Saúde Bucal.....	62
4.3.5 Médicos.....	64
4.3.6 Profissionais do NASF.....	64

4.4 Tem que ter competência para cuidar!	65
4.5 A Linha do Cuidado aos pacientes com doenças crônicas traçada na fala de quem faz.....	71
4.6 Falhas na Linha do Cuidado que impedem a integralidade.....	94
4.7 Particularidades.....	100
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES.....	117
APÊNDICE A: Roteiro de entrevista à Equipe de Saúde.....	118
APÊNDICE B: Roteiro de Observação Participante.....	119
APÊNDICE C: Solicitação de entrada no campo.....	120
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	121
ANEXOS	122
Anexo A – Parecer ao Comitê de Ética.....	123

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial são sempre mais freqüentes na atividade dos profissionais de saúde, seja no âmbito público ou privado. Quem se propõe a ser profissional de saúde está designado a criar vínculo ou pelo menos fazer um atendimento ambulatorial com pacientes crônicos.

Com a inserção do profissional dentista na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza, eu (dentista atuante na ESF em Fortaleza desde o ano de 2006) senti a necessidade de estudar mais sobre o tema de doenças crônicas e o cuidado a pacientes acometidos por tais agravos. As doenças crônicas têm relação direta com certos medicamentos administrados e prescritos por esta categoria profissional, assim como o estilo de vida desses pacientes crônicos também estão relacionados à saúde bucal.

1.1 A Estratégia Saúde da Família e a equipe de saúde

A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem tido relevância inquestionável. Já existem fortes evidências de que países que organizam seus sistemas de saúde a partir dos princípios da atenção primária, alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação do paciente e equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social (MENDONÇA, 2009).

No caso do Brasil, tem-se utilizado a Estratégia Saúde da Família (ESF) para fortalecer gradativamente a atenção primária no país. A ESF é preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como estratégia de organização da atenção primária (BRASIL, 2006).

A implementação da ESF em grandes centros urbanos brasileiros visa aprimorar a atenção primária à saúde (APS) com potencialidades de desenvolver mudanças no modelo assistencial efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos, voltando-se para a família e a comunidade (ESCOREL et al., 2007).

O município de Fortaleza, no início de 2005, contava com 95 equipes implantadas, o equivalente a uma cobertura pela ESF de 14,53%. Em 2006, houve concurso público onde foram nomeados os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas para compor as equipes de saúde da família. Isso possibilitou a implantação de aproximadamente 251 equipes e uma cobertura de 35,01% (MS/SAS/DAB, 2007). Hoje totalizam 260 equipes de Saúde da Família (SF) e 36,58% de cobertura da ESF (www.saude.gov.br – Sala de Situação da Saúde, 2011).

Cunha (2007) ressalta que o trabalho em equipe é um assunto que tem importância crescente. Acrescenta que o modelo tradicional de pronto-atendimento, ou seja, o cuidado centrado apenas nos médicos traz algumas consequências negativas para APS, como o paciente considerar a sua saúde como bem de consumo e o baixo aproveitamento dos outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe.

Assim, o Ministério da Saúde (MS), para apoiar à inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de acordo com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009).

Portanto, ao falar em atenção primária fortalecida, diz respeito também a uma equipe completa, ou seja, composta por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais de saúde que compõem a equipe do NASF. Esta equipe deve estar preparada para dar atenção integral a pacientes que necessitam de cuidados constantes, como é o caso dos pacientes com doenças crônicas.

1.2 Doenças Crônicas no Mundo, no Brasil e em Fortaleza

Em virtude dos progressos da saúde pública, as populações estão envelhecendo e um número cada vez maior de pacientes vive por décadas com uma ou mais condições crônicas (OMS, 2003).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) exercem papel muito importante na definição do perfil atual de saúde das populações humanas. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença (OMS, 2003).

As DCNT geralmente são incuráveis e de origem não-contagiosa, caracterizadas por um longo período de latência, curso prolongado, provocando incapacitações e possuem alguns fatores de risco conhecidos. O número de indivíduos que sofrem de danos crônicos vem crescendo. Portanto, é necessário que estejam disponíveis tratamentos de alta tecnologia e custo elevado ao mesmo tempo para possibilitar que essas pessoas que possuem as condições crônicas tenham sua sobrevivência aumentada (FRANZEN et al., 2007). Isso só é viável por meio de um sistema de saúde bem estruturado.

Além disso, as condições crônicas são interdependentes e estão também relacionadas à pobreza; elas oferecem dificuldade à prestação de serviços de saúde em países em desenvolvimento, pois enfrentam as inconclusas agendas de saúde voltadas para doenças infecciosas agudas, subnutrição e saúde materna (OMS, 2003).

A OMS (2003) declara, ainda, que os países em desenvolvimento estão frente a uma situação de “duplo risco”, isto é, enfrentam ao mesmo tempo duas preocupações de saúde urgentes e importantes: a persistência de doenças infecciosas, desnutrição e doenças maternas e perinatais e o rápido aumento de outras condições crônicas não transmissíveis (por exemplo: doença cardíaca, depressão e diabetes). Recentemente foi incluído mais um risco: o crescimento da violência e das causas externas. Todos esses riscos juntos

formam uma tripla carga de doenças para países como o Brasil (MENDES, 2011).

A solução proposta pela OMS (2003) para essas nações que enfrentam esses múltiplos problemas seria organizar uma agenda de atenção à saúde com modelos inovadores.

A OMS (2003) elege algumas DCNT mais frequentes que são diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, mal de Parkinson, acidente vascular cerebral, doenças da coluna, cânceres, problemas respiratórios, entre outras. Diante disso, a organização presume que o percentual de DCNT atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular encefálico, depressão e câncer. Além de acrescentar que o aumento da incidência de diabetes nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante.

A diabetes é o principal fator de risco para cardiopatia e doença cerebrovascular e, geralmente, ocorre associada à hipertensão - outro importante fator de risco para problemas crônicos. Em 1995 havia 135 milhões de diabéticos, as projeções indicam que esse número irá atingir 300 milhões no ano 2025 (OMS, 2003).

Ao se falar de gastos com doenças crônicas, atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus global decorrente de doenças. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos (OMS, 2003).

Caso não sejam adequadamente gerenciadas, até 2020, as condições crônicas trarão duas consequências desastrosas: serão a primeira causa de incapacidades e se tornarão os mais dispendiosos problemas de saúde para os sistemas de saúde em todo o mundo (OMS, 2003).

Diante da preocupação do aumento da prevalência de DCNT no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) com o Plano Nacional de Saúde, no âmbito das

condições de saúde, estabeleceu como uma de suas diretrizes a prevenção e o controle de DCNT. Porém, as metas dizem respeito apenas a câncer de colo de útero e câncer de mama (BRASIL, 2005). Outros agravos crônicos, como diabetes e hipertensão não foram citados.

Nas últimas décadas, as DCNT passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias – e a representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Setor Suplementar (BRASIL, 2008).

Em Fortaleza, as principais doenças crônico-degenerativas encontradas na população foram a hipertensão arterial e a diabetes mellitus e estas associadas à obesidade e dislipidemia somam o grupo de fatores que compõe a Síndrome Metabólica, as quais são determinantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares-DCV (BOL. SAÚDE FORTALEZA, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) como política prioritária da APS tem sido proposta, por sua conformação e processo de trabalho, como a porta de entrada do sistema de saúde. Essa estratégia apresenta as condições mais adequadas de acesso às medidas multissetoriais e integrais para a abordagem das DCNT, além de atuar na proposta de uma população e território definido, continuidade e longitudinalidade do cuidado e vínculo profissional/paciente.

Atualmente, faço parte de um grupo de pesquisa Cultura, Saberes e Práticas em Saúde que tem estudado o assunto do cuidado a pacientes com doenças crônicas em Fortaleza, Ceará. Nos grupos de discussão, temos visto o alto índice de indivíduos com crises hipertensivas ou diabetes descompensada que procuram o serviço de saúde hospitalar em detrimento do cuidado primário em saúde: as unidades básicas de saúde (com a equipe de saúde da família) e o autocuidado, por exemplo.

Portanto, se configura como um sistema projetado para a doença aguda ao invés de cuidados crônicos, no qual os pacientes não estão adequadamente

preparados para o cuidado de sua própria doença (BODENHEIMER, WAGNER, GRUMBACH, 2002).

Este projeto faz parte da primeira fase de um projeto maior intitulado “A relação entre equipes de saúde da família e pacientes com doenças crônicas: análise da atenção e gestão integrada na atenção primária no município de Fortaleza, Ceará”. Cujo objetivo principal é compreender a experiência da relação entre equipes de saúde e pacientes, com particular atenção ao paciente crônico, como expressão dos vínculos construídos pelos profissionais de saúde com os pacientes, suas famílias e a comunidade.

A segunda fase será a implantação de um projeto piloto do Modelo de Atenção Crônica em Fortaleza no âmbito da atenção primária, mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família e em equipes de saúde da família que estejam completas.

O Modelo de Atenção Crônica - *Chronic Care Model* (CCM) é um modelo de cuidados primários para pacientes com doenças crônicas, no qual seis componentes são propostos como condicionantes para sua implantação. São eles: recursos e políticas; organização da atenção à saúde; apoio para auto-cuidado; desenho da linha do cuidado; apoio a decisões; sistemas de informações clínicas (BODENHEIMER, WAGNER, GRUMBACH, 2002). Mais informações sobre esse modelo serão esclarecidas em um capítulo do “referencial teórico”. Segue um quadro conceitual traduzido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2010).



Figura 1 – Quadro conceitual do Modelo de Atenção Crônica - *Chronic Care Model (CCM)*

Fonte: OPAS, 2010, p.25

1.3 Questões norteadoras e construção dos objetivos da pesquisa

O objeto de estudo dessa pesquisa se refere à atuação da equipe de saúde da família na linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas, principalmente diabetes e hipertensão arterial em Fortaleza – CE.

Questões norteadoras:

- Como e quem realiza a atenção em saúde aos pacientes com doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial) na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza, CE?
- De que forma acontece o acompanhamento (seguimento) do tratamento desses pacientes com doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial) na estratégia?

O aprofundamento de estudos em torno dessa problemática é fundamental para oferecer subsídios na prevenção e promoção de saúde nos espaços de assistência ou na própria comunidade. Se não, oferecer, pelo

menos, uma melhor qualidade de vida, procurando alternativas no cuidado (manejo, acompanhamento e monitoramento) para os que já foram acometidos com esses agravos.

Acredito que essa pesquisa possibilitará maior conhecimento da atuação da equipe de saúde da família no cuidado do paciente com doenças crônicas, melhorando sua sobrevida e prevenindo, no âmbito familiar, o aparecimento ou agravamento dessas doenças em outros entes da família. A partir deste conhecimento, facilitará a tomada de decisão na melhoria da ação interdisciplinar da equipe multiprofissional no atendimento integral a esses indivíduos que necessitam de cuidado contínuo e minucioso.

Além de proporcionar a implantação do modelo de cuidado primário a pacientes acometidos por enfermidades crônicas em Fortaleza-CE ou, pelo menos, a reestruturação do modelo atual com o surgimento de novas políticas.

Mediante o objeto acima, justifica-se como objetivo **geral** da pesquisa compreender a atuação da equipe de saúde da família na linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas.

Além disso, torna-se necessário ter conhecimentos **específicos** do assunto. Pretende-se: 1) propor desenhos da linha do cuidado da equipe de saúde a indivíduos com agravos crônicos (principalmente, diabetes e hipertensão arterial); 2) analisar os itinerários terapêuticos dos pacientes com doenças crônicas na rede de serviços assistenciais e comunidade; 3) descrever o trabalho cotidiano da equipe na Estratégia Saúde da Família no cuidado ao paciente com enfermidade crônica e 4) destacar as principais características da relação entre os profissionais da equipe de saúde da ESF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A pesquisa ocorreu em torno de assuntos relevantes e fundamentais para a compreensão do objeto a ser estudado como a atuação da equipe na ESF e no cuidado de pacientes com doenças crônicas, as concepções de linha do cuidado e o Modelo de Atenção Crônica e a experiência brasileira.

2.1 A atuação da equipe na Estratégia Saúde da Família

O trabalho em saúde mantém ainda características fortes do pensamento taylorista, preconizado por uma lógica de gerência clássica, isto é, a divisão do trabalho com o modelo tradicional, onde chefias intermediárias por categoria profissional definem o trabalho a ser realizado pelos menos qualificados (OTENIO, NAKAMA, LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2008).

Em contrapartida, a incorporação de novas práticas de trabalho que estejam voltadas para a família se dá através da incorporação do modelo de atenção primária à saúde (APS) e operacionaliza-se por meio da organização do trabalho em equipe, influenciando, assim, os determinantes sociais do processo saúde-doença (ESCOREL et al., 2002). A atuação em equipe no território surge como estratégia para remodelar o trabalho e promover qualidade aos serviços (PINHO, 2006).

Aliado a isso, Almeida e Mishima (2001) afirmam que a responsabilidade de produção dos serviços de saúde não é de um profissional isolado em seu consultório, mas sim da equipe. A assistência caracteriza-se em um trabalho coletivo e complexo, em que interdisciplinaridade e multiprofissionalidade são necessárias. Além disso, o elemento central de atenção não é exclusivamente o indivíduo, mas a família e seu entorno.

Escorel et al. (2007) corroboram com Almeida e Mishima (2001), ou seja, com a necessidade de uma equipe multiprofissional. Eles ainda ressaltam a importância dessa equipe ser qualificada e apta a oferecer atenção integral e com profissionais aderidos à ESF com claros objetivos de inclusão social.

O Ministério da Saúde (MS) tem como um dos princípios da ESF, então Programa Saúde da Família (PSF), a presença de equipe multiprofissional no território de abrangência composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais (por exemplo, cirurgiões dentistas, assistentes sociais, fisioterapeutas) poderiam ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio de acordo com as necessidades locais. (BRASIL, 2001b). Documentos do MS mais recentes já afirmam que a equipe de saúde bucal deve ser integrante da estratégia (BRASIL, 2006).

A ESF que é preconizada pelo MS prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, tendo como objetivo a prática de vigilância à saúde (LOURENÇO, 2009). “Para responder com competência às necessidades de saúde da população, os profissionais devem conhecê-las e estabelecer prioridades” (ESCOREL et al., 2007).

A aceitação das pessoas da atuação da equipe de saúde em suas comunidades só é possível por conta do estreitamento da relação entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias. Uma das demandas da ESF é a inclusão da família como partícipe do processo saúde-enfermidade. Neste espaço do núcleo familiar, busca-se o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação. Além disso, a equipe de saúde assume o compromisso de prestar assistência integral à população adscrita e no domicílio com freqüente acompanhamento, busca da satisfação das necessidades locais de saúde e identifica fatores de risco a que a comunidade está exposta. Dessa forma há maior probabilidade de agir de maneira apropriada (OLIVEIRA E SPIRI, 2006).

Os resultados do estudo de Bezerra, Sales e Viana (2009) vão de encontro ao supracitado quando caracterizam que “a comunicação no interior da equipe se destina apenas à troca de informações de caráter técnico, o que resulta em poucas discussões sobre os problemas e necessidades da equipe e

da população na busca de consensos coletivos”. Portanto, a atenção integral do paciente ficaria comprometida.

Assim, é necessária uma boa interação entres os membros da equipe para possibilitar uma continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares (OLIVEIRA E SPIRI, 2006). Do contrário “corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos” (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

O Ministério da Saúde (MS) afirma que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL, 1999). Além da função de identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade (BRASIL, 2001).

Oliveira e Spiri (2006) afirmam que os ACS, por muitas vezes, não são valorizados e podem apresentar alguns sentimentos de impotência pelo seu limitado poder de resolução. Apesar disso, eles são elementos fundamentais de elo entre comunidade/equipe e trazem os problemas emergidos para serem discutidos em equipe. O vínculo estabelecido por meio do convívio pelo ACS com a comunidade permite a aderência desta à ESF e à abordagem da equipe.

Portanto, a desvalorização de determinados profissionais na equipe da ESF prejudica o andamento do trabalho. Assim, é necessário que haja complementaridade e alocação de papéis para não haver centralidade em apenas uma categoria profissional.

Para que isso aconteça é necessário que haja: disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidade e também resultados, clareza da importância de construir em conjunto um plano de trabalho e definir a responsabilização de cada membro para alcançar o objetivo, consciência de necessidade de avaliação constante dos processos e resultados, percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe (FRANCISCHINI, MOURA e CHINELLATO, 2008).

Elsen et al. (2009) aprofundam mais ainda em seu estudo quando sinalizam que o trabalho em equipe multidisciplinar poderia ser mais produtivo se houvesse a valorização e integração dos saberes de cada profissional, isto é, caso fosse adotada uma abordagem interdisciplinar.

Assim, a inexistência de métodos interdisciplinares no processo de assistência à saúde e a especialização do conhecimento, em vez de gerar avanço, possibilita alienação e fragmentação. (OTENIO, NAKAMA, LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2008).

Carvalho e Santos (2009) relatam em sua pesquisa que:

A busca pelo trabalho interdisciplinar nos aponta que deve haver troca de idéias entre as partes envolvidas, com um trabalho contínuo de troca entre diferentes sujeitos na área da saúde. Destaca-se, como importante, a interação profissional/usuário a fim de se construir instrumentos mais integrativos e equânimes no atendimento do SUS. A partir daí, pode-se buscar novas práticas de saúde que estejam mais próximas das realidades dos usuários. O trabalho realizado com uma equipe interdisciplinar pode contribuir para melhor adesão ao tratamento.

Mediante todas essas colocações sobre a atuação da equipe, deve-se atentar para que seus membros devam preservar suas funções específicas mantendo uma linha contínua de comunicação uns com os outros, com as devidas interações e responsabilidades (PINHO, 2006).

Quando há a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho pode resultar na descontinuidade das ações específicas de cada profissional, vislumbrando, assim, desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre os profissionais. (OTENIO, NAKAMA, LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2008).

Além disso, quando se trata de troca de informações entre profissionais (generalistas e especialistas), Escorel et al. (2007) afirmam que essa boa comunicação é essencial para que o generalista exerça uma coordenação dos cuidados ao paciente e, assim, possa garantir a continuidade do cuidado. Mas a precária realização da referência e contra-referência foi uma dificuldade apontada pelos gestores na maior parte dos municípios desse estudo. Assim, os resultados dessa pesquisa reforçam a dificuldade de continuidade do cuidado.

Ao se pensar um pouco sobre a atuação dos gestores, Franco e Franco (2010) afirmam que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, de forma a organizar o processo de trabalho em equipe, e com o fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e aos serviços aos quais necessita.

O Ministério da Saúde, ao criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008) prevê que esse processo de trabalho em equipe seja melhorado.

Defini-se que um NASF constitui uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam junto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), possibilitando, compartilhar e apoiar as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. A composição da equipe deve ser decidida pelo gestor e de acordo com a necessidade local e disponibilidade de profissional. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF (BRASIL, 2009).

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à atenção básica: “ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização” (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde existem duas modalidades de NASF:

NASF 1: mínimo cinco profissionais com graduação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado entre oito e 20 equipes de SF, exceto na Região Norte (BRASIL, 2009).

NASF 2: mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de SF (BRASIL, 2009).

Percebe-se nessa nova proposta a qualificação da atenção básica por meio do apoio a equipe de SF, da responsabilização compartilhada dos casos e do cuidado integral do indivíduo e de sua família. Atualmente, Fortaleza conta com 23 equipes tipo 1 e nenhuma tipo 2 (www.saude.gov.br – Sala de Situação da Saúde).

2.2 Linha do Cuidado

O cuidado tem sua natureza multidisciplinar nas organizações de saúde de forma idealizada, recebido e vivido pelo paciente, como o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida dos serviços de saúde. Assim, uma complexa rede de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo de constante diálogo solidário, mas também de disputa, vai compondo o que se entende como **cuidado em saúde** (MERHY, 2005. Grifo meu)

Infelizmente, o formato da assistência centrada no ato prescritivo produz altos e crescentes custos, pois utiliza como insumos principais as tecnologias duras (exames e medicamentos), como se estas tivessem um fim em si mesmas e fossem capazes de, por si só, restabelecer a saúde. O problema se

mostra ainda mais grave quando são valorizadas apenas as dimensões biológicas dos agravos e não são considerados os determinantes sociais, ambientais e subjetivos do processo saúde-doença. Os quais tornam este processo singular de cada indivíduo (MALTA e MERHY, 2010) (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004).

Diante desse modelo tradicional, surge a necessidade de um novo modo de pensar a assistência e o cuidado em saúde. Assim, Franco e Franco (2010) definem uma proposta inovadora: Linha do Cuidado (LC). Esta concepção é a “imagem pensada” para expressar os fluxos assistenciais de maneira a atender às necessidades de saúde dos usuários de forma garantida e segura. A LC desenha o itinerário do usuário de modo que inclui, além do sistema de saúde, segmentos que participam dessa rede, como recursos da comunidade e de assistência social.

A LC tem seu início na entrada usuário por qualquer via do sistema de saúde que envolve a assistência. Seja a visita domiciliar, urgência, consultórios, equipe de saúde na atenção básica, ou em qualquer ponto onde ocorre interação entre profissional de saúde e o usuário (MALTA e MERHY, 2010).

Malta e Merhy (2010) relatam, ao vislumbrar a organização da LC, que a responsabilidade pela saúde do indivíduo deve ser do sistema, isto é, gestores e trabalhadores. Porém “se encontra ainda muito distante da prática cotidiana”.

Essa noção de responsabilidade pode ser confundida com noção que se tem do modelo tradicional de assistência quando o encontro (consulta ou visita) torna-se potencialmente uma “amordaçada”, ou seja, a “mudez” do usuário e a “voz” do profissional preenchem o espaço desse encontro (MALTA, 2004; MERHY, 2002).

Os trabalhadores da saúde devem considerar o usuário como o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada e não integral (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004).

Deve-se buscar a autonomia dos sujeitos no seu modo de viver e caminhar, “empoderando” o usuário, provendo suporte e informações que possam facilitar as suas escolhas responsáveis e garantindo maior qualidade de vida e independência dos atos de saúde (MALTA e MERHY, 2010).

O Ministério da saúde (MS) preconiza o olhar sobre o sujeito na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle da doença crônica com preservação da qualidade de vida (http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf).

Franco e Franco (2010) conceituam uma concepção de Linha do Cuidado Integral, onde assume uma idéia de integralidade na assistência à saúde.

Significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde.

A integralidade começa, portanto, pela organização dos processos de trabalho na atenção primária à saúde, onde a assistência deve ser multiprofissional e opera por meio de diretrizes como o acolhimento, a vinculação de clientela e uma equipe que se responsabiliza pelo seu cuidado. O processo de trabalho é a chave da questão porque é por meio dele que se produz o cuidado aos usuários de modo que essas diretrizes (acolhimento, vínculo e responsabilização) se tornam rotina no serviço em saúde dos profissionais quando as práticas são usuário-centradas (FRANCO e FRANCO, 2010) (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004).

Outra maneira de pensar na Linha do Cuidado Integral (onde o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços) é quando se discute o Projeto Terapêutico. Este diz respeito às

ações assistenciais pensadas para resolver determinado agravo da saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. Este risco, além de clínico, é, também, social, econômico, ambiental e afetivo (FRANCO e FRANCO, 2010).

A intenção deve ser caminhar na perspectiva de criar um projeto terapêutico adequado a cada usuário na sua singularidade. Este tema implica um fluxo contínuo, controlado e monitorado pelos atores que protagonizam como “gestores do cuidado” ou “cuidadores”. Enredados por uma intensa malha de conversação, na qual a sua lógica é o processo de produção do cuidado pelos vários encontros entre trabalhadores de saúde e usuários (MALTA e MERHY, 2010. Grifos do autor).

A visão errônea de um pseudo-projeto terapêutico, isto é, fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica e sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido revela um modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. Portanto, os exames de alta complexidade devem ser solicitados para a função real de apoio ao diagnóstico (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004).

O esperado é um “caminhar” na rede de serviços que seja seguro, garantindo a qualidade da assistência. A **linha de produção do cuidado** não se encerra no momento em que é instituído o projeto terapêutico. Ela deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado (MALTA e MERHY, 2010. **Grifo do autor**).

Franco e Franco (2010) propõem alguns aspectos importantes na montagem de LC Integral como mapeamento das redes de serviços e envolvidos no processo e definição de quais linhas deve ser prioritariamente organizada. A prevalência de determinado problema de saúde na população, a carência de cuidados em alguma área específica ou a dificuldade de acesso podem nortear essa definição. Além disso, a realização de oficinas com os envolvidos e definição coletiva dos fluxos de cuidado aos usuários permitem

que a pactuação conjunta garanta o compromisso de cada um e o bom funcionamento da LC depois de organizada.

Ao final da montagem de cada LC é importante a constante análise, avaliação e monitoramento das ações em saúde. A análise da LC possibilita: mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir o beneficiário, quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de negação de acesso, ações de vigilância à saúde, promoção e utilização dos recursos das clínicas especializadas. (MALTA e MERHY, 2010).

Um estudo feito no Sul e no Nordeste brasileiro revelou que a desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis, as absurdas barreiras arquitetônicas, a ausência de capacitação para as equipes, a pequena proporção de unidades com protocolos específicos e a baixa oferta de cuidados domiciliares representaram um primeiro conjunto de variáveis que contribuíram para a perda da efetividade do cuidado prescrito aos idosos (PICCINI et al., 2006).

Além disso, foi observado nessa pesquisa que unidades regidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), revelaram uma forma mais efetiva de promover o cuidado. Além de ser um mecanismo indutor da equidade no cuidado em saúde para os idosos, por alcançar aquelas populações que socialmente mais necessitam (PICCINI et al., 2006).

Por fim, a efetivação da LC depende da determinação e apoio dos gestores de intervir na macropolítica e atuar nos determinantes sociais, buscando articulações intersetoriais, mudanças na legislação, atuação na regulação, no financiamento das ações, na rede de serviços, na organização da vigilância e informação em saúde. A construção de uma forte lógica da gestão, na qual o cuidado produzido é um processo que possibilita a oportunidade de colocar os seus construtores em reflexão e aprendizagem, bem como inserir a gestão em análise. A LC se completa na medida em que

macroprocessos se articulam com os microprocessos (MALTA e MERHY, 2010).

A importância que deve ser dada à LC das Doenças Crônicas Não Transmissíveis se justifica pela magnitude destas doenças, com: crescente morbimortalidade, custos que elas agregam e por gerar eventos crônicos contínuos que, com frequência, se agudizam, sobretudo quando não bem cuidados. Esses eventos agudos podem gerar situações causadoras da fragmentação da LC (MALTA e MERHY, 2010).

2.3 A equipe de saúde e o cuidado aos pacientes crônicos

Nas últimas décadas, o declínio das taxas de fecundidade no Brasil, trouxe implicações a respeito da “tendência demográfica de sua estrutura etária, apontando para um crescimento importante do número de idosos no país e configurando outro perfil populacional, com conseqüente necessidade de novo delineamento de prioridades”. Paralelamente a essa transição demográfica, vivenciamos a alteração do perfil de morbimortalidade do país, em decorrência das mudanças de causas de morte, que anteriormente eram de doenças infecciosas e parasitárias, que atingem mais a população infantil, pelas doenças crônico-degenerativas mais freqüentes na população adulta (FOWLER E SÁ, 2009).

O envelhecimento crescente das populações está diretamente relacionado ao aumento das doenças crônicas, requerendo da equipe de saúde maior comprometimento com questões sociais, culturais e ambientais, além de ações que repercutam em comportamentos saudáveis de adultos e idosos, suas famílias e comunidade (FRANZEN et al., 2007).

Os resultados estatísticos mostram que estas doenças estão presentes na maioria das famílias brasileiras. As políticas do setor saúde têm se voltado à prevenção do diabetes, da hipertensão, da doença renal crônica, do câncer, entre outros agravos que alcançam altos índices de morbimortalidade (ELSEN et al., 2009).

A partir do conhecimento pelo paciente da sua doença e do prognóstico, o sofrimento e a dor da tomada de consciência do enfrentamento da morte se

fazem presentes. Sendo assim, é necessário que os trabalhadores da saúde estejam preparados para acolher este paciente e promover melhores condições de sobrevivência. Acolher envolve as dimensões física, psicológica, espiritual e social. Entretanto, os serviços de assistência à saúde nem sempre estão dispostos a humanizar os atendimentos, pois se encontram atarefados e assoberbados, atendendo o paciente sem acolhimento e capacitação, aumentando as chances de morte deste, numa realidade de total abandono (CUNHA, REIS JR, PEREIRA, 2009).

Sabe-se que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) podem incapacitar e trazer múltiplas dificuldades, como a possibilidade de prejudicar a capacidade laboral devido às consequências dos sintomas e do tratamento. Além disso, esses indivíduos têm que conviver com esta realidade de submissão a um estilo de vida dependente de um tratamento contínuo (CARVALHO E SANTOS, 2009).

Fowler e Sá (2009) também destacam essa problemática: “é característica das patologias crônicas que os cuidados nunca cessem”.

As equipes têm responsabilidades no que diz respeito às DCNT, de acordo com a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS) 2001. Aqui, exemplificando, o controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001a).

Estas responsabilidades com suas respectivas atividades incluem o diagnóstico de casos (diagnóstico clínico e Investigação em usuários com fatores de risco); cadastramento dos portadores (alimentação e análise dos sistemas de informação); busca ativa de casos (medição de P. A. de usuários, visita domiciliar) tratamento dos casos (acompanhamento ambulatorial e domiciliar, fornecimento de medicamentos, acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações, educação terapêutica em diabetes e curativos);

Além do diagnóstico precoce de complicações (realização ou referência para exames laboratoriais complementares, realização ou referência para ECG,

realização ou referência para RX de tórax, realização de exame clínico odontológico); monitorização dos níveis de glicose do paciente (realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde); primeiro atendimento de urgência (primeiro atendimento às crises hipertensivas e outras complicações, primeiro atendimento às complicações agudas e outras intercorrências, acompanhamento domiciliar, fornecimento de medicamentos);

Objetivando além de resolutividade a integralidade do cuidado, deve haver ainda o encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade; medidas que envolvam a prevenção e promoção da saúde, como ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações (controle das patologias bucais, cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias, ações educativas para auto-aplicação de insulina).

Pensar em cuidado, não necessariamente, fala-se em práticas de saúde, mas pode-se atribuir ao cuidado vários significados. Pode ser fazer algo por alguém, confortar, trocar, aliviar a dor, colocar-se no lugar do outro, fazer uma medicação, dar uma palavra de apoio (SILVA et al., 2008).

Elsen et al. (2009) concluíram que o cuidado aos doentes crônicos e seus familiares pode ser considerado inovador por reunir uma equipe multidisciplinar que adota uma metodologia dialógica, reflexiva, para abordar temas relacionados à promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento das doenças crônicas com pacientes e seus familiares, além de valorizar e estimular a formação do vínculo entre a equipe e o grupo. Portanto, uma iniciativa importante que poderá tornar-se um marco no cuidado aos indivíduos na APS, mas, para isso, torna-se necessária a instrumentalização prévia da equipe sobre conteúdos de família, saúde e interdisciplinaridade.

Somado a isso, Mendes e Trevizan (2003), tendo em vista a incidência de pacientes com moléstias crônicas controlados nas unidades de saúde e

tratados no domicílio, chamam a atenção para co-participação destes pacientes no seu tratamento ou a participação da família neste sentido.

A OMS (2003) afirma que com a ajuda do pessoal da área de saúde, esses indivíduos podem seguir comportamentos que previnam o surgimento de condições crônicas ou, pelo menos, adiem suas complicações. A prevenção e a promoção de saúde devem fazer parte de cada consulta realizada, o que infelizmente não ocorre em grande parte da atenção clínica de rotina.

Mendes e Trevizan (2003) enfatizam que o indivíduo deve ser considerado um quesito importante a ser considerado pelos profissionais da equipe envolvidos na obtenção da cura ou, pelo menos, na melhora do estado de saúde e controle da doença.

A OMS (2003) corrobora com os autores citados, pois acredita que maior consideração aos comportamentos do paciente e o diálogo entre os profissionais da saúde são vitais para melhorar a atenção às condições crônicas, cuja prática correta deve ser orientada com base em evidências científicas.

Outro fator importante para obtenção de corretos diagnósticos, terapêutica eficaz e compartilhamento das informações sobre os pacientes é a existência de prontuário (seja ele eletrônico ou manual) e o correto e completo registro de informações.

Uma pesquisa realizada em São Paulo (SP) - com o intuito de “compreender o trabalho colaborativo entre médicos e a identificar as discrepâncias importantes observadas entre as informações escritas no prontuário do paciente e a forma como médicos realmente usam e comunicam estas informações” - teve como resultados que o ambiente onde os profissionais de saúde trabalham fornece uma enorme quantidade de informações (artefatos) que podem e devem ser compartilhadas com outros profissionais (BARSOTTINI; WAINER, 2008).

Além disso, o prontuário do paciente tem como uma das suas funções o armazenamento, registro e recuperação de informações. Um bom registro de informação visa aumentar o entendimento entre as pessoas, reduzindo a incerteza (relacionada com a ausência de informação), a equivocabilidade (relacionada com a ambigüidade e com a existência de informações conflitantes) (BARSOTTINI; WAINER, 2008) e proporciona melhoria no cuidado desse paciente.

Portanto, ao conhecer o paciente e identificar suas necessidades, o profissional tem condições de auxiliá-lo por meio do planejamento conjunto das ações/intervenções de cuidado e da mensuração dos resultados alcançados. (FRANZEN et al., 2007).

Cunha (2007) ainda chama a atenção para importância da educação em saúde no trabalho em equipe, pois uma população que entende pouco as doenças crônicas que a afetam pode procurar mais vezes o serviço do que se compreendesse o que se passa consigo.

Quando se trata desse paciente crônico no domicílio, Elsen et al. (2009) observam que o cuidado interdisciplinar fundamenta-se em uma equipe multiprofissional que debate todo o processo de cuidado: concepção, implementação e avaliação. Segundo os autores, o domicílio é um espaço no qual as famílias se sentem mais seguras e com maior domínio da situação, tornando-se mais receptiva a compartilhar informações com a equipe de saúde. Esta, por sua vez, sente a necessidade de seus membros estarem articulados entre si, com outras instituições e serviços e devidamente capacitados para cuidar de maneira efetiva da família e do doente crônico no domicílio.

O aumento da DCNT não é “privilegio” de alguns, pois afeta todos os países, ricos ou pobres, todas as classes sociais e sexos. Estima-se que 35 milhões de mortes ocorrem anualmente, o que leva a OMS a estabelecer metas para sua redução (OMS, 2005).

A OMS (2003) ainda aponta que, nos países em desenvolvimento, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas

negativas na área da saúde com encargos muito elevados para sociedade, governo e familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas, simplesmente tratam os sintomas quando aparecem.

O cuidado à saúde dispensado pelas equipes pode ser decomposto em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos realizados por vários trabalhadores diferentes, conforme o modelo de atenção e de gestão de produção do cuidado (MERHY e CECILIO, 2003).

Malta e Merhy (2010) exemplificaram os cuidados de um paciente com diabetes internado com um quadro de descompensação nos serviços que se tem hoje em oferta de produção desse cuidado. Além dos cuidados iniciais do médico de plantão, que o recebe e interna a partir do pronto-socorro, ele receberá também cuidados do pessoal da enfermagem, provavelmente, será visto, em algum momento, pelo cirurgião vascular, pelo cardiologista, pelo endocrinologista, pela nutricionista, pela assistente social e pela psicóloga. Além do mais, terá seu corpo esquadrihado por uma bateria de exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais distintos.

Um dos grandes desafios do trabalho em saúde é conseguir coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY e CECILIO, 2003). Ao mesmo tempo, deve-se mudar o sentido desse modelo de cuidado que também depende da própria forma como se encara o lugar da LC como estratégia de gestão de novos modos de se produzir saúde.

O modelo de cuidados inovadores para condições crônicas é uma expansão de um modelo prévio. O modelo de atenção crônica foi desenvolvido com o intuito de proporcionar um método de organização do serviço de saúde que atenda às condições crônicas. Esse modelo é mais amplo porque envolve os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades (MENDES, 2007).

Por isso, cabe refletir sobre a correlação do cuidado como o processo de gestão e de adoção de novos modelos, pois não se deve pensar o trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional ou como linha de montagem do tratamento da doença, com papéis rígidos e hierárquicos, mas ter uma concepção de arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária, articulando um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Nesta medida, o tema da integralidade do cuidado, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho em equipe (MERHY e CECÍLIO, 2003), no qual podem ser articulados diversos saberes, práticas e olhares. Além de ser responsabilidade da gestão, garantir uma formação adequada dos profissionais de saúde, investindo em educação e capacitação permanente (MALTA e MERHY, 2010).

A participação dos trabalhadores protagonizando o processo é essencial e vital, pois permite a abertura de espaços de escuta e participação. Além da definição conjunta de espaços decisórios que se destinam a “favorecer a melhor interação entre os trabalhadores das equipes e o estabelecimento de corresponsabilidade entre os atores envolvidos no ato de cuidar, discussão de protocolos adaptados aos usuários, definição de condutas e responsabilidades” (MALTA e MERHY, 2010, p.250).

2.4 Modelo de Atenção Crônica e a experiência brasileira

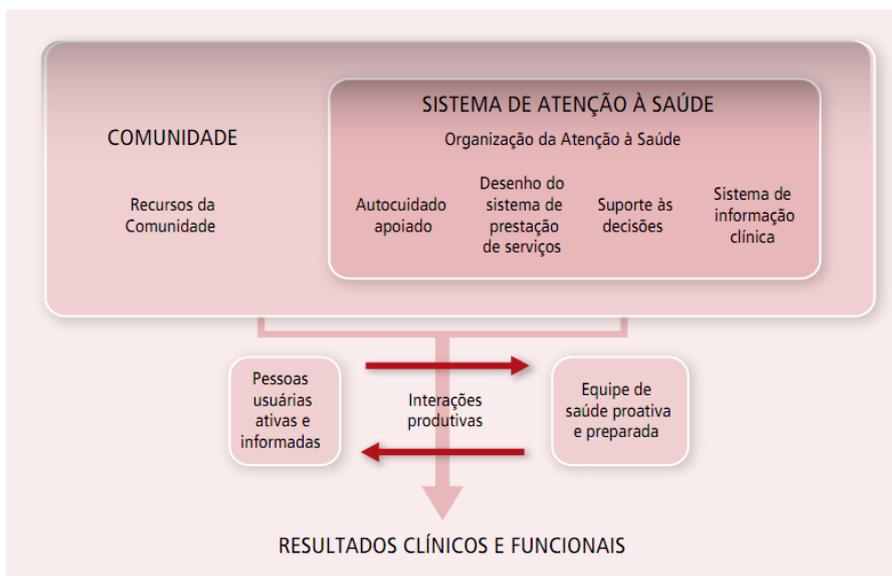


Figura 2: O Modelo de Atenção Crônica - *Chronic Care Model (CCM)*

Fonte e tradução: Mendes (2011)

Segue uma descrição do modelo anterior, que se divide em dois elementos maiores: COMUNIDADE e SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, os quais se subdividem em seis elementos do CCM. Estes elementos estão interrelacionados e permitem o desenvolvimento de pessoas usuárias ativas e informadas e equipe de saúde proativa e preparada para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Para melhorar o cuidado ao paciente crônico, as organizações de saúde necessitam de articulação com os **recursos da comunidade** – por exemplo, programa de exercícios, centro de idosos e grupos de autocuidado (BODENHEIMER, WAGNER, GRUMBACH, 2002). Marcon et al. (2005) chama a atenção na abordagem da família e do paciente com doença crônica que se devem mobilizar recursos da própria comunidade como colaboradores no cuidado.

Mendes (2011, p.220) considera que os recursos das organizações de saúde e os recursos existentes na comunidade devem estar integrados. Ou seja, “os recursos comunitários devem complementar os recursos das

organizações de saúde para se alcançar uma atenção de qualidade para as condições crônicas”.

As prioridades de metas das **organizações da atenção à saúde** e gestores devem ser o cuidado a pacientes crônicos. Tanto para diminuir gastos, como para potencializar o investimento dos prestadores (BODENHEIMER, WAGNER, GRUMBACH, 2002).

As organizações de saúde e os seus sistemas predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. (OMS, 2003). Mendes (2011) sugere que para superação desse desafio as organizações de saúde e seus principais líderes devem ter como prioridade e parte essencial dos seus planos estratégicos a implantação do novo modelo de atenção crônica.

O **autocuidado apoiado** envolve de forma ampla ajudar pacientes e suas famílias a adquirir as competências e confiança para gerir sua doença crônica, fornecendo ferramentas de auto-gestão (por exemplo, manguito de PA, glicosímetros, dietas e referências para os recursos da comunidade) e, rotineiramente, avaliar e monitorar sua própria doença (BODENHEIMER, WAGNER, GRUMBACH, 2002).

No Ceará, uma pesquisa revelou que em 91,4% das consultas, os médicos não abordam as ansiedades e os medos dos pacientes. Ao abordar esse aspecto, envolve também a compreensão das diferentes visões de saúde e doença, vinculando-a à escala de valores daquela comunidade atendida, bem como o referencial próprio de doença que cada sujeito constrói ao longo de sua história pessoal e coletiva (CAPRARA e RODRIGUES, 2001).

Acarretando num fortalecimento pessoal, com vistas ao estabelecimento de metas, participação do paciente na elaboração dos planos de cuidado, além de identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde (MENDES, 2011).

O **desenho do sistema de prestação de serviços** está pautado na forma de oferecer o cuidado em saúde, portanto o desenho da Linha do Cuidado (LC). Dessa forma, o seu desenho diz respeito ao fluxo assistencial terapêutico. Deve-se criar equipes com uma visão clara de trabalho e separando o tratamento agudo do cuidado planejado das condições crônicas (BODENHEIMER, WAGNER, GRUMBACH, 2002).

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto, deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004).

Mendes (2011, p.219), ainda acrescenta que a equipe multiprofissional deve atuar por meio de atendimento programado e deve estar estruturada com base em “diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada”.

“Há evidências de que as diretrizes clínicas só produzem mudanças comportamentais nas pessoas usuárias e nos profissionais de saúde quando são acompanhadas por sistemas de educação permanente potentes” (MENDES, 2011, p. 220).

Portanto, as diretrizes baseadas em evidências da prática clínica estabelecem normas para aperfeiçoar cuidados crônicos e deve ser integrada na prática diária. Assim, aperfeiçoam o **suporte às decisões** de decisão de forma criteriosa, por meio de conhecimento especializado e estudos apontam que profissionais capacitados são mais resolutivos (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

O **Sistema de informação clínica** prevê que informações sobre a prática e o atendimento realizado devem ser registradas em um prontuário específico, os profissionais devem seguir um *guideline* para confirmar diagnóstico, propor tratamento, solicitar exames complementares e oferecer

seguimento. Por outro lado, também há necessidade de registro de planejamento e avaliação das ações realizadas pelas equipes de saúde. Na proposta do CCM há registros de todos os pacientes, idade, sexo e outras características gerais, assim como, consultas, agendamento, exames realizados e datas, previsão de nova solicitação de exames os quais ainda contribuem para acompanhamento destes pacientes quando há alterações nos exames ou quando estes faltam à consulta.

Como, por exemplo, no Brasil é utilizado o HIPERDIA. Este é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos proposto em para todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, com o propósito de produzir informações para todas as esferas da gestão: local, municipal, estadual e federal.

Para Mendes (2011) a emergência da situação de condições de saúde, qualificada pela tripla carga de doenças, com forte preponderância relativa aos agravos crônicos, convida para mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde.

O modelo (CCM) tem sido implementado por um grande número de organizações de saúde nos Estados Unidos, Reino Unido e Suécia (BARR et al., 2003), Dinamarca (ZOFFMANN, HARDER, KIRKEVOLD, 2008), Alemanha (SZECSENYI et al., 2008), Austrália (SI et al., 2008), Bélgica (SUNAERT et al., 2009), Canadá (MOROZ, 2007), Grécia (SAMOUTIS et al., 2008) e Espanha (LÓPEZ e VELASCO, 2004).

Siminerio et al. (2006) afirma que o CCM é uma estrutura eficaz para suporte da Diabetes, pois resulta em um programa de melhoria e evolução do paciente. Este torna-se fiscal de sua própria doença e evoluções. Os educadores foram capazes de demonstrar os benefícios na diabetes ao dispor de confiáveis sistemas de informações clínicas . Entretanto, avaliações de um plano global são menos freqüentes, assim, grande parte das pesquisas tem se concentrado sobre os componentes específicos do modelo CCM.

Outros achados sugerem que intervenções com a implementação do CCM podem levar à redução da doença cardiovascular em pacientes com diabetes. Por meio de um forte foco no controle do colesterol e da Pressão Arterial (PA) no modelo CCM poderia estar associada até mesmo com as maiores melhorias no risco de Doença Cardiovascular (VARGAS et al., 2007).

Sousa (2007) assegura que o CCM fornece uma base flexível e integradora a partir da qual se podem construir ou re-desenhar os sistemas de saúde de acordo com os recursos e necessidades locais. Além disso, estimular o cuidado entre indivíduos, famílias e comunidades é um elemento determinante do sucesso dos cuidados primários em saúde.

No Brasil, está acontecendo uma experiência em Diadema (SP) com a cooperação e o apoio técnico da OPAS e Ministério da Saúde, objetivando o fortalecimento e a qualificação desse cuidado eles pretendem diminuir a morbimortalidade, garantir a avaliação contínua e a melhoria da gestão do cuidado, com enfoque multiprofissional e integral, por meio de cooperação técnica e compartilhamento de experiências (OPAS, 2010).

Portanto, essas são iniciativas atuais para a mudança do modelo de atenção a pacientes com diabetes e hipertensão no cenário brasileiro. Mendes (2011) prevê que no Brasil ocorrerá uma readaptação do CCM com a implantação das redes de atenção à saúde (RASs). Estas vêm como uma nova forma de organizar a atenção à saúde em sistemas integrados.

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza do estudo

A presente pesquisa foi de natureza qualitativa, pois está relacionada com “o estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões”. Ou seja, do resultado das interpretações de como os sujeitos fazem a respeito de sua forma de vida, pensar e sentir e de como edificam seus artefatos e a si mesmos. Este tipo de abordagem se conforma melhor nas investigações de histórias sob a ótica do atores (MINAYO, 2008, p.57).

3.2 Campo de estudo

O município de Fortaleza está localizado no litoral Norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8Km². Limita-se ao Norte e ao Leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao Sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e a Oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (FORTALEZA, 2007). Fortaleza apresentou em 2007, segundo estimativa do IBGE, uma população de 2.458.545 habitantes (FORTALEZA, 2007).

A área territorial de Fortaleza está dividida administrativamente por seis Secretarias Executivas Regionais (SER I, II, III, IV, V e VI) que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais (figura 2), cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura (BOL. SAÚDE FORTALEZA, 2008). A política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SER, em seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

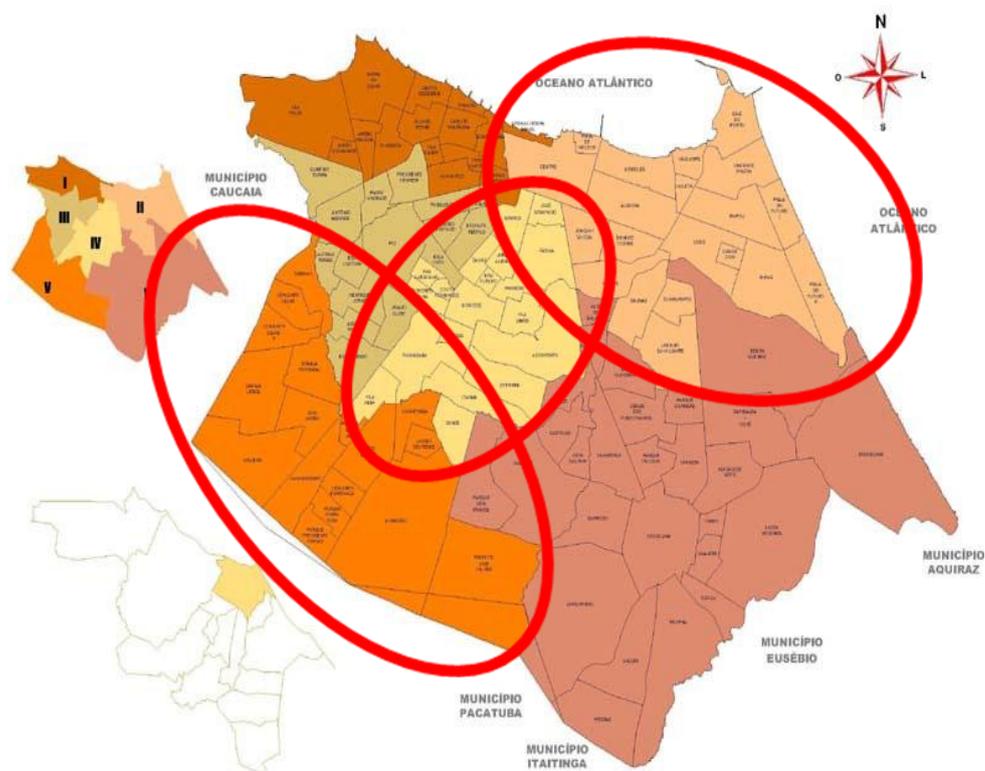


Figura 3 - Distribuição de Fortaleza – CE em Secretarias Executivas Regionais

Fonte: Relatório de Gestão, 2007

A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Fortaleza está em torno de 36% da população de Fortaleza com um número absoluto de 260 equipes implantadas. Com relação à cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde estava por volta de 30% com um número absoluto de 1.297 ACS implantados em 2010 (BRASIL, 2010). Mas em 2011 esse número deu um salto para uma cobertura de 58,30% de cobertura populacional pelos ACS e um número absoluto de 2.529 ACS cadastrados (www.saude.gov.br – Sala de Situação da Saúde).

A seguir observa-se um quadro com o número de Centro de Saúde da Família (CSF) por SER.

Secretaria Regional Executiva	Número de CSF
Secretaria Regional Executiva I	12
Secretaria Regional Executiva II	12
Secretaria Regional Executiva III	16
Secretaria Regional Executiva IV	12
Secretaria Regional Executiva V	20
Secretaria Regional Executiva VI	20
Total	92

Quadro 1 – Distribuição dos Centros de Saúde da Família de acordo com a Secretaria Executiva Regional (SER)

Fonte: Secretaria de Saúde de Fortaleza, 2010.

O estudo foi realizado em unidades de saúde de três Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza, Ceará. A escolha da SER se deu de modo intencional, considerando aquela que apresenta melhores indicadores sócio-econômicos e de saúde, no caso a SER II, e aquelas que são de responsabilidade matricial da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no âmbito do Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza, as SER IV e V.

Em cada uma destas três SER selecionei também de modo intencional um Centro de Saúde da Família (CSF). Entre os critérios que adotamos para seleção do CSF foram: 1) ter uma equipe completa de Saúde da Família¹; 2) possuir um Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Visto que, objetivo descrever o trabalho da equipe de saúde e suas nuances, é necessária a presença de equipe completa nesse estudo. A partir de um CSF, escolhi uma equipe completa da ESF e, pelo menos, um profissional do NASF para realização da pesquisa (coleta de dados).

¹ Equipe Mínima: Médico(a), Enfermeiro(a), Cirurgiã(o) Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal, 6-12 Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Enfermagem

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os participantes da pesquisa são os trabalhadores que fazem parte da equipe de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família e os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Os critérios de inclusão estão representados no quadro a seguir. Portanto, em cada CSF foi selecionada uma equipe completa pelos critérios de inclusão para ser entrevistada, com um total de 30 entrevistados. Os critérios de inclusão foram ter mais de um ano de experiência na Estratégia Saúde da Família (ESF) e que esteja prestando assistência a paciente com doença crônica.

3.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de métodos qualitativos (entrevistas abertas e observação sistemática).

Para a entrevista foram convidados a participar pelo menos um profissional por categoria de cada equipe, visando garantir o olhar multidisciplinar sobre esta temática, considerando os critérios de inclusão. Foram considerados aspectos provocadores, os quais foram anotados no roteiro de entrevista. Instrumento este que, como o próprio nome indica, contém os temas que desejo esclarecer com a entrevista aberta. Representa uma lista dos principais temas a serem analisados e que, no decorrer da entrevista, facilita a abertura, ampliação e o aprofundamento da comunicação entre pesquisador e interlocutor (SEPPILLI, PETRANGELI e CAPRARA 2002). O roteiro de entrevista deste estudo encontra-se em anexo (Apêndice A).

Foram observados aspectos relacionados aos espaços de produção de saúde (Centro de Saúde da Família – CSF, comunidade e domicílios) e ao trabalho da equipe no cuidado e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas (Apêndice B), possibilitando, assim, comparações com os dados coletados entre nas falas e a prática concreta na unidade de saúde.

Durante a observação, os pesquisadores participaram de algumas atividades que fazem parte do itinerário terapêutico do paciente com doença crônica, observando e registrando no diário de campo os seguintes cenários:

visita domiciliar, consulta individual, consulta coletiva e atividade em grupo, sala de espera e triagem.

3.5 Análise e interpretação dos dados

Análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas com o suporte do software *Qualitative Solutions Research Nvivo* (QSR). Este software foi desenvolvido pela Universidade de La Trobe, Melbourne, Austrália, e é baseado em: codificação e armazenamento de textos em categorias específicas (Ferreira e Machado, 1999). Este programa permite a realização de acrescentar, modificar, ligar e cruzar dados originados de documentos textuais. Além de auxiliar na administração e síntese das intuições dos pesquisadores.

Inicialmente todos os dados foram transcritos para o *software* na forma de documentos com a extensão **.rtf (rich text format)* disponível no *Microsoft Word* e, para que o processo de recorte e agrupamento seja facilitado, todas as linhas do texto foram numeradas.

Sendo assim, os passos realizados na aplicação do **N-vivo** foram: 1) codificação ou categorização – representação de uma categoria ou idéia abstrata onde é possível armazenar sua definição e que no **N-vivo** nomeia-se de “nós”; 2) Conceituação das Categorias; 3) Agrupamento; e 4) Análise dos dados.

3.6 Aspectos éticos

Foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza-CE permissão para entrada no campo (Apêndice C) com finalidade de realizar a pesquisa. Na ocasião apresentaram-se a justificativa, os objetivos e a importância do estudo.

Os participantes convidados a participar da pesquisa foram esclarecidos quanto à justificativa, aos objetivos e as finalidades do estudo. Após a concordância em participar, eles receberam individualmente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice D).

O Protocolo de Pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará obedeceu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/1996. O referido projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê supracitado com o número de protocolo 10610779-8, em anexo (ANEXO 1).

3.7 Dificuldades Metodológicas

Durante, principalmente, a fase de coleta de dados surgiram alguns imprevistos, os quais dificultaram e atrasaram as fases subseqüentes da pesquisa.

Fortaleza esteve em grande risco de enfrentar uma epidemia de dengue, no qual estavam todos (gestores e profissionais de saúde) empenhados na assistência à saúde rápida e resolutiva nesse momento emergencial. Portanto, ficaram prejudicadas as observações às consultas individuais aos pacientes crônicos. Pois no dia de atendimentos a este público específico, também eram atendidos casos de urgência com suspeita de dengue. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram deslocados para outras áreas com maior incidência de dengue no intuito de aumentar a vigilância domiciliar no combate ao mosquito e à doença. Minando, assim, as visitas aos doentes crônicos que seriam também acompanhadas para observação participante.

Pela escassez de tempo dos sujeitos da pesquisa ficou impossibilitada a aplicação do questionário preconizado na metodologia do projeto que seria a parte quantitativa do estudo. O questionário mostrou-se de difícil entendimento e aplicação, tomando muito tempo de gestores e profissionais. Durante a aplicação, muitos até negaram-se em participar. Priorizamos, então, a aplicação da entrevista aberta que, do contrário, foi de rápida aceitação e aplicação produtiva. Tãmanha era a carga de trabalho, mesmo nas entrevistas, éramos interrogados se iria tomar muito tempo.

Somado a isso, houve uma paralisação dos profissionais enfermeiros e dentistas de um período de aproximadamente 35 dias. Realização de

entrevistas, participação em consultas individuais, coletivas e grupos de apoio e de educação em saúde ficaram prejudicadas.

4. APRESENTAÇÃO DOS ACHADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos das entrevistas e observações, assim como promovemos uma discussão baseada nas reflexões construídas no referencial teórico. Os dois primeiros tópicos descrevem a Caracterização geral e a Caracterização por regional dos sujeitos da pesquisa.

As categorias surgiram após submissão do material coletado no campo de estudo às etapas da análise do software *N-VIVO*, tendo por base os objetivos propostos nesse trabalho. São elas: Os trabalhadores e seu papel na estratégia saúde da família; Tem que ter competência para cuidar!; A linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas traçada na fala de quem faz...; Falhas na linha do cuidado que impedem a integralidade; Particularidades.

4.1 Caracterização Geral

As características gerais dos sujeitos da pesquisa estão expostas por meio das tabelas a seguir para proporcionar melhor compreensão do objeto de estudo.

A tabela 1 apresenta de forma geral essas características. Os quadros trazem uma diferenciação por Secretarias Executivas Regionais (SER), onde salientamos as principais observações e peculiaridades da regional e do centro de saúde da família (CSF) pesquisados.

Tabela 1: Caracterização geral dos sujeitos da pesquisa

Profissão	Número de participantes	Média de Idade (em anos)	Média de tempo na ESF (em anos)
ACS	7	45	7,1
ASB	3	36	5
AE	3	39	4,6
Dentista	4	35,8	9,25
Enfermeiro (a)	4	35,8	9,75
Médico (a)	4	38,5	9,25
NASF	5	27,8	2
Total	30	37,3	6,6

Legenda:

ESF: Estratégia Saúde da Família

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

AE: Auxiliar de Enfermagem

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Fonte: Elaboração da autora

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi inaugurada em 1998 de maneira tímida e a forma de contratação dos profissionais era por meio de cooperativas dos profissionais de saúde. Mas, com a realização do concurso público em agosto de 2006, houve a admissão de profissionais (médicos, dentistas e enfermeiros) por concurso público. Depois, houve seleção pública formal para Agentes Comunitários de Saúde (ACS). E há apenas dois anos a formação das equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Percebemos que a maioria das categorias estudadas está há mais de 5 anos atuando na ESF. Alguns em Fortaleza, principalmente ACS, em virtude do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De acordo com a fala da ACS2 SER II:

Tenho muito tempo de agente, aí to um pouco cansada. Mas tá bom demais [...] Eu gosto do trabalho de agente de saúde. Eu trabalhei muitos anos como líder comunitária, agora que eu saí um pouco, mas não deixo de ser. Eu gosto muito do trabalho com a comunidade. Antes eu procurava recursos pra ela, moradia, se tava precisando de um medicamento e não tinha condições, eu ia atrás de alguém que podia dar. Quando morria uma pessoa na área, eu também sabia fazer isso.

E outros, provavelmente em municípios do interior do Ceará. Assim como, afirma a Dentista SERIV:

Eu aprendi a trabalhar na Estratégia Saúde da Família no interior [...] quando eu comecei a gostar, foi quando eu trabalhei no interior. Tudo era menor. Então a gente fazia com que a coisa acontecesse [...] Eu vou dizer pra você que o que me ensinou a trabalhar assim foi quando eu tava no interior. Mas que eu trouxe tudo do mesmo jeito, eu trouxe.

Portanto, grande parte dos entrevistados já tem certo tempo de trabalho na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A média do grupo de entrevistados que fazem parte do NASF apresenta-se com dois anos atuando no município de Fortaleza, desse modo, vem como uma novidade para compor a ESF. O intento do Ministério da Saúde (MS) ao inserir esse novo grupo de profissionais na estratégia foi enriquecer o cuidado, na tentativa de torná-lo integral.

Como preconizado na metodologia, foram realizadas 30 entrevistas: **dez** entrevistados na SER II, **nove** na SER IV e **onze** na SER V (quadros 2, 3 e 4, a seguir).

4.2 Caracterização por Regional

Antes de visitar as unidades nas três regionais estudadas, imaginávamos que iríamos nos deparar com três condições distintas de vida da população. Onde a SER V seria a de piores condições e a SER II, em oposição, seria a de melhores condições. Ao observar durante as idas às unidades de saúde pesquisadas e seu entorno, concluímos que nas três, os usuários adscritos nos referidos serviços possuem a situação de saúde/doença e seus determinantes parecidos.

4.2.1 SER II

Quadro 2: Entrevistados da SER II

Profissão	Sexo	Idade (em anos)	Tempo de ESF (em anos)
ACS 1	Feminino	45	16
ACS 2	Feminino	61	17
ASB	Feminino	44	5
AE	Feminino	37	1 e 2meses
Dentista 1	Feminino	30	7
Dentista 2	Feminino	35	10
Enfermeira 1	Feminino	39	10
Enfermeira 2	Feminino	31	9
Médica	Feminino	34	9
NASF (Ed. Fís.)	Feminino	35	2

Legenda:

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

AE: Auxiliar de Enfermagem

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Ed. Fís.: Educadora Física

Fonte: Elaboração da autora

A Regional II é uma região com bairros que possui boa estrutura física, belo visualmente, com áreas verdes, serviços, comércio, bons equipamentos sociais e considerada parte de sua população com situação sócio-econômica privilegiada.

Porém essa regional é também caracterizada por grandes disparidades sociais, pois ao mesmo tempo em que tem o melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - por Bairro (IDHM-B) de Fortaleza, no bairro Meireles, possui bolsões de miséria. Dessa forma, o bairro onde foi realizada essa pesquisa configura-se como socialmente vulnerável por ter o maior número de homicídios da SERII (Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza. Perfil da SER II, 2011).

O centro de saúde possui duas equipes completas e três incompletas (faltando um dentista e três médicos). Com uma população adscrita de 46.332 indivíduos (SINASC, 2010).

4.2.2 SER IV

Quadro 3: Entrevistados da SER IV

Profissão	Sexo	Idade (em anos)	Tempo de ESF (em anos)
ACS 1	Feminino	32	1
ACS 2	Feminino	37	1
ASB	Feminino	38	5
AE	Feminino	51	8
Dentista	Feminino	38	10
Enfermeiro	Masculino	34	10
Médica	Feminino	29	6
NASF 1 (FISIO)	Feminino	26	2
NASF 2 (AS)	Feminino	28	2

Legenda:

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

AE: Auxiliar de Enfermagem

NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

FISIO: Fisioterapeuta

AS: Assistente Social

Fonte: Elaboração da autora

A população da regional IV é a menor dentre todas as regionais. O bairro onde se localiza o centro de saúde estudado possui IDHM-B médio, portanto está entre os índices melhores dessa regional. Além disso, não está entre os bairros com mais ocorrências de violências registradas (Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza. Perfil da SER IV, 2011)

A unidade de saúde pesquisada é fisicamente bem estruturada. Cada equipe, em seu espaço físico, é dividida por cor e as categorias profissionais possuem salas para atendimento cada uma.

Totalizam cinco equipes, com três equipes completas e duas incompletas (faltando um médico e um dentista). Com uma população adscrita de 19.643 (SINASC, 2010).

4.2.3 SER V

Quadro 4: Entrevistados da SER V

Profissão	Sexo	Idade (em anos)	Tempo de ESF (em anos)
ACS 1	Feminino	36	3
ACS 2	Feminino	44	4
ACS 3	Masculino	60	8
ASB	Feminino	26	5
AE	Feminino	29	5
Dentista	Masculino	40	10
Enfermeira	Feminino	39	10
Médica 1	Feminino	45	6
Médica 2	Feminino	46	16
NASF 1 (FISIO)	Feminino	24	2
NASF2(Ed. Fís.)	Masculino	26	2

Legenda:

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

AE: Auxiliar de Enfermagem

NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

FISIO: Fisioterapeuta

Ed. Fís.: Educador Físico

Fonte: Elaboração da autora

A Regional mais populosa e mais pobre da capital. Além disso, taxa de acesso à rede de esgoto da Regional V é a pior dentre as seis regionais. O bairro onde se localiza a unidade estudada é o mais populoso dessa regional. Além disso, é o bairro com segundo maior índice de mortes violentas (Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza. Perfil da SER V, 2011)

O centro de saúde da família desta regional possui três equipes completas (sendo uma equipe formada por alunos da residência em medicina

da família e comunidade e saúde da família) e uma equipe incompleta. Com população adscrita de 58.801 (SINASC, 2010).

Quadro 5: Caracterização dos Centros de Saúde da Família (CSF) por Secretaria Executiva Regional (SER)

SER	Total de Equipes	Equipes Completas	Equipes incompletas	População adscrita
CSF SER II	5	2	3	46.332
CSF SER IV	5	3	2	19.643
CSF SER V	4	3	1	58.801

4.3 Os Trabalhadores e seu papel na Estratégia Saúde Da Família

O trabalho em saúde caracteriza-se por ser derivado de experiências, além de reflexivo e dependente dos saberes técnico e científico. Ele distingue-se pela complexidade, ou seja, diversidade profissional de atores e interesses; pela heterogeneidade (coexistem variados processos de trabalho); pela fragmentação conceitual, do pensar e fazer, da técnica (pluralidade profissional) e social (divisão social do trabalho e entre as categorias) (MOTTA e AGUIAR, 2007).

Alguns profissionais falaram que atuar no SUS é gratificante, pois, no serviço, é possível praticar solidariedade e caridade. *“...eu acho assim que trabalhar com pessoas de comunidade de baixa renda a gente consegue ter uma forma de agradecimento deles bem maior do que em outras classes. Eles reconhecem muito mais o nosso trabalho”* (NASF1 SERIV), caracterizando o trabalho num SUS focalizado para pobres.

A seguir foi feita uma divisão por categoria, na qual cada uma relata a visão de seu papel na estratégia Saúde da Família (ESF).

4.3.1 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

O Ceará iniciou em 1987 um programa emergencial no atendimento às vítimas da seca com 6.000 ACS. Foram selecionadas algumas mulheres

pobres que, apesar do pouco estudo e até algumas analfabetas, tinham um bom relacionamento com seus vizinhos e se comunicavam bem. No ano seguinte, iniciou-se o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) coordenado pela mesma equipe que executara o programa de emergência (LAVOR, LAVOR e LAVOR, 2004).

Este programa e suas integrantes ajudaram a gerar o Programa Saúde da Família (PSF), hoje, não mais programa, expandido e consolidado como a estratégia prioritária para reorganizar a atenção básica no Brasil, a saber, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007).

Nesse mesmo documento (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB) podemos destacar, de forma resumida, algumas atribuições dos ACS, compondo, assim, o seu papel na ESF: I) integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; II) trabalhar com a micro-área; III) contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas que visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças; IV) cadastrar as pessoas e manter esse cadastro atualizado; V) orientar quanto à utilização dos serviços de saúde; VI) por meio de visitas domiciliares e atividades na comunidade individuais ou coletivas desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde; VII) acompanhar por meio de visitas domiciliares todas as famílias e indivíduos de sua área adscrita.

Os próprios ACS descrevem seu papel quando dizem que:

As nossas atribuições são de forma bem ampla... em relação ao acompanhamento de crianças de zero a dois anos de idade, gestantes hipertensos, diabéticos e outras doenças... qualquer outro tipo de patologia, a família de um modo geral, como se trabalha por micro-área, a gente tem o território aonde aquelas famílias periodicamente, mensalmente são visitadas. Priorizamos sempre as situações que são aqueles agravos e situações das condições referidas em relação à saúde da família (ACS3 SERV).

O ACS1 SER IV resume com a seguinte frase: “O papel principal é o de orientação. A gente trabalha principalmente na educação em saúde, porque nós fazemos visitas às pessoas, orientamos com relação à medicação, alimentação...”.

Além disso, percebe-se fortemente um elo cultural estabelecido entre o agente e a comunidade. Ferreira et al. (2009) descrevem o ACS como um ator instigante nas relações estabelecidas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos pela posição que ocupa de mediador entre a comunidade e a equipe de saúde. Da mesma forma, o ACS1 SER II ao afirmar que *“nós não somos só um agente de saúde. Nós somos o elo”*, ultrapassa o pensamento biomédico do cuidado quando relata até mesmo que começam a fazer parte da família.

4.3.2 Auxiliares de Enfermagem (AE)

“É como eles dizem: ‘se não tiver auxiliar, fecha!’ Porque eu acho que o auxiliar é o primeiro passo pra começar o restante” (AE SER II).

Os AE reconhecem a importância de seu trabalho e indicam que são o início da assistência à saúde: *“tudo começa logo pela auxiliar, que é verificar a pressão, glicemia... os sinais vitais”* (AE SERV). Eles possuem a sua atuação caracterizada, principalmente, pelo trabalho dentro da unidade de saúde. No que diz respeito a participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na unidade de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (BRASIL, 2007).

De acordo com as observações realizadas, o AE pouco está presente em atividades de educação em saúde fora dos centros de saúde. Uma pesquisa realizada num município do Rio Grande do Sul também observa que as auxiliares de enfermagem desenvolvem atividades concentrando-se no atendimento à demanda espontânea da unidade, procedimentos e visitas domiciliares, além de preparar o material a ser esterilizado e a coleta do teste do pezinho (SCHIMITH e LIMA, 2009).

As ações que eles participam fora das unidades são principalmente as campanhas de vacinação. As visitas domiciliares são mais esporádicas, mas com a greve dos enfermeiros, o AE era solicitado para se fazer presente com o médico nessas visitas.

Assim como relata Médica² SERV: *“Auxiliar também tem uma certa dificuldade porque ela não fica só pra equipe. Ela também tem um papel na unidade. Ela fica para algumas ações por carência do serviço na unidade, ela não fica totalmente as 40hs pra equipe”*.

4.3.3 Enfermeiros

A fala do Enfermeiro SERIV resume por completo e corrobora com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ao relatar que o seu papel

Além de tratamento e do acompanhamento de vários tipos de enfermidades, existe também o papel como supervisor dos ACS [...] um papel até mais burocrático, muitas responsabilidades em diversos programas, como por exemplo: programa saúde da mulher, saúde da criança, a imunização que está dentro da saúde da criança [...] Programa de tuberculose e hanseníase. O enfermeiro dentro da estratégia ele pode prescrever alguns medicamentos protocolados.

Os enfermeiros em Fortaleza, segundo as falas, fazem atendimento a gestantes, puericultura, diabéticos e hipertensos, tuberculose e hanseníase, além da prevenção ao câncer de colo de útero com a coleta de exames. Schimith e Lima (2009), em contrapartida, observaram que os momentos de encontro individual com os pacientes são escassos e foram observados somente durante a coleta de exames citopatológicos.

Com relação às práticas educativas, os enfermeiros as correlacionam diretamente com a sua prática diária, pois *“...qual seja o programa, sempre tem que ter em mente aquela parte de vincular a educação com saúde, pra que tenha mudança na qualidade de vida do paciente”* (Enfermeira1 SERII) e

Tem toda a questão da promoção, prevenção e até de reabilitação dos pacientes, envolve realmente toda essa questão da conscientização [...] de uma educação pra saúde e do autocuidado também, seja ele do paciente, seja ele dos cuidadores. Enfim, é bem holística a atuação, não se limitando só à própria unidade (Enfermeira SERV).

Schimith e Lima (2009) concluíram que as atividades educativas coletivas são coordenadas e executadas pela enfermeira nos domicílios dos moradores. Além disso, essa forma de organização é considerada pela equipe

como um avanço no sentido de ampliar o acesso das pessoas às atividades educativas, envolvendo a comunidade.

O enfermeiro SERIV ainda aponta outra característica de seu trabalho, como *“um elo importante na intercomunicação dentro da equipe. Na nossa experiência aqui, os pacientes sempre passam primeiro por mim, aí eu dou o devido encaminhamento”*. Araújo e Oliveira (2009) reiteram que essa categoria ao assumir novas práticas e responsabilidades no programa garantiu certa autonomia, apesar das dificuldades normalmente apresentadas num trabalho em equipe e sob determinadas relações de trabalho.

Pode-se perceber uma divisão do trabalho dentro da própria enfermagem na unidade de saúde. Os enfermeiros ficam responsáveis por todos os programas e cada um *“assume”* um deles.

Cada enfermeira tem um papel diferente, uma cuida da epidemiologia, outra cuida... então, assim, cada uma delas, às vezes faz reunião com a gente pra tirar dúvida sobre TB ou sobre as doenças que elas cuidam, por que cada uma é responsável por um programa (ACS1 SERV).

Ao assumir todos os programas estabelecidos no MS, fica um sentimento de que a responsabilidade é exclusiva do enfermeiro ou, pelo menos, o *“ponta pé”* inicial seria deles ao *“colocar em prática todos os programas, porque nós somos uma via de acesso”* (Enfermeira2 SERII).

4.3.4 Saúde Bucal

O papel tanto quanto de qualquer outro profissional [...] A gente trabalha os nossos indicadores, mas a gente ajuda a equipe a alcançar as metas. Vai pra campanha de vacinação, faz visita domiciliar, faz investigação de óbito. Todos, os mesmos papéis [...] a gente num tem uma responsabilidade por aquela população que a gente trabalha? [...] A responsabilidade é do enfermeiro, a responsabilidade é do dentista, a responsabilidade é do médico. Eu me enquadro dentro dessa estratégia. Sei dos casos de hanseníase, sei que a gente tá com aumento muito grande de TB na área. A gente dá resultado de HIV positivo (Dentista SERIV).

A dentista supracitada consegue ultrapassar o que está preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), o qual estabelece as atribuições dos cirurgiões-dentistas na atenção primária: I) realizar diagnóstico com a finalidade de obter

o perfil epidemiológico; II) realizar os procedimentos clínicos da Atenção Primária; III) realizar a atenção integral em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos; IV) encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência; V) coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; VI) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família (BRASIL, 2007).

A saúde bucal (SB) pautada na ESF deve colocar-se em contradição ao modelo hegemônico curativo-reabilitador e calcado, quase exclusivamente, em critérios clínicos e individuais. Portanto, deve buscar novas bases e critérios, com incorporação de princípios norteadores de base populacional, oriundos do campo da saúde coletiva e procurar torná-los reais no dia-a-dia (CRUZ et al., 2009 e MOYSÉS, 2008).

Assim como ressalta Dentista1 SER II que seu papel é *“tentar melhorar a saúde bucal das pessoas e tentar enquadrá-los numa realidade que não é deles ainda. Infelizmente a maioria não tem 50% da dentição”*.

O MS estabelece também atribuições específicas para a categoria de ASB: I) realizar ações de prevenção e promoção de saúde bucal; II) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família. Além de outras atividades relacionadas à prática clínica como desinfecção e esterilização de instrumentais, instrumentalizar o Cirurgião-Dentista, organização de agenda e de insumos necessários (BRASIL, 2007).

A prática do ASB está muito atrelada ao dentista, assim como prevê a lei que regulamenta os exercícios das profissões de Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), na qual essas duas categorias não poderão exercer suas atividades de forma autônoma ou prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente sem a supervisão do cirurgião-dentista (BRASIL, 2009a). Assim como relatam as ASB SER II e ASB SERIV,

respectivamente: *“Trabalhar sempre ajudando a dentista...”* e *“a gente participa do acolhimento também junto com a dentista”*. Há ainda algumas equipes que a odontologia realiza o acolhimento e atividades fora das unidades de saúde que se dão principalmente nas escolas municipais.

4.3.5 Médicos

As médicas definiram seu papel na ESF como *“[...] de motivação, de cumplicidade, de o paciente chegar e ter a oportunidade de dizer que tá com problema. Que teve impotência com remédio [...] Então meu papel é igual à de qualquer membro da equipe”* (Médica SERIV). Notei que a noção de equipe está presente, considerando todos com papéis de igual importância. A Médica SERII concorda que seu papel é *“um dos pilares da estratégia da família. Como a enfermeira, como a dentista, mas o que acaba entrando em todos os setores é o médico”*.

Não se restringe só à questão de fazer um diagnóstico, de ver a questão da doença em si e de fazer uma prescrição. Eu acho que tem todo um envolvimento com a pessoa, que é portadora daquele problema. E a gente foca, vincula muito no paciente de doença crônica que é um paciente que requer cuidado a vida toda” (Médica1 SERV).

Percebi, portanto, que há mudança na concepção do modelo hegemônico curativista para uma visão social dos determinantes do processo de saúde/doença.

4.3.6 Profissionais do NASF

NASF2 SERIV afirma que *“a gente veio pra atuar nos campos além da medicina e da enfermagem. Porque, quando nós chegamos aqui, identificamos que existia a demanda, que o médico e o enfermeiro não davam conta sozinhos [...]”*. Este profissional reporta-se, provavelmente, aos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde que define o NASF como uma estratégia inovadora para apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Além do conhecimento técnico, é necessária a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades para a realização de ações intersetoriais e interdisciplinares que abranjam promoção, prevenção e reabilitação da saúde e cura, promovendo mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre o próprio NASF (BRASIL, 2010). Portanto, os profissionais do NASF estão vinculados à equipe de SF e com desafio de aumentar a resolutividade da APS. Assim como completa NASF2 SERIV que

A gente tem muito caso de pessoas sequeladas de AVC por conta da hipertensão, pessoas amputadas por conta da diabetes, então é um caso muito interessante pra fisioterapeuta que foi incluído [...] fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional [...] então assim veio mesmo pra agregar mais trabalho. Tanto pra gente, um novo campo de trabalho, porque nós somos profissionais da atenção básica. Que era restrito pra médico, enfermeira, depois os dentistas.

A atuação desse grupo nas unidades de saúde é principalmente na prevenção, orientação e educação em saúde. *“Explicamos pra ele o porquê de fazer uma reeducação alimentar, o porquê de você fazer uma atividade com regularidade, como isso vai trazer de retorno de benefício pra eles [...] A gente estimula ao autocuidado [...]”* (NASF SERII). Assim como, *“a gente que trabalha diretamente com a prevenção [...] se todas as pessoas tivessem a mentalidade de utilizar a prevenção com atividade física para evitar qualquer tipo de doença, com certeza o número seria bem mais reduzido”* (NASF2 SERV).

As diversas categorias de profissionais do NASF devem estar atentas a não fragmentação do trabalho e da atenção mediante a focalização em aspectos parciais do indivíduo. Uma visão integral pode ser uma contribuição importante no processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação.

4.4 Tem que ter competência para cuidar!

O conceito de **competência** pode ser confundido com o **papel, função ou atribuições** do indivíduo. Ao indagar qual seria a competência necessária para cuidar de pacientes com doenças crônicas (DC), principalmente, diabetes e hipertensão arterial, por meio de alguns relatos, percebi certa confusão de

ideias. Observei que a médica SERII afirmou que “[...] *na unidade, eles vem, são atendidos e são reavaliados de dois em dois meses. E dependendo do quadro, até uma vez por mês*”. Mas essa fala configura o ato de consultar e não uma competência específica que, talvez, deva estar presente nesse ato.

Diante desse impasse, pesquisei o conceito de competência, o qual se dá em torno de um “saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades” (FLEURY e FLEURY, 2001). Além disso, refere-se aos trabalhos pessoais, ou seja, como conjunto de conhecimento de cada indivíduo, colocando-se em prática suas habilidades e atitudes.

Queluz (2009) lista algumas competências gerais dos profissionais de saúde. Uma delas seria a **atenção à saúde**, na qual há o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e reabilitação individual e coletiva, com uma prática integrada com as demais instâncias do sistema de saúde e pensamento e análise críticos dos problemas da sociedade, além de procurar soluções para estes. A responsabilidade da atenção, não só no que diz respeito ao ato técnico, mas para resolução dos problemas de saúde. Além de realizarem seus serviços nos mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética.

Na **Tomada de decisões**, ou seja, competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseada em evidências científicas.

Na **comunicação** diz respeito à acessibilidade aos profissionais de saúde. Além do sigilo das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais e público em geral. A comunicação também envolve a comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura.

Cabe uma parcela de muita responsabilidade desse profissional tá fazendo com que aquele usuário entenda o que significa isso. Porque muitas vezes você fala alguma coisa pro paciente, ele gesticula que “sim”, que entendeu, mas na realidade ele não entendeu. A gente sabe que existem mil estratégias para você realmente saber se aquilo foi efetivado, foi eficaz. Se você conseguiu adequar sua linguagem, se a pessoa realmente... então você tem que ter esse ‘feed-back’. Mesmo havendo essa gesticulação, enfim essa certeza de que aprendeu tudo. Tem como você em outro caminho perguntar, indagar (Enfermeira SERV).

Competência de **liderança**, pois no trabalho em equipe multiprofissional existem situações em que é necessário assumir posições de liderança, a qual envolve a responsabilidade, o compromisso e a empatia.

A **educação permanente** é quando os profissionais são capazes de aprender continuamente, tanto na sua prática quanto na sua formação. Desta forma, devem aprender a aprender.

Os ACS definiram suas competências nas suas relações interpessoais principalmente dentro do domicílio, diretamente com a família. *“Estamos sempre orientando a família a usar a medicação de forma correta e também auxiliando como forma preventiva para que outra pessoa da família não venha a desenvolver um problema como esse”* (ACS SERII).

Consequentemente, ao cuidar de pessoas e estar em direto contato com elas, o agente está sempre se deparando com a “tecnologia leve” do trabalho em saúde, ou seja, das relações, na qual, nesses espaços relacionais, atos de fala e escuta, toques e olhares é que constituem o processo de trabalho. Este produz o cuidado e nessa relação os sujeitos se encontram e juntos fazem a produção da saúde (http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf e MERHY, 2002). Dessa forma, o ACS2 SERV expressa o seu sentimento e corrobora com o autor:

Porque se você se envolve muito o pessoal acaba achando que você vai resolver os problemas dele, e você não vai, entendeu? Aí eu fico... eu fico sempre me policiando pra não fazer isso. Agora, com certeza, você sofre muito, por que você vê o sofrimento das pessoas (ACS2 SERV).

Outra competência importante apontada pelas AE para cuidar dos pacientes diabéticos e hipertensos foi o tratamento humanizado, pois *“cuidar bem dos pacientes, dar atenção pra eles. [...] Eh [...] escutar, principalmente escutar o paciente. Que eles chegam com muitas queixas e você tem que parar para ouvir”* (AE SER IV).

Além disso, a satisfação com o trabalho seria primordial para uma atenção de qualidade. Assim como afirma AE SERV

Primeiro o amor. Você tem que gostar muito daquilo que você faz [...] Auxiliar é uma responsabilidade muito grande. Você precisa ter atenção em tudo. Na medicação que você for fazer, se você não tiver atenção você acaba ali com o paciente.

Para Araújo e Oliveira (2009) a competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta que prevê aspectos de educação em saúde importantes para a sobrevivência do paciente diabético ou hipertenso. Corroborando com os autores, portanto, é necessária

Uma boa noção de educação em saúde para o auto cuidado. Eu acho que um papel importante junto à atenção primária é prevenir as complicações dessas doenças crônicas. Até porque esses pacientes chegam no nível terciário com complicações mais severas (Enfermeiro SERIV).

A Enfermeira1 SERII concorda quando assume que deve *“tentar promover a qualidade de vida do paciente e, como eu lhe falei, é tentar buscar mesmo investir na parte da educação em saúde. Porque a partir daí eu creio que vai gerar mudanças no estilo de vida do paciente”*.

Ao falar da competência, os dentistas demonstram uma visão clínica do tratamento e que devem ter o mesmo tratamento como em qualquer outro atendimento, mas talvez com

Alguns cuidados especiais [...] eu acho que o cuidado de você prevenir algumas intercorrências. No caso de um paciente diabético, não só olhar o dente, o tratamento em si periodontal, mas tentar ver como é que tá a medicação, pra ter esse cuidado pra compensar o paciente pra que não haja nenhum tipo de intercorrência (Dentista 1 SER II).

Pensando nessa intercorrência, Dentista SERV diz que “a nossa preocupação, fora a nossa preocupação sanitária com esses pacientes, é saber se a intervenção vai alterar ou não aquele quadro”.

Apontam até mesmo a necessidade de uma abordagem especializada. “A atenção tem que ser a mesma. Agora, se você tiver uma especialização na área [...] por uma questão de cuidado mesmo, eu acho que é preciso ter uma especialização na área daquele paciente que apresenta aquela doença” (Dentista2 SERII).

Em contrapartida, a Dentista SERIV tira o olhar da doença e vê aquele indivíduo com agravo crônico com a necessidade de ter

Um olhar diferente. Eles têm uma prioridade. Quem dá é a doença? É o cuidado que a gente tem com eles. Eu num digo que é pela doença. Porque a doença pode estar sob controle, mas a gente tem aquele cuidado com ele.

O Dentista SERV acredita que há uma competência particular por se tratar de uma população com menos recursos financeiros, em sua maioria, e provável precário acesso a educação.

*É uma população mais carente [...] às vezes [...] chega pro profissional não com aquela polidez que a gente espera quando você atende uma clientela particular em determinados bairros como aldeota. Então, assim, eu acho que talvez seja isso. Uma competência a mais seja a **sensibilidade** para lidar com isso. A gente, embora receba muito mais carinho da população, as vezes tem o comportamento que não seja tão receptivo. Você precisa ser sensível para perceber porque é que ele está lhe tratando assim” (Dentista SERV Grifo meu).*

A Médica2 SERV participou de uma pesquisa que demonstrou que “os pacientes acham que a saúde bucal está boa, mesmo com ausência de dentes total, com calos, com calosidades. Então a gente precisa tá encaminhando para ele rever essa percepção da saúde bucal dele”. Portanto, o dentista deve buscar melhorar a percepção para os problemas de saúde bucal da comunidade (QUELUZ, 2009).

Já as ASB consideram que para cuidar de doentes crônicos “tem que ter muita paciência, muitos deles tem muita resistência [...] Tenho muito esse

cuidado de perguntar se tomou o remédio certinho” (ASB SERVIV). Além da habilidade técnica apontada pela ASB SERV: “Tem que ter conhecimento na área. Do que tá tratando. É isso, conhecimento [...] uma ASB também é um profissional de saúde. Tem que tá envolvida com tudo [...] em relação à saúde”.

A Médica¹ SERV afirma que “a principal competência em qualquer área ou em qualquer serviço é você estar comprometido. Estar comprometido com a comunidade, com aquelas pessoas [...], do cuidado em si, não só da patologia”.

Além disso, a competência técnica também é considerada importante.

Tem que estudar, ele tem que conhecer quais são as doenças crônicas que acomete mais os pacientes da sua área adscrita. Ter competência técnica de conhecimento. Tem que ter competência de habilidades [...] Habilidades de comunicação, habilidade de sistema de informação, habilidade de escuta [...] E também de tentar compreender a estrutura, o contexto que esse paciente vive. Porque assim, se a gente não incluir esse paciente no cuidado nosso e propondo pra que ele também tenha o autocuidado, como doença crônica é multifatorial, tem vários fatores que estão incluídos no processo” (Médica² SERV).

A fala anterior mostra a complexidade do cuidado na atenção primária quando se abordam as doenças crônicas. Deve-se remeter a estas, aos que são acometidos por elas (autocuidado) e aos cuidadores (profissionais e família).

Assim, é importante salientar que a competência do NASF se dá em torno do apoio às equipes de SF. Portanto, não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários (BRASIL, 2010). Cada membro do núcleo se dispõe a compartilhar o seu conhecimento específico entre si e entre a equipe de SF, num objetivo comum: cuidar do paciente. NASF SERII, que é da área de educação física, propõe que deve estimular aos indivíduos a

Colocar esse corpo em movimento, colocando sempre essas pessoas bem conscientes do que é esse corpo em movimento, com responsabilidade tanto minha que estou fazendo a orientação, como deles que estão recebendo a orientação [...] E para que eu oriente, o meu usuário, as pessoas que eu tenho cuidado, nesse olhar com cuidado, eu tenho que estar muito bem preparada.

Segundo Mendes (2011), existe relação direta da pobreza e condições crônicas. Ele afirma que elas compõem um “círculo vicioso”. De um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas e de outro as condições crônicas aprofundam a pobreza. NASF1 SERIV concorda com Mendes (2011) ao relatar que *“primeiro ter esse cuidado com o paciente da comunidade. São pacientes que tem uma necessidade maior, muitos deles tem muitas dificuldades financeiras, problemas familiares [...] A gente tem que ter bem essa sensibilidade com eles”*.

Além disso, completa ao falar que a visão generalista é necessária e essencial para proporcionar um trabalho satisfatório desse núcleo multiprofissional.

Tem que ter uma postura muito generalista [...] Eu tento mostrar pra eles em relação a alimentação, a postura, tudo. Qualquer outro tipo de doença associada que eles possam ter [...] Então a gente tá trabalhando bem mesmo nessa parte de qualidade de vida, diminuição dos sintomas. Pra que ele consiga sobreviver com essa doença crônica por muito tempo e de maneira boa.

NASF2 SERIV afirma que *“nós somos detentoras do conhecimento. Temos o conhecimento técnico, já a família e o paciente não tem. Então, a gente costuma ser responsável por isso [...] por orientar a família e o paciente nesses casos”*. Marcon (2005) discorda e conclui que a atenção à saúde deve priorizar o papel da família como co-participante do processo de cuidar e não de mera executora de ordens.

4.5 A Linha do Cuidado aos pacientes com doenças crônicas traçada na fala de quem faz...

A atenção básica vem sendo assistida cada vez mais por equipes da ESF. Sua expansão progressiva melhorou o acesso ao cuidado contínuo e integral, proporcionando, assim, uma base para a prevenção e o gerenciamento das doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

Franco e Merhy (2011) afirmam que a rede de cuidados é tecida na informalidade dos serviços de saúde e fazem analogia dessa rede com um rizoma, o qual não tem começo e nem fim e se conecta em qualquer ponto.

Desenhar a Linha do Cuidado (LC) aos pacientes diabéticos e hipertensos foi a parte mais complexa na construção desse trabalho. Portanto, um grande desafio! Segundo Franco e Merhy (2011), tal desafio, se configura numa avaliação qualitativa segundo uma dimensão subjetiva. Portanto, deve-se aprofundar a compreensão da dinâmica micropolítica de cada trabalhador para perceber como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano. Além disso, parte-se do pressuposto de que há esta produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, produção de si mesmos como sujeitos do trabalho.

Os desenhos criados visam ilustrar essa complexa LC que é realizada pelas equipes de saúde da família em três diferentes centros de saúde de Fortaleza e em três localidades bem distintas da mesma cidade.

Segundo os trabalhadores, existem, no mínimo, cinco maneiras do paciente “entrar” na LC a pacientes com Doenças Crônicas (DC). Em todos os desenhos o início do processo de cuidado está destacado com a cor **vermelha**.

O primeiro modelo da LC é quando o ACS, ao fazer a visita, identifica alguma necessidade. *“O agente de saúde é que traz essa demanda, quando ele faz uma visita ou o próprio familiar procura”* (Enfermeiro SERIV). Caso seja um paciente acamado, ele pode solicitar uma visita da sua equipe SF de referência.

Um complemento ao trabalho da equipe que são os agentes de saúde [...] um dos pontos muito importantes eles fazem as visitas domiciliares e continuam fazendo. Então uma das portas é essa: pela visita domiciliar, o agente de saúde questiona essas coisas principalmente com aqueles os idosos, se verifica a pressão regularmente ou se tem algum problema de pressão (Enfermeira2 SERII).

A equipe aciona a equipe do NASF quando necessário, pois *“Pra chegar até a gente, ele passa antes pelo médico ou pela enfermeira e eles encaminham pra nós”* (NASF2 SERIV).

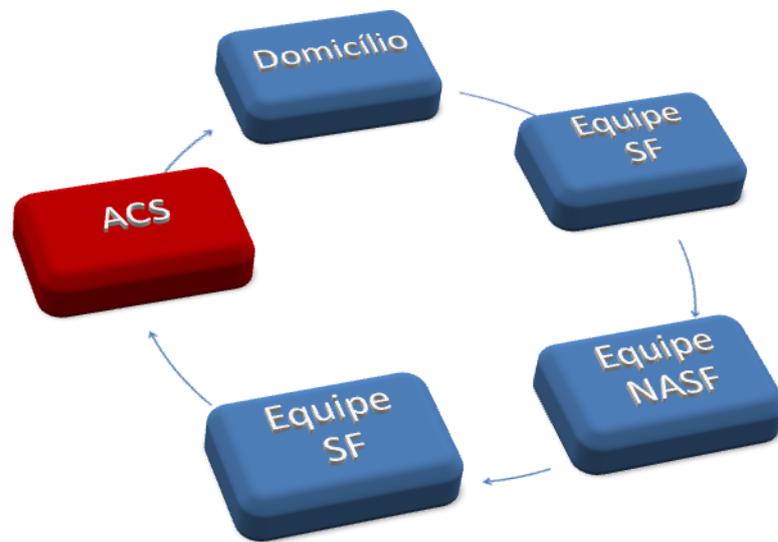


Figura 4: LC ao paciente acamado

O ACS pode, ainda, se deparar com alguma pessoa que relata sintomas parecidos aos de diabetes e hipertensão. Desse modo, ele a encaminha ao centro de saúde. Assim como relata ACS1 SERII:

Geralmente eles são queixosos que nos leva a acreditar de alguma doença como diabetes ou hipertensão. Aí nós pelo nosso conhecimento que já temos, como profissionais que somos, nós analisamos e achamos que deva ser uma hipertensão ou diabetes. No caso, como nós não podemos dar diagnóstico e nem pré-diagnóstico, nós geralmente encaminhamos para a recepção.



Figura 5: LC ao paciente que procura o ACS com sintomas diversos

Uma terceira maneira de o paciente entrar para o sistema de saúde como um caso suspeito de doente crônico é por meio do atendimento com a equipe de saúde bucal (Dentista e ASB). “No dentista ele pode descobrir no momento de uma extração dentária, quando dá algum problema, quando a cicatrização fica difícil de acontecer, quando tem muitas infecções recorrentes” (Dentista1 SERII).

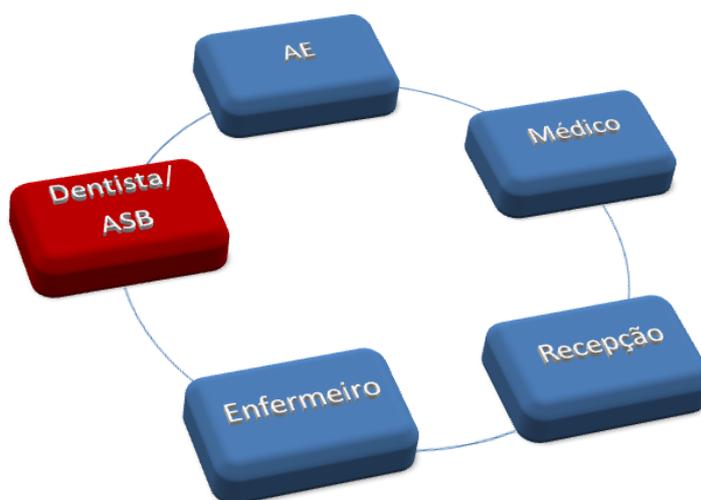


Figura 6: LC a partir do consultório odontológico

Esses profissionais também relatam que costumam solicitar aos pacientes que afirmem sua pressão arterial (PA) ou façam um exame de glicemia capilar com os auxiliares de enfermagem (AE). Nesse ínterim, os pacientes que iriam para a consulta odontológica podem aparecer com alguma alteração, seja na PA ou na glicemia. Caso ocorra, eles são encaminhados para o enfermeiro ou médico da mesma equipe para uma avaliação inicial. Isso vai depender da maneira como a equipe trabalha os casos. Na SERII, por exemplo, acontece assim:

No caso dos meus pacientes, como eu tenho uma abertura muito grande com a médica da minha equipe, geralmente, se ela tiver disponibilidade na agenda, eu já falo diretamente com ela. Peço pra ela dar uma olhadinha. Se não, dependendo da agenda dela, que geralmente tá lotada, eu peço pra ele se dirigir ao SAME e marcar uma consulta com o médico (Dentista1 SERII).

Já a dentista SERIV descreveu que instrui o paciente a verificar a pressão pelo menos uma vez ao dia durante uma semana. Ele anota e traz para ela.

Aí a gente vai ver. Faz um mapeamento dessa pressão como é que tá [...] a gente vai encaminhar pra ele (médico) uma primeira consulta com o enfermeiro. O enfermeiro faz as medidas, anota tudo direitinho quanto deu e repassa pro médico que esse paciente é hipertenso. Aí o médico vai passar toda aquela medicação e essa medicação vai ser observada.

A quarta maneira relatada foi num caso de uma urgência/emergência. O paciente chega à unidade de saúde com algum sintoma. Por exemplo, dor de cabeça, tonturas, náuseas, adormecimento de membros.

Se ele for um paciente que tá descompensado, um caso grave e ele nunca foi atendido na unidade, ele chega na emergência, no acolhimento. Do acolhimento a enfermeira agenda a consulta pro médico, normalmente no mesmo dia que ele veio já que é um quadro de emergência. Ele é atendido como emergência. É medicado como emergência. E aí é agendado pra uma consulta de retorno pra mim [...] (Médica SERII).

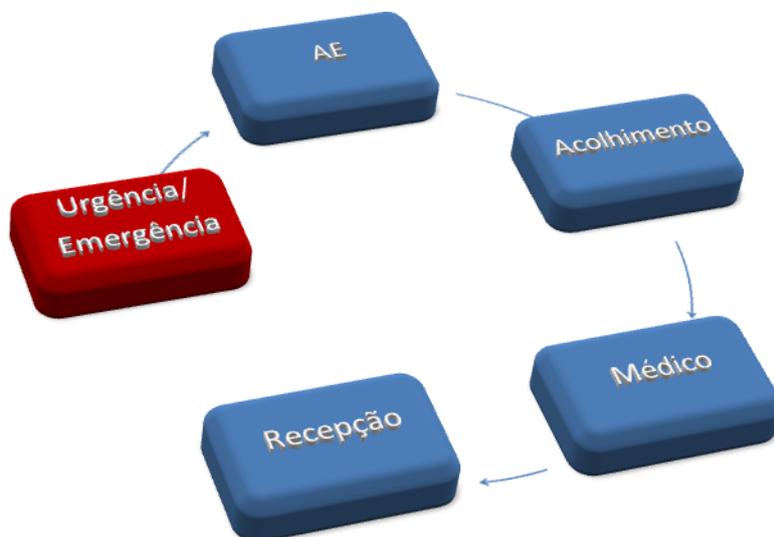


Figura 7: LC a partir de Urgência/Emergência

O acolhimento é um local onde ocorre uma escuta qualificada, avaliação e triagem, principalmente para a demanda espontânea que chega à unidade. Geralmente é realizado pelo enfermeiro.

A quinta e última maneira é quando o paciente também se sente mal, mas procura um serviço de saúde da atenção terciária. *“Muitas vezes pacientes que tiveram picos hipertensivos, foram pro hospital. O hospital encaminha o paciente pro posto de saúde. Ele trata lá aquela emergência e encaminha para o posto”* (Enfermeiro SERIV), ou seja, direciona para o centro de saúde de referência do seu domicílio.

Essa última situação é muito delicada, principalmente quando se trata de um sistema de saúde que enfrenta tanto doenças agudas, como crônicas, simultaneamente (OMS, 2003).

Mendes (2011) cita como exemplo um indivíduo diabético quando ocorre a agudização de sua condição crônica e ele não recebe uma atenção contínua e proativa da equipe da APS. Significa que esse sistema de atenção à saúde atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas. Ao final de um período longo de tempo, isso determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos, pois o paciente diabético caminhará, com o passar dos anos, implacavelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia ou para a amputação de extremidades.



Figura 8: LC a partir de Urgência/Emergência da Atenção Terciária

O acompanhamento constante dos pacientes com condições crônicas pelas equipes de SF e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária é fundamental. Todos atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde (MENDES, 2011).

Assim, o paciente entra na atenção primária e (re)inicia seu processo de cuidado pela equipe de saúde. Na unidade de saúde, ele procura a recepção e tenta agendar para o médico. Caso não seja possível, ele agenda para uma avaliação da enfermagem. O que vai determinar isso é a disponibilidade de agenda dos profissionais. O ideal seria *“a primeira intervenção obviamente pelo profissional médico e em esse paciente, estando estável, fica o acompanhamento com a enfermeira da equipe”* (Enfermeira SERV). *“Porque aí a conduta medicamentosa inicial é médica. O paciente é atendido pela médica e a gente já reagenda o retorno dele”* (Enfermeiro SERV).

Caso o enfermeiro realize a primeira consulta, ele vai realizar procedimentos e dar as orientações necessárias, de acordo com o que ele está habilitado, para um caso suspeito de paciente crônico. Mesmo depois de feita uma avaliação inicial, o enfermeiro não pode dar diagnóstico médico e, como foi dito anteriormente, a primeira prescrição deve ser realizada pelo médico. Portanto, *“Sempre tem uma prescrição, mas o enfermeiro na primeira consulta nunca prescreve. Então, ele atende e pode fazer uma inter consulta no mesmo dia com o médico pra fazer a prescrição dele”* (Médica2 SERV).



Figura 9: Inter consultas

Depois, o paciente é agendado para uma consulta médica. Em algumas unidades esse agendamento é feito pelo próprio enfermeiro, o que torna o

cuidado mais rápido e resolutivo. Em outros casos, o paciente volta para a recepção para agendar.

Na consulta com o médico, considerando que é a consulta de retorno depois do “atendimento emergencial”, ele já atende como um paciente do programa. *“Então, é solicitado todos os exames pra poder fazer o acompanhamento. Eu revejo a medicação que ele tá tomando, eu vejo se ele tá tendo um controle da pressão e da diabetes de forma regular [...]”* (Médica SERII).

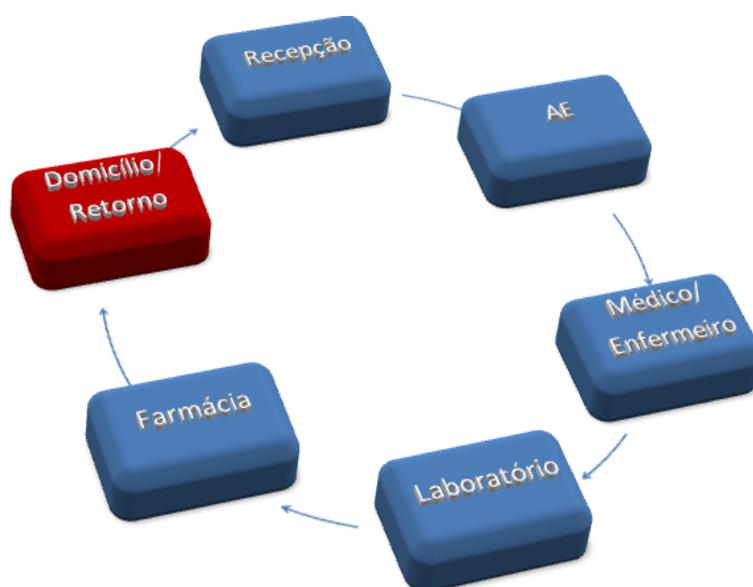


Figura 10: LC das consultas de retorno/acompanhamento

Vale salientar que todas as três unidades pesquisadas possuem procedimentos de coletas de exames laboratoriais. *“Existe um posto de coleta que fica até umas oito e meia ou nove horas da manhã. O rapaz do laboratório vem, colhe e leva pro laboratório. Então, assim, a gente dispõe desse serviço, que também facilita muito [...]”* (Enfermeira SERV).

Aí faz os exames de triagem, que é normal que a gente pede. Eletro, os exames de sangue, de urina. Que são os exames padrões. Pede raio X de tórax, aí pede, volta e ele anda. Os diabéticos a gente faz os exames de forma mais precoce. Geralmente de três e seis meses. Os hipertensos acabam fazendo a cada um ano (Médica SERIV).

Portanto, os pacientes com diagnóstico fechado de DC, no caso hipertensão e/ou diabetes, quando não são re-agendados pelo próprio médico, são re-encaminhados à recepção e devem marcar sua consulta de retorno. Esse retorno acontece, geralmente, de dois em dois meses, mas vai depender do caso e da resposta do paciente ao tratamento. Assim como afirma a Médica SERIV:

Quando vem pra ele (enfermeiro), o paciente tá compensado, ele faz aquelas orientações da área de enfermagem e remarca pra mim com dois meses. Tem o paciente às vezes que tá muito descompensado, que nem adianta voltar pra ele. Que eu já sei que vai voltar e ele vai ter que me passar. Então, eu já marco retorno pra mim mesma. Depende do caso.

O médico e/ou o enfermeiro nessas consultas de retorno relataram que também passam algumas orientações para o autocuidado e, por fim, prescrevem medicamentos a serem utilizados pelo pacientes. Esses medicamentos, quando não estão em falta, são oferecidos gratuitamente pela farmácia, que se localiza na própria unidade de saúde.

Após a consulta do médico ou do enfermeiro, o paciente pode ser encaminhado para o atendimento odontológico. “Ele já faz uma cartinha dizendo que o paciente é hipertenso, que ele tá compensado e encaminha ele pro dentista” (ASB SERIV). O Dentista SERV ressalta a importância do tratamento odontológico desses pacientes serem parte integrante do tratamento de saúde em geral, pois se

Ele tem a hipertensão e tá sofrendo com alguma infecção, com alguma dor e isso tá necessariamente alterando a pressão dele e o outro profissional não tá conseguindo saber o porquê[...], porque não dá pra tirar a boca do corpo [...] (risos) [...] Então, assim não dá pra tirar a boca do organismo.

Pode ser também ser encaminhado para a equipe do NASF.



Figura 11: Tratamento odontológico e NASF como parte da LC

Geralmente o primeiro contato da equipe NASF que eles têm é com a nutricionista. Que os médicos e enfermeiros já encaminham para a nutricionista pra tá fazendo essa parte de orientação. Muitos deles nem iniciam com a parte medicamentosa. Então iniciam primeiro com a reeducação da alimentação (NASF1 SERIV).

A tabela abaixo ilustra a importância de uma alimentação saudável. Ela relaciona mortes por condições crônicas não transmissíveis e mortes que poderiam ser evitadas com a mudança no hábito alimentar.

Tabela 2: Óbitos ocorridos por doenças crônicas não transmissíveis e óbitos potencialmente evitáveis com alimentação adequada (Números relativo e absoluto). Brasil, 2003.

Doenças Crônicas(CID 10)*	N.º de óbitos	% de mortes evitáveis	N.º de mortes anuais evitáveis (atuais)
Obesidade e outras formas de hiperalimentação (E65-E68)	1.018	90	916
Diabetes (E10-E14)	37.451	90	33.706
Doenças cérebro-vascular (I60-I69)	88.923	50 - 75	44.462 - 66.692
Doenças isquêmicas do coração (I60-I69)	83.122	50 - 75	41.561 - 62342
Outras doenças cardiovasculares	101.706	50 - 75	50.853 - 76.280
Neoplasias (Cânceres) (C00-D48)	134.573	30 - 40	40.372 - 53.829
Doenças relacionadas com o álcool	536		
Total	447.329		211.870 - 259.143

FONTE: Ministério da Saúde/SVS/DASIS, 2004.
* CID 10. Classificação Internacional de Doenças, 10.ª edição.

O NASF se propõe a formar grupos de educação em saúde, com estímulo hábitos de vida saudáveis, como exercícios físicos e boa alimentação. *“Os grupos são de pessoas que já são atendidas por médicos e enfermeiros. A gente marca o dia e os médicos, enfermeiros e ACS fazem a divulgação”* (NASF2 SERV).

O médico ainda pode referenciar o paciente para a atenção secundária, para algum exame especializado ou caso necessite da avaliação de algum especialista. Este deve contra-referenciar para atenção primária. Assim a Médica2 SERV considera que *“aquele paciente tenha a porta de entrada, atenção primária. Mas que você possa referenciar quando ele tiver necessidade e voltar pra ser acompanhado. Porque ele deve ser acompanhado na atenção primária”*.



Figura 12: Referência/Contra-Referência

Os ACS continuam indo nos domicílios para fazer o acompanhamento desses pacientes. *“Se ele chega aqui, ele não vai mais ficar solto. Até porque o papel do ACS, ele tem uma micro-área. Aquela pessoa foi diagnosticada, ela é hipertensa, a partir daquele momento, pronto, ele passa a ser uma prioridade nossa”* (ACS1 SERV).

Enfermeiro SERIV concorda quando afirma que *“Eles não tem uma alta. Eles ficam sendo acompanhados enquanto eles morarem dentro do nosso território, da nossa área. Eles são acompanhados pela equipe”*. Miranzi et al. (2008) destaca que as equipes de SF que acompanham pacientes diabéticos e hipertensos estão empenhadas no re-direcionamento do estilo de vida.

Diante dessas “rodas-vivas” de cuidado, achei necessário destacar três pontos nesta discussão: Interdisciplinaridade, vínculo e autocuidado e coresponsabilidade.

Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade é essencial na construção do conhecimento e fundamental para gerar as mudanças que os serviços de saúde necessitam. Neste contexto, o trabalho interdisciplinar em saúde é aquele trabalho que é realizado em conjunto com outros profissionais da área da saúde. Para isso, o profissional deve estar disposto a vivenciar uma prática de constante mudança e saber seguir diferentes caminhos (SAUPE et al., 2005).

Entender a interdisciplinaridade é essencial para trabalhar em equipe. Ao mesmo tempo em que, a equipe multiprofissional é um dos elementos chaves para o trabalho interdisciplinar (MADEIRA, 2009).

[...] não é uma competição, é uma cooperação, é uma união, é um foco. Porque o meu olhar é a saúde. Como a gente tem que melhorar a qualidade desse usuário, então assim a gente deixa qualquer coisa de lado, e tenta trabalhar numa unidade esse olhar múltiplo em relação ao usuário, ao paciente (NASF SERII).

A estratégia da interdisciplinaridade no SF é cabível quando esse propósito veio aperfeiçoar o novo modelo de atenção. No entanto, os profissionais de saúde se deparam com questões cruciais e necessitam de uma nova perspectiva de como e em que condições vão exercer o ofício no contexto de mudanças paradigmáticas (ARAÚJO E OLIVEIRA, 2009).

O paciente não pode sentar na minha cadeira e eu achar que eu vou sozinha tratar o problema dele. Ele vai precisar da orientação médica também. Mas enquanto dentista eu vou fazer a minha parte em relação a saúde bucal dele. Ninguém trabalha sozinho na verdade. Então tem que ter essa ligação de profissionais. A saúde não é só da boca (Dentista1 SERII).

Desta maneira, o trabalho interdisciplinar caracteriza-se por uma interação das disciplinas, mantendo cada uma a sua especificidade. Cada área pode ter o seu conhecimento específico e pode compartilhá-lo, porém devem sempre trabalhar em busca de um objetivo em comum, pois, unindo esforços, a

possibilidade de se atingir uma meta será muito maior (COSTA e CREUTZBERG, 1999).

A integralidade se apresenta como o objetivo comum da equipe ao cuidar de pacientes com doenças crônicas. Isso é percebido pela Dentista2 SERII, quando ela lembra que a saúde bucal veio fazer parte da ESF oficialmente depois de 2004 e *“a partir do momento em que a gente se tornou mais parte da equipe o paciente saiu ganhando porque a gente passa a discutir o assunto dele como um todo”*. Diante disto, todas as áreas da saúde trabalhando juntas poderão encontrar mais facilmente a solução do problema.

A Médica2 SERV salienta que essa forma de trabalhar por meio de equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar se torna mais essencial ainda.

É um paciente que necessita de vários outros profissionais. Seja ele da própria atenção básica, como o pessoal do NASF. O nutricionista é extremamente importante. A saúde bucal precisa [...] Precisa de fisioterapeuta. Às vezes apresenta muita dor. Precisa também de psicólogo, não é fácil aceitar a doença crônica. Não é fácil modificar o que você aprendeu a vida toda. Então a gente precisa desses profissionais que estão na estratégia.

Ao enfatizar que o controle da hipertensão arterial na Atenção Primária a Saúde (APS) é definido como uma prioridade, Mendes (2011) afirma que infelizmente o cuidado é centrado nos médicos. O trabalho multiprofissional, essencial para a atenção a essa condição crônica, resume-se a uma atuação complementar do enfermeiro.

A Médica2 SERV chama a atenção para a necessidade de estender esse cuidado também para a atenção secundária.

Mas a gente às vezes precisa de outros que não estão na atenção primária. Secundária [...] O cardiologista. O paciente com doença crônica, hipertensão ou diabetes, tende a desenvolver doença cardiovascular. Você precisa do nefrologista. Então uma das maiores responsabilidades é a longitudinalidade do cuidado.

Mas Mendes (2011, p.55) ainda relata que “A APS não se comunica eficazmente com os níveis de atenção secundária e terciária”.

As principais vantagens para o desenvolvimento de uma forma de trabalho interdisciplinar envolvem aspectos relacionados ao paciente e ao profissional. Para o paciente, o trabalho interdisciplinar possibilita uma integralidade e totalidade do sujeito, um conhecimento mais inteiro, promovendo uma visão do paciente como um todo (COSTA e CREUTZBERG, 1999). Mendes e Trevizan (2003) afirmam que deve haver na equipe de saúde uma comunicação estreita entre seus profissionais e os pacientes, pois o conhecimento dos problemas sócio-econômico-culturais destes possibilita a interferência no processo da enfermidade e do tratamento.

O trabalho interdisciplinar busca a construção de um saber e de uma prática que considera a interação de diferentes áreas sem perda de suas especificidades. Portanto, é uma possibilidade de trabalho conjunto, respeitando cada área específica e buscando soluções compartilhadas para a resolução dos problemas.

O Enfermeiro SERIV é minha biblioteca (risos) [...] Por exemplo, a gente vai nas visitas, paciente com escaras e ele sabe até mais do que eu lhe dar com essas coisas. Então a gente troca muita informação [...] cada um na área do outro e os dois falando, contribuindo para que a gente possa fazer o melhor pro paciente (Médica SERIV).

Para o profissional, a execução deste tipo de trabalho possibilita uma educação permanente e um constante crescimento profissional e pessoal por meio das inúmeras trocas de experiências, tanto entre os diferentes profissionais que trabalham na equipe, como entre o profissional e o paciente (COSTA e CREUTZBERG, 1999).

O Enfermeiro SERIV quando se refere à Médica SERIV relata que:

Ela não tem vergonha de vir aqui, não tem aquela história da hegemonia médica. E é um relacionamento tranquilo, a gente tenta o máximo estar fazendo atividade conjunta. A dentista vai junto nas visitas domiciliares. E é isso eu acho que é um trabalho que a gente tenta desenvolver em equipe [...] a estratégia é uma equipe multiprofissional acabam que as responsabilidades são também divididas. Uma coisa que a gente tem que trabalhar muito é a questão da co-responsabilidade também do paciente.

Em contrapartida, NASF2 SERIV fala da dificuldade de trabalhar em equipe. Provavelmente, porque a inclusão do NASF na estratégia é muito recente.

Às vezes um não entende a história do outro. Porque que o outro quer demorar um pouco mais na visita, porque que a gente tem que avaliar melhor, acha que: 'ah, isso aí é bobagem!' [...] quem trabalhava só com Assistente Social, e vir trabalhar de repente com a fisioterapeuta, com o educador físico [...] hoje a gente vê melhor, quando a gente vê o trabalho do outro a gente fica melhor.

Malta e Merhy (2010) afirmam ainda que pode existir relações de poderes desproporcionais entre as categorias de trabalho e “mecanismos instituídos de dominação”. Os quais encobrem a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores para que o cuidado em saúde aconteça. Encontrei nas falas pontos de vista e realidades a respeito disso. ACS1 SERIV diz sentir sua categoria isolada dos outros profissionais da equipe e justifica:

Porque a gente se unifica mais com a comunidade [...] a gente se identifica mais com as pessoas de lá do que com a equipe que tá aqui dentro [...] Médico a gente não tem muito contato, até porque os horários deles são diferentes dos nossos. Quando ele tá aqui, a gente tem que tá na rua. A dentista mesmo quando a gente senta pra conversar, pra fazer estratégia. Mas ela sempre tá no consultório, sempre tá atendendo. A gente fica de longe um pouco.

Alguns entrevistados alegaram a existência de uma relação mais próxima entre enfermeiros e médicos. O Dentista SERV refere que existe rotineiramente uma referência intra-equipe, ou seja, enfermeiro e médicos que referenciam para o tratamento odontológico, “*mas não é um contato tão íntimo quanto tem a enfermeira com o médico [...] é porque é da rotina do trabalho mesmo*”.

A Enfermeira SERV, ao falar dos participantes das reuniões de equipe, diz que estão “*geralmente, enfermeira, médico, agente de saúde e dentista esporadicamente. Eles nem sempre estão participando, às vezes por uma questão outra*”.

ACS2 SERV expõe de forma mais contundente a não participação do dentista na ESF.

O dentista ele [...] muito embora diga que tem dois dentista aqui no posto, mas eles [...] eu num sinto uma integração deles com o programa. Pelo menos eles não participam das reuniões. Aliás, eu não sei nem como é feito o trabalho do dentista.

O trabalho interdisciplinar talvez esteja comprometido por esse não envolvimento de alguns profissionais. Os mais citados, além dos dentistas, foram os médicos. Estes foram justificados pela agenda, isto é, a grande demanda para atender. *“Os enfermeiros, agentes de saúde a gente consegue ter uma relação bastante boa. Não que com o médico a gente não tenha uma relação boa, mas o contato é mais difícil por conta da demanda que ele tem”* (NASF1 SERV).

Deste modo, a categoria da enfermagem foi apontada como de fácil acesso e boa relação. *“Com a enfermeira é uma relação muito boa por que é a primeira pessoa que a gente chega e fala os problemas, é diretamente a ela, depois, se for uma coisa que realmente ela não resolva, ela fala diretamente com a médica”* (ACS1 SERV).

Fica o questionamento se os enfermeiros realmente estão mais envolvidos na ESF que os outros. Em caso afirmativo, por quê?

Apesar desses discursos contrários, os dentistas defendem sua atuação na estratégia. Dentista SERV refere que participa também de *“outras atividades [...] campanha contra a dengue, a gente tá participando [...] nós além de dentista, somos profissional de saúde. E que nessas campanhas a gente acaba também ajudando”*. Reafirma que a saúde bucal deve estar sempre incluída na equipe e em suas atividades: *“não dá pra tirar porque não dá pra tirar a boca do corpo”*.

Somado a isso, a Dentista SERV descreve também a sua participação em reuniões de equipe, nas visitas domiciliares e campanhas de vacina na área. E conclui dizendo que *“a dentista vai pra tudo, então, tem que tirar essa ideia de que dentista é pra ficar dentro da sala dele”*.

Outro ponto citado foi que a carência ou a presença de um profissional na unidade de saúde tem influência direta na interdisciplinaridade e em consequência na integralidade do cuidado.

Tem NASF que tem nutricionista, a gente não tem. Quando é um paciente mais difícil, a gente tem uma nutricionista no Gonzaguinha que a gente encaminha, ou quando ele não se adequando a dieta, ou não tá perdendo o peso, a gente já passa. É melhor que ela já calcula lá direitinho. Porque apesar da gente ter uma noção, nada como um especialista [...] (Médica1 SERV).

O enfermeiro SERIV ao discorrer sobre a resistência ao tratamento dos pacientes crônicos assegura a importância do psicólogo, por exemplo.

Já teve casos que a gente precisou encaminhar o paciente pra psicóloga, nós temos psicóloga aqui na casa. Esse paciente tinha realmente uma resistência muito grande ao tratamento, ele chegava e enquanto a gente ficava dando as orientações ele ficava rindo, zombando, achando que aquilo não existia com ele. Esses pacientes são mais complicados.

Outro problema na interdisciplinaridade e que afeta diretamente a integralidade é a falta de continuidade das ações. A Médica1 SERV utiliza os grupos de apoio e educação em saúde como exemplo: “Criação de grupos a gente começou, mas aí foi se dispersando e tá todo mundo sozinho. Trabalhando sozinho. Cada um na sua e quase não se vê”.

Vínculo

“Deveria ser uma relação pessoal, mas é completamente impessoal... toda vez que se atende, parece que é a primeira vez. Então é complicado estabelecer um vínculo com essa pessoa, de dizer: ‘e aí? Aquilo lá deu certo?’ Como é que eu vou saber o que foi aquilo lá? Não é? Eu não tenho vínculo com ele, então é complicado isso. Aquele médico de família que era pra conhecer a família inteira, na verdade eu não conheço” (Médica SERII).

A médica, que faz o relato anterior, refere que não há tempo para estabelecer um relacionamento mais próximo. A quantidade de profissionais é pequena em relação à demanda a ser atendida. Portanto, o estabelecimento de vínculo é comprometido.

Vínculo segundo o dicionário significa “tudo o que ata, liga ou aperta; nó; uma ligação moral; Relação, subordinação” (FERREIRA, 2011). O vínculo

sugere, portanto, proximidade e interdependência numa relação. Para o processo terapêutico ele é essencial.

O Enfermeiro SERIV diz tentar trabalhar com a formação de vínculos. Que, para ele, significa *“Tá realmente fazendo com que esse usuário, ele saiba que tem uma equipe que tem uma responsabilidade sanitária pela saúde dele, que se preocupa com a saúde dele”*.

Mas para Schimith (2004), “A noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas”. Mas ela salienta que seria necessário que o conceito de vínculo estivesse relacionado ao processo de dar autonomia ao sujeito, usuário do serviço, além de proporcionar sua participação na organização dele.

Para isso, a Dentista SERIV sugere que o vínculo só será possível *“a partir do momento em que o profissional, sai daquele limite dele, sai daquela sala dele, abre a porta dele pra deixar a comunidade entrar [...]”*

No decorrer das falas, percebi que a ideia de vínculo é superficial, pois, como a Dentista¹ SER II alega, *“realmente a gente não tem relação com as famílias, a não ser que seja um paciente especial que não tenha a capacidade de comunicação, aí realmente a gente tem que se utilizar da família”*. Parece que o vínculo é apenas um momento de comunicação para transmitir informações. Não há nenhum envolvimento pessoal no processo de cuidar.

O idoso foi considerado ser mais fácil de estabelecer vínculo. O Dentista SERV concorda que *“o idoso é um paciente mais fácil, ele gosta de conversar muito, são pessoas que já deixaram de trabalhar, são pessoas mais ociosas, às vezes são pessoas muito solitárias, ou que ficam em casa cuidando dos netos [...]”* ou até mesmo a sua própria condição crônica possibilita um vínculo maior. *“esses portadores de DC [...] são pro resto da vida. A gente cria esse vínculo. Eu acho que o vínculo com eles é maior porque a doença dele é crônica”* (Dentista SERIV).

Outra ferramenta importante citada pelos entrevistados foi a formação de grupos para fortalecer o vínculo. *“Grupo de caminhada eu venho fora do horário de trabalho. Uma caminhada é mais interessante num horário mais cedo. Às vezes eu venho aqui seis e meia da manhã, por que que eu faço isso? Por causa das pessoas. A gente cria aquele vínculo”* (NASF2 SERV).

Já em outra equipe a realidade é bem diferente, pois o dia de atendimento clínico de diabéticos e hipertensos é agendado um número grande de pessoas que torna difícil um contato mais demorado com o paciente. Além da inexistência de grupos.

[...] contato é muito importante porque a pessoa se sente mais a vontade com a gente pra conversar mais pra falar mais do tratamento, pra confessar as coisas que andam fazendo e que não deveriam fazer. Então também eu acho que eles se sentem mais a vontade pra referir o que quer pra solicitar alguma coisa, pra dizer sinceramente que não pode fazer o que a gente tá sugerindo. Então, a gente consegue ter um controle melhor do tratamento [...] o grupo permite uma aproximação muito grande e isso a gente não conseguiu fazer (Enfermeira2 SERII).

Enfermeira SERV demonstra a preocupação de sempre abordar a família nos seus contatos com os pacientes, pois *“o paciente não vive sozinho, ele tem uma família”*. Assim como, Marcon et al. (2005) em seu estudo considera que a qualidade do vínculo entre os profissionais de saúde e a família constitui requisito importante na prevenção de complicações e de internações hospitalares.

Dentista SERIV completa que o vínculo só acontece com o passar do tempo, ou seja, *“pela intimidade que você cria com aquele paciente, pela atenção que você dá a ele, tudo isso faz com que esse vínculo se fortaleça. Pela segurança que você passa a ele, pelo poder de resolução que você dá aos problemas dele”*.

A questão do tempo é novamente citada por NASF2 SERIV quando tenta *“estabelecer uma relação de confiança [...] Mas isso só acontece com os mais antigos mesmo, os novos ficam meio assim sem querer falar alguma coisa. Talvez com o tempo [...]”*.

Algumas questões foram despertadas ao discutir o assunto de vínculo. Há uma sensação de que o vínculo é uma “via de mão única”! Onde exclusivamente o paciente é que se vincula, aproxima-se e confia no profissional pelo bom trabalho desempenhado por este. Entretanto, Franco e Galavote (2010), afirmam que nas relações de cuidado há obrigatoriamente a existência de afetos mútuos, ou seja, entre profissional e paciente. Esse aspecto do cuidado baseado nos afetos é centrado numa dimensão relacional, a qual os autores conceituam com um termo de Deleuze e Guattari (1997): “Corpo sem Órgãos”, este corpo só pode ser ocupado de intensidades. Diferente do corpo biológico, que é ocupado de órgãos.

Para cuidar é necessário mais do que um ato, mas uma atitude, já que abrange muito mais do que um momento de atenção e de zelo, constituindo uma atitude de ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (MARCON et al., 2005).

Não se pode esperar que apenas os pacientes confiem e se aproximem, ou seja, se vinculem. Porque, mesmo que não seja percebido pelos trabalhadores, estes simbolizam e externam a sua subjetividade por meio de algum tipo de afeto e, dependendo de qual seja o afeto, pode resultar em expressões de alegria ou de tristeza no outro (FRANCO e GALAVOTE, 2010).

No estudo de caso de Franco e Galavote (2010), o encontro entre paciente e profissional, no qual co-existiu um afeto que gerou uma expressão de alegria, recuperou no sujeito uma capacidade de cuidado de si. É sobre esse importante cuidado de si ou autocuidado que a próxima seção aborda.

Autocuidado e co-responsabilidade

Para a OMS afirmar que os indivíduos têm doenças crônicas porque não possuem hábitos saudáveis de vida é um mito, pois esse tipo de postura leva a uma vitimização das pessoas com doenças crônicas. Além disso, a responsabilização individual só pode ter efeito total onde as pessoas têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões saudáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O que provavelmente ocorre é que sempre se está procurando um culpado ou um responsável. No caso, pela doença, pela saúde e pelo cuidado. Talvez alegar que *“a responsabilidade está sempre na família, a gente só tá ali como orientador e passar o conhecimento da gente”* (ACS3 SERV) e que a falha no cuidado pode ocorrer *“talvez seja pelo próprio paciente [...] quando ele não tá cumprindo com a suas obrigações [...] cuidando da sua própria saúde”* (ASB SERV) seja se esquivar demais do problema a ser enfrentado.

Obviamente, não se pode excluir uma parcela da responsabilidade dos pacientes, pois o ideal seria uma assistência que priorizasse o papel da família enquanto co-participante do processo de cuidar e não de mera executora de ordens (MARCON et al., 2005). Além disso, a compreensão de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências subjetivas e, essas, guardam uma relação direta com suas crenças e valores que são formados ao longo da vida (XAVIER, BITTAR e ATAÍDE, 2009).

Mendes (2011) acrescenta que num sistema de saúde fragmentado, isto é, voltado para as condições e para os eventos agudos, o sujeito é o paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde. Mas quando o sistema está organizado em redes de atenção a saúde o paciente é agente co-responsável pela própria saúde.

Ainda existe o aspecto que o Enfermeiro SERIV destaca onde os pacientes é que se colocam como vítimas da situação: *“Eles vão achar que nós por sermos profissionais de saúde, nós somos deuses e que vamos resolver o problema que vamos encontrar”*.

O percurso da história da medicina e do cuidado revela que o conhecimento em saúde antes era coletivo. Era um cuidado baseado no conhecimento instintivo, na sensibilidade de cada um, na busca pelo conforto, pelo alívio da dor e do sofrimento. Com o tempo, esse conhecimento foi sendo construído pelo saber médico-científico. Assim, o cuidado foi desapropriado da sociedade para se tornar propriedade de alguns. “Passa então a ser mediado pela linguagem escrita, transmitido pela palavra, e o acesso ao mesmo vai-se

aos poucos ficando restrito a uma elite letrada” (FRANCO e GALAVOTE, 2010, p.06).

De tal modo, que esses determinantes sociais e econômicos desfavoráveis característicos de países em desenvolvimento, como o Brasil, tornam os mais frágeis reféns de alguns. Seja do próprio trabalhador em saúde, seja da família.

Eu não posso chegar na casa do paciente e mandar ela comer todo dia uma verdura, que muitas vezes ela só tem o feijão pra comer. Então, a gente tem que usar o bom senso... um paciente que não sabe ler, não sabe escrever, tendo uma pessoa que pode ser responsável, eu passo a responsabilidade pra ela. Então eu vou passar as orientações tanto pro paciente, mas direcionado mais pro cuidador (ACS1 SERV).

Xavier, Bittar e Ataíde (2009) ao estudar sobre as crenças no autocuidado de pacientes diabéticos alertam para o fato de que os profissionais devem estar sensíveis às escolhas alimentares de seus pacientes, as quais eles baseiam em suas crenças, valores e tradições. Superpondo a qualquer necessidade fisiológica ou indicação profissional.

A Médica² SERV sugere que “*precisaria dessa construção da participação do paciente no tratamento dele*” e ainda acrescenta que o duelo entre vítima e protagonista do cuidado acontece entre profissionais e pacientes. Nesse duelo, os profissionais acham-se responsáveis pelo tratamento no ato de prescrever, passar exames e encaminhar. Os pacientes, da mesma forma, também compreendem que o tratamento, e, por conseguinte, a cura depende dos profissionais.

Enfermeira¹ SERII admite que deveria ser enfatizado nos seus atendimentos aos pacientes crônicos o envolvimento da família no processo terapêutico. “*Eu acho que era preciso ser mais enfático com relação a essa parte aí. Porque não é só o paciente, que ele vai conseguir isoladamente melhorar o estilo de vida e a qualidade de vida dele. E sim a família como um todo [...]*”.

MARCON et al. (2005) corrobora com o que foi expresso pela enfermeira entrevistada e define o importante cuidado feito pela família, ou seja, o cuidado familiar a partir do mundo de significados de cada família. Esse cuidado é aprendido, construído e desenvolvido ao longo do processo de vida de cada um, dando-lhe um caráter de especificidade. Assim, ele pode ser modificado segundo suas experiências e interpretações que devem ser consideradas pelos profissionais no ato de cuidar.

Dentista1 SERII caracteriza isso no fato de *“eles muitas vezes, por algo cultural [...] não absorvem totalmente. Porque a mãe dele ou alguém da família diz que é besteira, que não precisa [...] o fator cultural é muito forte”*. NASF1 SERIV completa quando ressalta que *“essa resistência deles de estarem aderindo a essas informações que a gente passa. Essa é a maior dificuldade que a gente tem”*.

A Médica2 SERV aponta como o grande problema ser que o fato de trabalhar com uma doença que já existe e não antes que ela se manifesta, ou seja, com a prevenção. Uma solução encontrada é a formação de grupos, mas mesmo isso a profissional relata como um obstáculo:

Então se a gente formar grupo [...] a comunidade não tem essa cultura [...] e que no grupo você possa trabalhar educação em saúde mesmo: alongamento, dieta, que ele possa realmente ser responsável pela saúde dele, de mudança do estilo de vida [...] se forma um grupo pra que esse grupo se mantenha, tem muita dificuldade, tanto do paciente como da gestão (Médica2 SERV).

Mas ainda a Médica2 SERV enfatiza que outra dificuldade seria os recursos comunitários que não existem. *“Não tem uma praça. Além da praça, eles precisam de coisas deles mesmos, prioridade deles. Eles não têm tempo. Mas se eles estivessem estimulados, o tempo seria uma prioridade e daria”*. Desse modo, é vital que os profissionais passem a mobilizar os recursos da própria comunidade como coadjuvantes no cuidado cotidiano (MARCON et al., 2005).

E aquela história, antigamente, por exemplo a gente não via ninguém caminhando nas pracinhas, nas ruas [...] Hoje em dia a gente encontra todo mundo de todo nível social caminhando a noite, a

tarde, pela manhã e isso é muito importante. Isso aí já são sinais de que existe realmente algo funcionando [...] (Enfermeira SERV).

O autocuidado também pode estar comprometido quando o acesso à unidade de saúde é dificultado pela grande demanda para um número reduzido de profissionais. ACS1 SERVIV explica que “*a falha maior é essa que faz as pessoas desistirem*”. Assim como, revela ACS2 SERV um problema grave e parece que se tornou comum.

O pessoal se acostuma a renovar a receita [...] quase todas as pessoas assim, que não tem acesso, elas [...] sempre conhece alguém que já trabalhou em hospital ou uma família e não sei quê [...] que acaba dando a receita, então arranja. Então tem muita gente que toma o remédio, que se acostumou a tomar o remédio, que já não faz mais questão da consulta.

Contudo, ainda há aqueles que “*já vem se diferenciando, já nos perguntam, lê bula, procuram entender, vão pra internet e vem pra gente [...] Então, eles já tão tendo uma compreensão de monitorizar também a doença dele e a saúde*” (Médica2 SERV).

A Dentista SERVIV garante que os bons resultados são frutos de um bom trabalho de parceria entre paciente/profissional.

Eles ficam tão felizes quando conseguem melhorar a qualidade de vida [...] se eles começarem a andar um pouco. Não dentro de casa fazendo aquelas tarefas que cansam e que irritam. Eles tem que andar por descontração [...] Você vai ver que melhora tudo. Vai melhorar os seus índices de saúde. Glicemia, colesterol [...] e vai melhorar sua cabeça e melhorando sua cabeça [...] eu acredito muito nisso.

Outras falas evidenciam também saldos positivos em relação à postura do paciente. “*Não só o medicamento, mas estão mudando o estilo de alimentação, o estilo de vida, procurando não se preocupar tanto com coisas que não possa resolver*” (NASF2 SERVIV).

4.6 Falhas na linha do cuidado que impedem a integralidade

A seguir encontramos relatos dos entrevistados ao serem questionados a respeito de falhas ou “*gaps*” nessa linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas, as quais impossibilitam uma atenção integral de fato.

Existem lacunas que são da própria **equipe**. Tanto relacionado ao envolvimento interno como “*ter comunicação entre a equipe de saúde e o NASF. Eu acho que a gente pode ajudar muito mais do que a gente ajuda*” (NASF1 SERIV). Quanto no que consiste o acompanhamento e monitoramento dessa equipe ao doente crônico, como relata o Dentista SERV que “*talvez fosse bom ter um monitoramento melhor [...] Nessa questão de ter uma sala de situação, para a gente saber exatamente onde anda seu paciente*”.

Além do que, “[...] *tá faltando um acompanhamento bem regular desses pacientes nossos acamados crônicos, portadores de diabetes e hipertensão. E isso acaba trazendo falhas terapêuticas até do tratamento*” (Enfermeiro SERIV). A Enfermeira2 SERII salienta que os ACS não fazem a vista regularmente. Portanto, não dão o apoio necessário aos pacientes, principalmente idosos, que não conseguem ou não sabem ler e esquecem o dia do retorno que está escrito na prescrição. “*Aí quebra de novo a cadeia*” (Enfermeira2 SERII).

Ainda ponderando o seguimento desse paciente, a Médica2 SERV aponta que a falha está no próprio **sistema de informações**.

A gente não tem um sistema de informação que você me pergunte, nome fictício: D. Maria dos Santos ela veio quando aqui? Não tem como. O nosso sistema não me permite, a não ser que eu tenha isso escrito no manual. Que dona Maria veio em janeiro e era pra ter voltado. A gente tem o hiperdia que é uma ficha de acompanhamento do paciente, mas essa ficha ela não devolve. Ela pode devolver pro ministério, mas para nós profissionais, ela não devolve.

Assim o profissional fica impossibilitado de realizar, por exemplo, avaliação do acompanhamento do programa para diabéticos e hipertensos.

A questão da **violência urbana** como uma falha foi citada apenas na SERII, apesar disso ser um problema de todas as grandes metrópoles brasileiras. Dados mostram, por exemplo, que Fortaleza está entre as dez capitais com mais mortes por homicídios do país e é a sétima cidade do Nordeste (O ESTADÃO, 2010).

O único centro de saúde da família que não pudemos acompanhar a visita domiciliar foi o que está localizado na regional II. A Dentista2 SERII revela que *“a gente tem um agravante que é a violência aqui na área. Então já torna mais difícil o acompanhamento domiciliar [...] pra atender esses pacientes mais necessitados. Que estão numa condição de saúde um pouquinho mais séria”*.

Chegou ao extremo de uma profissional ser vítima dessa insegurança.

Eu, inclusive, já fui vítima de assalto na área e enquanto estava até gestante e depois desse episódio nós achamos mais prudente não realizarmos visitas porque estávamos sem proteção nenhuma [...] essa dificuldade de ir a domicílio [...] que aqueles que já estão em grande número que não podem vir à unidade, que fica também sem acompanhamento, vem algum parente pra gente transcrever uma receita, porque é assim que a gente faz, por que não tem outra forma (Enfermeira2 SERII).

Então transcrever a receita fica sendo a solução. Essa mesma saída foi encontrada para o problema da **portaria de prescrição desatualizada** dos enfermeiros.

“Eu posso prescrever captopril, mas não posso inalapril. Eu posso propanolol, mas não posso atenolol. Apenas pelo fato de não estar na portaria. A nossa portaria é antiga e na época não existia esse novo elenco de medicamentos que adentraram. E aí depois, quando chegou esses medicamentos novos, a portaria não foi reformulada. E aí a gente fica de mãos atadas. É um trabalho dobrado, a gente tem que fazer a receita e ir lá no consultório da médica para ela carimbar (Enfermeiro SERIV).

Mas mesmo o paciente sendo consultado e recebendo uma prescrição, ainda pode esbarrar em outro empecilho: a **falta de medicamentos**. Esta falha foi citada pela maioria dos entrevistados. *“Porque muitas vezes o coitado chega, o médico passa o medicamento para dois ou três meses e não tem a medicação. Como é que o paciente vai ficar bom se não tem a medicação pra tomar? E nem tem o dinheiro pra comprar?” (AE SERIV).*

Apesar de existir a Farmácia Popular com medicamentos a baixo custo *“a gente sabe que trabalha com uma população carente e que muitas das vezes não tem condições de comprar o medicamento, alguma coisa assim [...] e acontece de faltar” (Enfermeira SERV).*

A Enfermeira SERV lembra outra demanda, que o paciente suspeito de doença crônica quando vai realizar os exames laboratoriais fica impedido, pois *“a **questão laboratorial tem as cotas**. Quando chega determinado limite acontece de ter realmente essa situação de a gente não poder fazer o exame”*. (Grifo meu). Ainda acrescenta que isso se estende aos exames especializados, mas estes não estão controlados por cotas internas da unidade. *“Tem a história da questão da própria **fila de espera**”* (Grifo meu). Existe um setor na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza que regula as referências para os outros níveis de atenção e as filas de espera, pois as vagas não são suficientes para a população.

A Dentista SERIV contesta que *“não posso nem te dizer se é o número de vagas que é insuficiente ou às vezes até os casos que não são apropriados para cada especialidade. Porque muitas vezes a gente sabe que tem pessoas que dizem que tão com dor de cabeça e querem ir pro neurologista. Então o que acontece? Lotam a fila”*.

O Enfermeiro SERIV rebate que a falha, além da fila de espera, está também na **referência e contra-referência**.

Às vezes chegam uns casos mais graves que precisam de uma avaliação do CAPS [...] A médica encaminha, aí o paciente fica na fila de espera. Essa fila de espera é semi-eterna, o paciente passa anos esperando. Quando consegue vaga lá pra consulta, não traz nenhum retorno. Não existe uma contra-referência.

Schmidt et al. (2011) chama a atenção para dois enormes desafios que são a eliminação das longas listas de espera para assistência ambulatorial especializada, serviços de diagnóstico e cirurgias, e a transferência do tratamento da maioria das complicações de condições crônicas das emergências hospitalares para tratamento ambulatorial. Além disso, propõe uma explicação para a falha em fornecer acesso adequado à assistência ambulatorial de qualidade e a cirurgias básicas que seriam as demandas concorrentes por recursos de terapias de elevado custo e alta tecnologia para as doenças crônicas não transmissíveis avançadas.

Como já foi discutido na seção de “autocuidado e co-responsabilidade”, outra lacuna referida na linha do cuidado foi o próprio **paciente** “*que pensa assim: eu vou me consultar, tomo a medicação e pronto. Não tem um exercício físico, uma alimentação boa [...] pro tratamento continuar eles tem que ajudar, não só a medicação, não só o médico*” (AE SER II) (Grifo meu).

Médica SERIV acusa que a falta de aderência ao tratamento é muito comum entre diabéticos e hipertensos. Principalmente pelo uso incorreto do medicamento, tornando, assim, difícil o controle e o acompanhamento dos casos.

Às vezes ele não entende a receita. Ele troca comprimido. Muda embalagem. Eles não sabem ler. Trocam embalagem na farmácia, vem de outro laboratório. Então eles trocam tudo, tomam tudo errado. Então você tem que ter o cuidado de ver como é que tá perguntando, de como é que tá tomando. Orientar e orientar. Orientar quantas vezes precisar [...] (Médica SERIV)

O Enfermeiro SERIV identifica que nas visitas domiciliares está o grande nó crítico: **os cuidadores**. Portanto é necessária uma atenção redobrada e que nem sempre é simples de realizá-la.

[...] a gente nota é que como a visita fica agendada, eles maqueiam muito a situação. Você chega lá tá tudo muito limpinho, muito perfeito. Mas que as vezes quando o paciente tem condições de falar e a gente consegue ter momentos só com o paciente, a gente descobre coisas bem absurdas mesmo. ‘ah, a pessoa me dá pra mim comer só bolacha’. Teve um caso que era um idoso e a gente acionou até mesmo a promotoria de saúde do idoso.

Outro fator que dificulta o cuidado é a **falta de estrutura da unidade de saúde**, a qual envolve estrutura física quando “*não tem salas suficientes para todos os profissionais*” (NASF SERII). Inclusive as entrevistas com os profissionais do NASF eram feitas em auditórios dos grupos, do lado de fora do posto ou numa sala “emprestada” apenas para o momento da entrevista. Além disso, também ocorre uma interrupção de continuidade, apontada pelo Dentista SERV, quando relata que ficou seis meses sem atender porque a unidade estava em obras.

A falta de suporte e estrutura também relacionada aos materiais de consumo para atividades de educação em saúde e ações fora da unidade de

saúde em geral. A Médica² SERV exemplifica com colchão para fazer alongamento, um ambiente agradável, climatizado, água para beber. Ainda acrescenta que *“se você fizer um tour pela cidade, você vai ver que não tem esse lugar na comunidade. A gente consegue pela criatividade, fazer articulação com as associações, com as escolas, com as igrejas”*.

A **humanização no atendimento** ou a falta dela é apontada pela NASF SERII como influência direta na adesão do paciente ao tratamento. *“A gente vê que quando ele chega e consegue ter uma escuta, uma escuta qualificada, com certeza quando ele sai [...] ele sai outra pessoa.”*

Por fim, as falhas mais citadas foram a **grande demanda populacional** e o **número insuficientes de profissionais**, principalmente **médicos**, para atender essa população. Na busca por culpados, a Dentista¹ SERII acredita que nem é culpa do médico e nem é culpa do paciente. A culpa é do sistema. Sistema esse que, assim como Mendes (2011) afirma, é fragmentado e regido pela atenção às condições agudas e pela agudização das condições crônicas.

Ceccim e Pinto (2007, p.276) asseguram que é preciso aprofundar a compreensão dessa carência de médicos. *“Jamais o SUS cumprirá seus princípios e diretrizes sem a participação orgânica do setor da educação”*. É imprescindível, portanto, refletir numa mudança na formação dos profissionais baseando-se nas necessidades de saúde da população e na conformação do sistema de saúde.

Diante desse desfalque que se apresenta, os profissionais, segundo ACS¹ SERII, tem que *“fazer todo o jogo de cintura para dar prioridade a quem realmente tá necessitando”*. Mas a prioridade do momento era a dengue, na qual toda a assistência estava voltada para atender os casos emergenciais.

Então, somando o problema do número insuficiente de médicos, com a grande demanda de pacientes crônicos e com o atendimento voltado para os casos de dengue, se conclui que os programas que direcionam o atendimento para algumas áreas prioritárias, no caso, diabéticos e hipertensos, estão soltos

e *“a unidade de saúde acaba funcionando como um pronto-socorro”* (Médica SERII).

A Médica SERII até acredita que as consultas com esses pacientes devem ser mais demoradas, com troca de idéias e mais participação dos pacientes no atendimento. Mas se vê impossibilitada de fazê-lo pelos motivos já citados, comprometendo, assim, até mesmo a qualidade da atenção e a continuidade da linha do cuidado.

Outro ponto considerado é a **grande rotatividade de profissionais**, principalmente médicos. Para Ceccim e Pinto (2007), em especial para estes profissionais, a oferta de trabalho é muito grande, e, por isso, o simples adicional no salário não resolve o problema do provimento e fixação em empregos com menores oportunidades sociais em geral.

A Dentista SERIV observa que pode ocorrer perda de qualidade no cuidado por conta do período de (re) adaptação da equipe e da comunidade com o novo profissional. Além disso, propõe que *“se as equipes permanecessem formadas e trabalhassem por um bom período de tempo, a gente conseguiria os bons resultados mais rápido”*.

4.7 Particularidades

Essa última categoria versa sobre algumas particularidades que considere importante ressaltá-las. Onde inicialmente abordamos características da cidade de Fortaleza. Em seguida sobre a saúde bucal, a qual entrou tardiamente na ESF. Por fim, faremos uma reflexão sobre o NASF e sua entrada na ESF há apenas dois anos no município de Fortaleza.

A metrópole Fortaleza

“Quando a gente vem pra Fortaleza a gente vê que o negócio é um pouco diferente. Que tudo é muito macro, que tudo é mais difícil. Mas aqui a gente tenta também.” (Dentista SERIV)

Ao longo das últimas décadas do século XX a cidade de Fortaleza foi "inchando" cada vez mais. Atualmente está com uma população estimada em 2.452.185 habitantes, se configurando como a quinta cidade mais populosa do Brasil, atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Brasília (IBGE, 2010).

Por conseguinte, para Mendes (2011) os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo, no estilo de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas. Mendes acrescenta que o fenômeno da urbanização acelera a transição demográfica. Porém, também pressiona os serviços de saúde, especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos. Por isso, menciona-se que **as condições crônicas são doenças da urbanização**. (Grifo meu).

O Ministério da Saúde reconheceu a complexidade e as dificuldades da expansão da ESF nos grandes conglomerados urbanos, principalmente regiões metropolitanas. Nessa perspectiva, firmou aliança financeira com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) a qual deu origem ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). O PROESF contribuiu para a continuidade da (re) organização e fortalecimento da APS no país, a partir da implantação, consolidação e qualificação de novas Equipes SF nos grandes centros urbanos brasileiros (BRASIL, 2010).

Prováveis bons resultados desse projeto supracitado respondam à angústia da Enfermeira SERV que salienta que na ESF, o trabalho da equipe poderia evitar UIT's lotadas, sequelados com AVC, entre outros e conclui que *"seria bem menos oneroso para o governo, para as pessoas, pra todo mundo"*.

Schmidt et al. (2011) se deparou em seu estudo com uma cidade como Belo Horizonte, que é uma importante metrópole brasileira, com uma redução de 23% em internações hospitalares por doenças crônicas sensíveis a atenção primária após quatro anos de implementação da ESF.

Mesmo assim, ainda permanece o aumento contínuo e rápido da obesidade, hipertensão e diabetes. Coloca-se, então, o desafio de adequação das estratégias de saúde presentes (WHO, 2004). Schmidt et al. (2011) aconselha que deveriam ser implantadas ações relacionadas a atividade física e dieta saudável norteadas no êxito que obtiveram as ações (legislativas, regulatórias e fiscais) para o controle do tabagismo.

O Enfermeiro SERIV diz que era do PSF, agora ESF há 10 anos. Antes de atuar em Fortaleza, trabalhava no interior do Ceará e lá ele conseguia colocar em prática de maneira bem mais cômoda os mecanismos para a educação em saúde. Mas em Fortaleza ele não conseguiu.

Não sei se é uma questão cultural, a população não está habituada a vir para a unidade de saúde para a educação em saúde, somente para receber remédio e acaba acontecendo esse problema.

Saúde Bucal

Historicamente, a Saúde Bucal (SB) sempre esteve à distância das outras práticas do setor saúde. Sendo desenvolvida entre **quatro paredes** com necessariamente a presença de equipamento odontológico. Atualmente, com a incorporação das ações de SB pelas equipes de SF, o objetivo é galgar um novo, difícil e desafiador modelo de atenção a saúde, na medida em que se tenta integrar essas práticas ao resto da equipe (BRASIL, 2006) (Grifo meu).

O Dentista SERV acredita que esse distanciamento também se deve ao próprio governo brasileiro, depois que considerou a saúde bucal um problema de saúde pública.

*Eu me lembro que o ministério foi forçado a incluir quando viu as pesquisas [...] porque parecia que a boca não era um órgão que tava incluído dentro do organismo [...] as pessoas adoeciam [...] quando adoeciam da boca parecia que não era um problema de saúde do corpo, era uma coisa menor [...] porque eles sempre achavam o consultório odontológico era uma **sala secreta**, onde eles não sabiam nada a respeito de boca, não sabiam nada a respeito de dente. Era muito exclusivista [...] a gente sempre foi muito isolado (Grifo meu).*

O Ministério da Saúde, em contrapartida, reitera em seu documento que deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, fazendo refletir continuamente as práticas de saúde, numa aproximação entre membros da equipe multiprofissional e também dessa equipe com a comunidade (BRASIL, 2006).

Esse empenho profissional citado pelo MS também é fator determinante para a Dentista SERIV na prática diária, especialmente da equipe de odontologia. Ela afirma que poderia se restringir a abrir e fechar cavidades dentais. Mas reconhece que a sua inserção na equipe lhe exige mais: *“a gente se enquadra dentro de todas as dificuldades e as facilidades que a estratégia nos proporciona. Se eu como dentista, faço parte dessa estratégia, então eu quero me enquadrar nela”*.

Em oposição ao que foi supracitado Rodrigues e Assis (2009) observaram, em sua pesquisa realizada na cidade de Vitória da Conquista (BA), que o serviço de odontologia, apesar de estar disponível, não alcança as pessoas adscritas, ou seja, não se efetiva como um direito. Torna, assim, frágil o vínculo com a equipe, uma vez que não se relaciona com o cotidiano da unidade de saúde.

Configura-se, então, que, apesar da equipe de saúde bucal estar dentro da equipe de SF em pé de igualdade com os outros trabalhadores no que diz respeito ao processo de trabalho, ela ainda não se inteirou do seu papel dentro da estratégia.

Todos os Dentistas reconheceram que a participação da odontologia é imprescindível para proporcionar qualidade de vida saudável para a população. Mas percebi que na LC o paciente crônico chega, na maioria das vezes, até a odontologia por um acaso ou condicionado pelo encaminhamento médico/enfermeiro. Ainda falta algo na intersecção do profissional dentista com o resto da equipe. Qual será esse o motivo real que a equipe de saúde bucal ainda é considerada tão separada da equipe de SF?

A Dentista SERIV assegura que

Para poder dar certo o dentista tem que ser metido. Ele tem que tá ali dentro também [...] E não deixar: 'ah, isso não é meu' [...] É meu também! Eu pego um paciente, eu to tratando aquele paciente que tá com problema de pele, aquele paciente tá com piolho. Eu não vou tratar aquilo? [...] Pode dizer que eu to fazendo o que não é meu [...] mas é meu, o paciente naquela hora é meu. Então se tem uma dentista metida, sou eu!"

A odontologia tem, principalmente nas atribuições de seus profissionais, potencial para provocar mudanças no sentido de melhorias da saúde bucal da população. Mas são necessárias iniciativas tanto governamentais quanto da própria equipe de saúde bucal.

NASF

Considerada uma iniciativa recente e que permite o apoio às equipes da ESF por outros profissionais da saúde, incluindo nutricionistas, professores de educação física, psicólogos e psiquiatras. Schmidt et al. (2011) acredita que deveria ser especialmente direcionada a prevenção e ao controle das DCNT.

Os entrevistados que compõem o NASF revelam que o período inicial de intersecção com a estratégia e com a equipe multiprofissional que já trabalhava nela foi complicado. *"Porque assim nem a gente sabia o que fazer e nem eles sabiam como nos ajudar. Como nos encaminhar essas visitas. Mas agora eu to sentindo que tá melhor"* (NASF2 SERIV).

Existia até a necessidade e carência desses profissionais, mas o novo modelo de trabalho apresentava-se como um enigma para todos. *"Quando a gente chegou aqui as pessoas perguntavam: Quem é NASF? Como trabalha com NASF? Qual a proposta NASF? Como ele está inserido dentro da proposta da ESF?"* (NASF SERII).

A cada dia eu passo aqui eu tenho crescido como profissional [...] Então, pra mim foi muito maravilhoso porque eu mudei o meu olhar [...] Hoje eu tenho um outro olhar em relação a minha profissão, hoje eu me orgulho de ser educadora física. E trabalhar dentro do posto de saúde com esse olhar, com esse olhar clínico e mudar toda uma pessoa que antes não tinha o conhecimento, de como ele podia tratar essas doenças crônicas (NASF SERII).

Assim, mesmo em um período de apenas dois anos já se pode somar o ganhos. Estes resultam num SUS ainda mais integral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo almejei compreender a atuação das equipes de saúde da família na linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas, a qual formata desenhos, a priori, invisíveis pelos trabalhadores implicados no cotidiano dos serviços de saúde. Imperceptíveis até por mim, dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas tornaram-se claros ao me colocar como estudante do processo.

Cada categoria profissional mostrou-se como de suma importância na ESF. O conjunto dos olhares faz um cuidado integral para o indivíduo, sua família e comunidade. A interdisciplinaridade apresenta-se como imprescindível e determinante na qualidade da atenção aos pacientes com doenças crônicas e na prevenção de complicações ou de novos casos. Ou seja, a compreensão da competência de cada trabalhador é essencial para o entendimento correto das principais características da relação entre os profissionais da equipe de saúde da ESF. Quando o trabalhador, ou a equipe, se depara com suas habilidades e com o que é capaz de fazer, ele (a) se coloca na posição de protagonista da ação.

Durante a realização da observação e posterior descrição do trabalho cotidiano da equipe na ESF no cuidado ao paciente com enfermidade crônica, me levou a considerar que a pesquisa deve estar presente nos espaços de trabalho em saúde pelos seus trabalhadores. Nomeia-se isso de Educação Permanente, ou seja, a reflexão dos processos de cuidado e suas implicações devem ser estudadas por quem faz parte direta dele.

Ao perceber, pelos sujeitos, certa resistência em participar da pesquisa, quando perguntavam se iria demorar a entrevista, por exemplo, na justificativa de ter que atender (quando no início do atendimento) ou cumprir compromissos particulares (no final do atendimento) interpreto como um distanciamento (consciente ou não) da realidade que os envolve no cotidiano dos serviços. Considero-me, portanto, privilegiada, como participante dessa estratégia e

pesquisadora, por ter conhecido e compreendido uma pequena parte da atenção primária a saúde em Fortaleza com suas potencialidades e fraquezas.

Em todo o percurso da pesquisa permeia a necessidade de se repensar um novo modelo de cuidados crônicos para a atenção primária das grandes metrópoles do Brasil ou, até mesmo, um novo jeito de fazer essa atenção como um todo que venham responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população. Portanto, uma mudança radical desse novo modelo. O CCM vem como uma proposta de gestão do cuidado, mas que provavelmente precise de algumas adaptações para a realidade brasileira. Esta com todas as suas nuances e particularidades que devem ser consideradas.

Por fim, ao analisar os itinerários terapêuticos dos pacientes com doenças crônicas na rede de serviços assistenciais e comunidade, julgo de suma importância um estudo aprofundado das atenções secundárias e terciárias aos pacientes com agravos crônicos, completando, assim, a análise integral dessa linha do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, p.150-153. 2001.

ARAÚJO, M.F.S.; OLIVEIRA, F.M.C. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais.** Número 14 – Setembro de 2009. Pág. 03-14. www.cchla.ufpb.br/caos

BARR,V.J.; ROBINSON, S.; MARIN-LINK, B.; UNDERHILL, L.; DOTTS, A.; RAVENSDALE, D.; SALIVARAS, S. The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population Health Promotion and the Chronic Care Model. **Hospital Quarterly**, Vancouver(Canada) v.7, n.1. 2003.

BARSOTTINI, C.N.; WAINER, J. **Análise do padrão de colaboração entre médicos por meio do prontuário do paciente.** X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Informática em Saúde e cidadania. Florianópolis, out. 2008.

BEZERRA, G.S.; SALES, T.R.R.L.; VIANA, J.M. A equipe de saúde da família na busca pelo trabalho coletivo. Dez. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/29129/1/A-EQUIPE-DE-SAUDE-DA-FAMILIA-NA-BUSCA-PELO-TRABALHO-COLETIVO/pagina1.html>>. Acesso em: 08 mai. 2010.

BODENHEIMER, T.; WAGNER E. H.; GRUMBACH, K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness **JAMA** 288. n. 14, p.1775-1779, October, 2002.

Bol. Saúde Fortaleza, v12, n. 1,26p, jan-jun/2008.

BRASIL, Linha de cuidado e integralidade da atenção. Ações de Controle. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf . Acesso em: 08 dez 2010.

BRASIL, Ministério da saúde. Departamento de Atenção básica, 2010. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatori_o.php>. Acesso em: 07 dez 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 17.** Brasília – DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.** Brasília (DF), 2010 a 2013.

BRASIL. Lei Nº 11.889, de 24 de Dezembro de 2008. DOU 26.12.2008. BRASIL, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: linhas de estratégias para o quadriênio 1999/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : 2009.

Brasília, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010 population census. Disponível em:< <http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 Ago 2011.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2001.

CARVALHO, C.A.; SANTOS, F.R. O trabalho de prevenção e promoção da saúde com pacientes renais atendidos por equipe interdisciplinar: desafios e construções. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 311-317, jul./set. 2009.

CECCIM, R.B.; PINTO, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31 (2): 266 – 277; 2007.

COSTA, A.M.; CREUTZBERG, M. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção e atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.20, n.esp, p.58-69, 1999.

CRUZ, D.B.; GABARDO, M.C.L.; DITTERICH, R.G., MOYSÉS, S.J., NASCIMENTO, A.C. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: Uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009.

CUNHA, F.L.; REIS JR, M.R.; PEREIRA, A.C. O paciente com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise: Estratégias Preventivas de Abordagem do Paciente Renal Crônico. In: PEREIRA, A.C. e colaboradores. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. p 673-88.

CUNHA, G.T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: HUCITEC, 2007. p 17.

DELEUZE, GILLES; GUATTARI, FÉLIX. **Mil Platôs**. Capitalismo e esquizofrenia. Vol.4. São Paulo: 34, 1997, 170 p.

ELSEN, I.; SOUZA, A.I.J.; PROSPERO, E.N.S.; BARCELLOS, W. B.E. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. **Cienc Cuid Saude**, v. 8 (suplem.), p.11-22, 2009.

SCOREL S.; GIOVANELLA L.; MENDONÇA M.H.M.; MAGALHÃES R.; SENNA M.C.M. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Atenção Básica de Saúde; 2002.

SCOREL S.; GIOVANELLA L.; MENDONÇA M.H.M.; SENNA M.C.M. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n.2, p. 164-76. 2007.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Eletrônico**. Edição Histórica 100 anos. Versão 7.0 Revisada e Atualizada. 2011.

FERREIRA, V.; MACHADO, P. O programa informativo NUD*IST: análise qualitativa de informação escrita. Florianópolis: Centro de filosofia e Ciências humanas da UFSC. 1999.

FERREIRA, V.S.C.; Andrade, C.S.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):898-906, abr, 2009.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de Competência. **RAC**, Edição Especial 2001: 183-196.

FORTALEZA. Relatório de Gestão de Fortaleza, 2007

FOWLER, D. J.; SÁ, A C. Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 33, n.2, p. 225-230, 2009.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**. v. 8,n. 1-3, p. 25–32, jan. /dez. 2008.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 25 nov 2010.

FRANCO, T.B.; GALAVOTE, H.S. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, T.B. & RAMOS, V.C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. Hucitec, São Paulo, 2010.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das Linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC, 2a. ed. São Paulo, 2004.

FRANCO, TB; MERHY, E.E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, 7(1):9-20, Enero - Abril, 2011.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado**. Disponível em <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>> Acesso em: 10 Out. 2011.

FRANZEN E., ALMEIDA M. A., ALITI G., BERCINI R.R., MENEGON D. B., Rabelo E. R. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev HCPA**. V. 27, n.2, p. 28-31. 2007.

Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará-LabVida-UECE. Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará-COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da

Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC. **Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza. Perfil da SER II.** 2011.

Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará-LabVida-UECE. Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará-COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC. **Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza. Perfil da SER IV.** 2011.

Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará-LabVida-UECE. Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará-COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC. **Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza. Perfil da SER V.** 2011.

LAVOR, A.C.H.; LAVOR, M.C.; LAVOR, I.C. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades de Saúde. **Sanare**, ano V, N.1, Jan/Fev/Mar 2004.

LÓPEZ, G.R.; VELASCO, J.R.R. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas: aplicación del modelo de cuidados para enfermedades crónicas. **Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria**, V. 34, n. 4, p. 206-209. 2004.

LOURENÇO, E.C.; Programa (Estratégia) Saúde da Família no Brasil – 15 anos. In: PEREIRA, A.C. e colaboradores. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, p 35-58. 2009.

MADEIRA, K.H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na Saúde da Família: um estudo de caso.** 147p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

MALTA, D. C et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.2, p.433-44, 2004.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 23 nov 2010.

Mapa da Violência. **O ESTADÃO.** 2010. Disponível em: <www.estadao.com.br/especial/mapa-da-violencia-no-brasil.94911.htm>. Acesso em: 18 out 2011.

MARCON, S.S.; RADOVANOVIC, C.A.T.; WAIDMAN, M.A.P.; OLIVEIRA, M.L.F.; SALES, C.A. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às

famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2005; 14(Esp.):116-24.

MENDES, E. V. Revisão Bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização. Mai 2007. 154p. Disponível em: <http://duvas.saude.pi.gov.br/aquivos_publicacoes/duvas/revisao-bib-sobre-redes-atencao-saude.pdf>. Acesso em: 18 nov 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, I.A.C; TREVIZAN, M.A. A Necessidade de Aprendizagem em Pacientes Crônicos. **Enfermagem Atual**, v.3, n.18, p.4-7, 2003.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1), p. 1493-97, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **Integralidade: implicações em xeque**. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-13.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2010.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, mar, 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sala de Situação em Saúde**. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 20 out 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MIRANZI, S.S.C.; FERREIRA, F.S.; IWAMOTO, H.H.; PEREIRA, G.A.; MIRANZI, M.A.S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9.

MOROZ, M. S.A. Improving Chronic Illness Care: The Chronic Care Model. **Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention**, Edmonton Region (Canada). V.15, n.1, p1-4. , June 2007.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):363-372, 2007.

MOYSÉS, S. J. et al. Apontamentos para estudos e debates sobre a estratégia Saúde da Família: desafios para os municípios. In: MOYSÉS, S.J. et al. **Saúde bucal das famílias - Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p 58-62.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública** . São Paulo, v. 40, n. 4, p.727-33. 2006.

OMS, 2003. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. Componentes Estruturais de Ação. **Relatório Mundial**. Brasília, 2003.

OPAS. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 232 p. 2010.

OTENIO, C. C. M.; NAKAMA, L.; LEFÈVRE, A. M. C.; LEFÈVRE, F. Trabalho Multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.4, p.135-150, 2008.

PICCINI , R.X.; FACCHINI , L.A. TOMASI, E.; THUMÉ , E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M.A. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):657-667, 2006.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências e cognição**. v.8, p.68-87. 2006 Disponível em <<http://www.cienciasecognicao.org>> Acesso em: 12 mai. 2010.

QUELUZ. D.P. Recursos Humanos em Odontologia. In: PEREIRA, A.C. e colaboradores. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa:Napoleão, 2009. p.161-99.

ROCHA, D. e DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA** ,v. 7 n. 2, p. 305-322. Jul/ Dez. 2005.

RODRIGUES, A.A.A.O.; ASSIS, M.M.M. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: Sujeitos, saberes e práticas**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2009. 180p.

SAMOUTIS, G.A.; SOTERIADES, E.S.; STOFFERS, H. E.; ZACHARIADOU, T.; PHILALITHIS, A.; LIONIS, C. Designing a multifaceted quality improvement intervention in primary care in a country where general practice is seeking recognition: the case of Cyprus. **BMC Health Services Research**, 8:18. 2008,

SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; WENDHAUSEN, A.L.P.; BENITO, G.A.V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Revista Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.18, p.521-36, 2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. O Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):252-6.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M., MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Saúde no Brasil. Maio de 2011. www.thelancet.com

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. Disponível em: <http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_atencaoBasica_PSF.asp>. Acesso em: 20 abr. 2010.

SEPPILLI, T.; PETRANGELI, E; CAPRARA, A. Terapie non convenzionali: indagine descrittiva nella Regione Umbria, Itália. In: VII SINAPIH, Rio de Janeiro, 2002.

SI, D.; BAILIE, R.; CUNNINGHAM, J.; Robinson, G.; DOWDEN, M.; STEWART, A.; CONNORS, C.; WEERAMANTHRI, T. Describing and analysing primary health care system support for chronic illness care in Indigenous communities in Australia's Northern Territory – use of the Chronic Care Model. **BMC Health Services Research**, Darwin (Australia) p. 8:112. 2008.

SILVA, L.H.; MACHADO, C.M.; LIMA, L.R.S.; LOPES, N.G.L.; SANTOS, M.C.; GOMES, V.; SILVA, R.S. Percepções do cuidado da enfermagem frente a pacientes crônicos e seus familiares. In: XVII Congresso de Iniciação Científica. X Encontro de Pós-graduação. Pelotas. nov, 2008.

SIMINERIO, L.M.; PIATT, G.A.; EMERSON, S.; RUPPERT, K.; SAUL, M.; SOLANO, F.; STEWART, A.; ZGIBOR, J.C. Deploying the Chronic Care Model to Implement and Sustain Diabetes Self-management Training Programs. **The Diabetes Educator**; V. 32;N.2, p.253- 260, March/April, 2006.

SINASC, Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>> Acesso em: 10 out 2011.

SOUSA, J.C. Do peixe no prato à cana de pesca. Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. **Rev Port Clin Geral**; 23:353-8, 2007.

SUNAERT, P.; BASTIAENS, H.; FEYEN, L.; SNAUWAERT, B.; NOBELS, F.; WENS, J.; VERMEIRE, E.; ROYEN, P.V.; MAESENEER, J.D.; WILLEMS, D.S.; WILLEMS, S. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian

experience". **BMC Health Services Research**, Aalst (Belgium) p. 149-152, 2009.

SZECSENYI, J.; ROSEMAN, T.; JOOS, S.; PETERS-KLIMM, F.; MIKSCH, A. German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model: An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. **Diabetes Care**, Heidelberg (Germany). v. 31,. n. 6, p.1150–1154, june 2008.

VARGAS, R.B.; MANGIONE, C.M.; ASCH, S.; KEESEY, J.; ROSEN, M.; SCHONLAU, M.; KEELER, E.B. Can a Chronic Care Model Collaborative Reduce Heart Disease Risk in Patients with Diabetes? **Journal of General Internal Medicine**; 22:215–222, 2007.

WHO. **Global strategy for diet, physical activity, and health**. Geneva: World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Switzerland, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en>. Acesso em: 01 dez. 2010.

XAVIER, A.T.F.; BITTAR, D.B.; ATAÍDE, M.B.C. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 124-30.

ZOFFMANN, V.; HARDER, I.; KIRKEVOLD, M. A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care. **Qualitative Health Research**, Copenhagen (Denmark). v.18, n. 5, p. 670-685, may 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista a Equipe de Saúde

1. Papel na Estratégia Saúde da Família
2. Relação com os outros membros da equipe (interdisciplinaridade)
3. Competências e responsabilidades próprias para o cuidado dos pacientes com doenças crônicas
4. Trajeto percorrido pelo paciente crônico no sistema de saúde
5. Falhas no trajeto que impedem um cuidado integral ao paciente crônico
6. Projeto terapêutico utilizado
7. Sua relação com o paciente e a família no âmbito do cuidado aos pacientes com doenças crônicas
8. Satisfação/insatisfação com o trabalho

APÊNDICE B

Roteiro de Observação Participante

- a) características do local de atendimento, espaço físico e estímulos visuais
- b) características gerais da população atendida
- c) contatos iniciais com os pacientes
- d) número de pacientes atendidos no turno
- e) organização das fichas de atendimento
- f) comportamento da equipe no atendimento, no preenchimento dos formulários
- g) condições de privacidade do atendimento

APÊNDICE C**Solicitação de Permissão para entrada no campo**

Ilmo.sr. Secretário de Saúde do Município de Fortaleza,

Estamos desenvolvendo o projeto intitulado: **“A atuação da equipe de saúde da família na linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas”**. Solicitamos autorização escrita para a entrada no campo de pesquisa constituído de três equipamentos de saúde do município: Centro de Saúde da Família Aída Santos, na Regional II; Centro de Saúde da Família Luiza Távora, na Regional V; e Policlínica Nascente, na Regional IV. A pesquisa não acarretará nenhum transtorno às atividades diárias desenvolvidas pelas unidades. Os pesquisadores respeitarão os horários de funcionamento, realizando entrevistas em horários após ou antes dos atendimentos. Destacamos que o início da pesquisa só ocorrerá após a aprovação da mesma pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

Contamos com a cooperação de V.S^a e agradecemos a atenção,

Andrea Caprara

Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará – UECE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM FORTALEZA - CE
--

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“A atuação da equipe de saúde da família na linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas”**. Que tem como objetivo compreender a atuação da equipe de saúde da família na linha do cuidado aos pacientes com doenças crônicas.

Serão utilizadas as técnicas de observação participante do dia-a-dia dos serviços, entrevista semi-estruturada com questões abertas sobre a sua experiência na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Assim, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista na própria instituição onde você trabalha. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu vínculo profissional independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos pacientes e profissionais quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com o coordenador da pesquisa Prof. Dr. Andrea Caprara (085) 3101. 9914.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu,

tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/2011.

Participante

Pesquisador

ANEXOS



Governo do Estado do Ceará
Fundação Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE

Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 30 de junho de 2011.

IDENTIFICAÇÃO

Título: A relação entre equipes de saúde da família e pacientes com doenças crônicas: análise da atenção e gestão integrada na atenção primária no município de Fortaleza, Ceará.

Folha de rosto: 372230. **Processo N°:** 10610779-8

Pesquisador responsável: Andrea Caprara

Instituição responsável: UECE

Área temática: Saúde da família

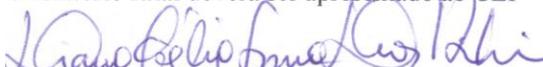
RESUMO

O projeto tem como objetivo geral: analisar o acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica pelas Equipes de Saúde da Família no município de Fortaleza-CE, visando implantar um novo modelo de atenção aos cuidados crônicos. Será utilizado um método de investigação quanti-qualitativo, na perspectiva da triangulação de métodos. A população estudada constituir-se-á de pessoas com doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes e doença renal crônica), moradores de Fortaleza e que são atendidas nos Centros de Saúde da Família, de profissionais e gestores que estão na responsabilidade sanitária desta população. Será selecionado um Centro de Saúde da Família (CSF), em três Secretarias Executivas Regionais – SERs (II, IV, V). Pelo que se refere aos critérios utilizados para definir as regionais estudadas, a Regional II foi escolhida por ser um centro de referência, enquanto que a IV e a V são campos de prática da UECE, e a regional V, em particular, é uma das regionais mais pobres e problemáticas da cidade. Entre os critérios que serão considerados para escolher os CSF, destacam-se os seguintes: ter uma equipe mínima completa de Saúde da Família; possuir um Núcleo de Apoio a Saúde da Família; ter um número de famílias mais aproximado ao estabelecido pelo Ministério de Saúde (750-1000 famílias). A coleta de dados será realizada por meio de métodos qualitativos com as entrevistas abertas grupos focais e observação participante com a população alvo em estudo (pacientes, profissionais e gestores). Será realizada análise secundária documental dos Sistemas de informação que monitoram estas doenças na Estratégia Saúde da Família, a saber, Sistema de Informação da Atenção Básica, Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Primária – SISHPERDIA e prontuário eletrônico implantado nos Centros de Saúde da Família do município de Fortaleza. As entrevistas abertas serão realizadas com os profissionais da saúde dos centros pesquisados assim como os gestores e os pacientes com doenças crônicas e seus familiares atendidos pelo programa. A observação participante realizada pelos pesquisadores, será desenvolvida nos CSF, nos grupos e nos domicílios dos pacientes crônicos. Essa observação vai permitir captar informações durante os 6-8 meses de coleta de dados de acordo com os objetivos da pesquisa. Os pesquisadores participarão de algumas atividades que fazem parte do itinerário terapêutico do paciente com doença crônica, observando e registrando através de um diário de campo os seguintes cenários: visita domiciliar, consulta individual, consulta coletiva e atividade em grupo, sala de espera e triagem. Grupos focais serão utilizados na compreensão das diferentes opiniões, atitudes dos grupos e participantes estudados. Neste sentido, serão realizados três grupos focais (um para cada regional) com 8-10 pessoas que tenham diagnóstico de pelo menos uma das doenças crônicas em estudo e sejam acompanhadas no CSF; um grupo focal com médicos e enfermeiros que assistem a estas pessoas, distribuídos equitativamente por regional. Também serão realizados grupo focal com gestores do nível local, regional e central e uma com agentes comunitários de saúde das três regionais. Os grupos terão um roteiro guia para nortear as questões da pesquisa. Para a coleta de dados secundários do sistema de informação será utilizado o banco do departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), através do SIAB/HIPERDIA e dos registros realizados no prontuário eletrônico do município de Fortaleza. Os dados serão consolidados em planilhas do Excel. O trabalho não traz risco aos participantes; tem valor científico; a metodologia é adequada aos objetivos propostos; poderá beneficiar aos pacientes e à coletividade; o orçamento estimado é de 50.000 reais, sendo de responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Os TCLEs foram refeitos adequadamente.

PARECER

O projeto está bem estruturado, é relevante, havendo retorno para a comunidade. Ele atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, portanto, para ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, foram resolvidas as pendências em 14 de junho de 2011.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP


 Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
 Coordenadora do CEP/UECE

