



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO**

**LEONOR DA SILVA BASTOS**

**INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR DE  
PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM UM  
CENTRO DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA – BA.**

**Feira de Santana  
2008**

**LEONOR DA SILVA BASTOS**

**INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR DE  
PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM UM  
CENTRO DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA - BA**

Dissertação de Mestrado em Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde apresentada à Banca de Exame do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Curso de Mestrado, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Marluce Maria Araújo Assis

**Feira de Santana  
2008**

Ficha Catalográfica

Bastos, Leonor da Silva

B329c Integralidade no processo de cuidar de  
pessoas com diabetes mellitus em um Centro de Saúde  
de Feira de Santana – Ba. / Leonor da Silva Bastos – Feira de  
Santana, 2008.

169f. il.

Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –  
Universidade Estadual de Feira de Santana, 2008.

1. Programas de Saúde. 2. Sistema local de saúde. 3.  
Diabetes mellitus. I Assis, Marluce Maria Araújo. II  
Universidade Estadual de Feira de Santana. III Título.

CDU: 614: 616,379-008.64

**LEONOR DA SILVA BASTOS**

**INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR DE  
PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM UM  
CENTRO DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA – BA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovação em 14 de fevereiro de 2008.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marluce Maria Araújo Assis  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof. Dr. Túlio Batista Franco  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dora Sadigursky  
Universidade Federal da Bahia

Os que semeiam na dor, na alegria colherão (Salmo 126).

Vinde a Mim vós todos que estais cansados e sobrecarregados e eu vos aliviarei. Jesus de Nazaré (Mateus 11, 28).

A minha alma glorifica ao Senhor e o meu espírito exulta de alegria em Deus meu Salvador. Maria de Nazaré (Lucas 1, 46-47).

## DEDICATÓRIA

À minha família, aos bisnonnos José Alves da Costa Rosa, Maria Hozanna Fachinetti Rosa, aos meus caros avós Manoel Francisco Bastos, Leonor Alves Bastos, Ângelo Custódio da Silva e Idalina Alves da Silva, que de Portugal e da Itália trouxeram e construíram entre nós os valores da honradez, da retidão de caráter, do labor, do cuidado uns com os outros, do amor a Deus e ao próximo.

Aos meus queridos pais, Fernando Alves Bastos (*in memorian*) e Adry Silva Bastos, pela lição de vida, de cuidado e de amor incondicional que deles recebemos, espelhados nos valores familiares.

À minha querida e inesquecível dindinha Stella Alves Bastos (*in memorian*) cuja vida foi inteiramente dedicada ao cuidado e ao amor para conosco.

Ao meu querido filho, Mairon Giovani Bastos Lima, filho da minha alma, filho do meu coração, alegria da minha vida, amigo e companheiro de todas as horas.

Ofereço este trabalho, meu coração, o meu amor e a minha gratidão.

*Leonor da Silva Bastos.*

## AGRADECIMENTOS

A nossa vida, nossa história, é o resultado da vida, do amor e da história de muitos, de alguns em particular, que um dia se encontraram se amaram e produziram frutos de amor e de esperança: somos estes frutos, a sua herança, vida de suas vidas, parte das suas histórias das suas esperanças, dos seus ideais.

Ao longo da caminhada a vida, o nosso coração, os rumos tomados, as escolhas feitas nos levam à descoberta de outros que, como nós, constroem suas histórias, cheios de esperanças e que se constituem, no decorrer da jornada, em irmãos, amigos, companheiros..

A todos os que, em todas as etapas da minha história, colaboraram com o seu carinho, com o seu apoio, com um aperto de mão, um abraço, uma palavra amiga, com suas orações, o meu amor, o meu carinho, o meu agradecimento, a minha gratidão.

O meu primeiro agradecimento ao Altíssimo, cujo Nome é Santo, Seu poder se estende por todo o universo e que, por amor me mandou em missão. É o rochedo que nos salva e dá coragem. Em Sua sombra procuro abrigo nessa inóspita “terra dos homens”, para lembrar Saint Exupèry.

Ao Rabi da Galiléia, Jesus de Nazaré, Mestre, Amigo, Irmão que me encanta com o Seu amor, em cuja Luz busco viver. A Ele o louvor e a Glória. Razão da minha vida e de algumas escolhas, por todas as provas de amor que em todos os momentos Dele recebo e por ter me carregado no colo, por tantas vezes nessa minha trajetória.

A Maria de Nazaré, mulher de fibra, corajosa e fiel, um exemplo a ser seguido, pela força em momentos difíceis.

Aos meus queridos e sempre presentes irmãos iluminados, Antônio, Jorge, Francisco, Clara, Bárbara, Cosme, Damião, Expedito, Manoel, João, amigos de todas as horas, pelo suporte em toda a minha caminhada.

À minha querida “mama” Adry, sempre presente, solícita, frágil e forte, preocupada com o que ela chama de “exageros”, como o: “ave-maria, você não dorme hoje não?” ou... “vai ficar nessa máquina o tempo todo...você quer ficar doente..?”...”quer um cafezinho, acabei de passar..está booommm...eu já tomei...eu levo ai pra você”...”olhe, já bati sua sopa...vem tomar, ou quer que leve ai?...”Nô, sua cama está feita...não vá ficar ai até tarde...”... “ave-maria até agora na universidade...já estava rezando por você...estava com o coração na mão..graças a Deus você chegou...eu só faltou arrancar Jesus e os Santos dos céus...tudo isso me comovia...e eu sorria...Estava garantido o suporte para enfrentar as “feras” das dificuldades e do mundo lá fora.

Ao meu filho, Mairon Giovani, perto ou longe, sempre presente, com sua postura equilibrada, conselho acertado, apoio irrestrito, sua sabedoria na hora certa, sua alma nobre buscando contemporizar, sua força, seu amor, seu carinho, alegria e estímulo constante, Um dos articuladores dessa vitória, e o mais vibrante.

Aos meus irmãos, Ney e Ary, sobrinhos, sobrinhas, cunhadas, cunhados, sogro, sogra, tios, tias, à querida tia Bebete, primos e primas, a vocês que, a cada momento, desta ou daquela forma colaboraram e estão sempre presentes na minha vida apoiando, auxiliando, de forma sempre valiosa. Obrigada por tudo. Continuo em dívida com vocês.

Ao amigo e irmão de caminhada Arlindo, que tantas vezes me emprestou o ouvido, a alma e o coração ao longo desses 28 anos de amizade fraterna, o meu carinho, o meu amor fraterno e os meus eternos agradecimentos por tudo.

Aos meus amigos do coração, pessoas especiais, não nomeados aqui, mas, muito...muito amados, tantos que são e tantas, tão singulares, tão amorosos, tão ricos, das mais diferentes etapas da vida, anjos que o Senhor colocou no meu caminho para aliviar os sofrimentos, e alegrar o coração. Amigos e colegas, de ontem, de hoje, de sempre A vocês, queridos da minha alma, o meu amor eterno.

O agradecimento especial à querida Professora Doutora Marluce Maria Araújo Assis, minha orientadora, nessa “batalha” em que se configurou o Mestrado em Saúde Coletiva, carinhosamente chamada de “alquimista”, pois, com a sua iluminação conseguia transformar as idéias que eu tinha em “ouro”, tornando possível a realização desse sonho. Ela às vezes me dizia que eu queria em uma dissertação desenvolver todas as teses que almejava fazer. Obrigada pelo aprendizado, pelo apoio, por ter aceito ser minha orientadora, em um momento tão difícil. Foi um trabalho partilhado, um caminho percorrido palmo a palmo. Obrigada por tudo, querida. Foi uma experiência maravilhosa.



À mestra e amiga Professora Doutora Maria Ângela Alves do Nascimento, que tantas vezes sentou comigo, abdicando dos apertados horários do almoço, ou nos finais de tarde, para clarear o caminho, com sua palavra abalizada, seu conhecimento profundo, seu compromisso sem limites. A você, Ângela, o meu carinho, o meu respeito, o meu amor.

Ao professor Davi, que com a sua alma de educador, sua simplicidade e competência, conseguiu tornar mais “palatável” a seara da epidemiologia e da bioestatística, recuperar a auto-estima da turma preparando o terreno para a vitória. A você, professor, o meu muito obrigada e a minha estima.

À querida amiga professora Elza Iracema, pela amizade de tantos anos, pela sua disponibilidade em deixar suas atividades e de forma brilhante ajustar as idéias escritas à Língua Portuguesa, o meu agradecimento e o meu carinho.

Aos colegas do Mestrado, pelo apoio incondicional, pela estima, e carinho demonstrados, o meu abraço fraterno e muito obrigada por tudo. Felicidades na empreitada.

Aos trabalhadores e usuários do CASSA por terem tornado possível esse trabalho, o meu agradecimento.

Aos funcionários do departamento de saúde e do mestrado pelo suporte, atenção e cuidado para conosco, os meus agradecimentos.

Há muito a agradecer e numerosos os que precisariam ser lembrados. Sintam-se todos contemplados. Muito obrigada a todos e a cada um em particular. Amo vocês. Que o Senhor os recompense e os guarde.

*Leonor da Silva Bastos.*

*Ano da Graça de 2008.*

## RESUMO

O cuidado faz parte da vida humana desde os seus primórdios e está associado à prática das mulheres que através dele, no cotidiano, envolto em conotações culturais, promovem a vida em todas as suas manifestações e cuidam da morte. Já que a vida é complexa e multifacetada, este cuidado, para que cumpra a sua função de proteger e defender a vida precisa ser construído sob vários olhares e saberes, de forma articulada, nos diversos níveis tecnológicos, dentre eles o enfoque nas tecnologias leves. Para tanto, depende do "trabalho vivo" de uma equipe de saúde integrada, que desenvolva ações cuidadosas, envolvendo trabalhadores, usuário, família e comunidade, de forma continuada, construída com base no vínculo e na responsabilização social. O cuidado, fruto dessa ação conjunta dos diversos olhares e saberes se constitui hoje no eixo das ações em um serviço de saúde, particularmente das Unidades Básicas de Saúde que, em geral, são utilizadas como "porta de entrada" para as necessidades de saúde da população adscrita à sua área. Nessa perspectiva, este estudo tem como objeto o processo de cuidar de pessoas com DM em um Centro de Saúde de Feira de Santana. Objetiva analisar o processo de cuidar de pessoas com DM com vistas à integralidade da atenção à saúde e discutir seus dispositivos orientadores: acesso, vínculo-responsabilização, formação da equipe (construção dos sujeitos, inserção e capacitação), na dinâmica cotidiana da Unidade de Saúde. A metodologia é qualitativa. A entrevista semi-estruturada e a observação sistemática utilizadas como técnicas de coleta de dados, tendo como sujeitos trabalhadores de saúde e usuários cadastrados no Programa de Atenção às pessoas com DM. O método de análise das entrevistas foi orientado pela Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 1996) e o Fluxograma Analisador de Merhy (1997) que fundamentou a análise das observações. Os resultados revelam que o processo de cuidar das pessoas com DM tem como núcleo central de intervenção a prática de enfermagem (em especial da enfermeira), é construído no cotidiano dos serviços de saúde, de forma fragmentada e parcelar, orientado pelo modelo médico-centrado. O acesso é restrito, focalizado e direcionado à ações de baixa complexidade. O acolhimento e vínculo ainda são operados distantes da co-responsabilização (trabalhadores, usuários e rede de serviços) na definição do projeto terapêutico das pessoas com DM que demandam à Unidade de Saúde. Conclui-se que, é necessário ampliar o debate sobre o cuidado integral, valorizando a *práxis* cotidiana dos sujeitos envolvidos no processo.

**Palavras-chave:** cuidado em saúde, integralidade da atenção, sistema local de saúde, Diabetes Mellitus, programa de saúde.

## ABSTRACT

Care has always been part of human life. It is associated to the practice of the women who have thereby, in the everyday life and surrounded by cultural connotations, promoted life in all its forms and taken care of death. Because life is complex and multi-faceted, this care, in order to fulfill its role of protecting and defending life, needs to be drawn from multiple perspectives and wisdoms, in an articulated manner and in multiple technological levels, including the lighter ones. As such, it depends on the enlivened work of an integrated health team. This team should perform careful and constant action involving workers, user, family and community, and be based on social bonds and accountability. Care, as a result of this collective action integrating distinct perspectives and wisdoms, is nowadays the axis of all actions in health service, particularly in Basic Healthcare Units, which are usually the “door” to the healthcare needs of the local population. This study adopts such a perspective, and examines the process of care of persons with diabetes mellitus (DM) in a Healthcare Center of Feira de Santana. Its objective is to analyze the process of care of persons with DM aiming for the integrality of healthcare attention, and to discuss its guiding devices: access, bond-accountability, team-formation (the construction of subjects, insertion and habilitation), in the everyday dynamics of the Healthcare Unit. The methodology is qualitative and used semi-structured interviews and systematic observations as data collection techniques. As subjects, the study took healthcare workers and users enrolled in the Program of Attention to persons with DM. The method of analysis for the interviews was guided by the Thematic Subject Analysis (MINAYO, 1996) and the Analyzer Flowchart of Merhy (1997), which also grounded the analysis of the observations. The results reveal that the process of caring of persons with DM has as its main intervention core the practice of nursing (in particular that of the nurse). In the everyday context of the healthcare services, that process has been fragmented, disconnected, and guided by the doctor-centered model. Access is limited, focused, and oriented towards low-complexity actions. Bond and user-embrace are still performed distanced from co-accountability (workers, users, service networks) in the definition of the therapeutic project of the persons with DM and who need the Healthcare Unit. In conclusion, the study points as necessary an expansion of the debate on integral care, considering the everyday praxis of those involved in the process.

**Key-words:** Healthcare, integrality of attention, local healthcare system, Diabetes Mellitus, health program

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	América Latina
APS/ABS	Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica de Saúde
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAE-II	Centro de Atenção Especial II
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASSA	Centro de Assistência Social Santo Antônio
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEDEBA	Centro de Referência de Diabetes do Estado da Bahia
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMS/FS	Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DALY	<i>Disability Adjusted Life of Years</i> – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DCE	Doenças Cerebrais-Encefálicas
DATASUS	Empresa Brasileira de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde
DCD	Doenças Crônico-Degenerativas
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Osvaldo Cruz
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
HÁ	Hipertensão Arterial
HIPERDIA	Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAPSEB	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado da Bahia
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

---

IRC	Insuficiência Renal Crônica
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
N	Região Norte do Brasil
NE	Região Nordeste do Brasil
ND	Nefropatia Diabética
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PAB	Piso da Atenção Básica
PAM-CENTRO	Posto de Atendimento Médico – Centro. Salvador-BA
PES	Pólo de Educação em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS/FS	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tensão Arterial
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família
YLD	Anos de vida vividos com incapacidade
YLL	Anos de vida perdidos por morte prematura

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	09
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b>	12
1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo	12
1.2 O recorte e contextualização do objeto de estudo	15
1.3 Base teórica	20
1.3.1 Diabetes Mellitus como um problema de Saúde Pública	20
1.3.2 Construção Histórica do Programa de Atenção às Pessoas com Diabetes Mellitus como componente de Políticas Especiais: uma articulação do contexto nacional, regional e local	24
1.3.3 Processo de cuidar e a integralidade da atenção à saúde	29
1.4 O caminho metodológico	37
1.4.1 Natureza e Tipo de Estudo	37
1.4.2 Campo empírico da pesquisa	38
1.4.3 Sujeitos do estudo	42
1.4.4 Técnicas de coleta de dados	44
1.4.5 Etapas metodológicas do estudo	44
1.5 Aspectos éticos	50
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS – ANÁLISE E RESULTADOS.</b>	51
2.1 Acesso restrito e focalizado: o grande dilema da atenção às especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidade	51
2.2 O estabelecimento de vínculo entre os sujeitos que produzem o cuidado às pessoas com DM: o desafio da co-responsabilização	92
2.3 (Des)construção dos sujeitos no cotidiano das práticas na atenção às pessoas com DM	103

2.4	A dinâmica do cuidado no Programa de Diabetes Mellitus do CASSA: o desafio da Integralidade	119
<b>CAPÍTULO 3</b>		
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	139
	<b>REFERÊNCIAS</b>	143
	<b>APÊNDICES</b>	155

## APRESENTAÇÃO

Este estudo se insere na área de Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde e tem como objeto o processo de cuidar de pessoas com Diabetes Mellitus (DM), sob a ótica da integralidade, considerando dispositivos como, acesso, vínculo-responsabilização, formação da equipe (construção dos sujeitos, inserção, capacitação), na dinâmica cotidiana da Unidade de saúde. Segue um caminho metodológico que torna possível a visão e análise do objeto, das ações e dos sujeitos, que agem e interagem nos diversos espaços do cuidado, permeados de singularidades.

A motivação para o objeto de estudo brota da experiência de trabalho na área de cuidado às pessoas com DM e da percepção das condições em que esse cuidado vem se processando em Feira de Santana, BA. Além disso, houve ocorrência de queixas de usuários dos serviços municipais de saúde, em relação ao cuidado recebido.

A aproximação com o Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana, por ocasião da construção do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Centro-Leste da Bahia (PES), discutida por Assis e outros (2006), acendeu a chama da busca de um conhecimento mais profundo dos problemas pressupostos, no campo do cuidado às pessoas com DM. A partir daí, surgiu a disposição de envidar todos os esforços, no sentido de perceber como esse processo de cuidar vem se desenvolvendo e tentar reverter possíveis situações de descuido que porventura sejam descobertas, ou que se constituam como concretas. O Mestrado em Saúde Coletiva se configurou como mergulho na *práxis*, da qual este estudo é parte fundamental, e que antecede à proposta de ação conjunta, prevista para a etapa seguinte, e verdadeira meta de todo esse processo de envolvimento com o objeto de estudo.

No Capítulo 1 buscamos clarear o envolvimento com o objeto e contextualizá-lo, definindo os objetivos a serem alcançados. A seguir, iniciamos o mergulho em relação aos diversos aspectos em que o objeto se configura e à base teórica, a partir dos autores com os quais nos afinamos, e que, a nosso ver, poderiam iluminar a compreensão da realidade, dentro do contexto do objeto escolhido para estudo.

No Capítulo 2, um dos eixos do estudo, analisamos e discutimos as categorias empíricas apreendidas da realidade, dentre elas a constatação da ocorrência de acesso restrito, focalizado e excludente, revelando um grande dilema do SUS hoje, em relação à atenção às especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidade.



Outra categoria analisada se refere à identificação do vínculo voltado para a instituição e para o trabalho. No entanto a sua presença é frágil, formal, individual e restrita a uma atenção mínima, em relação ao usuário, expondo o desafio da construção da coresponsabilização social, pelos sujeitos que atuam na saúde, em nosso município.

Através da terceira categoria constatamos a pouca preocupação com a construção dos sujeitos, com a sua autonomia, e a dependência destes em relação ao modelo de atenção à saúde que se apresenta verticalizado, centralizado e distante das necessidades/direitos do usuário.

Percebemos o pouco preparo dos trabalhadores e a ausência de capacitação para o cuidado; condições de trabalho necessitando melhorar e o pouco conhecimento do resultado do trabalho. Vislumbramos, através dos ruídos que afloraram, a “ponta do iceberg”, que revela as interfaces do poder, nos micro-espços do trabalho vivo, no cotidiano dos serviços de saúde.

Com a quarta categoria analisamos a dinâmica do cuidado no Programa de DM, e o percebemos fragmentado, superficial, pontual, parcelado, desintegrado, sem continuidade, centrado em consultas, na medicalização, a partir de uma visão biologicista, longe da integralidade desejada pelo SUS.

Por fim chegamos às considerações finais onde buscamos analisar as possibilidades e limites da integralidade do cuidado na unidade de saúde e, assim, tecer algumas reflexões/recomendações/caminhos, para um primeiro momento de reflexão e análise dos resultados, nesse espaço local, com a certeza que o caminho não será fácil, nem rápido, se quisermos reverter essa situação e, mesmo em longo prazo, transformar essas práticas, com todos os sujeitos sociais, que aqui lutam pelo SUS que queremos e que a população merece.

Esperamos que seja uma oportunidade de práxis entre os sujeitos sociais da saúde, que garanta a superação dos limites percebidos e aproveitamento das oportunidades existentes, além da abertura de novas frentes de luta na busca constante por uma vida melhor, em uma sociedade mais democrática, solidária, igualitária e mais feliz.

## **CAPÍTULO 1**

# **CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO**

## **CAPÍTULO 1. CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO**

### **1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo<sup>1</sup>**

A formação familiar e profissional suscitou o interesse pelos diversos aspectos do campo do cuidar. Professora/enfermeira, sempre estive envolvida com o cuidado das pessoas próximas do meu convívio familiar. Ao lado disso, acumulei experiência de doze anos trabalhando com ações programáticas voltadas para a atenção à saúde de pessoas com DM, que tornaram esse interesse mais concreto.

Para completar, estive envolvida com a descentralização dessas ações no município de Feira de Santana e, recentemente, como observadora do serviço e membro titular do Conselho Municipal de Saúde, representando a 2ª Diretoria Regional de Saúde (2ª DIRES), tenho sido abordada por algumas pessoas com DM, antigos usuários do programa do qual fiz parte, com queixas relativas ao atendimento recebido em várias unidades de saúde.

Durante esses quarenta anos de vida profissional a motivação vem sendo a mesma: estar perto de quem necessita; descobrir suas carências; buscar as pessoas a partir das suas realidades e perceber suas necessidades e satisfação, sempre com a preocupação de contribuir com a educação e a saúde dos indivíduos e grupos, particularmente, dos mais carentes buscando apreender as diferentes realidades no campo da saúde.

Foi com esta motivação que busquei o objeto do presente estudo a fim de investigar o que aconteceu e vem acontecendo com as pessoas com DM, cuja atenção está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (SMS-FS).

Em 2001, houve uma campanha nacional de detecção de pessoas com DM, quando foram identificados cerca de 2.9 milhões de suspeitos em todo o Brasil. Na oportunidade, participei da referida campanha em Feira de Santana, tanto na execução quanto na coordenação, em uma ação conjunta do Ministério da Saúde (MS), em parceria com as secretarias estadual e municipal de saúde. Nesse caso, com a 2ª DIRES, onde eu atuava, e com a SMS/FS.

---

<sup>1</sup> Nesta parte do trabalho utilizo o verbo na primeira pessoa do singular por se tratar da minha experiência acumulada com o tema da pesquisa, ainda que o trabalho tenha uma dimensão coletiva, a vivência é singular e particular, assim como o olhar.

A ação programática voltada para a saúde de pessoas com DM vem sendo construída na rede SUS com o objetivo de atender às necessidades de saúde desses usuários sob a forma de cuidado integral. Tem como pretensão focar a educação permanente em saúde através da capacitação dos trabalhadores envolvidos nos programas. Faz parte dessa estratégia de ação programática, preconizada pelo MS, uma política de medicamentos específicos e básicos para as pessoas com DM. Essas medicações precisam estar à disposição dos usuários em todas as unidades de saúde, onde são cuidados e a eles dispensadas, conforme sua necessidade e de forma contínua.

O Plano de Reorientação da Atenção do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), para efeito de produção de informações e construção de banco de dados, criou um Programa, o HIPERDIA, com um cadastro nacional onde estarão inseridas todas as pessoas com DM e Hipertensão Arterial (HA), e que se encontra disponível na base de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). O formulário é preenchido em cada unidade, pelos trabalhadores de saúde, aqui compreendidos como médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros, que atendem esses usuários, nas “portas de entradas” do sistema da atenção básica, seja nas Unidades de Saúde da Família (USF), seja nos centros de referência, onde os diabéticos e hipertensos são atendidos ou referenciados. Cada pessoa com DM ou HA que chega ao serviço precisa ter esse instrumento preenchido, ser cadastrado e ter os seus dados inseridos no sistema que irá alimentar o SIAB e o DATASUS a fim de que sejam, assim, identificados e acompanhados (BRASIL, 2006e; BRASIL 2007).

Conforme sugere a minha experiência em atenção às pessoas com DM, em Feira de Santana, e o depoimento de trabalhadores da área, a realidade não vem acompanhando a informatização do programa, pois as unidades básicas não parecem dispor de infra-estrutura nem pessoal para, em tempo hábil, alimentar o sistema, o que gera sub-notificação. Essa realidade foi constatada durante o tempo em que se desenvolveu o Projeto Corações do Brasil.<sup>2</sup>

Nessa ocasião, a SMS-FS, aproveitou a pesquisa para cadastrar um grande número de pessoas com DM e HA. Nunca é demais lembrar que esse usuário necessita ser visualizado, reconhecido, acompanhado, com cuidados continuados, especiais e integrais para conseguir superar os obstáculos próprios das patologias.

---

<sup>2</sup> O Projeto Corações do Brasil foi desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre 2004-2005 em todo o Brasil, com a parceria das Sociedades Estaduais de Cardiologia, as Secretarias Municipais de Saúde e Instituições Formadoras, aqui em Feira de Santana representadas pela UEFS. Na Bahia apenas Salvador e Feira de Santana participaram e a pesquisadora se inseriu como coordenadora do trabalho de campo, sendo a experiência apresentada no Congresso Brasileiro de Cardiologia em Porto Alegre em 2005. O trabalho foi desenvolvido com uma cardiologista da UEFS.

A atenção básica de saúde (ABS) para desempenhar seu papel de acolher esses usuários, numa primeira instância, precisa dispor de serviços que atendam às suas necessidades de saúde, como de pessoal qualificado, que perceba a importância do trabalho conjunto, com oferta de serviços suficientes para atender às expectativas desse grupo social que procura o serviço, como prevê a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUS) para o SUS (BRASIL, 2005a). Portanto, há de se investir em pessoal, através da Educação Permanente em Saúde.

Como se pode perceber, a integralidade contempla a todos, tanto os trabalhadores, quanto os usuários e suas famílias. Ao se dirigir ao serviço de saúde, as pessoas e suas famílias, esperam dos trabalhadores de saúde respostas para as suas dores, cuidado, carinho, atenção, resolução, escuta, solução e atendimento às suas necessidades (MERHY, 1998, 2004; COLLIÈRE, 1999).

Em relação aos trabalhadores, também sujeitos<sup>3</sup>, seus processos de trabalho necessitam ser olhados por outra lógica que não a atual. Devem ser vistos e respeitados pela relevância do serviço que prestam e como suporte que são para a consolidação do SUS.

No momento atual, a situação dos trabalhadores, as suas dificuldades, a sua realidade de trabalho, vêm sendo consideradas como pontos fracos do sistema de saúde, desafios para implantação das diretrizes do SUS, como constata a NOB-RH/SUS (BRASIL, 2005a).

Em Feira de Santana, espaço empírico desta pesquisa, a situação não parece ser diferente. A 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho realizada em 2005 atestou essa realidade, conforme discussões nos pequenos grupos e na plenária final, vivenciados por mim, enquanto trabalhadora e membro da comissão organizadora do evento. Em relação ao DM, o município, segundo informação da Coordenadora Municipal de DM, tem uma estimativa de 11.521 pessoas. Cadastrados no HIPERDIA há 9.440 pessoas em Feira de Santana (2006b)<sup>4</sup>. Em 2007, o sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), de janeiro a outubro, em Feira de Santana, registrou o cadastro de 100 pessoas com DM, 74 % do tipo II (BRASIL, 2007).

A minha experiência acumulada durante 12 anos, como enfermeira e coordenadora (por três anos) do Programa de Diabetes do PAM, possibilitou realizar este estudo. Desde 1990, no Posto de Atendimento Médico do Ministério da Previdência e Assistência Social (PAM/INAMPS), junto a três colegas enfermeiras, duas nutricionistas, um clínico, um

---

<sup>3</sup> Consideramos sujeito como um ser real que tem qualidades pessoais e singulares, portador de consciência crítica, reflexiva e coletiva com potencialidades de ação para intervir na realidade que vive e trabalha, conforme nos indica Campos e Campos (2006) e Ayres (2001).

<sup>4</sup> Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (2006b)

angiologista e algumas auxiliares de enfermagem, percebemos a necessidade de acompanhar mais de perto as pessoas com DM. Este programa foi o primeiro, em relação à atenção a saúde desses usuários, da cidade e do interior do Estado.

A aproximação e o envolvimento com as ações do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião-Centro Leste da Bahia<sup>5</sup> onde fui coordenadora do Colegiado de Gestão, de 2004 a 2006; a aproximação com o NUPISC e com o seu trabalho, a afinidade com as pessoas que lá desenvolvem suas atividades; o contato através de leituras com autores do campo da saúde coletiva que trabalham com a integralidade; a oportunidade de fazer a especialização pela Escola Nacional de Saúde Pública da fundação Osvaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ - de Formação de Ativadores de Processos de Mudança, dentro da mesma linha de pensamento e outras condições pessoais favoráveis, foram os “disparadores” da decisão de cursar o mestrado e trabalhar no objeto que trato aqui.

## **1.2 O recorte e contextualização do objeto de estudo**

Esta investigação recorta o processo de cuidar de pessoas com DM em uma unidade de saúde, da esfera municipal, no caso o Centro de Assistência Social Santo Antônio (CASSA), em Feira de Santana-BA, tomando como dimensões de análise: acesso, vínculo-responsabilização e formação da equipe (construção dos sujeitos, inserção e capacitação).

O CASSA, uma unidade de saúde cedida pelos frades capuchinhos à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, tinha um programa de atenção à saúde de pessoas com DM, desde a década de noventa, quando ainda não havia acontecido a municipalização da saúde em sua plenitude. Em 1999, havia um contingente de cerca de 1.500 pessoas com Diabetes nessa unidade de saúde atendidas regularmente (BAHIA, 1999). Esses dados constam nos relatórios elaborados pela pesquisadora na época. Em 2006, segundo a coordenação municipal de atenção às pessoas com DM, havia cadastrados no CASSA, cerca de 494 pessoas<sup>6</sup> com DM (FEIRA DE SANTANA, 2006b), enquanto em outubro de 2007, só foram encontrados, freqüentando o Programa, 436 diabéticos (FEIRA DE SANTANA, 2007a). Este decréscimo necessita ser analisado. Segundo informações de trabalhadores, alguns usuários vão a óbito ou deixam de freqüentar. Uma suposição é de que eles tiveram alguma complicação do DM e foram transferidos para o centro de referência. De qualquer

---

<sup>5</sup> O Plano Diretor de Regionalização (PDR) divide a Bahia em macrorregiões. Feira de Santana se encontra na Macrorregião Centro Leste e é o seu Pólo de Referência. (Bahia, 2007b). Constitui o Polo de Educação Permanente em Saúde (Assis et al, 2006).

<sup>6</sup> Informações colhidas diretamente na SMS-FS (FEIRA DE SANTANA, (2006b) e 2º DIRES (BAHIA, 2007a).

maneira, consideramos o fato preocupante, e sinalizador da necessidade de uma reflexão na esfera do cuidado.

Desse modo o estudo, se propõe a ser um instrumento de investigação do processo de cuidar, além de revelar as condições em que se encontram as práticas em relação às pessoas com DM, durante quase sete anos de implementação do processo de municipalização da saúde em Feira de Santana-BA. Vislumbra, ainda, a oportunidade de retratar a atenção prestada, buscando estabelecer articulações entre a teoria que contempla o cuidado e a integralidade da atenção, com a prática realizada, assim como a participação do usuário nesse processo.

O trabalho em saúde, conforme atesta Coelho (2002), se apresenta em geral, através de práticas institucionais articuladas às sociais e que são transformadas pelos sujeitos envolvidos, em ações de saúde. Essa atividade tem aspectos do trabalho profissional, do artesanal e vivencial, que ao longo do tempo vem sofrendo a influência da divisão parcelar e da lógica taylorista da organização e gestão do trabalho (WALDOW, 1999; COLLIÈRE, 1999).

As idéias de Taylor chegam à prestação de serviços e, em particular, à gestão trazendo a preocupação com o tempo em que a atividade é desenvolvida e a quantidade de trabalho a ser executada. Nessa linha, são organizadas as rotinas, tão comuns no setor da saúde e a produtividade que aparece bastante valorizada. Conforme a experiência acumulada ao longo do tempo e a militância na saúde, essa influência ainda prevalece e é possível que esteja se constituindo em eixo central do trabalho na saúde conforme discutem Shiratori e outros (2005).

A partir do pós-guerra, amplia-se a divisão de trabalho e a dicotomia entre quem pensa e quem executa. As condições de trabalho vão se precarizando como também os salários, os profissionais de saúde se tornam pouco independentes e mais assalariados, o que vai incidir sobre a sua dignidade de pessoa e de trabalhador.

O trabalho na saúde tem suas especificidades e se realiza “em ato”, como analisa Merhy (2002). Seu produto está na sua própria ação. É desenvolvido por profissionais de saúde e outros trabalhadores afins. No modelo de atenção atual, o processo de trabalho vem se apresentando como fragmentado, compartimentalizado, desarticulado, onde cada profissional desenvolve suas atividades sem integração com as atividades dos demais. Nesse modelo de atenção e de trabalho, tanto os trabalhadores, quanto os usuários dos serviços, e o próprio trabalho ficam prejudicados. As conseqüências atingem toda a prática, os resultados dessa prática, incidindo sobre os cuidados em saúde.

Collière (1999) e Waldow (1999), ao abordarem o cuidado e sua importância, tanto para a enfermagem quanto para a saúde de uma forma geral, resgatam sua história e o

associam à prática das mulheres que se preocupavam em promover a vida, em todas as suas manifestações, desde as suas raízes, passando pelo cotidiano, até as suas limitações, carregando-o de conotações culturais e de vivências.

Essa visão se articula ao pensamento de Merhy (1998, 1999, 2002, 2004) e Merhy e outros (2006), que discutem o cuidado como atenção integral, que possibilita a formação de vínculos, a construção da autonomia e das inter-subjetividades. Para tanto é necessário nesse ato de cuidar, promover o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a resolubilidade e a satisfação, tanto para o usuário quanto para aquele que cuida.

Como podemos perceber não há incongruência entre as duas linhas de pensamento, ao contrário, vemos uma complementaridade das idéias de Merhy em relação à Collière e Waldow, ainda que tomem objetos de análise diferenciados, uma vez que convergem na compreensão de que a prática de saúde foi sendo construída historicamente, se conformando na produção do cuidado, para além da saúde e da doença, mas em defesa da vida e de suas manifestações, tanto no sentido individual quanto coletivo.

Starfield (2004) traz outra abordagem ao dizer que o cuidado, sob a ótica da integralidade, precisa prover o acesso aos serviços de saúde, considerar o contexto familiar dos usuários, os riscos a que se expõem, os desafios associados às condições de vida, aos recursos disponíveis e as suas limitações. O cuidado, nesse contexto, pressupõe uma relação humanizada, dialogada, no que também converge Teixeira (2003a, 2003b, 2005). Para que este cuidado aconteça dentro das expectativas da atenção integral, faz-se necessário que os trabalhadores de saúde tenham formação específica, capacitação para desempenhar a função de cuidar, dentro desse novo modelo de atenção à saúde, preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como recomenda Ceccim e Feuerwerker (2004).

O atendimento da integralidade é explicitado na Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 1990), como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, envolvendo a dimensão individual e coletiva, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Nesse sentido, a integralidade é componente de uma rede organizada de serviços que percorre todos os níveis de atendimento e sustenta todas as ações, ou seja, como assegura Ceccim e Feuerwerker (2004), se constitui em um princípio norteador das ações de saúde e da formulação de políticas para o setor.

Ao situar a integralidade em uma rede articulada de serviços e ações de saúde, se faz necessário inseri-la pelas diversas “portas de entrada” do sistema, através das referências e contra-referências e da garantia de um atendimento, que contemple a pessoa como um todo, em suas demandas/ necessidades.



Em relação às necessidades, Cecílio (2001) afirma que se pode associá-las à garantia da universalização do acesso, da equidade, das relações entre o micro e o macro, do controle e da busca de soluções. São construções, sejam coletivas ou individuais, que acompanham as experiências históricas e sociais de cada povo e de cada indivíduo, diz o autor.

As demandas são entendidas aqui, tomando por base Cecílio (2001), Rodrigues e Assis (2005) como todas as buscas por serviços de saúde, individuais ou coletivas, para, através do acesso a esses serviços, alcançar benefícios que lhes tragam como consequência a saúde e que melhorem a qualidade de vida.

A democratização e ampliação do acesso a serviços básicos de saúde no lócus onde se encontra o usuário, sua família e comunidade são condições indispensáveis para a prática da integralidade. Para Ceccim e Feuerweker (2004), essas ações se encontram atreladas a múltiplas visões, saberes e práticas.

Daí ser a integralidade, fruto de um trabalho de equipe, de uma ação coletiva, com a participação e colaboração dos diversos trabalhadores envolvidos na ação. Significa saber ouvir, ver e perceber as necessidades dos usuários, buscar sua resolubilidade, para que assim, os trabalhadores de saúde possam agir na construção da saúde, dentro de uma nova lógica de organização da rede e de atenção às suas necessidades. Em uma dimensão mais ampla, a prática da integralidade implica em perceber a responsabilização social da saúde, como enfoca o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002a). A crítica que podemos fazer nesse sentido, é que a legislação ainda se encontra no nível teórico com pouca visibilidade na concretude da prática.

Assim, as práticas desenvolvidas nos serviços, pelos sujeitos envolvidos, precisam por um lado, promover a inclusão, construir a cidadania e despertar a consciência sanitária e, por outro, contemplar ações acolhedoras e humanizadas, no sentido de criar laços entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, conforme análise de Merhy (1998, 1999, 2004), Merhy e outros (2006). Necessitam as práticas abrir a possibilidade da criação de vínculo entre trabalhadores, usuários, suas famílias e comunidades, de tal forma que haja um compromisso coletivo, uma co-responsabilização com a resolução, com o equacionamento dos seus problemas, dentro de uma visão ampliada de saúde.

Nesse caso, o cuidado é um dos pilares da integralidade que, através dele, ganha visibilidade. A concretização no cotidiano das práticas de saúde, do cuidado integral, inter-profissional, interdisciplinar, coletivo, vinculado e longitudinal, nos conduz a um dos pontos altos das ações de saúde, um parâmetro para se analisar a qualidade da atenção prestada.

Toda essa gama de visões e de ações deve estar presente em todos os momentos na saúde e, em particular, se o usuário é uma pessoa com DM, uma doença crônico-degenerativa, situada como um grave problema de Saúde Pública, por se manifestar em pessoas das mais diversas partes do mundo, em particular no Ocidente e, principalmente, em países como o Brasil, com alto índice de desigualdade, de pobreza e um estilo de vida sedentário, dentre outros fatores, conforme ressaltam os estudos de Sartorelli e Franco (2003).

O DM se constitui na 6ª causa de óbito; 8% dos adultos acima de 40 anos têm ou vão ter DM. Esta constatação hoje já é um consenso entre os estudiosos do tema. Em Feira de Santana, só nestes 10 meses de 2007, 100 pessoas foram identificadas com Diabetes e cadastradas no HIPERDIA conforme dados da 2ª DIRES/SIAB (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que no Brasil o número de pessoas com DM era estimado, em 2000, em seis milhões e que deverá chegar a 10 milhões em 2010 (BRASIL, 2006a), o que se configura como uma cifra significativa, se considerarmos que muito pouco tem sido feito por essas pessoas.

A associação do DM com a HA faz aumentar de forma considerável o risco de doenças cardiovasculares, consideradas a primeira causa de óbito no Brasil como informa a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005) e Brasil (2006a).

Como podemos perceber, além de ser causa direta de mortalidade, o que significa perda de vidas, com graves problemas familiares, sociais, humanos e econômicos, o DM também é responsável por elevadas taxas de internamento, incapacitação física, cegueira e mutilações não traumáticas. A redução desses indicadores vem se tornando um verdadeiro desafio para o SUS, de acordo com Sartorelli e Franco (2003) e Brasil (2006a).

Prevenir o aparecimento dessas complicações, promover a saúde, diagnosticar precocemente esses eventos e cuidar dessas pessoas, são alguns dos objetivos do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde em 2001, dentro das Ações Programáticas do Governo Federal (BRASIL, 2001).

Trata-se de uma estratégia de controle do DM, através da reorganização da rede de serviços. Referencia o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que até aquele momento, já tinham sido criadas cerca de 40 mil unidades, com capacidade para cuidar desses usuários com resolubilidade e qualidade. Estas ações são possibilitadas por meio de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia, Metabologia e Diabetes.

A partir dessa contextualização do objeto, elegemos como **pressuposto teórico** que orientou o estudo: o processo de cuidar de pessoas com DM é construído no cotidiano da

prática, de forma fragmentada e parcelar, orientado pelo modelo médico-centrado. O acesso é restrito, focalizado e direcionado a ações de baixa complexidade. O acolhimento e vínculo ainda são operados distantes da co-responsabilização (trabalhadores, usuários e rede de serviços) na definição do projeto terapêutico das pessoas com DM que demandam à unidade de saúde.

Diante disso, questionamos:

Como está sendo realizado o processo de cuidar da saúde das pessoas com DM com vistas à integralidade da atenção na Unidade de Saúde – CASSA, de Feira de Santana - BA?

Para responder a este questionamento traçamos os seguintes objetivos: Analisar o processo de cuidar das pessoas com DM, com vistas à integralidade da atenção à saúde na Unidade de Saúde – CASSA, em Feira de Santana-BA. Discutir o processo de cuidar orientado pelos dispositivos da integralidade (acesso, vínculo-responsabilização, formação da equipe - construção dos sujeitos, inserção e capacitação), na dinâmica cotidiana da Unidade de Saúde.

### **1.3 Base teórica**

#### **1.3.1 Diabetes Mellitus como um problema de Saúde Pública**

O Brasil hoje convive no que se refere ao padrão de distribuição de doenças, tanto com aquelas do subdesenvolvimento como é o caso das doenças infecciosas e parasitárias, como com aquelas do desenvolvimento, tais como a obesidade e as doenças crônico-degenerativas, dentre elas as Doenças Cardiovasculares (DCV) e o Diabetes Mellitus (DM), (BRASIL, 2006a).

Aos velhos problemas que recrudesceram como a Tuberculose, se sobrepõem os novos, como as Doenças Metabólicas e Cardiovasculares. Dessa carga de doenças, 66,3% são de doenças não transmissíveis, segundo Schramm e outros (2004).

As desigualdades sociais, os bolsões de pobreza, o abandono a que estão relegados grandes contingentes da população brasileira, à margem do desenvolvimento, fazem com que persistam ambas as situações.

O estresse continuado, o desemprego, a má nutrição, os maus hábitos alimentares, os estilos de vida, a falta de atenção à saúde ou mesmo a atenção inadequada, a dificuldade de acesso e a desinformação, tudo favorece o aparecimento precoce de doenças crônico-degenerativas e de suas complicações.

Estudo realizado por Schramm e outros (2004), utilizando o indicador DALY (*Disability Adjusted Life of Years* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) e relacionando anos de vida perdidos por morte prematura (YLL), anos de vida vividos com incapacidade (YLD) e sua relação com uma expectativa de vida com base no padrão japonês (homens, 80 anos; mulheres, 82,5 anos), demonstrou que as doenças crônico-degenerativas, entre elas o DM, são as primeiras causas de morte prematuras no Brasil, em ambos os sexos. As DCD são responsáveis por 24% dos YLL no Brasil. Destes, 55% se situam no Nordeste (NE) do Brasil, sendo 3% por DM. Nota-se que no NE, esse indicador sobe para 55%, o que coloca a região em uma posição de alerta, uma vez que essas doenças atingem o ser humano em idade de realização da vida, quando ele, em geral, já constituiu família e é o responsável pela sua manutenção. Os 3% de Diabetes são a “ponta do iceberg”. Nem sempre são pesquisadas as origens das complicações com que chegam as pessoas que buscam os serviços de saúde. .

Esses anos perdidos trazem como conseqüências, graves problemas sociais, pessoais e familiares. São vidas ceifadas precocemente. Além disso, quando não se perde a vida, muitas vezes aparece a incapacitação, e como conseqüência, a contingência de estar mutilado (a), com um encargo a mais para a família com tantas dificuldades para resolver, muitas vezes sem recursos.

Em relação à vida vivida com incapacidade (YDL), 74,4% estão no grupo de doenças não transmissíveis, sendo que, 7,2% só por DM. “Mais de 34% de toda a morbidade calculada para o Brasil” (SCHRAMM et al., 2004, p.900). No NE, o mesmo estudo encontrou 71,8 %; sendo 5,1% por Diabetes.

O DM aparece como importante causa não só de mortalidade, quanto de incapacidade, estando na raiz de comprometimentos cardiovasculares, nefrológicos, oftálmicos, neurológicos, de mutilações, dentre outros, como se pode perceber em outros estudos como o de Assunção, Santos e Gigante (2001, p. 89):

O diabetes está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macro-vasculares, bem como de neuropatias. É causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida.

Sartorelli e Franco (2003); Brasil (2006a) fazem constatação semelhante, em estudo realizado na América Latina, tendo sido atualizados os dados pelo Ministério da Saúde, com base em estimativas da OMS. Esses estudos revelam que a estimativa de diabéticos é de 35 milhões em 2000 para as Américas. Desses, seis milhões no Brasil, com estimativa, em 2010, de 10 milhões de diabéticos. A AL com projeção de 64 milhões para 2025, e 350 milhões no mundo, o que nos dá uma idéia do porte do problema.

Além disso, a ocorrência de DM está associada, às maiores taxas de ocupação de leitos hospitalares, de alta incidência de Doença Arterial Coronariana (DAC), Doenças Cardiovasculares (DCV), Doenças Cerebrais Encefálicas (DCE), Insuficiência Renal Crônica (IRC), Nefropatia Diabética (ND), Cegueira, Retinopatias, amputações não traumáticas de membros inferiores, com o conseqüente ônus pessoal e institucional.

Em Ribeirão Preto, comentam os autores acima, citando Franco e Rocha, em um estudo realizado em 2002: em 33,6% das internações, o DM foi a causa principal e em 53%, aparece como causa associada e, ainda, com sub-notificação. Com base nessa realidade Sartorelli e Franco (2003) assinalam que, os Sistemas de Vigilância Epidemiológica para DAC, DCV e DM, nos países latino-americanos são pouco desenvolvidos, assim como o Sistema de Informações, necessitando, portanto, uma maior atenção. Há de se investir em infra-estrutura para se munir os Sistemas Locais de Saúde das condições necessárias para conduzir as ações de forma resolutiva.

Sartorelli e Franco (2003, p.30), tomando como base o trabalho de Franco e Rocha, em nove capitais do Brasil, levantaram a prevalência de DM e Intolerância à Glicose na população urbana entre 30 a 69 anos, constatando ser maior que 7.8%, sendo que desses, 46% desconheciam o diagnóstico, “provavelmente descoberto por ocasião de manifestação de alguma complicação crônica”.

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (2004a, 2004b, 2005) as Doenças Crônico–Degenerativas (DCD) e, em particular o DM, vêm aumentando, o que vem sendo alertado por outras sociedades científicas como a de Cardiologia e de Metabologia.

O rápido crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, em países desenvolvidos e também em países em desenvolvimento, tem ocorrido de forma desproporcional entre populações pobres e desfavorecidas, fazendo com que 77% do número

total de mortes atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis, em 1988, tivessem ocorrido em países em desenvolvimento (SARTORELI e FRANCO, 2003). Em relação ao DM e à HA, o mesmo estudo informa que, o DM, responde por cerca de 25 mil óbitos anuais, sendo classificado como a sexta causa de morte no Brasil.

O DM e a HA, associados, aumentam consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares, que representam a primeira causa de óbito no País e são responsáveis por elevadas taxas de internação hospitalar e incapacitação física. A redução desses índices de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas não transmissíveis se configura como um grande desafio para a saúde no Brasil. Para essas doenças concorrem aspectos como o sedentarismo, o alcoolismo, tabagismo, obesidade, muitos dos quais controláveis ou seja, aqueles sobre os quais se pode interferir. Eles aparecem de forma significativa e podem ser complicadores para o DM. Esses aspectos podem e precisam ser motivos de intervenção e de prevenção nos programas de atenção às pessoas com DM, particularmente na ABS (BRASIL, 2006a).

Como se pode perceber, o DM se situa hoje como um problema de Saúde Pública, dado o avanço de suas manifestações em todo o mundo. Os diversos estudos realizados em várias partes do mundo informam que a sua prevalência é de 8% para a população acima de 30 anos, de acordo com Assunção, Santos e Gigante (2001).

As autoras citadas acima referem uma prevalência de 7,6% entre a população de 30 a 60 anos, salientando que essas doenças atingem a população ativa, o que torna o problema ainda mais premente para ser abordado de forma eficiente e com eficácia. Essa situação se torna mais grave ao se constatar que metade não tinha conhecimento de que portava a doença e daquelas com diagnóstico prévio, 22% não fazia tratamento. É importante ressaltar o caráter insidioso das doenças crônico-degenerativas (DCD), que, muitas vezes, aparecem de forma sub-clínica ou assintomática, fazendo-se necessário um olhar mais atento de quem cuida para perceber sinais de perigo e riscos a serem evitados.

Enfim, há necessidade de investimento na reestruturação do trabalho na ABS, para que essas ações aconteçam no dia a dia das Unidades de Saúde. Que sejam organizados protocolos e estabelecidos consensos para o cuidado a esses usuários, em todas as dimensões do processo saúde-doença.

### **1.3.2 A construção histórica do Programa de Atenção às Pessoas com Diabetes Mellitus como componente de políticas especiais: uma articulação do contexto nacional, regional e local.**

Na década de 70, com a crise na saúde, aparecem como tentativa de superação dos impasses percebidos, os programas de extensão de cobertura de serviços de saúde e os programas especiais, voltados para grupos populacionais e específicos, influenciados pelas idéias da medicina comunitária (PAIM, 1999).

Em Feira de Santana, as mesmas intervenções eram desenvolvidas, tanto pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), quanto pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado da Bahia (IAPSEB). Também desenvolviam ações semelhantes, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (não havia ainda Secretaria Municipal de Saúde) além da Santa Casa de Misericórdia e outros como os Sindicatos e o Hospital Geral Clériston Andrade (a partir de 1984).

No final da década de setenta e nos anos oitenta do século passado, sob as orientações de Alma Ata e mobilizado por diferentes sujeitos sociais em todo o país, que questionavam o modelo de saúde brasileiro, o governo apresenta a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS), como uma tentativa de intervir nos principais problemas de saúde de cada região, e de fazer uma ponte entre a assistência, a promoção e a prevenção.

Em todos os lugares, particularmente nas Academias, em especial nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, falava-se da necessidade de saúde de qualidade para todos, surgindo o movimento reformista, capitaneados pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), articuladas ao movimento social e de sanitaristas brasileiros que propõem uma Reforma Sanitária, com base na democratização da sociedade e reorganização das práticas, de acordo com Paim e Almeida Filho (1998), Assis (1998a), Paim (1999), Assis e outros (2007).

A premência da (re)democratização, a situação de saúde, desemprego, inflação, abandono em que se encontravam as populações, a insegurança política, tudo explicava a grande crise da sociedade brasileira. A redemocratização do país deu um novo alento, articulou o movimento preventivista ao movimento pela Reforma Sanitária como comenta Arouca (2003). Surgem os Programas de Atenção Integral à Saúde, focalizados em grupos específicos e considerados mais vulneráveis, tendo como base as equipes multiprofissionais, trazendo a discussão de saúde como um direito social e de responsabilidade do Estado.

O Ministério da Saúde e os estados iniciaram um movimento nacional de implantação desses programas como uma forma de recuperar o tempo perdido, ocasionado pela estrutura política autoritária do Golpe Militar de 1964, que se estendeu por duas décadas; ao tempo em que se preparavam as bases para a estruturação do SUS.

Na regulamentação do exercício da Enfermagem, com a Lei nº. 7.498/86, já se falava, na atuação em programas específicos de atenção à saúde, como da alçada do enfermeiro. O decreto 94.406/87 fala da participação do enfermeiro nos Programas de Saúde Pública. (BRASIL, 1986, 1987). Essas ações são ampliadas nas legislações seguintes como a Port. 648/06<sup>7</sup> (BRASIL, 2006b).

Os programas foram sendo implantados através dos seus órgãos representativos, das suas instituições ou mesmo por informação, iniciativa e sensibilização próprias, como ocorreu com o grupo de enfermeiras do EX-INAMPS.

Para Silva Junior (1998, p. 32), os modelos tecno-assistenciais, isto é, as formas de organizar os serviços e prestar assistência, refletem a visão de medicina, de saúde e a filosofia, que se encontram na base dos saberes e fazeres, até porque a organização da produção de serviços, segundo o autor, se dá, “a partir de um determinado arranjo de saberes, da construção de ações sociais específicas, como estratégia política”.

O Programa de Atenção às Pessoas com DM no INAMPS, organizado por um grupo de enfermeiras, nós, inclusive, se manteve por doze anos, sendo organizado de forma a atender o usuário em todas as suas necessidades e não apenas em relação ao DM. Havia interesse pelos seus problemas, pela sua vida. Foram criados laços afetivos e vínculos. Os problemas não solucionados na unidade eram encaminhados e acompanhados, revelando uma filosofia e uma política compatíveis com os interesses do usuário. Mesmo assim, muitos eram os limites que impediam a plena realização das metas.

Segundo Schraiber (1990), as ações programáticas são instrumentos de redefinição do processo de trabalho na saúde e voltado para as necessidades sociais de saúde. Hoje, para atender a essas demandas, necessitam se (re)estruturar, (re)orientar os olhares e os fazeres, buscar a articulação e a integração entre as diversas ações.

Concordamos com Paim (1999, p. 35), quando diz que a saúde da população pode ser “resultante da forma com que a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômicas, políticas e culturais, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde”.

---

<sup>7</sup> A Port. 648/06 que regulamenta as atribuições do enfermeiro dentro da realidade atual, em particular no PSF (BRASIL, 2006b).



A despeito de toda a validade da proposta de Programas de Saúde, reconhecemos hoje as suas limitações e a necessidade de pensar formas mais atuantes, menos pontuais, mais integrais e articuladas, de intervir nesses problemas.

As ações programáticas propostas pelo Ministério da Saúde refletem uma política de intervenção verticalizada e focalizada, de acordo com Campos (1994b). A demanda por saúde, segundo Paim (1999) é direcionada para Programas de Saúde. Mesmo em se reconhecendo as limitações dessa abordagem, as ações programáticas representaram um grande avanço, na atenção à saúde desses grupos específicos, que até o momento do surgimento desses programas, não tinham uma política voltada para os seus problemas. Paim (1999, p.35) conclui: “esses modelos se instalaram, como necessidade de superar a crise sanitária dos anos setenta”.

Em relação à Saúde da Família, o governo busca com essa estratégia, reorientar o modelo de atenção à saúde, voltando-se para o usuário e sua família, que passam a dispor dos cuidados necessários à manutenção da sua saúde, no seu espaço social e na sua realidade. A partir dessa estratégia de ação as famílias são adscritas em suas áreas, estabelece-se um desenho de ações e limites, o município é dividido em territórios e são atendidas por equipe multiprofissional<sup>8</sup>, previamente capacitada para essas ações.

As necessidades e os cuidados que extrapolam as condições de atendimentos dessa unidade de saúde são referenciadas aos centros de saúde mais próximos. Após o cuidado, essas pessoas teriam que ser contra-referenciadas para sua unidade de origem para que se estabeleça a longitudinalidade<sup>9</sup>, dentro da realidade de cada um.

Por toda a década de noventa, vários programas foram estruturados. Em Feira de Santana, surgiram mais dois programas, a partir do núcleo organizado no PAM/INAMPS/MPAS. Essas ações foram estruturadas com parcerias e pactuações com gestores estaduais e municipais e gerenciadas por coordenações e comitês. No Estado da Bahia foi organizado um grande Centro de Referência, o Centro de Diabetes do Estado da Bahia (CEDEBA), sob coordenação do Estado e a colaboração do MS.

Os Programas se baseavam em ações de uma equipe de saúde e deveriam se instalar nas áreas onde havia grupos vulneráveis e, conforme as necessidades de saúde de cada região.

---

<sup>8</sup> Ao propor o Programa Saúde Família (PSF), o governo propõe equipes multiprofissionais, no entanto, entendemos que para um trabalho integral é necessário o atravessamento de campos e núcleos de saberes interdisciplinares para compor as ações individuais e coletivas, conforme analisa Campos (2000).

<sup>9</sup> Significa o estabelecimento de vínculo da população com a unidade de saúde que requer fortes laços interpessoais e que reflitam em uma responsabilização mútua entre as pessoas da comunidade e os trabalhadores de saúde, no acompanhamento das demandas e necessidades da população (STARFIELD, 2004).

Esta experiência foi vivenciada por nós, juntamente com outros trabalhadores, na equipe de execução e orientação tanto no município, quanto na regional.

O Programa do PAM/INAMPS/MPAS em Feira de Santana recebia usuários de todas as partes do Estado e até de outros estados. É importante salientar, que toda a demanda era recebida, só necessitando um documento de identificação, os exames (se os tivesse) e a presença da família.

Segundo o Ministério da Saúde, no que se refere às pessoas com doenças crônico-degenerativas, esses programas eram respostas aos desafios e as resistências das morbidades às ações de Saúde Pública e visavam identificar e acompanhar, de forma sistemática essas pessoas, além de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção desses agravos (BRASIL, 2001).

De fato, os usuários eram acompanhados por uma equipe de saúde. Havia sistematização das ações e aprazamento de retorno. A demanda era espontânea, dirigida ou aprazada. Contou o MS, nesse propósito, não só com os Estados e Municípios, como também com a parceria das sociedades científicas e com as associações de pessoas com essas patologias.

Em 2001, com a descentralização e a conseqüente municipalização das ações de saúde, o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde organizou, distribuiu, capacitou e implantou os programas municipais de atenção à saúde, em todo o território nacional; ou ampliou os já existentes, com base na reorientação das práticas. A qualificação teve o sentido de favorecer um mergulho na realidade desses usuários, um desvelamento dos seus problemas e preparação para o desenvolvimento do cuidado.

Divididas as responsabilidades, ficou o MS com o financiamento dos medicamentos, através da política de medicamentos e com a formação do pessoal que iria trabalhar nesses programas. Os estados colaborariam na formação e, junto com os municípios, entrariam com a organização do espaço físico e com o pessoal. À época (2001-2002) participamos da coordenação desses núcleos, da formação de pessoal e da atenção direta às pessoas com DM e HA. Cabe aqui um breve histórico dessa experiência.

Em Feira de Santana-BA, desde 1989-1990, no Posto de Atendimento Médico do Ministério da Previdência Social, PAM/INAMPS/MPAS, a demanda por consultas com clínico geral, por hiperglicemias, na época acima de 110 mg/dl, com ou sem sintomatologia, chamou a atenção das enfermeiras que atendiam nesse local. A partir dessa constatação, consoante às normas do MS para as ações e com a orientação do próprio Ministério, através do Posto de Atendimento Médico-Centro, em Salvador, (PAM-CENTRO) do

INAMPS/MPAS, fomos orientadas em relação à estruturação do Programa. Iniciamos então as atividades em Feira de Santana. Assim, a partir de 1990, desenvolveu-se o primeiro Programa de Atenção à Saúde do Diabético do interior do Estado, com sede no PAM/INAMPS/MPAS, centro da referida cidade. Concomitante a essas ações ocorreu a extinção do INAMPS, em 1993.

Com a extinção do INAMPS, o local e o Programa foram assumidos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e transformado em Centro de Atenção Especial II – CAE II, que funcionou na esfera do Estado até 2002-2003, quando foi assumido pela SMS/FS.

Ainda na década de noventa, a grande demanda levou à descentralização das ações do programa, com a orientação para estruturação de outro núcleo de atenção às pessoas com DM, criado por outro grupo de trabalhadores no CASSA (espaço empírico desta investigação), uma parceria entre os frades capuchinhos e a SMS/FS. Tempos depois, outro grupo de trabalhadores criou um 3º núcleo no Dispensário Santana, em outra área da cidade.

Em 1999, somente no Centro de Atenção Especial II de Feira de Santana, havia 3.149 pessoas com DM cadastrados e acompanhados no Programa, segundo Relatório CAE II (BAHIA, 1999) e, em torno de 1.500 usuários (estimativa) no CASSA, com evidente demanda reprimida em ambos os programas. Não eram conhecidos os dados do Dispensário Santana, outra unidade que atendia as pessoas com DM no município em foco.

De 1990 a 1999, o Programa de Atenção ao Diabético do Posto de Atendimento Médico/ INAMPS/CAE-II atendia pessoas com DM de Feira de Santana, de outras cidades da Bahia e até de outros estados, com uma equipe de trabalho constituída de: 03 médicos, 05 enfermeiras, 02 nutricionistas, 02 auxiliares de enfermagem, com um suporte de 02 laboratórios para aonde eram encaminhados, até 20 diabéticos/dia. Ao lado disso, dispunha o Posto de Atendimento Médico de vários especialistas também do extinto INAMPS, para onde eram referenciados os diabéticos. Com a municipalização dessas ações em 1999, o programa foi, até 2002, descentralizado e transferido para a SMS-FS.

Para que essa descentralização se desse sem perda da continuidade, foi realizada uma triagem das pessoas com DM cadastradas, identificadas por unidade de saúde/bairro, conforme listagem de Unidades Básicas de Saúde (UBS), cedida pela SMS/FS na época, e encaminhadas com uma ficha de dados atualizados como: glicemia, medicação em uso, condições do DM e referenciados para um Centro de Saúde, perto da sua residência, onde deveriam se apresentar para dar continuidade ao cuidado.

Os insulino-dependentes (aqueles que usavam insulina) e descompensados (os que não conseguiam controlar a glicemia, que permanecia em níveis elevados), deveriam se dirigir

e se apresentar à sede da SMS-FS para um atendimento mais detalhado, mais cuidadoso, uma vez que lá estava se organizando um Centro de Referência para os casos mais delicados de DM. Com o Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001), houve um período de formação de pessoal e reestruturação do serviço em nível municipal. A descentralização foi gradual e se prolongou até 2002. Houve dois momentos de capacitação desenvolvidos pelo Programa do CAE II em parceria com a equipe técnica da SMS-FS, através do seu setor de Educação Continuada, envolvendo toda a equipe que atuava na ABS, com o objetivo de dar continuidade aos cuidados com esses diabéticos. Também no CASSA a descentralização das pessoas com DM ocorreu e muitos foram remanejados para outros centros de saúde perto das suas residências.

A preocupação com a integralidade das ações, a necessidade de reformulação das políticas e das práticas de atenção à saúde, sugerem o resgate do cuidado, a construção de práticas horizontalizadas, humanizadas e longitudinais, que envolvam ações dos diversos sujeitos sociais, em busca da defesa da vida.

### **1.3.3 Processo de cuidar e a integralidade da atenção à saúde**

O cuidado faz parte da experiência humana. Toda a vida dos grupos humanos, desde tempos imemoriais, gira em volta do cuidado. Faz parte da vida, e da vida das mulheres que, segundo Collière (1999), foram as primeiras cuidadoras, desenvolvendo o cuidado a partir das necessidades do dia a dia. Sejam aqueles de sobrevivência, voltados para o cotidiano até os de reparação. Desde os cuidados de manutenção da vida até os de recuperação do equilíbrio tornado difícil por algum dano, ou risco, à manutenção dessa existência com qualidade, e até mesmo, para lidar com a morte.

O processo de cuidar, a forma como o cuidado é construído nos espaços de intervenção na saúde, é de vital importância para que esta atenção alcance seu objetivo que é o da própria saúde, de manter e defender a vida, nas suas diversas manifestações. O cuidado atua no sentido de estimular a construção dos sujeitos sociais, desenvolver as diversas formas de valorização e participação desses sujeitos na sua saúde, de forma integrada e compartilhada, não só no seu dia a dia, mas também na sociedade em que vive.

A saúde hoje vive uma profunda reflexão, uma revisão de valores, de redirecionamento do conhecimento, de busca de práticas mais adequadas, que respondam

melhor às necessidades sociais e às demandas por serviços de saúde, resultantes das conquistas sociais e das políticas públicas.

A criação do SUS, como política pública de Estado possibilitou a todos os brasileiros, em particular, àqueles que não tinham vínculos com o sistema de saúde, e que não eram cobertos por seguro de saúde, oportunidade de cuidado e tratamento da sua saúde, trazendo esperanças para uma melhor qualidade de vida.

Isso fez com que fossem identificadas e atendidas parte das necessidades e das demandas por saúde. As necessidades de saúde são vistas aqui, englobando todas as condições de limitações à saúde, entendidas como qualidade de vida, e têm a ver com os determinantes sociais, com as situações de iniquidade, as desigualdades sociais, da atenção e do cuidado, necessários à manutenção de uma vida saudável. Abrangem as necessidades sentidas ou não, presumidas, ou percebidas, pelos diversos sujeitos sociais que atuam na saúde, como se pode ver nos escritos de Pinheiro (2001), Vianna e outros (2001), Paim e Almeida Filho (1998).

As necessidades não estão subordinadas apenas aos problemas de saúde, mas são construções coletivas e individuais, que variam, conforme a história e os condicionamentos sociais de cada povo e de cada indivíduo. Nas sociedades modernas estão associadas aos benefícios do progresso científico. Há aquelas necessidades relacionais, subjetivas e de autonomia das suas vidas, do seu caminho. A integralidade busca articular tudo isso e, percebendo as demandas, dar uma resposta a essas necessidades (CECÍLIO 1997a; 2001).

As demandas são entendidas aqui, como todas as buscas por serviços de saúde, desenvolvidas tanto por indivíduos, como por grupos, com o objetivo de, através do acesso aos serviços, alcançar benefícios que tragam como resultado a saúde, a qualidade de vida, consoante a linha de pensamento dos autores, anteriormente citados e de Rodrigues e Assis (2005). Os serviços, entretanto, e com eles os trabalhadores, continuam desenvolvendo ações de forma semelhante àquelas demandadas antes do SUS, das conquistas sociais, fragmentadas e superpostas. O usuário também aparece fragmentado. A integralidade recomendada, ainda luta para se instalar, para superar a fragmentação. Essa é a realidade de várias unidades de saúde. Há resistências, certa desinformação e pouca habilidade em promover práticas integrais.

As ações se prendem aos aspectos biológicos, medicalizantes e centradas nos procedimentos. Urge que se construa a mudança dessa realidade e que se firmem as bases para as ações integrais centradas no cuidado. Busca-se o fim do reducionismo, com a ampliação das ações. O enfoque da integralidade nesse estudo tem por finalidade situá-la como um eixo norteador das mudanças que se fazem necessárias nas práticas de saúde, no

processo de trabalho, na formação dos trabalhadores e no envolvimento do usuário em todo esse processo. Buscamos então, problematizar a integralidade, como transformadora das práticas e o cuidado como transformador das pessoas, dos olhares, das escutas, dos fazeres, e dos saberes. Usuários e trabalhadores têm direito constitucional assegurado para que esse atendimento às necessidades de saúde se concretize.

Merhy (2002) nos inspira ao falar da busca de um tempo perdido, do trabalho vivo, da necessidade de pensar o trabalho de forma crítica, de aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido, abrir-se para os ruídos analisadores do cotidiano, munir-se de uma caixa de ferramentas, através do compromisso com o sujeito da ação e com a ação. O autor fala da urgência de re-inventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, sua organização e a finalidade, coletiva e pública do trabalho e, particularmente, do trabalho na saúde.

Nessa trincheira se encontram todos os que, nas diferentes frentes de lutas e ações, defendem um sistema de saúde para todos, universal, igualitário, de qualidade, para que se construa a cidadania. Dessa forma, Merhy (1997a, p.71) faz a provocação que, um dos nós do sistema é “como vem se processando, estruturando e gerenciando os diferentes processos de trabalho na saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida tanto individual quanto coletiva”. Em síntese, para o autor, nem as políticas nem o modelo de atenção à saúde demonstram comprometimento com a saúde dos cidadãos, mas há uma busca de mudança no modo de produzir saúde. Para Merhy (1997a, p. 72) “transformar o processo de trabalho é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde – mudar o cotidiano, o modo de operar o trabalho no mundo da saúde, no interior dos serviços de saúde”. Está claro que há aqui, um grande desafio.

Outro grande obstáculo à construção da integralidade, do cuidado e da transformação das práticas é o perfil dos trabalhadores de saúde. Esses trabalhadores são produtos da educação tradicional, flexneriana, biológico-centrada, com base nos procedimentos técnicos, como acentuam Ceccim e Feuerweker (2004). Torna-se importante investir na formação desses trabalhadores com enfoque em mudanças, necessárias à construção de um novo caminho da saúde no Brasil. A construção desse novo perfil é de grande importância para as transformações que se fazem necessárias e imprescindíveis para a reestruturação das ações e a produção do cuidado.

Dentre as transformações desejadas estão: a humanização do trabalho e da atenção à saúde; a criação de laços e vínculos; a responsabilização pelo usuário, e a integralidade dessas ações; o acolhimento; a universalização do acesso, a equidade; a resolubilidade da atenção; o entendimento do contexto do usuário e da sua família; a orientação e organização

comunitárias; a educação em saúde; a construção do cuidado, entre outras. Para que essas transformações se efetivem, tanto a formação quanto a prática devem estar centradas no usuário, na sua família, voltadas para as suas necessidades sociais, de forma integral, levando em conta a inter/disciplinaridade, a trans/disciplinaridade, a ação conjunta, em benefício do outro. A realidade dos serviços de saúde precisa ser (des)construída, superada, reconstruída de forma diferente, por todos os que participam da atenção à saúde, em cada loco-região.

Há um descompasso entre o conhecimento e o progresso da Ciência e o atendimento ao usuário no serviço público. O trabalhador se encontra refém das tarefas, preocupado com os planos e boletins a serem enviados, com o cumprimento de metas de produção dos serviços, em muitas ocasiões, não encontra tempo para dar mais atenção ao usuário. Ceccim e Feuerweker (2004) e Merhy (1997a, 1998, 1999, 2004), situam muito bem essa realidade. As pessoas se sentem desamparadas, inseguras e angustiadas. Há necessidade de se (re)estruturar o cuidado.

Outro empecilho às ações da integralidade são as relações de poder entre os diversos sujeitos, cujos limites de ações necessitam ser revistos pensados e refletidos. O trabalho em equipe não é uma constante no cotidiano das ações da ABS. A mudança desta visão é imprescindível para que a integralidade possa florescer e o usuário se beneficiar dos serviços de saúde, conforme asseguram os autores citados, idéias por nós compartilhadas.

A integralidade como prática fica inviabilizada com a supervalorização do cientificismo, no dizer de Ceccim e Feuerweker (2004) e a dicotomia ciência e vida, saber científico e saberes populares, entre o cotidiano e a ciência, de que fala Testa (1997). Esta articulação é importante para a construção dos sujeitos de que a atenção à saúde carece para desenvolver sua atribuição de prover o bem estar, de dar resposta às necessidades das pessoas, com compromisso ético e político. Ou seja, busca recuperar o simbolismo da vida das pessoas, suas manifestações culturais, o cuidado na condução do cotidiano da vida, com afetividade e qualidade. Essa é uma revolução na maneira de ver e fazer saúde, uma grande luta a ser travada em busca desta utopia.

O cuidado sob o olhar da integralidade pressupõe uma relação humanizada, dialógica, vinculada, numa verdadeira simbiose entre o que cuida e aquele que é cuidado, todos partícipes desse processo de cuidar. Assim, supera essa forma de agir impessoal, tão comum nas ações de saúde, no dia a dia das unidades. Ayres (2004) fala do cuidado como um encontro, entre pessoas, entre sujeitos, um encontro único, intransferível, pessoal, aberto, dialógico, que discuta, produza e celebre a vida, a saúde e a alteridade. Esse é o cuidado com o qual nos comprometemos.

O Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002a) se aproxima deste pensamento que fala da importância da reestruturação da ABS, como “porta de entrada” para o sistema de atenção à saúde, utilizando todas as estratégias possíveis para dinamizá-la, como territorialização, organização de equipes interdisciplinares, articulação dos diversos níveis, desenvolvendo o que chamamos de responsabilidade sanitária. Para esse órgão a ABS pode ser uma alavanca da intersetorialidade, necessária ao desenvolvimento das ações que resultem em melhoria da qualidade de vida, que garantam a sustentabilidade ambiental, o acesso à educação e saúde de qualidades, alimentação adequada, saneamento básico, segurança e emprego e que essas ações precisam ser tanto políticas quanto de governo com participação da sociedade. A crítica, é que essas “boas intenções” ainda não conseguiram ser concretizadas.

Reorganizar esse modelo de atenção à saúde que aplique na prática os princípios de universalidade, equidade, integralidade, resolubilidade, participação social e humanização da atenção é um desafio que, todos nós devemos encarar, com compromisso e responsabilidade. Como dizem Silva Junior e Mascarenhas (2004), a qualidade dos resultados varia na razão direta da qualidade das ações de atenção à saúde. Para tanto é necessário construir e desenvolver, entre outros valores, o pensamento crítico, a autonomia, competências para os momentos presentes, compromisso social, formação integral, horizontalizada, contextualizada, com participação e envolvimento social.

A integralidade se revela e se manifesta mediante dispositivos<sup>10</sup> de ação. Nesse estudo sobre a produção do cuidado, daremos maior atenção a alguns dos dispositivos que compõem a integralidade, como: o acesso, porta de entrada, o vínculo, responsabilização pela produção do cuidado, a formação da equipe, incluindo o usuário. São ferramentas de renovação, de reestruturação, que estão a serviço da mudança, da transformação, da construção e produção do novo.

Um desses dispositivos que mede o desempenho das ações e dos serviços de saúde é o acesso. Trata-se de um dos aspectos fundamentais para a construção da integralidade no SUS, e se refere à possibilidade do usuário-cidadão, de dispor e utilizar os diversos serviços de saúde de que necessita para promover, manter ou recuperar a sua saúde, de forma universal e

---

<sup>10</sup> Inspirados em Barembliitt (1994) e Santos e Assis (2005), compreendemos o dispositivo, como sendo o que se contrapõe às estruturas funcionais e ao poder hegemônico. Portanto, está a serviço da mudança, da transformação, da construção e produção do novo. O dispositivo, também chamado de agenciamento, é dinâmico e, por isso, opera sem fronteiras, traz consigo a revolução, não cabe em parâmetros estabelecidos, cria novas possibilidades.



igualitária, como direito garantido pela legislação brasileira, como asseguram Assis; Villa e Nascimento (2003, p.3) “uma possibilidade a ser construída como direito de cidadania”.

O acolhimento se insere na discussão de acesso aos serviços de saúde, e é definido por Merhy (2002), Franco, Bueno e Merhy (2006), Teixeira (2003a, 2005), como relação acolhedora, humanizada, que une trabalhadores, usuários e os serviços, para transformar a relação distante, fria em vínculos e laços acolhedores. É desse acolhimento que necessitamos nos serviços de saúde. Este dispositivo, tanto reflete a atenção que é dispensada ao usuário, quanto a organização do serviço. Encontra-se na esfera da comunicação, da recepção, da escuta, da facilitação do atendimento das necessidades. É uma resposta à busca, o abrir as portas para o usuário, de forma afetuosa, respeitosa, resolutiva e ampla, com disposição de acolher, apoiar, diligenciar as respostas que ele precisa encontrar.

O vínculo e a responsabilização são discutidos por Silva Junior e Mascarenhas (2004) como o atar, o comportamento de se ligar, de se enlaçar, de se comprometer com os outros, de responder às suas necessidades, de forma responsável. É ser capaz de dar respostas, e de responder pelos seus atos, capaz de agir de forma a responder pelas conseqüências do seu agir. É agir conscientemente para atender ao outro, com prontidão, com responsabilidade, de forma atenciosa, afetiva, amorosa, como diz Freire (2001, 2003, 2004), interativa, integrada, usuários-trabalhadores, numa relação única, viva, intercessora, a cada momento, no espaço da relação do trabalho, do cuidado, como ação viva, como enfatiza Merhy (1997b, 1998, 2002, 2004).

Essa responsabilização, portanto, está baseada no vínculo, no desenvolvimento, na circulação de afetividade e compromisso como analisam Silva Junior e Mascarenhas (2004), Starfield, (2004). O vínculo ao criar e ampliar os laços desenvolve a co-responsabilidade, a parceria, auxilia na percepção das singularidades, facilita as medidas terapêuticas, as escolhas, orienta as ações, desperta para a valorização da alteridade e interfere em todo o processo saúde-doença.

Sob o ângulo de visão da integralidade, esses dispositivos precisam construir uma atenção resolutiva, capaz de atender às necessidades e gerar satisfação para os diversos atores sociais envolvidos no processo. Há de ter como suporte a formação dos trabalhadores voltada para o diálogo e para o outro, com condições de dar respostas adequadas aos seus problemas. Quando a resolução não for possível naquele nível, que seja escudada por sistemas de rede de atenção e serviços para onde serão referenciados e acompanhados os usuários. A articulação entre esses dispositivos poderá auxiliar a análise, tanto do processo de trabalho quanto do cuidado desenvolvido, no sentido de transformar as práticas e, assim, ampliar o olhar para o

caminho a percorrer, para a construção de um modelo de saúde integral, resolutivo e humanizado.

Merhy (2002, p. 17) discute sobre a importância de refletir sobre o modo de produzir saúde em nosso meio. Na vida, no trabalho, ora somos sujeitos ora somos sujeitados, mas, sempre responsáveis, pelos nossos fazeres e saberes. Esse é um grande jogo de identidades e de relações, de ações e de (re)ações com que buscamos interferir no meio em que vivemos, resignificando-o, “no sentido de construir novos modos de produzir a vida no plano coletivo, comprometido com a igualdade e a convivência democrática”.

Atualmente há uma premência para reestruturação do processo de trabalho na saúde, como um reflexo das transformações macro-econômicas e sociais provocadas pelas novas tecnologias e pelos novos rumos do capitalismo. Não se prescinde das tecnologias leves (tecnologias de relações); nem das técnicas e dos saberes estruturados (tecnologias leveduras); nem dos equipamentos de ponta (tecnologias duras). Ao contrário, essas tecnologias são um direito dos usuários-cidadãos e devem ser disponibilizadas (CECÍLIO, 1997a, 2001; MERHY, 2002; FRANCO, 2006).

Nesse contexto, Franco, Bueno e Merhy (2006, p. 40), referem:

[...] nas práticas individuais e coletivas, o que buscamos é a produção de responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que sem acolher e vincular não há produção desta responsabilização nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

Em relação às tecnologias leves, Cecílio (1997a), Puccini e Cecílio (2004), falam do mundo das significações e do mundo dos sentidos que perpassam pela vida das pessoas, da construção das identidades e dos territórios, dos espaços de poder, no cotidiano institucional, como de resto, nos diversos contextos humanos. No cotidiano, esses mundos se interpenetram desvelando a complexidade dos sujeitos e suas singularidades e inter/singularidades. É, nesse ambiente, ao mesmo tempo concreto e virtual, objetivo e subjetivo que as relações se situam. São desse ambiente volátil, pouco preciso que as tecnologias leves e o cuidado necessitam para se desenvolver no dia-a-dia das unidades, entre usuários e trabalhadores. O cuidado para ser construído, precisa do subjetivo, do encontro, da intersecção do momento do ser, do fazer, do “trabalho vivo”, de que fala Merhy (2002).

A transformação do trabalho na saúde necessita alcançar o dia a dia dos trabalhadores, com uma prestação de cuidado que se oriente pela defesa da vida e pela construção de um compromisso efetivo, ético, político e afetivo, situando o usuário no centro do processo, com as suas necessidades de saúde, aproveitando as tecnologias e transformando a gestão desses

coletivos. Seguindo o pensamento de Merhy (2002, 2004) é importante analisar, nos processos produtivos de saúde, o ato de cuidar dos trabalhadores, a organização do cuidar dentro das instituições de saúde, sua organização e gerenciamento, tendo como base a noção de saúde, como expressão de cidadania. A partir dessa análise, preparar a (re)construção dos processos de trabalho, que precisam ser mais partilhados e gerenciados coletivamente. Há de se intervir para a construção de modelos de atenção à saúde, centrados no usuário, com a formação contínua e diária de laços afetivos, de vínculo, de responsabilização e compromissos efetivos entre usuários e trabalhadores.

Ao falar do trabalho não podemos deixar de abordar “o trabalho vivo em ato”, que ocorre no momento do encontro entre os sujeitos, no espaço intercessor do cuidado. Não se pode esquecer dos trabalhadores concretos, conscientes, comprometidos, que fazem frutificar o seu saber intercalando-o com os outros saberes, o seu fazer com outros fazeres, com ampliação e (re)significação do trabalho vivo (MERHY, 2002).

Segundo o autor, o trabalho vivo pode circunscrever-se e atuar em territórios, valorizar e construir mundos. O saber, o fazer, o ser, o relacionar-se, o escutar, são tecnologias que precisam ser estimuladas nas ações dos sujeitos no ato de cuidar e de serem cuidados. O trabalho vivo precisa ser significativo e significante, operar, principalmente em tecnologias leves, de relações, de construção de subjetividades e de sujeitos (Merhy, 1998). Para tanto é necessário saber que lugar os usuários e suas necessidades de saúde ocupam na organização dos serviços e nas práticas? Quem trabalha? Como o faz, por que o faz, para que o faz, para quem o faz, com quem? Quem são os usuários, de onde vêm? Porque vêm? Como vêm? Do que precisam? Dentre outros questionamentos.

Pensar o cotidiano do trabalho é um dos importantes passos para transformar o “trabalho vivo em ato” em ação de cuidar, de forma autonômica e transformadora. Este trabalho vivo, tanto pode levar à manutenção do *status quo* quanto transformar. Quando transformador é capaz de modificar a forma de agir, de gerir pessoas-sujeitos, organizar serviços, de produzir encontros e cuidados considerados como bens. É a oportunidade do encontro do trabalho e do trabalhador com a sua razão de ser como profissional, como pessoa: o sujeito – usuário, o busca para dar conta da sua necessidade de saúde, confiando que, de lá “sairá bom”, ou, pelo menos que será acolhido, ouvido atenciosamente, respeitosamente, considerado, olhado e encaminhado. Merhy (2002, p.57) chama de “intercessora” essa relação e o espaço-tempo do cuidado de “espaço intercessor”. O usuário, no momento do cuidado, interage com o trabalhador através do seu olhar, do seu saber, da sua intencionalidade e de

suas representações. Dessa simbiose nasce o trabalho transformador, esteio do cuidado desejável.

O Quadro 1 sintetiza algumas dimensões de análise que são componentes dos dispositivos de integralidade, que servirão de balizas para as análises desenvolvidas mais adiante.

**QUADRO 1. Dimensões de análise de componentes da Integralidade da Atenção à Saúde na produção do cuidado em saúde.**

<b>Dimensão de análise</b>	<b>Definição</b>
<b>Acesso aos serviços de saúde</b>	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população. Como os usuários são acolhidos no Programa de DM. Disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade da rede em produzir serviços que dêem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população (ASSIS, VILLA e NASCIMENTO, 2003)
<b>Porta de entrada</b>	Implica acesso e uso do serviço de atenção básica à saúde, em especial o Programa de DM, a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (STARFIELD, 2004)
<b>Vínculo</b>	Requer ações comunicacionais e interpessoais entre os usuários e trabalhadores de saúde, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca do usuário pelos serviços de saúde (SANTOS et al, 2006).
<b>Responsabilização</b>	Indica o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades de cada usuário do serviço e a resolubilidade em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (ASSIS, 1998a).
<b>Formação da Equipe</b>	Significa compreender a atenção básica e as práticas desenvolvidas com as pessoas com DM, como campos de intervenção o que requer formação específica e capacitação da equipe de saúde para desempenhar suas funções na produção do cuidado em saúde.

Fonte: adaptado da OPAS (2006), complementado pelas referências de Starfield (2004); Assis, Villa, Nascimento (2003); Assis (1998a) e Santos e outros (2006).

## 1.4 O caminho metodológico

### 1.4.1 Natureza e tipo de estudo

Este estudo se desenvolveu em uma visão qualitativa e crítico - reflexiva. O enfoque qualitativo foi escolhido por se aplicar ao estudo dos significados, das subjetividades, das representações e das intenções que acompanham as ações e os sujeitos. Sob essa visão, o pesquisador opta pela análise aprofundada das atitudes e dos comportamentos que permeiam as ações, a partir de diferentes contextos.

Autores como Haguette (1997) e Demo (2000) referem que as metodologias qualitativas aparecem, como uma quebra do paradigma quantitativo-centrado, reconhecendo as singularidades sociais e os micro-processos que necessitam de maior aprofundamento.

Permite sobressair os aspectos subjetivos da ação, sem desprezar os objetivos, estabelecendo as relações entre eles. Busca, através da estratégia dialógica, a compreensão aprofundada de certos fenômenos, fazendo a ponte com os demais aspectos e o contexto onde eles ocorrem. Esses princípios se aplicam bem ao caso da saúde, que é vista como resultante de movimentos articulados, tanto individuais quanto coletivos, internos e externos aos sujeitos sociais, pensamentos e posições com as quais concordamos.

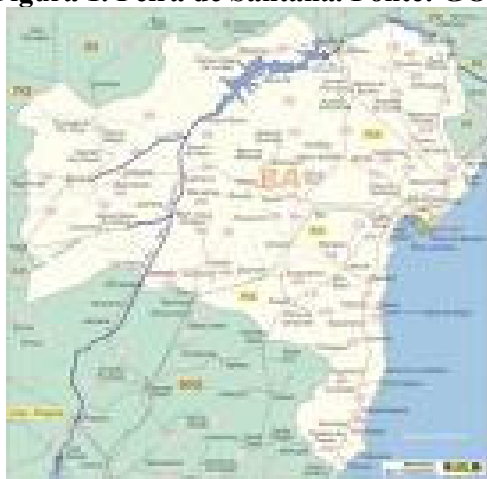
#### **1.4.2 Campo empírico da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido no município de Feira de Santana, cuja sede abriga a segunda maior cidade do Estado da Bahia, maior entroncamento rodoviário do Norte-Nordeste (N-NE) do país, com uma estimativa de 571.990 habitantes, com uma densidade demográfica de 394,3 hab/km<sup>2</sup> (FEIRA DE SANTANA, 2007b).

O município é sede de Microrregião, abrangendo uma área de vinte e seis municípios sob sua influência (BAHIA, 2007b). É, também, sede da Macrorregião Centro-Leste da Bahia, onde se situa um dos 8 Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esse Pólo congrega mais de 2 milhões de pessoas, distribuídas por Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). Geograficamente, situa-se no Agreste Baiano, entre o Recôncavo e os Tabuleiros Semi-áridos do NE da Bahia. O Município é sede da 2<sup>a</sup> DIRES que representa o Governo do Estado na saúde da Microrregião.



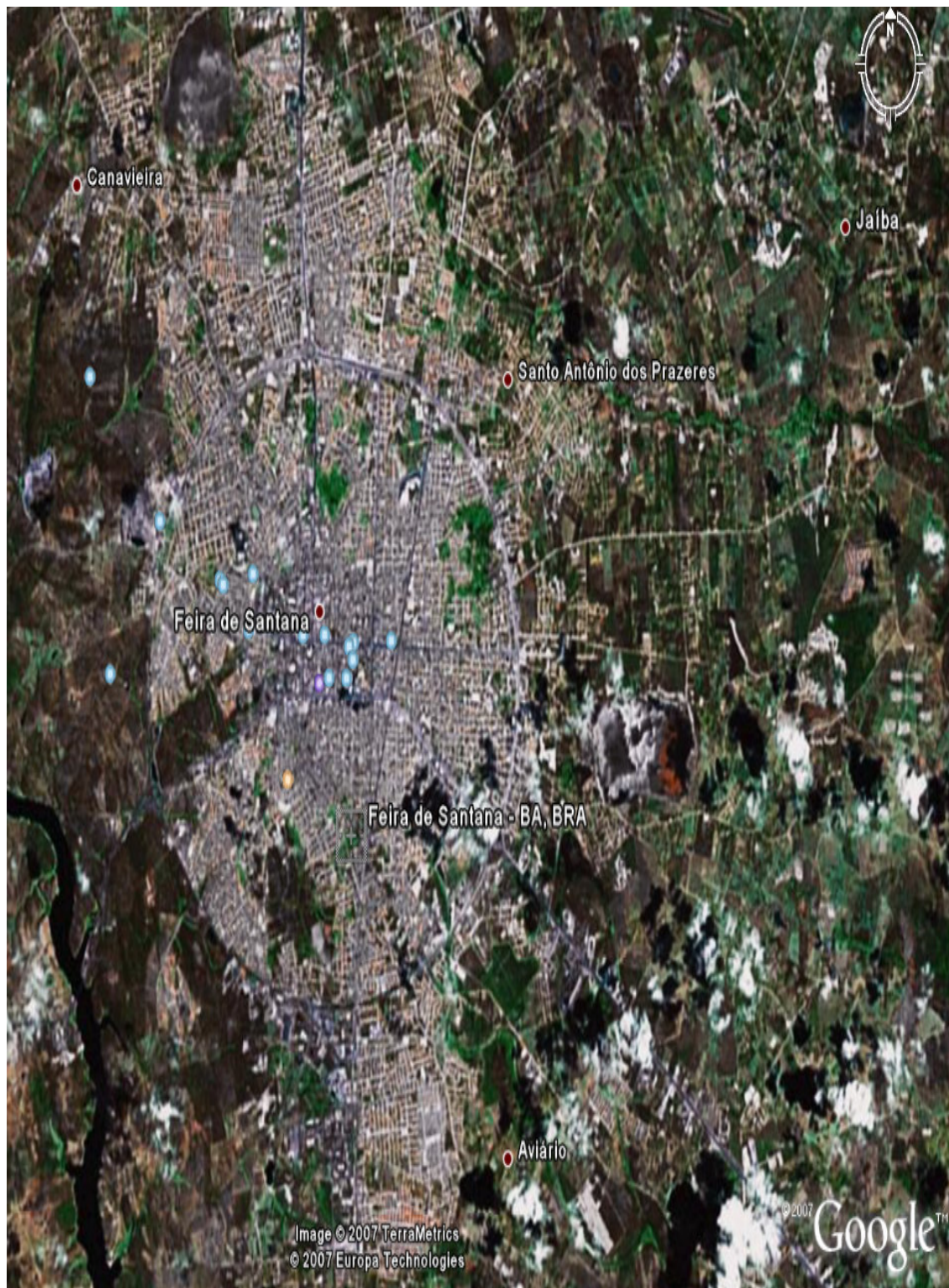
**Figura 1. Feira de Santana. Fonte: GOOGLEEarth 2007. Acesso em dezembro de 2007**



**Figura 2. Mapa do Estado da Bahia com a cidade de Feira de Santana. Fonte: www.uefs.br. Acesso em 16 de novembro de 2007**



**Figura 3. Mapa do Estado da Bahia com a cidade de Feira de Santana. Fonte: www.uefs.br. Acesso em 16 de novembro de 2007**



**Figura 4. Imagem via-satélite da cidade de Feira de Santana – Bahia.**  
**Fonte: GOOGLeArth 2007. Acesso em dezembro de 2007.**





Família (USF). Na prática, além de atender à população adscrita, também cobre uma área nos arredores do centro da cidade, onde não há Centros de Saúde. Os quadros abaixo permitem uma visão da área física e dos trabalhadores da unidade.

### 1.4.3 Sujeitos do estudo

O estudo foi realizado com dois grupos de sujeitos que desenvolvem a prática ou participam do cuidado às pessoas com DM, aqui referenciados como trabalhadores de saúde, grupo I e usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético da Unidade de Saúde, grupo II. Foram considerados trabalhadores de saúde, todos os que trabalham no CASSA, seja ocupando função de gerência e/ou coordenação, ou aqueles que exercem atividades técnicas, há mais de um ano na Unidade, como sejam: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, gerente, agente comunitário de saúde, auxiliar de administração. No que se refere aos usuários, foram incluídas aquelas pessoas com DM que utilizam os serviços dessa unidade e estão cadastrados no programa, há mais de um ano. A escolha dos entrevistados foi intencional, procurando abarcar todas as dimensões do processo investigativo. Houve pouca opção de escolha em relação aos usuários, pela baixa frequência ao programa.

Para tanto, foram importantes o conhecimento prévio, a experiência, o nosso envolvimento como trabalhadora de saúde e no momento, como pesquisadora, direcionando o olhar, em relação a quem entrevistar o que observar com quem contatar, para desenvolver a investigação, como lembra Minayo (1996).

Os quadros abaixo caracterizam os sujeitos que participaram do estudo.

#### QUADRO 2. Sujeitos do Estudo

<b>Grupo</b>	<b>Número de entrevistados</b>	<b>Categoria</b>
Grupo I	07	Trabalhadores de Saúde
Grupo II	08	Usuários
<b>Total</b>	<b>15</b>	

**QUADRO 3. Perfil dos sujeitos do estudo (Trabalhadores de Saúde) que atendem às pessoas com Diabetes Mellitus no CASSA**

<b>Categoria</b>	<b>Perfil</b>	<b>Numero de entrevistados</b>
Enfermeira	Especialização fora da área. Duplo vínculo. 10 anos na unidade.	01
Médico	Especialização na área. 02 anos na unidade. Duplo vínculo.	01
Auxiliar de enfermagem	Nível médio, 14 anos na unidade. Com qualificação na área de atuação. Duplo vínculo.	01
Auxiliar administrativo	Nível médio. 2 anos na unidade. Sem capacitação na área de atuação. Vínculo único.	01
Dentista	Especialização fora da área de atuação. Duplo vínculo. Há 08 anos na unidade. Experiência acumulada na área de atuação.	01
Agente Comunitário de Saúde	Nível médio. 09 anos na unidade. Capacitação na área de atuação. Vínculo único.	01
Gerente	Especialização na área. Há aproximadamente 15 anos na unidade. Vínculo único. Experiência acumulada na área de atuação.	01
<b>Total de entrevistados</b>		<b>07</b>

**QUADRO 4. Perfil dos sujeitos do estudo (Usuários) cadastrados no Programa Diabetes Mellitus do CASSA**

<b>Usuário</b>	<b>Perfil</b>
Entrevistado 01	43 anos. Há 06 anos está cadastrada. Há 09 anos tem DM. Reside na área. Com formação escolar fundamental incompleto. Ouviu falar de Conselho de Saúde pela televisão. Não recebe visita do ACS.
Entrevistado 02	59 anos. Há 05 anos está cadastrada. Há 10 anos tem DM. Reside na zona rural da área. Participava de outro programa. Com formação escolar fundamental incompleto. Ouviu falar de Conselho de Saúde pela televisão. Às vezes vê o ACS.
Entrevistado 03	57 anos, não é da área. Com formação escolar de nível médio, é professora. Tem DM há 19 anos. Há 08 anos é cadastrada na unidade. Já ouviu falar de Conselho de Saúde e sabe que não há na unidade. Recebe visita dos ACS.
Entrevistado 04	36 anos. Há 04 anos está cadastrada. Há 04 anos tem DM. Reside na área. Com formação escolar de nível médio. Ouviu falar de Conselho de Saúde. É visitada por ACS.
Entrevistado 05	50 anos. É da área. Há 03 anos tem DM e há 2 anos é cadastrado na unidade. Com formação escolar fundamental incompleto Nunca ouviu falar em Conselho de Saúde. Foi visitado pelo ACS há 04 meses atrás.
Entrevistado 06	53 anos. DM há 13 anos. Não é da área. Há mais de 10 anos é cadastrado na unidade. Não lê nem escreve. Nunca ouviu falar de Conselho de Saúde. Não sabe informar sobre os ACS.
Entrevistado 07	54 anos. Não é da área. Deficiente físico. Há 05 anos tem DM. Há 05 anos é cadastrado na unidade. Com formação escolar fundamental incompleto e nada sabe sobre Conselho de Saúde. Não informa sobre ACS.
Entrevistado 08	74 anos. É da área. Há 02 anos é cadastrado no Programa. Não lê nem escreve. Nada informa sobre Conselho de Saúde nem ACS.
<b>Total de entrevistados</b>	<b>08</b>

#### **1. 4. 4. Técnicas de coleta de dados**

Foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada com trabalhadores (APÊNDICE A) e usuários (APÊNDICE B) e a observação sistemática (APÊNDICE C).

A entrevista foi escolhida como técnica principal por ter características que atendem aos objetivos da pesquisa. É uma forma de comunicação verbal, onde podemos visualizar o que foi dito, percebendo algo do sentido e não expressado. É dialógica por excelência. Através dela é possível desenvolver um clima de conversa, de colóquio, de informalidade, criar um ambiente de confiança e de abertura o que favorece a comunicação e a obtenção das informações. A palavra é significativa e controversa. Pode revelar códigos, sistemas, valores, símbolos e normas. Pela palavra se pode ver o significado do objeto, seu alcance, sua importância e as conseqüências para o sujeito. Revela ou desvela o sujeito, suas inter/relações, seu cotidiano, seus conflitos e suas contradições (MINAYO, 1996).

Como técnica complementar foi adotada a observação sistemática, uma vez que, pode representar importante ferramenta de revelação do objeto a ser estudado. A observação pretendeu preencher aquele espaço não alcançado por outras técnicas: a visão direta da realidade e do objeto; rotinas, detalhes, inter/relações, participações, conversas, motivações e outros. Seria, concordando com Minayo (1996), um processo de construção, pesquisador – sujeitos.

#### **1. 4. 5 Etapas metodológicas do estudo**

##### **1ª Etapa – Exploratória**

Foram realizadas visitas à SMS/FS para informação sobre a pesquisa, solicitação de autorização, pesquisa de dados do município referentes ao DM, área de abrangência da Unidade e outras informações necessárias. A seguir visitamos o CASSA, informamos e esclarecemos sobre a pesquisa, sobre o nosso contato prévio com a Secretaria de Saúde e a Coordenação do Programa, solicitamos e foi permitida a realização do estudo. Na 2ª DARES,

no setor de Informática e Monitoramento do SUS, que alimenta o banco de dados do SIAB, foram colhidas informações do HIPERDIA, com dados do DM em Feira de Santana em 2006, e de janeiro a outubro de 2007.

Nesta etapa foram definidos e selecionados os sujeitos que seriam entrevistados, o cronograma com previsão de datas, hora e local onde se dariam os contatos e o aprazamento das entrevistas com os trabalhadores de saúde e gerente da Unidade. Tanto os trabalhadores quanto os usuários escolhidos, contemplavam os critérios de inclusão estabelecidos. No caso dos usuários, foram convidados os que chegavam à unidade para serem atendidos e cadastrados no programa há mais de um ano. Para tanto, fomos ao serviço nos dias previstos para o atendimento às pessoas com DM, ou seja, às quartas-feiras pela manhã e às terças-feiras às tardes. A coleta de dados empíricos se desenvolveu no período compreendido entre 20 de março a 25 de outubro de 2007.

As entrevistas e observações se desenvolveram na Unidade de Saúde, exceto uma entrevista, realizada no local de trabalho da entrevistada, por esta se encontrar com problema cardíaco e aguardando marcação da cirurgia, na residência em que trabalhava. Para poupá-la, nos dispusemos a ir ao encontro dela e lá realizar a entrevista. As demais foram desenvolvidas no CASSA, antes ou após o atendimento. Obedeceram a um roteiro apropriado a cada um dos grupos de sujeitos, sendo os trabalhadores denominados de grupo I e os usuários de grupo II. Quanto à observação, foram colhidos dados gerais sobre a Unidade, tempo de funcionamento, de implantação do programa, produção do cuidado, condições de acesso, porta de entrada, vínculo-responsabilização, relações entre os sujeitos em todos os setores.

Em relação ao sujeito-trabalhador, foram colhidos dados de identificação, formação, qualificação, tempo de trabalho na unidade e no programa, além daqueles dados relacionados à produção do cuidado, como acesso, porta de entrada, vínculo-responsabilização pelos usuários, serviço, relações entre os sujeitos sociais na unidade, entre esta e outras unidades, com a SMS, bem como formas de inserção no programa, capacitação e política de pessoal da SMS. Com o sujeito-usuário, além dos dados de identificação foram abordadas: a forma de acesso, acolhimento, de oferta dos serviços, vínculo, atendimento das necessidades, participação no cuidado, relações com os trabalhadores e instituições envolvidas.

## 2ª Etapa - Trabalho de campo

Esta etapa constituiu-se no trabalho de campo propriamente dito. No primeiro momento realizaram-se as observações entremeadas pelas entrevistas, tendo como base os roteiros, conforme Apêndice A, B e C. Os contatos com os entrevistados foram realizados durante as visitas. As entrevistas transcorreram em clima de cordialidade, de forma leve e tranqüila, deixando os entrevistados livres para pensar e responder, preservando a sua privacidade, em consultórios, com a porta fechada. No que se refere à coleta de dados com as enfermeiras, houve algumas interrupções por conta da necessidade do próprio trabalho, quando foram chamadas para solucionar algum problema. Com o dentista, houve uma pequena interferência quando da entrada da auxiliar de consultório dentário para preparar o material para atender os usuários que chegavam. Ela já havia sido citada e o seu trabalho elogiado pelo entrevistado.

Três sujeitos convidados, sendo um trabalhador e dois usuários, se recusaram a participar estes, alegando pressa e ocupações, enquanto um trabalhador parecia se mostrar um pouco incomodado em prestar informações, como se estivesse cansado de entrevistas. Diante disso, não houve insistência tendo sido convidado outro, do mesmo setor. Outros aceitaram, porém com dificuldade, de encontrar tempo para a entrevista, em virtude da quantidade de atividades que desenvolvem. A maior parte do tempo é ocupada com essas funções, sem usuário presente.

Tanto as entrevistas quanto as observações foram desenvolvidas nos turnos matutino e vespertino, para que tivéssemos uma visão geral do que ocorria nos dois turnos. O processo de cuidar foi observado através dos atendimentos fora dos consultórios e apreendido pela análise das entrevistas.

## 3ª Etapa - Análise do material empírico

A análise do material empírico foi realizada através do cruzamento das técnicas de coleta de dados com o referencial teórico orientador, articulando-os com os resultados encontrados no lócus das ações. O método que orientou a análise foi a análise de conteúdo temática segundo Minayo (1996), uma vez que, possibilita uma compreensão dos conteúdos “manifesto e latente”, na descrição e análise do conteúdo das mensagens, percebidas em suas



**Quadro 8. Análise Horizontal relacionado aos núcleos de sentidos evidenciados através dos discursos dos entrevistados.**

Núcleos de Sentido	Ent. 1	Ent. 2	Ent. 3	Ent. 4	Ent. 5	Ent. 6	Ent. 7	Ent. 8	Síntese Horizontal Convergência Divergência Complementaridade
Acesso / Porta de Entrada									
Vínculo-Responsabilização									
Relações entre os Sujeitos Sociais									
Inserção e Capacitação									
Síntese Vertical									

Após o reconhecimento dos núcleos de sentido e elaboradas as sínteses verticais e horizontais, realizou-se o cruzamento dos dados com a observação, procurando estabelecer a síntese geral conforme quadro abaixo:

**Quadro 9. Síntese geral das entrevistas.**

Núcleos de Sentido	Síntese Horizontal Convergência Divergência Complementaridade
Acesso / Porta de Entrada	
Vínculo - Responsabilização	
Relações entre os sujeitos sociais	
Inserção e capacitação dos sujeitos sociais	

A síntese geral das entrevistas possibilitou eleger as seguintes categorias empíricas:

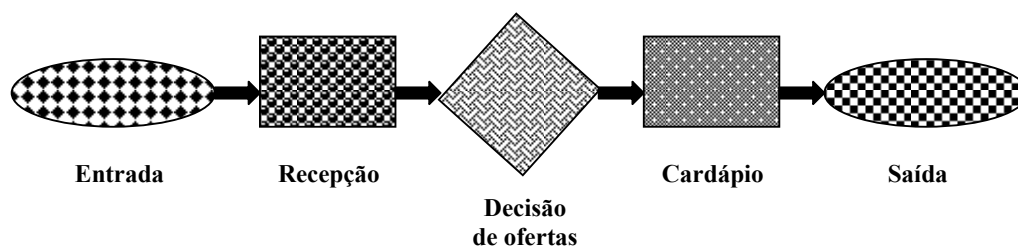
**Categoria 1** - Acesso restrito e focalizado: o grande dilema da atenção às especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidade.

**Categoria 2** - O estabelecimento de vínculo entre os sujeitos que produzem o cuidado às pessoas com DM: o desafio da co-responsabilização.

**Categoria 3** - A (des)construção dos sujeitos no cotidiano das práticas na atenção às pessoas com DM.

**Categoria 4** - A dinâmica do cuidado no Programa de DM do CASSA: o desafio da Integralidade.

Para análise das observações foi utilizado o Fluxograma Analisador (MERHY 1997, MERHY, 2002). O autor propõe para analisar a realidade de saúde, a utilização de tal ferramenta, que possibilita a percepção da cadeia produtiva de saúde, a organização dos serviços, o conjunto dos processos de trabalho e o encadeamento das diversas fases da produção da atenção à saúde. Essa ferramenta consiste em um olhar analisador sobre o que acontece no cotidiano e pode revelar o modelo de atenção de um serviço de saúde. É representado através de um diagrama, disposto em forma de fases, representado na Figura 6:



**Figura 6. Fluxograma analisador de uma unidade de saúde (MERHY 1997; MERHY, 2002).**

As figuras geométricas representadas pela Elipse – significam o começo e o fim da cadeia produtiva de serviço; os Retângulos – etapas de trabalho na cadeia produtiva, onde há consumo de produtos bem definidos, que vão abrir novas etapas de serviços; o Losango - momentos de decisão na cadeia, possibilidade de percursos, de caminhos, e que aparecem em alguns momentos do processo.

A Entrada inicia o diagrama. Dá idéia de movimento, de porta, de chegada: uns entram outros não, e é importante saber tudo o que se fizer necessário, de todos os participantes da produção do cuidado, em especial dos usuários do Programa de DM. A Recepção representa o contato, a relação entre os sujeitos, às diferenças de abordagens e as formas de encontro para os diferentes sujeitos, o acolhimento, a formação do vínculo, da responsabilização, a condução do problema a ser equacionado, os mecanismos de sim ou não, e outras observações. Decisão de ofertas - nessa etapa são percebidos o acesso, a escuta, o agir, as informações, as intervenções, quem faz, como faz, e outras observações. Cardápio – serviços disponíveis de saúde, o uso, a ação – nessa fase, pode ser observada a forma da intervenção tecnológica e assistencial e como se processa o cuidado, através das ações e posturas dos diferentes trabalhadores. Saída – nessa fase é de grande importância observar como são enfrentados, pelos sujeitos do estudo os problemas da saída do serviço, quais os resultados do



processo terapêutico que envolve as intervenções relacionadas à promoção à saúde, atenção durante os adoecimentos, cura e reabilitação.

### 1. 5 Aspectos éticos

A coleta de dados somente teve início após aprovação do projeto pelo Conselho de Ética na Pesquisa da UEFS de 28 fevereiro de 2007, Protocolo n.012/2007. O estudo se regueu pelos princípios éticos que norteiam trabalhos científicos, conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que disciplina as pesquisas com seres humanos. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana e aprovado. Todas as informações foram mantidas em total sigilo quanto à identidade das instituições citadas e quanto aos nomes dos participantes, buscando respeitar a integridade moral, intelectual, social e cultural dos sujeitos envolvidos na pesquisa. A participação dos sujeitos no estudo foi precedida de autorização através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) por cada um dos integrantes.

Algumas entrevistas foram gravadas em *pen-drive* com MP3, uma vez que outros sujeitos solicitaram que não fossem gravadas sob alegação de que se sentiriam inibidos, ou pelo o fato de gravar os deixavam nervosos, ou que não gostavam de gravador, pois se sentiam intimidadas. Outro perguntou se iria ao ar pelo rádio ou se ele apareceria na televisão, com ar de quem gostaria que isso ocorresse, o que foi respondido que não havia essa pretensão, mas que os resultados seriam discutidos tanto na Unidade quanto no Conselho Municipal de Saúde.

As observações foram registradas em um diário de campo, O material coletado foi organizado em bancos de dados pelos pesquisadores e bolsistas de Iniciação Científica do NUPISC e após sua organização em um banco de dados, foi destruído. As despesas da pesquisa correram por conta da pesquisadora colaboradora, utilizando a infra-estrutura do NUPISC.

Esta pesquisa teve como **benefícios** proporcionar reflexões críticas sobre o processo de produção do cuidado, com o objetivo de torná-lo mais prazeroso, humanizado, eficaz e solidário; buscou rediscutir o modelo de atenção à saúde e redefinir rumos para o Programa de Atenção às pessoas com Diabetes, no cenário local. Não foram percebidos os possíveis **riscos** que poderiam estar relacionados ao desconforto dos sujeitos em relação aos “colegas” de

equipe, usuários ou dirigentes. As entrevistas foram realizadas em local reservado, sendo que uma fora da Unidade. O entrevistado foi preservado em relação à curiosidade dos que o cercavam.

Não foi constatado risco possível de sensação de incômodo com o processo que envolveu a pesquisa, nem que parecesse se sentirem fiscalizados. Em relação aos usuários, talvez alguns se sentissem inibidos em expor as suas opiniões, com receio de influenciar no atendimento que necessitam o que, também, não foi percebido. Ninguém pareceu se sentir tão inibido a ponto de desistir. Todos os que participaram se mantiveram até o fim.

Os **resultados** da investigação geraram esta Dissertação de Mestrado que procura abrir possibilidades de discussão com os sujeitos sociais sobre os caminhos a tomar, aprimorando o cuidado na ABS, e, em particular para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM, sempre com a meta de desenvolver e consolidar um serviço público de qualidade como prevê o Sistema Único de Saúde, considerado o maior projeto de inclusão social e de co-construção de sujeitos do país.

## **CAPÍTULO 2**

**CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR  
DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS – a análise e os resultados.**

## **CAPÍTULO 2. CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

### **CATEGORIA 1**

#### **2.1 Acesso restrito e focalizado: o grande dilema da atenção às especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidades.**

##### **2.1.1 Nos caminhos da Atenção Primária à Saúde - Antecedentes.**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou suas atividades em 1948, em Genebra, na Suíça, onde se deu a primeira Assembléia Mundial da Saúde. Mesmo antes das duas grandes guerras já havia movimentos, tanto na Europa quanto nos EUA, no sentido de criar um organismo que, de forma permanente, se preocupasse não só em saber como se distribuíam as doenças e suas manifestações, mas também em como prover a saúde dos povos.

Brown, Cueto e Fee (2006) situam o despertar desse organismo, os seus primeiros passos, algumas contradições, lutas, conquistas e limitações em que se envolveu, sua influência sobre os caminhos da saúde no mundo, como organização que busca sua identidade, em meio a um cenário de pós-guerra, refletindo e sofrendo as conseqüências do que a História convencionou chamar de guerra fria.

A OMS, mesmo com um pequeno orçamento e sob influência dos EUA, buscou iniciar um trabalho internacional através de acordos sanitários, informações epidemiológicas, relatórios técnicos, além de campanhas de combate a algumas doenças. A verdade é que, tudo isso, ainda, estava aquém das expectativas que envolveram a sua criação. No bojo dessas campanhas, transparecia a motivação político-econômica americana, associada aos testes de defensivos agrícolas, combate ao comunismo, e ampliação do consumo, além do pretendido controle dos povos, mediado pelo desenvolvimento tutelado. A própria OMS se debatia em conflitos ideológicos internos, ora mais voltada para a doença, cedendo aos interesses de alguns, como aqueles dos grupos americanos; ora buscando abordar os aspectos sócio-econômicos da saúde, considerando os objetivos para os quais foi criada. Mesmo antes da segunda guerra mundial, as doenças já eram relacionadas às condições de vida (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

O surgimento das jovens nações africanas, a eclosão de movimentos sociais e as novas idéias de desenvolvimento surgidas, fizeram-na optar por ações mais dirigidas à saúde, uma vez que já se punha em destaque, a necessidade de um atendimento mais integrado, entre as ações preventivas e curativas, apoiadas em vários estudos voltados para os serviços básicos de saúde. Ao lado disso, os trabalhos desenvolvidos na África, na América Latina e Ásia por médicos missionários junto às pessoas e grupos comunitários, que associavam a saúde à melhoria das condições de vida, criaram o ambiente favorável ao desenvolvimento do que se convencionou chamar de Atenção Primária de Saúde (APS), com a preocupação de melhorar condições econômicas e ambientais, além da capacitação do pessoal envolvido com a saúde.

Buscando um ambiente semelhante àquele dos povos subdesenvolvidos, e sob a influência soviética, aconteceu a Conferência de Alma Ata, com a meta: “Saúde para todos no ano 2000”, falando da necessidade do desenvolvimento sócio-econômico como promotor de saúde, do uso de tecnologias mais simples e menos onerosas, com influência da medicina comunitária, defendendo a abordagem intersectorial em saúde, a reorganização dos serviços e participação das comunidades em todas essas ações, conforme analisam Silva Junior (1998), Brown, Cueto e Fee (2006); Assis e outros (2007); Peres (2007).

Os cuidados primários seriam como asseguram Assis e outros (2007, p. 3): “Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitas, colocadas ao alcance de famílias e da comunidade”. Alguns países se preocuparam em traçar as estratégias necessárias para que essa meta da universalização das ações de saúde fosse atingida. No Brasil, organizaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Na contramão da Conferência de Alma Ata, os Estados Unidos (EUA) se movimentaram para bloquear suas determinações de universalização da atenção, para neutralizar suas conseqüências e, sobretudo controlar suas ações, uma vez que a meta de saúde para todos soava como uma ameaça de prejuízo para as suas multinacionais envolvidas com a doença, e as conseqüências advindas, conforme Brown, Cueto e Fee (2006) e Assis e outros (2007). Assim sendo, com a providencial ajuda de suas multinacionais, consegue instalar o que foi chamado de Atenção Primária Seletiva, de fácil controle e avaliação, com um viés diferente da proposta original, longe de ser integral.

As recomendações e metas de Alma Ata chegam a um Brasil subjugado pelo militarismo, com suas lideranças desarticuladas e a maioria de sua população apática. Mesmo assim, conta com um resistente e borbulhante movimento pela Reforma Sanitária de acordo com Brown, Cueto e Fee (2006) e Peres (2007). Nesse contexto, a influência do militarismo

centralizador, e o controle americano, colaboram para que as recomendações de Alma Ata sejam assumidas pelo governo brasileiro, com características mais próximas da forma americana, do que dos princípios da conferência, ou seja: verticalizada, simplificada, dentro de uma filosofia flexneriana, de inspiração norte-americana, interessados no controle dos países mais pobres como situa Silva Junior (1998).

Continuam os conflitos, velados ou abertos, entre a filosofia de ação da OMS e aquela dos Estados Unidos da América (EUA), particularmente, no que se refere aos acordos internacionais para fabricação e uso de medicações essenciais, contra os interesses das indústrias farmacêuticas americanas. Aos poucos a ação da OMS nos países em desenvolvimento foi sendo substituída por outros organismos como o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller, e outros, que patrocinaram vários projetos e direcionaram as ações, conforme as suas inclinações, além de órgãos internacionais de economia globalizada, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) que controlam as ações no mundo periférico, sob a influência do capitalismo, como lembram Silva Junior (1998), Brown, Cueto e Fee (2006) e Assis e outros (2007).

Como a OMS ainda desfruta de credibilidade entre os países, e buscando o seu controle, essas multinacionais a ela se associam através de algumas parcerias onde entram com o financiamento, e então conduzem as ações e a filosofia de abordagem. Essa é a realidade que chega até nós e que se encontra muito bem refletida nos trabalhos de Brown, Cueto e Fee (2006) e Assis e outros (2007).

Em relação à APS, Silva Junior (1998), Brown, Cueto e Fee (2006), Peres (2007), Assis e outros (2007) destacam a importância de Alma Ata, como porta-voz, sintetizadora, dos anseios e discussões que giravam em torno da saúde naquele contexto histórico e, ainda se refletem hoje. A necessidade de (re)organização dos serviços, a importância de se conquistar um alto nível de saúde e que essa realidade fosse partilhada por todos, defendidas naquela oportunidade, ainda são uma bandeira de luta, nos dias atuais. Como discute Assis e outros (2007, p. 8), “a conformação da APS, responde a um longo processo social que expressa as reordenações, na sociedade capitalista, da relação entre o Estado e as classes sociais, por meio de políticas sociais e, em particular de saúde, na luta pelos direitos de cidadania”.

Esses cuidados primários de saúde, acessíveis, partilhados, precisam estar presentes em todas as etapas do sistema, a partir do primeiro momento da atenção, particularmente nas ações do primeiro nível, de acordo com Silva Junior (1998). No Brasil, os cuidados primários se traduzem nas AIS. No final da década de setenta e nos anos oitenta do século XX, sob as orientações de Alma Ata e mobilizado por diferentes sujeitos sociais em todo o país, que

questionavam o modelo de saúde brasileiro, o governo apresenta a proposta das AIS, como uma tentativa de intervir nos principais problemas de saúde de cada região, e de fazer uma ponte entre a assistência, a promoção e a prevenção. Com a crise na saúde, as AIS aparecem como tentativa de superação dos impasses percebidos. Ou seja, apresenta-se como linha de planejamento e organização dos serviços, de forma recortada, tendo como inspiração a epidemiologia, refletindo uma política de intervenção verticalizada e focalizada, direcionada para as ações programáticas (CAMPOS, 1994b; SILVA JR, 1998).

Em 1986, em Ottawa, um novo esforço é desenvolvido no sentido de responder às expectativas mundiais por uma nova forma de ver e pensar a saúde pública levando em consideração a saúde dos povos, de forma democrática, igualitária e resolutiva com capacitação da sociedade para participar no seu processo:

[...]os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OPAS, 1986, p. 1).

O grupo de Ottawa situa como imprescindíveis condições para a saúde: paz, habitação, educação alimentação, renda, ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade. Valoriza, portanto, a intervenção nos determinantes sociais da doença. Dentre os seus compromissos firmados, se encontram a luta por políticas públicas saudáveis, ambientes sustentáveis, por diminuição das desigualdades, promoção da saúde com participação da sociedade, o investimento nas pessoas e a saúde como prioridade dos governos. É uma verdadeira agenda para a saúde (OPAS, 1986).

Essa linha de pensamento, superando a conjuntura política, aproveitando uma brecha e demonstrando a força do pensamento de um grupo mobilizado, o Brasil dá um salto, parte na frente. Sente-se que um programa desse nível só pode se assentar em um sistema de saúde público, democrático, universalizado, equânime, descentralizado, voltado para a promoção da saúde e com participação popular, em um ambiente democrático e de justiça social. (BUSS, 2000; AROUCA, 2003; CAMPOS, 2005b; ASSIS et al, 2007; PERES, 2007). A respeito da construção do SUS no Brasil, vejamos o que diz Assis e outros (2007, p. 8): “na contramão da política econômica aliada a uma perspectiva neoliberal, passa a ser construído no Brasil a partir da década de 1980, conforme se sinalizou anteriormente, um projeto contra-hegemônico no âmbito da saúde, o SUS, pleno de contradições e ambigüidades”.

Em relação ao sistema de saúde brasileiro, as contradições e ambigüidades de que fala Assis e outros (2007), se manifestam nas marchas e contramarchas que, ao longo desses anos, acompanham a sua estruturação, a ponto de constatarmos ainda hoje, a despeito de todos os esforços envidados, a manutenção de uma prática individualista, curativa, médico-procedimento/centrada, longe da defesa da vida, pensada e desejada por aqueles que iniciaram a construção do SUS.

### **2.1.2 Desafios do hoje da(n)a atenção primária: o acesso restrito e excludente ao cuidado, o direito não assegurado a procedimentos especializados.**

[...] o direito não é conseguido [...] Ent. 6, Grupo I

A Constituição de 1988 garante o direito universal à saúde como dever do Estado. Assim, universalização do acesso a ações e serviços de saúde é uma forma de alcançar esse direito, que não se esgota na organização da oferta de atenção no âmbito dos serviços, mas envolve outros aspectos como a articulação na rede de atenção por nível de complexidade, a partir das necessidades e demandas da população. A unificação e descentralização do sistema vêm buscando de uma ou de outra forma concretizar esse ideário, nem sempre conseguindo, mesmo porque o processo ainda se encontra subordinado ao modelo neoliberal que vê a saúde como forma de alcançar lucro. Apesar dos senões, podemos dizer que a criação do SUS, enquanto Política Pública de Estado “abriu os portos” da saúde, por assim dizer, a todos os brasileiros, em particular, àqueles que não tinham vínculos empregatícios, e que não eram cobertos por seguro de planos privados, oportunizando o cuidado com a sua saúde, criando “portas de entrada” para essas ações e trazendo esperanças para uma melhor qualidade de vida. O sistema foi pensado para ser público, universal, descentralizado, participativo, equânime. Resgatando assim, parte, da grande dívida social do Estado para com seu povo, tendo a APS, como uma das portas de entrada.

Mas, como podemos perceber, com toda a luta ao longo desses anos, o direito à saúde ainda não está garantido na prática, pois ainda não chegou à ponta do sistema, ao concreto das ações, constituindo-se, de fato, um problema vital para quem pensa e faz saúde no nosso país, um nó crítico a ser refletido, repensado e resolvido. Nesse sentido, evidencia o quanto é lenta a mudança da realidade, em particular a brasileira, com seus condicionamentos políticos, econômicos, históricos e culturais complexos, sedimentados e, muitas vezes, adversos ao direito dos cidadãos.



Da parte dos sujeitos pesquisados, embora houvesse convergência em sentir que a situação de acesso restrito incomodava, não percebemos a força, a potência que essa crítica precisaria ter, para provocar uma mudança na situação. A expressão de desagrado ainda aparece convergindo para um discurso velado, tímido, que aflora entre as falas de vários entrevistados, denotando a dificuldade por que passam os nossos usuários, a população, em se expressar, em se situar e se perceber como sujeito de direitos, após tantos anos de esquecimento e de tentativa de construção de cidadania. Eis o fruto das desigualdades, do abandono, da falta de interesse dos governantes, da falta de acesso, que afasta, inibe, desanima as pessoas, aliena. Nessa mesma linha de pensamento, se situam Queiroz, Sá e Assis (2004, p.3), analisando as políticas públicas no município de Feira de Santana, alertando para o pano de fundo dessa realidade não só local, como nacional, argumentos com os quais corroboramos.

[...] Entretanto, a universalização dos direitos depende efetivamente do *empowerment* da população, que, por sua vez, é fortemente determinada pela conjuntura social, política e econômica, materializada em políticas públicas que, ao serem implementadas, têm o papel de atender às necessidades de cidadania e de reduzir as desigualdades sociais.

Em se tratando das desigualdades sociais, concordamos com Vianna e outros (2001), Escoda (2004), Werthein (2005), Peres (2007), quando afirmam que o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo moderno, com uma história plena de descompassos em relação ao desenvolvimento, que se revelam através dos indicadores sociais, particularmente os da educação e da saúde. E não apenas em relação a esses indicadores, mas, sobretudo, repercutindo na forma de ver, de viver, de ser e de pensar a vida, do nosso povo. Como podemos perceber, os desequilíbrios do desenvolvimento brasileiro, seus pontos fracos, entre os quais o baixo nível de escolaridade e suas chamadas doenças da miséria, revelam um tecido social, injusto, perverso, excludente, que, ao mesmo tempo em que exclui, que marginaliza, impede o desenvolvimento e o reconhecimento de seres humanos como sujeitos. No que se refere aos determinantes da saúde não podemos esquecer que é função do Estado estabelecer, criar, implementar políticas públicas para prover as condições que garantam ao cidadão o direito ao alcance de suas necessidades básicas.

A aceleração do processo de municipalização do governo Collor, com o objetivo maior de transferir as responsabilidades, mais do que financiar e estruturar o SUS conforme situa Silva Junior (1998), se torna mais visível no município de Feira de Santana, entre a década de noventa e o início da seguinte, e vem se configurando mais como uma

descentralização sem poder de decisão, não apenas referente ao financiamento, mas em vários aspectos das ações de saúde. A conjuntura política atual também colabora para a centralização/concentração. Isso porque o poder, no sistema local de saúde, ainda se encontra concentrado, nas mãos do Executivo Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde, com baixo poder de discussão e decisão em relação aos demais sujeitos. Nesse aspecto, Luz (2000) discute essa problemática centralização/descentralização, onde predominam as políticas centralizadas, com suas contradições e conflitos, sem adequação às realidades locais e que revelam a centralização do poder na sociedade. Por outro lado aborda também a concentração/desconcentração que se refere ao poder de decisão, à autonomia, ao poder político. A descentralização não vem acompanhada da desconcentração do poder político, ficando as diversas esferas, dependentes do poder central e das suas determinações. No entanto, o financiamento já é descentralizado e direcionado para determinadas ações. Para a autora, esta é uma situação em que o Brasil, nos seus 117 anos de República ainda se debate. Há questões permanentes e não solucionadas nas políticas públicas, em particular na saúde. Há hoje, pouco espaço para o poder local gerir o sistema com autonomia e reserva de decisão.

Há dicotomia e contradições no que se refere à centralização/ descentralização ou, como é mais real, na concentração/desconcentração, tanto da política, quanto das ações, com limitações na transferência de poder, e sem garantia do financiamento compatível, conforme constata Queiroz, Sá e Assis (2004), Assis (1998 a,) Assis e outros (2007). Ao lado disso, os governos neoliberais com os quais convivemos se encarregaram de desestimular as reduzidas políticas sociais existentes, entre elas as associadas à saúde. Esse processo distorcido de centralização/descentralização-concentração/desconcentração, com responsabilidade, sem financiamento definido e compatível, com baixa autonomia, interfere na priorização das ações, na produção dos serviços, no trabalho e assim no acesso aos serviços de saúde.

Assis (1998a), em um estudo realizado sobre a municipalização da saúde em Feira de Santana chegou à conclusão que esse processo vem acontecendo com marchas e contramarchas, influenciado e dependente dos governantes, com enfoque institucional e burocratizante. Além disso, com baixa participação da sociedade civil organizada e de franca influência neoliberal que, pelo visto, se mantêm até hoje.

Em um outro estudo, discutindo o público e o privado em Feira de Santana, Assis (1998b) percebeu que predomina a lógica privatista, clientelista e corporativista nos serviços de saúde, com reprodução do modelo sócio-político dominante, demonstrando, que a despeito do tempo, das políticas, dos governos, a saúde no município continua deixando a desejar, pouco focada nos interesses e necessidades dos usuários e, com predominância do setor

privado. Em uma pesquisa realizada por Pimentel (2001) na mesma unidade do estudo atual, os resultados revelaram que o acesso dos usuários aos serviços é restrito e pouco significativo. A conclusão semelhante chegaram Assis, Vila e Nascimento (2003, p.2), em estudos desenvolvidos em unidades básicas de saúde de Feira de Santana: “o acesso aos serviços é focalizado e seletivo para responder a uma determinada queixa, tecnologicamente atrasado e discriminatório, dirigido ao usuário de baixa renda, que têm menor qualificação no setor formal da economia e à população excluída socialmente”.

Levando em consideração esses estudos citados e os resultados desta pesquisa, percebemos que estamos no trimestre final de 2007 e a situação não parece ter se alterado. Isso nos permite inferir que, ao longo desse tempo, houve pouco progresso no município na conquista do direito à saúde pelos usuários, no acesso ao cuidado, a um serviço conforme as suas necessidades. No que se refere à Unidade de Saúde em questão, em particular às pessoas com DM, o acesso e o cuidado, a despeito dos esforços de alguns trabalhadores, dentre eles da gerência da unidade, ao que tudo indica, se encontram em situação difícil, o que chega a ser bastante preocupante, por ser a unidade considerada uma das mais organizadas do município.

Em outro momento, no mesmo estudo, Assis, Vila e Nascimento (2003, p.3) analisam ainda a existência de articulação entre a realidade local e a problemática nacional. Constatam que se trata de um universalismo excludente, agravado por uma histórica demanda reprimida, e que acompanha o cenário de saúde no país, “no cenário nacional convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados, que se complementam e se justapõem, nos diferentes serviços públicos e privados, havendo um descompasso entre a legislação e a legitimidade social”.

Concordamos com Franco (2006) quando, reforçando essa visão, atribui a exclusão da maioria dos usuários do cuidado na saúde, à burocracia ao acesso, à baixa oferta, à ausência de dispositivos de acolhimento, à concentração na consulta médica e ao pouco aproveitamento dos demais trabalhadores, restringindo o acesso, e com ele o cuidado. Merhy (1997b, 1998, 2002, 2004), analisando a realidade dessas práticas atribui à perda, pelos trabalhadores, da dimensão cuidadora das ações de saúde e, com eles, dos serviços, o desvio de rumo que vem acontecendo na atenção à saúde, tendo como consequência a burocratização do acesso, o pequeno acolhimento, a baixa humanização dos serviços, a fragilidade e simplificação do cuidado e a degradação do próprio trabalho vivo. Na raiz dessa ausência do reconhecimento dos direitos, do acesso restrito e excludente, na superficialidade do cuidado, aparece, em grande escala, a perda dessa dimensão cuidadora, de que fala Merhy (1998), com quem concordamos.

No entanto, Giovanella e Fleury (1996), Assis (1998a), Assis, Villa e Nascimento (2003) abordam o acesso seletivo, associando-o à desigualdade, que, como já vimos é causa de sérios problemas para a visão ampliada da saúde<sup>11</sup>, associados, dentre outros aspectos, aos diferentes poderes de compra dos serviços, à forma como essas ofertas se configuram e ao poder de negociação do usuário, em geral baixo, até porque ele mal ousa criticar, como podemos imaginá-lo a exigir seus direitos?

Alguns grupos específicos são escolhidos e cuidados, são selecionados, outros não, daí podermos situar o acesso, também, como excludente, já que muitos estão fora da atenção. Há uma perda da visão de cuidado em virtude dos efeitos da ação racionalizadora do modelo de organização e oferta dos serviços, com conseqüente baixa de qualidade da atenção, como situam as autoras citadas.

Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) dizem que, embora a descentralização esteja ocorrendo, ainda não se pode afirmar, que o sistema esteja integrado, que venha a facilitar o acesso, que produza o cuidado com horizontalidade, e que conduza à construção da integralidade. Na unidade em estudo, o acesso se dá através da recepção que informa sobre os dias em que há marcação de consultas e procedimentos, dentre outras questões. Segundo os trabalhadores, todas as informações são prestadas aos usuários, sempre que eles os procuram.

[...] Colocamos cartazes informando os dias das marcações, tanto para os médicos quanto para a marcação das guias [...] todos os meses marcamos para os médicos e para a nutricionista [...] ai a gente diz a eles e coloca no cartaz para eles saberem [...] Ent 4, Grupo I

[...] tem a data certa de vir marcar a consulta [...] Ent. 2, Grupo II

Há convergência nas falas de trabalhadores e de usuários que asseguram ser o acesso à informação fácil, confirmam a presença dos cartazes e a afirmativa de que a cada mês as consultas são apazadas, previamente, informadas oralmente, quando perguntada e, marcadas no dia previsto. Entretanto, pudemos perceber que apenas os trabalhadores de enfermagem e da recepção tinham conhecimento dessas atividades, enquanto os demais conheciam apenas o processo das suas ações específicas, com baixa visão do conjunto das ações.

Identificamos, também, algumas divergências entre os usuários. Para alguns destes, os trabalhadores da recepção não informam bem, não explicam, não colaboram com eles, para

---

<sup>11</sup> Proposta pela OMS, leva em consideração os diversos determinantes da saúde e a considera como a capacidade dos indivíduos e grupos de atender às suas necessidades e realizar suas aspirações, além da forma como lida com o meio ambiente. Seria uma forma de levar a vida no seu cotidiano, e não o objetivo dessa vida adaptado de Starfield (2004).

resolução dos seus problemas além de lhes restringirem o acesso a algumas consultas e procedimentos. Há uma barreira, um balcão de madeira entre os trabalhadores e os usuários.

[...] o atendimento de alguns funcionários não é bom...não explicam...não informam...de cara fechada...lá tem um antigo que é dez...a gente fala não respondem...parece que são surdos.[...] Ent. 1 Grupo II

[...] o atendimento do público deixa muito a desejar [...] Ent 6 Grupo I

As informações escritas e afixadas em local visível são consideradas positivas, mas podem ser também, um obstáculo ao acesso e ao acolhimento se não forem acompanhadas da atenção, da informação respeitosa, clara, atenciosa, amorosa, acolhedora. Serão um obstáculo se forem oferecidas atrás de um balcão, de forma rápida, sem direcionar o olhar para o usuário, monossilábicas, pouco audíveis. Uma atitude assim termina por inibir o usuário, em geral já preterido, excluído e carente de atenção, além do que, fragilizado pela enfermidade.

O acesso se articula à localização da unidade de saúde próxima à população, como os usuários são acolhidos no Programa de DM, a disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade da rede em produzir serviços que dêem respostas às necessidades expressas em demandas pela população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Em relação à localização, constatamos, através da identificação dos endereços, que a maioria reside em locais não muito distantes da unidade de saúde, embora houvesse alguns usuários, com domicílios em bairros mais distantes e necessitassem de transporte para chegar até o serviço de saúde, vindo, nesse caso, de ônibus.

A Unidade trabalha com uma demanda relativamente organizada, embora receba, também, alguma espontânea e, sua ação está voltada para o atendimento a grupos específicos como mulheres, crianças, idosos, diabéticos, hipertensos, escolares, além de planejamento familiar, como evidenciaram a observação e os depoimentos:

[...] a gente atua na área da Santa Mônica I e Parque Getúlio Vargas... a gente recebe o cliente que é referenciado pelo ACS...aquele que chega com o resultado de glicemia que alguém solicitou...ou que foi solicitado pelo médico do atendimento móvel da prefeitura.[...] Ent 3 Grupo. I

Há convergência nas falas de trabalhadores informando que a Unidade atende a todos os usuários que chegam com a glicemia alta, referenciados pelos PSF, ACS, unidade móvel, inclusive de clínicas particulares, tanto da área de abrangência quanto de outras áreas, embora haja outros trabalhadores, que não tinham conhecimento donde vêm os usuários. Os cadastrados no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) também são atendidos lá. Em relação a

esse aspecto, a Unidade atende à universalidade do acesso recomendada pelo SUS. Entretanto há um descompasso de ação e de informação entre os trabalhadores, o que demonstra a necessidade de maior articulação no serviço.

[...] O Centro atende a todas as pessoas de quatro bairros: Brasília, Parque Getúlio Vargas, Santa Mônica I e Capuchinhos....atendemos também às pessoas do CAPS [...].Ent. 4 Grupo I

[...] atendo a todas as patologias..inclusive diabetes[...] Ent. 2 Grupo. I

[...] quando chega a gente vê as condições, atende avalia a necessidade do momento e ele faz a programada [...] Ent. 3 Grupo. 1

[...] nós acolhemos, orientamos, solicitamos exames, e encaminhamos para a Unidade do bairro em que residem.[...] Ent.5 Grupo. I

[...] a gente assume...na segunda pré-natal, terça...diabéticos e hipertensos....quarta...treinamento, orientação visita e supervisão de todos os ACS, quinta...planejamento familiar e sexta... acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ACD) [...] Ent 3 Grupo I

O Centro se constitui em porta de entrada para todas as patologias, inclusive DM. Aí as pessoas têm acesso a consultas médicas, de enfermagem, de nutrição, para o dentista, fazem preventivos, marcam e carimbam exames, encaminham guias de procedimentos, recebem medicações, pequenos curativos, teste do pezinho e conseguem se vacinar.

A despeito de todo o avanço que houve, podemos, na realidade, considerar o acesso restrito, focalizado e excludente, essa “porta de entrada” insuficiente, não representando de fato as necessidades das pessoas que procuram o serviço, uma vez que contingentes da população que dele necessitam, não conseguem ser atendidos, na medida de suas necessidades. E quando esse atendimento se dá, essas ações são superficiais, pontuais, pouco integradas e com baixa resolubilidade.

[...] as vaga são pouca, a gente chega de madrugada, as perna da gente cansa de ta na fila, a gente é diabético não pode ficá muito tempo em pé...e quando chega lá acabou as vaga[...] Ent. 4 Grupo II

[...] Cada um faz a sua parte [...] Ent. 3 Grupo I

O acesso diz respeito não só às características do usuário e das suas condições para obter o serviço, como das condições das instituições para proporcioná-lo. Para alcançar seus objetivos precisa ser amplo, favorecer a universalidade, atender às demandas e às necessidades dos usuários, sem sobrecarregar os prestadores de serviços. Abrange, em um sentido mais amplo, as características do cuidado, a inter-relação trabalhadores-usuários, os

aspectos socioculturais, os valores e representações sociais dos usuários, a forma como está organizada a unidade e suas condições de funcionamento. Relaciona-se, portanto, com a disponibilidade e oferta de serviço, a forma como esse serviço se organiza, em que local, quando, em que contexto, com que facilidade é conseguido ou não esse acesso pelas pessoas que dele necessitam, se é desenvolvido em tempo hábil e se há resolubilidade na demanda atendida. Tudo isso é analisado quando se avalia o acesso. Para tanto, necessita o serviço, se munir de infra-estrutura física-organizacional, de trabalhadores capacitados e em número suficiente para a oferta de serviços, compatíveis com as demandas/necessidades daquelas pessoas e grupos adscritos à sua área, e com reserva para outros que não são da área, cumprindo assim, o princípio da universalidade.

[...]a recepção precisa tem mais pessoas e ser mais organizada...é muita gente para uma pessoa atender[...] Ent. 4 Grupo II

O acesso seria construído pelos sujeitos, com base em suas necessidades, tomando a vida social como poder instituinte, capaz de transformar não só os sujeitos como a realidade do cuidado e não pode estar reduzido à assistência médica, como asseguram Assis (1998a, 1998b,) Assis, Villa e Nascimento, (2003), Assis e outros (2007). Nessa lógica precisa se inserir o Centro de Saúde.

[...] este Centro de Saúde foi o primeiro do município a implantar o Programa de Atenção ao Diabético...nós atendíamos toda a população do município de Feira...até os seus Distritos...era o Centro de Referência do município para o diabético. ...antes da descentralização das ações nós tínhamos aqui mais de 1.500 diabéticos cadastrados.[...] Ent 5 Grupo I

[...] com a municipalização o programa foi descentralizado para outras unidades em outros bairros...alguns pacientes ainda criam resistência em receber esse atendimento em outras unidades pois gostam do atendimento prestado por nós, profissionais desta Unidade.[...] Ent 5 . Grupo I

[...] eu já me tratava aqui...depois veio aquela mudança e eles queriam me tirar daqui..aí eu já estava acostumada com as pessoas... e pedi para me deixarem aqui...aí eles abriram mão[...] Ent 3 Grupo II

[...] eu já era daqui...quando mudou eu pedi pra ficar.... aí fiquei...aqui é melhor pra mim pra eu pegar o ônibus.[...] Ent. 7 Grupo II

Para que se tenha uma visão mais próxima da realidade é necessário que se perceba, que se analise o que ocorre nos serviços. Na unidade de saúde, no cotidiano das ações, é que é possível constatar se a garantia do direito está sendo assegurada concretamente. O acesso é uma categoria que tem condição de permitir esse conhecimento, asseguram Giovanella e Fleury (1996).

Outro aspecto destacado pela maioria dos entrevistados se refere àqueles que, comparecem pela primeira vez ao serviço, e mesmo durante o acompanhamento. Nesse caso, o acesso é facilitado em direção ao atendimento de enfermagem, tanto em relação à auxiliar quanto à enfermeira, como para o clínico:

[...] quando eles vêm pela primeira vez a gente encaminha logo para a enfermeira e para o médico [...] Ent. 1 Grupo I.

[...] a gente acolhe, olha o exame..se realmente está elevada faz o primeiro atendimento, orienta e encaminha para o médico para fazer o segundo atendimento [...]...Ent. 3 Grupo I

[...] quando é diabético, a gente manda logo ele lá para dentro procurar a auxiliar ou a enfermeira [...] Ent. 4 Grupo I

[...] a enfermeira, a auxiliar, o médico, acolhem, atendem, orientam dão a receita, eles pegam a medicação aqui e encaminham a outros profissionais[...] Ent. 5 Grupo I

[...] pra marcar não demora não.quando a moça que marca consulta pra diabetes está ai é fácil[...] Ent 1 Grupo II

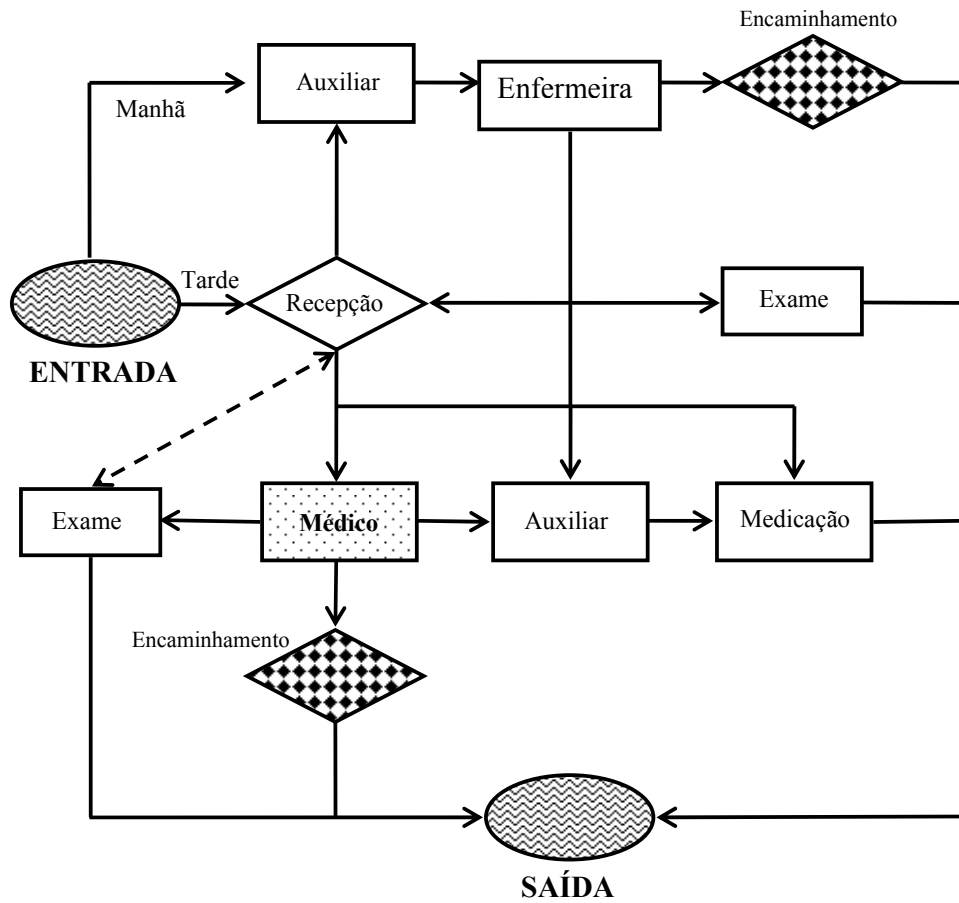
[...] eu aqui só faço acompanhamento de Diabetes com médico e enfermeira.. já fui à nutricionista...já faz um tempo[...] Ent. 3 Grupo II

.[...] Pra marcar pro diabetes na recepção não tem fila[...] Ent. 5 Grupo II

[...] fui atendido antes pela enfermeira e ela disse que eu fosse fazer os exames e que quando recebesse podia vim entregar...eu vim, ela já olhou.. disse que o açúcar tá alto, perguntou pela comida, pelo remédio, conversou e agora vou pro clínico[...] Ent. 7 Grupo II.

Percebemos que as falas dos entrevistados convergem em relação à facilidade de acesso às auxiliares, enfermeiras e ao clínico que trabalham na unidade, através do encaminhamento da recepção, da auxiliar ou mesmo por iniciativa dos usuários ao se dirigir aos trabalhadores de enfermagem, como pode ser acompanhado no fluxograma abaixo.





**Figura 7. Acesso do usuário cadastrado no programa de atenção ao diabético no CASSA.**

Como podemos observar, se o acesso das pessoas com DM ocorre no período da manhã, estas vão em busca da auxiliar responsável pelo atendimento às pessoas com DM, conhecida dos usuários. A referida auxiliar executa o cuidado, verifica TA e encaminha para a enfermeira que faz a consulta e os encaminhamentos que se sejam necessários. Caso requiera um atendimento especializado, os usuários retornam outro dia para tentar marcar o atendimento, inclusive solicitação de exames, que irão ser carimbados na recepção, com retorno à auxiliar de enfermagem para liberação da medicação. Após esses procedimentos os usuários saem da unidade. Se o acesso se dá à tarde, a pessoa se dirige à recepção que a encaminha à auxiliar de enfermagem da Unidade, que por sua vez a encaminha à enfermeira. Ressalta-se que no período vespertino não há uma auxiliar responsável para atender a essas pessoas. Se o usuário for atendido pelo médico, ele se dirige à recepção, registra sua presença, recebe sua ordem de atendimento e aguarda a consulta que será realizada pelo médico. Se for solicitado exame, o usuário se dirige à recepção para carimbar a guia de encaminhamento ao

serviço conveniado com o SUS. Se for prescrita medicação, a pessoa é encaminhada a auxiliar de enfermagem para que a liberação seja realizada, no entanto, se for solicitado algum encaminhamento especializado, o usuário terá que retornar no outro dia para tentar marcar o exame. Se o acesso é apenas para carimbar exames o usuário vai à recepção carimba ou não, a depender do exame solicitado e sai da Unidade. Através desse percurso podemos perceber que o acesso se encontra facilitado em relação a alguns cuidados, focalizados nas ações médicas, de enfermagem e de odontologia (que abordaremos posteriormente).

Segundo os entrevistados, quando a auxiliar que marca para a enfermeira está trabalhando, é mais fácil. No turno em que a auxiliar responsável por atender às pessoas com DM não está trabalhando, eles se dirigem à recepção com o cartão. São apazados ou encaminhados a uma auxiliar que se encarrega de marcar para a enfermeira, informando eles que, quase sempre encontram vaga.

O acesso se encontra restrito no que se refere à prática da nutricionista, às especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidade. Através dos depoimentos dos usuários podem-se perceber as tentativas, sem sucesso, de conseguir a atenção de que necessitam, em tempo hábil e com a resolubilidade adequada.

[...] ela falou do açúcar alto...encaminhou pra nutricionista mas tem que vim marcar...mas só tem pra daqui a três meses... como é que eu posso esperar se eu preciso fazer uma cirurgia do coração, o médico pediu urgência e só faz com o açúcar baixo e se não consultar a nutricionista o açúcar não vai baixar[...] Ent. 1 Grupo II

[...] fui à nutricionista ..mas já tem um tempo..[...] Ent 3 Grupo II

“[...] Não senhora...nunca fui nela não [...]” Ent. 8 Grupo II

[...] já fui.. mas foi logo quando eu cheguei, no início,.... com aquela mais forte...de lá pra cá não fui não senhora...a mulher já sabe...faz a comida [...] Ent 6 Grupo II

[...] marcamos 12 pessoas uma vez por semana para a nutricionista...tem muita gente que vem procurar[...] Ent. 4 Grupo I

[...] Há demanda reprimida para a nutricionista [...] Ent. 5 Grupo I.

No que se refere à prática da nutricionista, a convergência quase total dos usuários, indica dificuldade de acesso e, assim, do cuidado, ocasionando acompanhamento restrito desse trabalhador, tão importante para o projeto terapêutico. O fato revela problemas na organização e na gestão dos serviços, em particular do trabalho. A maioria havia realizado consulta com a nutricionista há mais de dois anos. Um deles recebeu esses cuidados ao ser

cadastrado, alguns não tinham sido encaminhados, ou não conseguiram vaga. Este vazio de cuidado é preocupante uma vez que, um dos tripés em que se assenta a atenção às pessoas com doenças crônico-degenerativas, em particular o DM, é o plano alimentar personalizado, que não pode prescindir da nutricionista, com acompanhamento continuado de cada um dos usuários, durante todo o tempo em que ele participar do programa. A única nutricionista que existe na Unidade, atende 12 pessoas por semana e não apenas DM, mas a todos os programas.

Em relação ao acesso ao cuidado da enfermeira, embora tenhamos constatado a facilidade desse acesso, o fato de atender aos diabéticos apenas uma vez por semana e, ainda partilhar esse momento com os usuários hipertensos, se configura em restrição, principalmente se for comparado o número de diabéticos cadastrados e que freqüentam, 436 pessoas (FEIRA DE SANTANA, 2007a), e o número de enfermeiras, uma por turno. Mesmo atendendo 12 pessoas/turno e aberta à demanda espontânea, a maioria dos depoimentos e a observação revelaram restrição ao acesso. Se acrescentarmos as demais e simultâneas atividades que a enfermeira desenvolve, então concordamos com alguns entrevistados que a situam com sobrecarga de trabalho com tempo reduzido para o cuidado adequado a todos os usuários que dependem dela.

[...] atualmente temos apenas uma enfermeira por turno, e é generalista...uma para atender a todos os programas...e, para que isso seja possível, coloca um em cada dia. Ent. 5 Grupo I

[...] o que pode vir a prejudicar o usuário, deixar o profissional insatisfeito e comprometer o serviço... além da sobrecarga [...] Ent. 5 Grupo I

[...] a enfermeira tem muitas atividades, corre de cá para lá, atende, não dá tempo para mais nada[...] Ent. 6 Grupo. I

[...] o tempo de espera é grande....eu fui a primeira para a enfermeira eles marca para começá uma hora ..eu gosto de chegá cedo..chegueii doze e meia e só lá pras 3 h é que a gente vai sair...a gente cansa ....é ruim porque empata a gente [...] Ent 1 Grupo. II.

[...] é bom melhorar o tempo de espera...a gente fica com fome...sem uma acomodação[...]... Ent 3 Grupo.II

[...] eu venho a cada 3 ou 4 meses pra entregar exame à enfermeira ou pegar requisição, ou pegar remédio [...] Ent 2 Grupo II

Esse trabalhador vem apresentando sobrecarga de atividades, uma vez que muitas são as atribuições e, insuficiente o seu quantitativo em atuação na unidade. Isso não só prejudica o cuidado, ao usuário, mas, sobretudo, ao próprio trabalhador que se sente insatisfeito com a qualidade da sua atenção. Além das atividades na Unidade, cada enfermeira atende a duas

sub-áreas de abrangência do CASSA, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que delas fazem parte. Observamos que a enfermeira dividia a atenção entre a consulta com o usuário e várias atividades outras, como telefonemas, e solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, com várias idas e vindas à recepção para atender ao telefone e resolver pendências, além de urgências que chegavam à unidade e que demandavam atenção.

Em relação ao atendimento do dentista, notamos que, embora não tivesse sido comprovada restrição ao acesso, nem falta de vagas, identificamos que apenas uma usuária, dos entrevistados, vem sendo acompanhada para atenção em saúde bucal, estando a maioria fora desse atendimento:

[...] não senhora, nunca fui...e nem sabia que aqui tinha dentista para os diabéticos [...]  
Ent. 5 Grupo II

[...] nunca fui ao dentista [...] Ent. 1 e 2 Grupo II

[...] Os profissionais médicos e dentistas são suficientes para a demanda da área [...]  
Ent. 5 Grupo I.

Vejamos o movimento das pessoas com DM no que se refere ao acesso ao dentista de referência na unidade, representada no fluxograma abaixo.

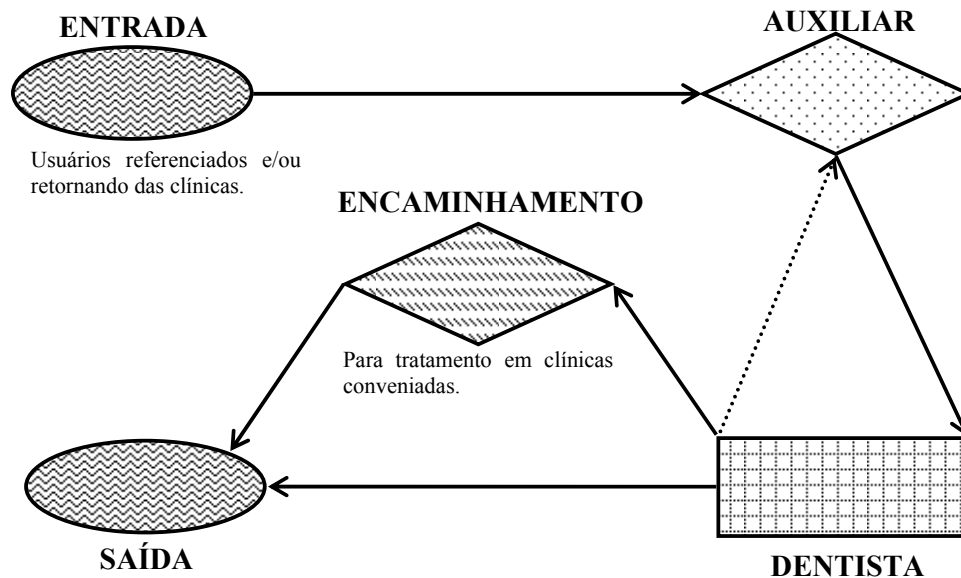


Figura 8. Atendimento de usuários cadastrados no CASSA para saúde bucal.

O usuário chega ao CASSA referenciado por alguma unidade de saúde, em geral pelo Centro de referência de DM e se dirige à auxiliar que trabalha com o dentista que o apraza. O dentista desenvolve seu cuidado e, se necessário o referencia para a realização de procedimentos que extrapolam as ações da unidade. Após o procedimento realizado o usuário retorna ao dentista que continua seu cuidado. Após o cuidado, se completar, o mesmo retorna à sua unidade de origem. Não foi percebida restrição ao acesso, apenas pouca informação dos usuários em relação ao serviço e pouca utilização desse cuidado.

O serviço e o trabalhador são referências para saúde bucal e prevenção em periodontias no município, tanto para crianças, escolares, gestantes quanto diabéticos, enquanto dois outros dentistas cuidam das demais necessidades da área. Se esses usuários necessitam de outros cuidados, são encaminhados pelo próprio trabalhador, para atendimentos de referência fora da unidade. Nesse caso o acesso é facilitado e segundo os depoimentos, os usuários vão com referência e retornam com a contra-referência. Não foi possível constatar o fato. Quando encerram o tratamento no CASSA, retornam à sua unidade de origem.

O acesso é disponível a todos os usuários municipais, desses segmentos, cobertos por esse projeto de saúde bucal. Os usuários podem ser referenciados pelos médicos, pelas enfermeiras, ou outros, como nutricionista, de qualquer Unidade de Saúde. O trabalhador responsável pelo serviço informa que, a maioria dos diabéticos, que é acompanhada por ele, vem do Centro de Referência em Diabetes, mas que há usuários CASSA também. Notamos, entretanto, que há convergência na desinformação a respeito do serviço, tanto pelos usuários quanto da parte de outros trabalhadores.

Vejamos o que dizem os entrevistados:

[...] aqui temos os dentistas para atender à área de abrangência e um serviço de saúde bucal que é referência para o município, inclusive para os diabéticos que são encaminhados pela Secretaria...É um trabalho muito bom e que já tem 09 anos aqui na Unidade. Os usuários gostam muito, não só do profissional como do atendimento[...] Ent. 5 Grupo I.

[...] temos 04 projetos...eu atendo gestantes, recém-nascidos, escolares e pré-escolares juntos, e diabéticos...é demanda dirigida...ai eu faço toda uma avaliação com o diabético além da saúde bucal e da prevenção de problemas periodontais...Esse é um trabalho que me dá satisfação ...eles adoram...se precisar fazer tratamento fora não tem problema..... eu encaminham...eles vão e vêm com referência.....quando terminam o tratamento aqui eles voltam para a unidade deles[...] Ent 7 Grupo. I

[...] Sou da área, estou aqui hoje para continuar o tratamento com Dr..... Tem 04 anos eu faço o tratamento com ele.....ele disse que minha boca nem parece que tenho diabete....antes eu vinha todo mês...eu tomo muito cuidado.... me dá flúor...faço tudo...agora ele marcou para dezembro...ele disse que está tudo

bem....ele é ótimo...alegre... conversa com a gente...todo mundo gosta dele[...] Ent 4 Grupo. II

Para Santos e Assis (2005), Rodrigues e Assis (2005) ainda há acesso restrito e demanda reprimida na saúde bucal na ABS, tomando como recorte de análise outra realidade da Bahia. No presente estudo, o acesso ao serviço de saúde bucal, pelas pessoas com DM, aparece prejudicado pela falta de informação, pela falta de encaminhamento e pela desintegração e fragmentação do cuidado como um todo. Essa realidade observada no campo de pesquisa condiz com os resultados alcançados pelos autores acima citados. O mesmo problema se configura em relação à baixa demanda para esse serviço, o que é preocupante, uma vez que as pessoas com DM têm facilidade para desenvolver problemas bucais, muitos deles, passíveis de prevenção. As pessoas que esperavam e a própria entrevistada que fora atendida, demonstraram satisfação com a atenção dispensada pelos trabalhadores de saúde do setor.

Em relação ao trabalhador médico ele recebe o usuário que é encaminhado seja pela recepção seja pela enfermeira, faz a consulta, prescreve a medicação, solicita os exames e faz os encaminhamentos que se fizerem necessários. Foram registradas queixas desse trabalhador em relação à descontinuidade do cuidado, uma vez que o usuário nem sempre retorna para o mesmo médico.

Houve convergência nas falas dos entrevistados em relação ao acesso à medicação na Unidade. Foi considerado por eles como um ponto de satisfação, com o cuidado e com o serviço. Isso em relação àquelas disponíveis no SUS, da farmácia básica, mas é indisponível no que se refere à medicação complementar, para prevenção de complicações como colírios para a retinopatia, vastatinas para a queima de colesterol, o que foi percebido, informado e requerido, por trabalhadores de saúde da unidade, como forma de melhor prover o cuidado.

Não foram percebidos problemas de acesso em relação aos procedimentos e encaminhamentos para fora da Unidade, que não dependem da Central Municipal de Regulação. Estes são direcionados para a rede de serviços de referência, não só da Unidade como do próprio município, como pode ser identificado pela observação realizada e a convergência dos depoimentos dos entrevistados.

[...] o encaminhamento é feito para as unidades de referência...ele é acolhido, avaliado pela enfermeira e pelo médico, atendido e,... a depender das necessidades e condições..... é encaminhado...ou para a Policlínica do Tomba... ou para qualquer Hospital... ou qualquer clínica de fora...O sistema de referência e contra-referência funciona aqui[...] Ent. 5 Grupo. I

[...]...se acontecer uma urgência, a gente encaminha com guia, relatório para as unidades de referência...se for mais urgente ou emergência também, mas já vai para o hospital...a gente liga..... fala com as colegas..elas são prestativas e atendem...a gente diz que ele vai..a gente liga...conversa com o plantonista..que vê a necessidade do momento ....conversa com o clinico de lá .....ele é atendido...e quando volta, volta para a demanda programada... elas só têm resolutividade para aquele momento do encaminhamento[...]" Ent. 3 Grupo. I

[...] quando eles chegam com emergência a gente manda sem papel nenhum, mesmo sendo da unidade...às vezes chama a SAMU... e ai vai para enfermeira, pro médico, se estiver ai e vai com papel[...]" Ent 4 Grupo I

No entanto, os entrevistados convergiram nas queixas a respeito da forma pouco humanizada, das relações, do como são recebidos e atendidos, por alguns trabalhadores, o que vem corroborar com a observação realizada. Um exemplo disso é que há trabalhadores que entram sem olhar para as pessoas, sem as saudar, como se não houvessem percebido suas presenças, prejudicando o vínculo, a resolubilidade. Essas atitudes dificultam a formação de laços, distanciam o trabalhador do usuário, diminuem a confiança e prejudicam o cuidado. São considerados como “ruídos” reveladores por Franco (2006) de que algo necessita ser realizado para transpor essa distância.

[...] aqui eu acho a forma da marcação é pouco respeitosa, pouco humanizada, com muitos papéis e não resolve o problema das pessoas...[...]" Ent. 6 Grupo. I

[...] a gente não encontra consulta para alguns médicos e outros profissionais quando a gente precisa... são muitos quereno...muitos exame.....pra pouca vaga e quando a gente consegue tem uns que nem olham pra gente..[...]" Ent. 1 Grupo II

“ o tempo de espera é grande....eu fui a primeira para a enfermeira eles marca para começá uma hora ..eu gosto de chegá cedo..cheguei doze e meia e só lá pras 3 h é que a gente vai sair...a gente cansa ....é ruim porque empata a gente” Ent 1 Grupo. II.

“é bom melhorar o tempo de espera...a gente fica com fome...sem uma acomodação...” Ent 3 Grupo II

Os entrevistados convergiram nas queixas em relação à falta de acomodação, falta de cadeiras no corredor, para esperar o atendimento, ao tempo de espera, considerado longo, duas horas, pelo menos, e o calor do ambiente, uma vez que não há ventiladores no corredor, considerado, também, estreito em relação ao aporte de pessoas nos horários de maior movimento, isto é, no início dos turnos quando há vários trabalhadores atendendo.

As falas dos entrevistados convergiram no que se refere às queixas de deficiência de vagas para aqueles trabalhadores considerados melhores pelos usuários Segundo eles, há alguns que atendem bem e são bastante procurados. Para estes, sempre faltam vagas. Queixam-se do desconforto da espera nas filas para marcar, muitos deles idosos, outros não

tão idosos, mas diabéticos. Falam da sensação de desânimo e decepção de aguardar, enfrentar uma fila e não conseguir a vaga que necessitam, pela demora em conseguir realizar os exames solicitados e mesmo do retorno desses resultados. Isso causa restrição no acesso, refletindo no cuidado.

[...] as vaga são pouca, a gente chega de madrugada, as perna da gente cansa de ta na fila, a gente é diabético não pode fica muito tempo em pé...e quando chega lá acabou as vaga.[...] Ent. 4 Grupo II

Nesse sentido, as dificuldades na “porta de entrada” prejudicam o serviço, a imagem da unidade perante os usuários, des-estabiliza o acesso, inviabiliza o próprio atendimento e a sua integralidade, desestimula o usuário, prejudica o vínculo, fragmenta o trabalho, quebra a continuidade da atenção e do projeto terapêutico, ou seja, do próprio cuidado e da sua eficácia.

[...] a médica me pediu 2 exame no mês dois.... agora a gente já ta no mês 6 só consegui fazer um e nem recebi o resultado..... e nada do outro..... e a médica quer o resultado e eu tô preocupado pois.eu quero vê como vai o rim...eu to achando que ele não tá bom..e até hoje não fiz o exame.[...] Ent 5 Grupo II

[...] os procedimentos solicitados levam três a quatro meses para voltar, quando voltam....se for de média ou alta complexidade ainda pior...o que prejudica a continuidade da atenção...há também dificuldade de acesso aos especialistas; a marcação demora até três meses para acontecer.[...] Ent. 2 Grupo I

Acresça-se a isso o fato de que há queixas de usuários a respeito do atendimento de alguns trabalhadores. Também surgiram depoimentos com queixas, inclusive de trabalhadores, sobre o número insuficiente destes na unidade, além da qualificação considerada por eles como deficiente. Segundo eles, muitos não são qualificados para os trabalhos que desenvolvem e há sobrecarga de atividades para a maioria deles. Assim, foi possível observar tanto as dificuldades da “porta de entrada”, quanto as limitações e seletividade do acesso, como a fragilidade do acolhimento.

“ o atendimento de alguns funcionários não é bom...não explicam...não informam...de cara fechada...lá tem um antigo que é dez....a gente fala não respondem...parece que são surdos...” Ent. 1 Grupo II

“a recepção precisa ter mais pessoas e ser mais organizada...é muita gente para uma pessoa atender...” Ent. 4 Grupo II

“ o atendimento do público deixa muito a desejar.. “ Ent 6 Grupo. I



Nesse aspecto, Cecílio (1997a), Matumoto (1998), Teixeira (2003a, 2005), Franco (2006), Franco, Bueno e Merhy (2006), Merhy e outros (2006), falam da necessidade do uso das tecnologias leves no acesso, no acolhimento e no cuidar. Discutem a importância, os benefícios, a eficácia do acolhimento nesse processo, visto como ação clínica, pertinente a todos os trabalhadores e que devem estar presentes em todas as oportunidades do processo de cuidar. Isso é mais urgente se levarmos em consideração que os usuários dos nossos serviços, são em geral carentes, necessitando de maior atenção e cuidado.

Os trabalhadores referem que os usuários às vezes chegam “bem”, outras vezes, com hiperglicemia, irritados, agitados, com aparência de quem tem problemas não resolvidos, alguns chorosos, amedrontados, muitos são carentes e com problemas familiares. Revelam certa apatia, um ar de desânimo, percebidos durante a observação. No entanto, os trabalhadores, na preocupação de desenvolver suas tarefas, pareciam não notar aquela situação, ou acostumaram-se com ela. Em alguns momentos, com alguns trabalhadores, observamos uma ou outra atitude de iniciativa, de aproximação de preocupação em relação ao usuário. De forma geral, muito pouco foi observado de iniciativa para buscar entender, apoiar esses usuários, acolhê-los e diminuir os sofrimentos que transparecem nos seus rostos.

Observamos, também, nas palavras de alguns sujeitos/trabalhadores, a preocupação em relação às condições emocionais em que chegam os usuários, como também no que diz respeito às ausências deles à unidade, porém, sem a potência necessária para reverter a situação. Em geral os usuários chegam cedo, às vezes sozinhos, outros acompanhados ou amparados por pessoas mais jovens, netos, filhos, sobrinhos, às vezes vizinhos. A maioria é de idosos, vêm de casa andando, às vezes em cadeira de rodas, com muletas, bicicleta, motos ou de carro. Nem sempre têm condições de sair do transporte e necessitam ser atendidos lá dentro do veículo; muitos enxergam e ouvem pouco. São pessoas com aparentes condições sócio-econômicas reduzidas, com simplicidade no vestir, no falar, na postura. Residem não muito longe da Unidade, nas circunvizinhanças.

Estes usuários esperam longo tempo para serem atendidos, na maioria das vezes de pé no corredor, encostados nas paredes, perto dos consultórios, ou formando uma aglomeração em frente às portas; um ou outro sentado em algumas poucas cadeiras, retiradas das salas, ou até acorados. Percebemos o flagrante do pouco acolhimento a esses usuários o que inviabiliza todo o processo de cuidar. A partir de constatações como estas é que vem se dando o deslocamento do olhar de fora para dentro dos serviços, para a forma como se dá o acolhimento desses usuários. É importante saber como são recebidos e atendidos, nas diversas portas e etapas do sistema, como se opera esse acesso, a qualidade dessas “portas de entrada”.

[...] se trata de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário”. À luz dessa concepção de integralidade, a pretendida “reversão do modelo technoassistencial” muitas vezes se parece mais com uma “reversão do modelo comunicacional” em vigor nos serviços [...] (TEIXEIRA, 2003a, p.90)

O acolhimento, portanto, se insere na discussão do acesso aos serviços de saúde, e é definido por Merhy (1997b, 1998), Merhy e outros (2006), como relação acolhedora, humanizada, que une trabalhadores, usuários e os serviços, para transformar a relação distante e fria, em vínculos e laços acolhedores. Implica em interação entre os sujeitos do cuidado, que se revela no concreto do dia-a-dia, seja na unidade, seja na residência do usuário ou na comunidade. Matumoto (1998) diz que, em se tratando do acolhimento, é importante haver um preparo anterior tanto da unidade quanto dos sujeitos envolvidos no processo. A construção de um ambiente favorável, a disponibilidade dos sujeitos para o encontro, a atenção voltada para o apoio, a tentativa de solução dos problemas, a responsabilização com o outro e com as suas necessidades, são capazes de transformar o cuidado e influenciar nos seus resultados. É necessário ouvir, receber, desenvolver ações comunicacionais, redes de afetos a serem tecidas entre os sujeitos conforme Teixeira (2003a, 2003b, 2005), Santos e outros (2007).

O acolhimento, tanto reflete a atenção que é dispensada ao usuário, quanto a organização do serviço. Encontra-se na esfera da comunicação, da recepção, da escuta, da facilitação do atendimento das necessidades, uma resposta à busca, o abrir as portas para o usuário, de forma afetuosa, respeitosa, resolutiva e ampla, com disposição de acolher, diligenciar as respostas que ele precisa encontrar. Para os sujeitos da ação de acolher torna-se indispensável o uso de ferramentas como a comunicação, o diálogo, as relações interpessoais, sinalizações verbais, não verbais, posturais, para construir uma aproximação, que possibilite a produção do cuidado de saúde, de forma a atender às suas necessidades (SANTOS; ASSIS, 2005).

Esses recursos são considerados instrumentos de trabalho que ganham novo sentido quando centrados no usuário e, mobilizados na direção da sua autonomia, formação, protagonismo, informação, não só em relação ao serviço como ao cuidado com a sua saúde e estão no campo das chamadas tecnologias leves ou relacionais conforme Merhy (1997b) e Cecilio (1997a).

Franco, Bueno e Merhy (2006), Merhy (1997b, 1998, 2002, 2006), Matumoto (1998) Teixeira (2003a), Franco (2006), Merhy e outros (2006), abordam o acolhimento como

estratégico, de suma importância para a construção de novas relações entre os sujeitos, do aproveitamento e orientação da micropolítica nos espaços institucionais, de novas práticas, mais compatíveis com as diretrizes do SUS e com os direitos daí advindos, além de ser visto como uma etapa da formação do vínculo.

O acolhimento é entendido por Teixeira (2003a, 2003b), como necessário à construção da alteridade, parte integrante de uma rede de conversações, de relações afetivas, do eu em relação ao tu, ao outro, que, ao ser plasmado, cria as condições para o cuidado, executa a própria ação de cuidar e faz funcionar a rede. Na articulação desse jogo de afetos e de interesses circulam o próprio acolhimento, a qualidade do acesso, a produção do cuidado e a garantia do atendimento às necessidades dos diversos sujeitos envolvidos.

Identificamos descompasso entre necessidades/demandas e oferta de serviços na unidade de saúde em estudo. Nesse sentido concordamos com Paim (1999, p. 35), quando diz que a saúde da população pode ser “resultante da forma como a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômicas, políticas e culturais”, com o que concordamos.

O sistema hierarquizado e descentralizado sob a forma de pirâmide de base larga foi pensado com o objetivo de estender a cobertura, de forma democrática, equânime, à maior quantidade possível de pessoas, com qualidade, e atendendo à universalidade, de tal forma que houvesse um movimento ascendente e descendente, nos diversos níveis, conforme as necessidades dos usuários, como discute Cecílio (1997b). Nesse sistema, para o autor, na base da pirâmide, funcionando como uma das “portas de entrada” estaria a ABS, representada pelos Centros de Saúde, situados estrategicamente, e com uma população adscrita. A ABS se configuraria como um espaço de cuidado, prioritariamente voltado para a promoção, prevenção/proteção específica, além de consultas com generalistas e algumas ações especializadas, com sistemas de referência e contra referência para os demais níveis, facilitador de acesso vinculando o trabalhador ao usuário e às comunidades, o que, na nossa visão, poderia ser muito interessante se, de fato assim se configurasse.

O objetivo do sistema seria trazer para junto dos usuários, em particular aqueles que dependem do SUS, uma atenção de qualidade, organizada em rede, de complexidade crescente, através da qual eles pudessem alcançar todos os serviços de que necessitassem, a partir da ABS. Ao mesmo tempo, esse sistema, desenvolveria o vínculo entre as pessoas que usam o serviço e os trabalhadores, de tal forma que haja responsabilização da instituição com esses usuários, suas famílias e comunidades. As necessidades e os cuidados que viessem extrapolar as condições de atendimentos, dessa unidade de saúde, seriam referenciadas aos

centros de saúde mais próximos. Após o cuidado, essas pessoas teriam que ser contra-referenciadas para sua unidade de origem para que se estabelecesse a longitudinalidade<sup>12</sup>, dentro da realidade de cada um.

Assim, o acesso, estaria garantido na base da pirâmide, com a complexidade necessária à satisfação do usuário ou com o encaminhamento adequado, no momento certo, para o nível compatível com a resolução do seu problema que, após ser atendido, seria contra-referenciado para a sua unidade de origem e acompanhado de forma continuada por uma equipe de saúde desta unidade em torno da qual ele reside. Entretanto, ainda não chegamos a esse patamar de cuidado, de atenção. Serviços e trabalhadores necessitam se situar nessa outra lógica, mais dinâmica e usuário-centrada, onde suas ações não sejam fragmentadas e superpostas. No que se refere ao usuário, ele também se apresenta fragmentado e não percebido como sujeito da sua saúde. Seu protagonismo não é estimulado e seu papel nessa lógica ainda é passivo.

Cecílio (1997b, p. 4) ainda analisa as dificuldades de operacionalização do sistema piramidal, com a ABS, que não consegue se firmar como “porta de entrada”, com seu acesso restrito, sujeito a longas esperas, aumento da demanda e, ao mesmo tempo, limites no acesso às especialidades médicas. Há o fenômeno da “clientela cativa”, com pessoas que não foram contra-referenciadas e que se mantêm em um círculo vicioso. Há falta de resolubilidade, de integralidade, dentre outros males. Para tanto, concorrem a desinformação e a pouca organização dos usuários do sistema. Este, para dar certo, precisaria chegar próximo do usuário, centrar-se nele, razão de ser dos serviços de saúde, como disse uma entrevistada na unidade pesquisada:

[...] queria que as pessoas fosse tratada com mais respeito [...] queria que a comunidade fosse melhor assistida, afinal de contas o serviço é pra eles e se não fossem eles isso aqui estaria fechado[...] tratar com mais humanidade...uma palavra melhor dita...pra ser bem educado não precisa muita coisa não...[...]  
Entrevistado 6 Grupo I

A integralidade recomendada ainda luta em várias trincheiras, para se instalar, para superar a fragmentação. Essa é a realidade de várias unidades de saúde, com a presença de resistências, desinformação e pouca habilidade para promover práticas integrais, e que até o

---

<sup>12</sup> Significa o estabelecimento de vínculo da população com a unidade de saúde que requer fortes laços interpessoais e que reflitam em uma responsabilização mútua entre as pessoas da comunidade e os trabalhadores de saúde, no acompanhamento das demandas e necessidades da população (STARFIELD, 2004).

momento, pelo menos em Feira de Santana, este modelo não conseguiu ser superado. As ações se prendem aos aspectos biológicos, medicalizantes e centradas em procedimentos. Urge que se construa uma mudança nessa situação e que se firmem as bases para as ações integrais centradas nas necessidades de cuidado de cada uma dessas pessoas. Busca-se o fim do reducionismo, com a (re)construção, da integração e ampliação das ações, através da co-construção dos sujeitos como dizem Campos e Campos (2006) e o resgate do cuidado, como atestam Waldow (1999), Collière (1999) e Franco, Bueno e Merhy (2006) com os quais estamos sobremaneira “sintonizados”.

Na mesma linha de pensamento Teixeira (2001), Cecílio (1997b, 2003), Merhy (1997b), Giovanella e Fleury (1996, 2003), Silva Junior (1998), a Unidade de Saúde é um centro agenciador, construtor, formador, da consciência sanitária, aqui tomada como politização, percepção da saúde, tanto pelas pessoas e comunidades, como pelo direito a ser buscado, exigido e conquistado.

É imprescindível que seja um centro, agregador de valores sociais, em defesa da vida, (CAMPOS, 1994a, 2005a, 2005b), buscando o entendimento das determinações sociais do processo saúde-doença e suas representações, a ruptura com processos impostos, hegemônicos, em uma nova forma de ver, sentir e produzir saúde, e não ser apenas, um reproduzidor dos interesses de quem lucra com a doença das pessoas.

[...] eu aqui só me cuido do Diabetes, eu nunca precisei,... mas se precisar, eu não venho pra cá não... eu vou direto pro hospital ou para as clínicas de fora.[...] Ent. 3 Grupo. II

A conjuntura atual reflete as dificuldades do modelo de organização da saúde que vigora em Feira de Santana e conseqüentemente no CASSA, para concretizar o cuidado, próximo e a partir do usuário. Além disso, há também o descrédito que, por conta dessa deficiência, o sistema passa a ter, diante dele. As razões se prendem também às restrições ao acesso, à deficiência/ausência do acolhimento e a problemas envolvendo a oferta dos serviços e a sua resolubilidade. Em xeque se encontram a organização dos serviços e a gestão do trabalho em saúde na rede básica.

Em se tratando do sistema de saúde público municipal, Assis (1998b, p.275) constata a presença de rede básica frágil e limitada, insuficiência de trabalhadores e desarticulação entre o hospital especial da mulher e a rede básica, que por seu turno, centra “a produção de serviço por ato médico”. Pelo visto, os resultados desse estudo continuam atuais. Os problemas

referentes à oferta demanda acesso, ao que tudo indica, continuam os mesmos. Concordamos com a autora citada, que faz uma provocação em relação à falta de legitimidade social e compromisso da gestão municipal de então, para construir a transformação necessária no sistema de saúde e, nos permitimos fazer uma digressão e sugerir que, mesmo em se passando nove anos, a realidade de hoje é semelhante à de ontem, mesmo porque as escolhas continuam sendo político-partidárias. Enquanto isso, o plano de gestão continua centrado nas ações programáticas, focalizadoras e seletivas, com uma abertura para o Programa de Saúde da Família (PSF). Em relação ao PSF, há necessidade de um (re)estudo do projeto, no município, com maior cobertura, articulação entre suas equipes e revisão da territorialização, assim como ações e atendimentos inter-territoriais, em caso de inexistência de oferta de serviço no território do usuário.

O modelo de atenção à saúde e de organização dos serviços em Feira de Santana, em nossa visão, está esgotado, uma vez que não vem conseguindo responder satisfatoriamente às diretrizes do SUS. Encontram-se comprometidos, o acesso, o cuidado, a integralidade, a construção de sujeitos, a transformação das práticas, o direito a uma saúde de qualidade. Há necessidade de (des)construir esta forma de fazer saúde e reconstruí-la em nova lógica, conforme asseguram Cecílio (1997b), Campos (2005b). Apesar de toda a validade da proposta dos Programas de Saúde, reconhecemos hoje as suas limitações e a necessidade de pensar formas mais atuantes, menos pontuais, mais integrais e articuladas, para intervir nesses problemas.

Dentre as causas dessa situação de insolvência do modelo, podem se situar, as fragilidades; usos e limites dos recursos financeiros; a descentralização das ações, com concentração de poder; a relação conflituosa entre o público-privado, com supremacia do privado; a forma como o sistema é gerenciado; a apatia e pouca organização do controle social e o pouco investimento em educação permanente em saúde, com conseqüente despreparo dos trabalhadores, como atestam Cecílio (1997b), Giovanella e Fleury (1999), Assis (1998a), Ceccim e Feuerweker (2004), Campos, (2005c). Há de se buscar um novo olhar sobre o público e o privado com o objetivo de construir uma nova realidade, um laço entre os dois em benefício do coletivo, como reflete Aciole (2006).

Um dos caminhos para redirecionar a atenção à saúde e o cuidado no município seria a adoção do modelo circular com gestão partilhada, ampliação e qualificação das “portas de entrada” com desconcentração de poder, ações horizontalizadas, mediadas por intensa rede de relações, centradas no usuário. O cuidado se situa no eixo do sistema, ancorado na integralidade, com acolhimentos dialogados, vinculados e com co-responsabilização social de

todos os sujeitos envolvidos, com eficácia e resolubilidade, de forma democrática e solidária, humanizada, como vem sendo pensado por Campos (2005a,b,c); Cecílio (1997a, 1999, 2001); com “endosso” de Franco (2006); Franco, Bueno e Merhy (2006); Merhy (1998, 1999, 2004, 2006); Teixeira (2003a, 2003b, 2005); Assis (1998a, 1998 b); Assis, Villa e Nascimento (2003); Assis e outros (2007); Silva Junior e Mascarenhas (2004); Pinheiro e Mattos (2001); Ayres (2004); Nascimento (2004); Merhy e outros (2006); dentre outros.

Ainda na base da pirâmide, no âmbito da ABS se encontra a Estratégia da Saúde da Família. Através dessa estratégia, o governo busca reorientar o modelo de atenção à saúde, voltando-se para o usuário e sua família, que passam a dispor dos cuidados necessários à manutenção da sua saúde, no seu espaço social e na sua realidade, como comentam Assis e outros (2007), Giovanella e Fleury (1996), Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), Nascimento (2004). A partir dessa estratégia de ação as famílias são adscritas em suas áreas, estabelece-se um desenho de ações e limites, o município é dividido em territórios, e os usuários são atendidos por equipe multiprofissional, previamente capacitada para essas ações. Hoje, analisando o cuidado sob a ótica da integralidade, se pensa mais em termos de um trabalho interdisciplinar, mais rico, mais integrado, com vários saberes e olhares articulados. Mas, tudo isso, ainda carece de conquista, pois estamos na lógica médico/procedimento centrada.

No nível médio da pirâmide se situam poucos serviços públicos de média complexidade, o sistema complementar de saúde, com predomínio do setor privado de prestação de serviços, conveniado ou não ao SUS, voltado para as classes médias que possuem seguro de saúde. Nesse nível do sistema são freqüentes as clínicas associadas à medicina de grupo, os sistemas de saúde de empresas, as cooperativas médicas, os seguros de saúde, dentre outras modalidades privadas, como analisam Giovanella e Fleury (1996).

Nessa busca de novos caminhos, de novas formas de ver e fazer as relações entre os diversos sujeitos sociais e coletivos se situa a discussão em torno de uma nova visão do público e do privado. Nesse sentido, Aciole (2006) nos convida à (re)significação dos termos e das idéias sobre eles. Fala de um público, comum a todos e que contem o privado, onde todos nós nos (re)conhecemos. Que esse público busca o interesse coletivo com valores associados tanto à solidariedade quanto à identidade coletiva. Chama a atenção sobre a dimensão pública do privado e concita a refazer a ponte entre as duas polaridades. Segundo o autor, as fronteiras entre eles se apresentam diluídas e um interpenetra o outro, através de articulações organizacionais, mecanismos de escape e linhas de autonomia. Reconhece o

terreno de disputas entre eles e sugere uma reflexão que conduza à construção de uma nova realidade, já que “[...] estão ligados pela trama social que os estabeleceu (p.35)”.

Esse debate, em torno de um tema tão polêmico já vem se estabelecendo há algum tempo. Merhy (ACIOLE, 2006) fala da dinâmica do coletivo que se impõe sobre a construção do espaço público privatizando-o e, ao mesmo tempo publicizando-o. Ou seja, o coletivo agindo sobre os espaços, diluindo suas fronteiras, tornando-os lugares democráticos onde se dá a união das diferenças, com abertura das linhas de tensão. Essa discussão se apresenta como pertinente quando refletimos sobre o modelo de atenção de que precisamos particularmente, quando falamos da média e alta complexidades, onde a ação do privado se dá de forma mais visível.

Na parte mais alta da pirâmide encontram-se os serviços, tanto públicos quanto privados, de alta tecnologia. No que se refere aos serviços privados, são reservados a poucos que “podem pagar”. São de alto custo, associados aos prestadores de serviços privados de saúde, que possuem grandes investimentos no setor. Nesse nível, também, poderemos encontrar os serviços de alta tecnologia públicos, como aqueles associados às grandes universidades públicas, com tecnologia de ponta. A nosso ver, uma das formas de reverter essa relação público-privada seria um maior investimento em instituições públicas, com qualificação para atuar na média e alta complexidades.

Em todo esse sistema de complexidade crescente, o usuário deveria circular, de forma tal que tivesse o acesso ao atendimento da sua necessidade facilitado, em qualquer nível do sistema, e acompanhado pelo sistema de referência e contra-referência, para que não se desligasse de suas bases, de sua Unidade de origem e da sua comunidade.

Creemos que, aqueles que pensaram o modelo, que criaram a expectativa de ação conjunta, eficaz, democrática, resolutiva, em rede, não conseguiram ver até então, sua concretização. Ao contrário, ele se desenvolveu gerando, como diz Cecílio (1997b), uma distorção não só no alcance dessas ações quanto na sua qualidade, a ponto de se perceber a falência, o esgotamento do próprio modelo de ação. Daí a necessidade de rever o modelo. Esse é o contexto com o qual convivemos no município de Feira de Santana. Temos na realidade o sistema público às voltas com um financiamento que necessita ser revisto, com um uso de recursos que precisam ser mais bem distribuídos, uma estruturação e organização de serviços que dificultam o acesso do usuário, em descompasso com as necessidades dos sujeitos sociais, com um modelo de atenção esgotado, uma gestão do trabalho incompatível com as necessidades dos trabalhadores, dos serviços e dos usuários, para aonde converge a



massa da população que não dispõe de seguro de saúde. Há necessidade de uma ampla discussão da forma de se fazer saúde em Feira de Santana. Há de se convidar os coletivos para refletir sobre a relação público-privado, com essa visão de (re)significação e de abertura das linhas de tensão.

Por outro lado, há os grupos privados, centrados na oferta e no consumo de produtos, que vivem às voltas com a situação de doença dos indivíduos e coletividades, com capital para investir em “hotelaria”, equipamentos e medicina de ponta, em constante oferta, sob as mais diversas formas de compensação, criando demandas, reproduzindo os valores e dicotomias sociais e por ela sendo reforçados. Organizam-se em *lobbies* e se articulam com poderes constituídos. Com isso suscitam o aparecimento de usuários-cidadãos de primeira e de segunda categoria, aumentando, ainda mais, as desigualdades e a violência simbólica. Aqui também teremos que refletir e os coletivos, mais uma vez, são chamados para, democraticamente, construir outra realidade, onde o privado seja inserido no público e, comprometido com a saúde, unindo os diferentes em uma convivência criadora e produtiva (ACIOLE, 2006).

Desse modo a situação encontrada na unidade e apresentada pelos entrevistados encontra respaldo no cenário nacional, que também é complexo e contraditório. Algumas das suas raízes estão associadas, como dizem Giovanella e Fleury (1996), às políticas de racionalização dos gastos do Estado que trouxeram como consequência, uma diminuição da qualidade da atenção, com afastamento de grupos sociais, significativos, do sistema público; outras, ao avanço dos grupos contrários à publicização da saúde (ASSIS, 1998b; QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004). Acompanhando esse processo, estamos já há alguns anos, trabalhando na saúde aqui em Feira de Santana, e podemos atestar a cronicidade das marchas e contramarchas, que hoje afloram nestas reflexões, reforçadas pelos depoimentos dos entrevistados.

Comprovando este estado de coisas, percebemos que o cuidado, na Unidade de Saúde em foco não alcança todos os diabéticos identificados na área de abrangência. Há alguns na área, que vão para as clínicas particulares, amparados pelos seguros de saúde, outros não mais comparecem e não se sabe a razão. Há de se intensificar as ações para identificar os grupos existentes nas comunidades, de forma a ter uma cobertura maior. Observamos, também, que as pessoas só vão à unidade para o estritamente necessário, conforme a convergência na fala dos usuários, provavelmente porque encontram pouco eco para as suas necessidades. Este é um sinal de fragilidade do sistema local de saúde e de sua rede de serviços.

Enquanto no setor público esse cenário predomina, na esfera privada, houve, também, uma re-arrumação de forças dentro dos grupos que se sentiram prejudicados pelo novo rumo da saúde, com o fortalecimento dos planos privados de saúde, como lembra Giovanella e Fleury (1996), para onde migraram alguns contingentes da população, em particular a classe média e o grupo de maior poder aquisitivo. Hoje já se pensa em refletir sobre as possibilidades de uma intermediação entre as ações do público e do privado em benefício do coletivo. Ambos fazem parte do tecido social e as consequências desse conflito nele se refletem.

Em meio a essa situação, avulta a medicina empresarial, de grupo, que concorre com o sistema público e dele se nutre, criando outra realidade, a das clínicas particulares, conveniadas ou não ao SUS. Para elas, migram os que possuem seguro de saúde, ou podem pagar por esses serviços, com suas especializações, média e alta complexidade e procedimentos/exames de ponta, muitas vezes sofisticados, de médio e alto custo. Alguns usuários do SUS se dirigem àquelas clínicas, subsidiadas, conveniadas, contratadas pelo próprio SUS, que financia essas ações e, ocasionalmente, tornando-se o sistema, vítima de irregularidades, às vezes visualizadas através da mídia.

A distorção é histórica e se mantêm, com algumas modificações, mesmo com a desintegração do sistema de saúde previdenciário e estruturação do SUS, como situa Cohn (1996). O modelo permanece presente e associado à prestação de serviços de saúde. A atenção à saúde continua orientada para as ações individualizadas, médico-centradas, procedimento-focada, com a captura do setor público pelo setor privado, que com ele lucra, e se firma (ASSIS, 1998 b; PERES, 2007). Essa discussão entre o público e o privado se torna interessante na medida em que se criem formas novas de construir os espaços na saúde como reflete Aciole (2006).

Analisando o trabalho desenvolvido por Assis (1998a) Assis (1998 b, p. 154, e p. 170) observamos que a realidade da atenção em Centros de Saúde no município, não era muito diferente desse modelo médico-centrado, em parte, herança da filosofia previdenciária, das contradições da estruturação do SUS e, por outro lado, fruto da política neoliberal, que busca enfraquecer os alicerces do novo sistema. “Em 1984 havia predominância da assistência médica individual especializada” e “[...] a demanda por assistência médica se resume no atendimento das queixas, centrada no corpo anátomo-funcional”. Assis acrescenta que as intercorrências eram orientadas para um pronto socorro do Estado ou para a rede contratada/conveniada. No mesmo trabalho, ela constata que em 1998, o acesso era difícil ao usuário, em todos os níveis do sistema, principalmente no âmbito municipal. Como se pode

ver, os condicionamentos são históricos, até o momento, não foram resolvidos e necessitam ser repensados em benefício da saúde tanto dos coletivos, quanto dos indivíduos que os compõem.

Com a proposta de repensar essa relação, talvez se consiga trabalhar com a realidade onde as empresas médico-hospitalares, de equipamentos e a indústria farmacêutica ganham corpo, financiadas pelos recursos públicos, já que se trata do espaço encontrado pelos usuários excluídos do acesso aos serviços públicos. Não encontrando resposta para as suas necessidades de saúde no serviço público, buscam outras “portas de entrada”, como diz Cecilio (1997b) para serem atendidos.

Assis (1998 b) assegura que, enquanto o SUS se organiza, o setor privado cresce e se fortalece, penetrando no próprio sistema público e impondo sua lógica privatista. Isso se revela na forma como a atenção se organiza, como o poder se distribui, quais os interesses que predominam, não só no âmbito nacional, quanto em relação ao município em estudo. Em sua alegoria, Merhy em Aciole (2006) diz que o aparelho não pode acabar com a praça, ao contrario a praça pode transformar o aparelho, ou seja, contendo o privado e percebendo sua importância e identidade, o público precisa se firmar em benefício do coletivo.

Os estudos dessa conjuntura tão complexa desenvolvidos por Giovanella e Fleury (1996) e por Assis (1998 b, p. 25) trazem parte dessa preocupação quando esta última, como uma antevisão dessas discussões reflete sobre o público e o privado dizendo que são:

[...] espaços que envolvem a estrutura social e política e as microrrelações da vida cotidiana em que os sujeitos sociais imprimem maneiras próprias e subjetivas de intervenção nos microespaços políticos onde se concretizam as práticas [...].

Essa realidade vem hoje associada ao pacto de gestão, às Programações Pactuadas Integradas (PPI),<sup>13</sup> em que o setor público, com uma rede básica frágil e pouco resolutiva, continua a comprar serviços do setor privado, geralmente de média e alta complexidade, conforme a lógica de mercado. Enquanto isso, a atenção pública continua pouco-estruturada e com um desempenho a desejar. Os poucos serviços públicos, de média e alta complexidade, não suportam a demanda por serviços que advêm de todas as partes, em particular da ABS, muitas vezes, alimentada pela cultura do procedimento/médico-centrada e das

---

<sup>13</sup> As programações pactuadas integradas surgiram a partir da NOB/96, como uma necessidade de organizar e avaliar o uso e aplicação dos recursos financeiros nos diversos níveis do sistema e o impacto dessas ações na saúde da população, conforme macrorregião administrativa/PDR (Plano Diretor de Regionalização), através de oficinas de pactuação inter-gestores, por nível de complexidade, utilizando indicadores e metas a serem alcançadas. (adaptado de NOAS/SUS, 2005).

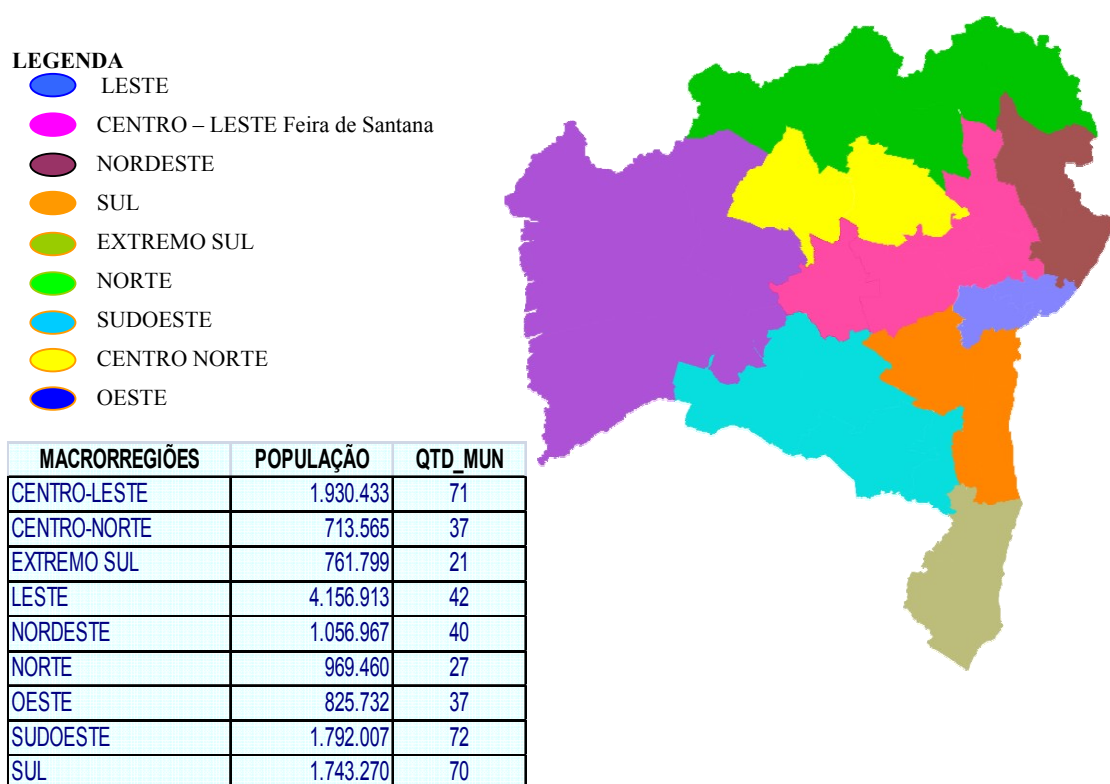
especializações. Há necessidade do fortalecimento dos espaços públicos embora não se exclua a parceria com o setor privado que nele está contido.

Concordamos com Assis (1998 b) e Giovanella e Fleury (1996), na reflexão que fazem, sobre o avanço do privado sobre o público, sobre o grande espaço que vem sendo ocupado pelas empresas privadas, que lucram com a doença e suas conseqüências, que se concentram naqueles níveis mais altos e mais lucrativos e mantêm com o usuário uma relação desigual, verticalizada, unilateral, sem compromisso com a saúde, com a prevenção e promoção dessa saúde. A parte não lucrativa, onerosa, que o capital não tem interesse é assumida pelo Estado, através do SUS, que se responsabiliza financeiramente pelo uso que as pessoas fazem dos serviços de saúde prestados pela rede privada. O projeto neoliberal, privatista, que se instalou no Brasil e que se aprofundou no governo Fernando Henrique, vem imprimindo à sociedade, e, em particular à saúde, um atendimento individualizado centrado na doença, com enfoque curativo, com o sistema público dependente do privado. (ASSIS, 1998b).

Ainda sob a inspiração de Assis (1998 b), concordamos quando ela diz que o sistema público se responsabiliza ainda pelas situações emergenciais, doenças crônico-degenerativas e transmissíveis que não interessam ao serviço privado. Com todas as reformulações, avanços e recuos, os usuários do SUS ainda esperam para experimentar os resultados positivos, que poderiam advir do acesso de qualidade, da resolubilidade da atenção, e principalmente do próprio cuidado. Faz-se necessário um grande debate nesse sentido.

A lógica de organização do sistema, a forma como vem sendo implantado, e que reforçam toda essa problemática precisa ser revista. Para o setor privado são drenados os procedimentos de média e alta complexidade e algumas especializações, cujos serviços são comprados pelos gestores públicos e pactuados por macrorregionais a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), conforme mapa abaixo. Essa pactuação se desenvolve através das oficinas de PPI, em geral anuais ou bi-anuais, em meio às preocupações, inquietações ou concessões dos gestores públicos.

O PDR/Bahia se estruturou a partir das Normas Operacionais das Ações de Saúde - NOAS (BRASIL, 2005c) tendo como objeto a regionalização das ações, a fim de garantir o acesso equânime e resolutivo. Tem por objetivos, contribuir para o desenvolvimento e a integração das regiões sanitárias com resolubilidade e autonomia, contribuindo para a construção da integralidade das ações e serviços de saúde.



**Figura 9. Mapa das Macrorregiões de Saúde da Bahia.**

**Fonte: PDR – BA PROJETO 2007 (BAHIA, 2007a).**

O PDR /2007 é um projeto de re-ordenação do território regional de saúde no Estado para melhor trabalhá-lo, definindo a média de habitantes por microrregião, dentre outras ações. Por este projeto a Bahia fica dividida em nove Macrorregiões, uma das quais a Macrorregião Centro–Leste, sendo Feira de Santana, o município sede. Esta Macrorregião abrange uma população de 1.930.433 habitantes, contando com 71 Municípios (BAHIA, 2007a).

No que se refere aos níveis de complexidade, suas competências e funcionamento, eles estão presentes na Carta Constitucional de 1988 (OLIVEIRA, 2004), regulamentados na (o) Lei 8080/90, e implementados através da legislação complementar como o Dec.1232/94, a NOAS/05, e, mais recentemente, através das Port. 698/GM/ de março de 2006 e Port.399 GM/06, com o objetivo de reordenar as ações, definir as responsabilidades nos diversos níveis da atenção, relacionando-as com o financiamento, estabelecendo parcerias e pactuações entre os entes federados, por bloco de financiamento, distribuído entre a Atenção Básica, a Média e Alta Complexidades, dentre outros. Essa legislação define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição

Federal e na Lei Orgânica do SUS. Essas disposições legais preconizam que sejam levados em consideração tanto nos financiamentos quanto nas pactuações, como em todas as ações, os princípios de universalidade do acesso e integralidade da atenção do SUS, seu processo de descentralização e organização, sua contínua pactuação entre as três esferas de gestão com vistas ao seu aperfeiçoamento (BRASIL, 1990, 1994, 2005c, 2006b, 2006c, 2006 d).

No que se refere à ABS, há instrumentos de financiamento como o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e o variável. No caso da média e alta complexidade o financiamento depende das PPIs, dentro de cada PDR, em cada Estado federado. Os procedimentos são pagos através de tabela previamente divulgada pelos órgãos de gestão do sistema e pelas instâncias colegiadas. Em relação aos procedimentos de média e alta complexidade é importante lembrar que a esfera municipal, somente estaria em condições de pactuar serviços com outros municípios da sua micro/macrorregião após ter coberto, de forma eficaz, a sua população, o que, pelo visto, não vem ocorrendo em Feira de Santana. Entretanto, há necessidade de maior aprofundamento, para analisar como vem sendo trabalhado esse aspecto.

Toda essa super-organização é mediada, articulada, em nível loco-regional pelas SMSs, através das suas coordenações, e pelas Centrais de Regulação. Em Feira de Santana este órgão é responsável, dentre outras ações, pela marcação e encaminhamento das solicitações provenientes das “portas de entrada” do sistema, seja o PSF, seja o Centro de Saúde, ou mesmo advindas de outras instâncias da atenção. No que se refere à Central Municipal de Regulação tanto a observação quanto os depoimentos demonstram que há uma baixa oferta, tanto em relação às consultas para especialidades como para procedimentos de média e alta complexidade, ao tempo em que, pelo menos, na esfera local, há uma ampliação da demanda. O que parece estar na raiz do problema encontrado, na unidade de estudo, quando o acesso a especialistas e procedimentos de média e alta complexidade é excludente, faz supor estar na esfera tanto dos serviços pactuados entre o município e os seus demais parceiros, quanto em relação à baixa capacidade da rede de serviços existente no município em cobrir a sua população. Mesmo com essas deficiências, o município ainda assume a prestação de serviços a outros municípios.

Seria interessante, em outro momento, a análise tanto das pactuações, quanto das Centrais de Regulação, buscando conhecer sua filosofia, organização, condições de trabalho, lógica de ação, e/ou as contingências que enfrenta, além dos limites e avanços desse modelo, e que escapam aos objetivos deste estudo.

Como ficamos responsáveis, junto a uma equipe, da organização de PPIs e como participante dessas oficinas, entre 2004 e 2005, pela 2ª Regional de Saúde, foi possível perceber entre os gestores, o clima de preocupação e de inquietação, em relação a quem iria pactuar com quem o quê, com alguns gestores buscando o maior número possível de prestações de serviços, em particular aquelas de financiamento mais alto, associados à média e alta complexidade, para o seu município, auferindo assim um maior financiamento.

Alguns municípios ganhavam outros perdiam financiamentos, o que gerava conflitos quase sempre freqüentes, com prejuízos para aqueles menores e com menor poder de barganha. A Regional buscava orientar e conduzir sem afetar a autonomia dos municípios. Os municípios maiores, como Feira de Santana, com maior infra-estrutura, concentravam as pactuações de prestação de serviços, atraindo para si grandes recursos, o que era motivo de insatisfação por parte de municípios menores. O questionável é que muitas vezes o município pactua serviços para outros municípios e tem dificuldade para solucionar os problemas de saúde das pessoas do seu próprio município.

Desse modo, ainda como representante da 2ª Regional de Saúde, por várias vezes, em visita técnica a municípios da Microrregião, fomos testemunha das dificuldades que enfrentavam principalmente os municípios menores, para fazer cumprir os serviços pactuados e das queixas em relação à prestação desses serviços, em especial da Central de Regulação Municipal de Saúde. Os municípios tentavam, horas a fio através de chamadas telefônicas para a Central de Regulação, e poucos conseguiam marcar os procedimentos pactuados, em tempo hábil.

Então, como podemos perceber, as razões poderiam estar situadas: na forma como são pactuados esses procedimentos; no descompasso de poder entre os grandes e pequenos municípios; nas condições da rede instalada de serviços de bancar essa pactuação; no cumprimento da prioridade para a população do próprio município que assume a pactuação com outros. Poder-se-ia pensar na criação de mecanismos que disciplinem essas relações entre grandes e pequenos municípios, facilitando as condições para que os pequenos disponham de serviços locais, pelo menos de média complexidade. Medidas como estas, ao nosso ver, diminuiriam o poder dos grandes municípios sobre os pequenos e poderiam atuar nos nós críticos. Também este tema merece uma análise em particular, mais profunda, e que este estudo sugere para uma pesquisa posterior.

Vejamos a situação criada por esse processo de financiamento e de organização, onde ele se apresenta como um nó crítico, na ponta do sistema, na “porta de entrada”, criando um bloqueio diametralmente oposto ao que se propõe o SUS.

Durante a coleta dos dados percebemos que o grande impasse encontrado no acesso aos serviços de saúde na unidade em estudo se prende, além de todos os aspectos citados anteriormente, ao atendimento das necessidades/demandas, por especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidade, a cargo da Central de Regulação Municipal de Saúde e à mercê da rede de prestação de serviços, na sua maioria privados, existente no município e que dá suporte a essas consultas e procedimentos. A dificuldade de acesso a esses serviços vem causando problemas não só ao usuário quanto aos trabalhadores, como ao próprio serviço, com reflexos sobre a atenção em saúde e resolubilidade das ações, como pode ser percebido pela convergência dos depoimentos dos entrevistados e também através da observação.

Vejamos o que diz:

[...] aqui eu acho a forma da marcação é pouco respeitosa, pouco humanizada, com muitos papéis e não resolve o problema das pessoas. [...] Ent. 6 Grupo I

O modelo de organização da atenção, a postura de alguns trabalhadores diante do usuário que busca o serviço, a insuficiência quanti/qualitativa, sentida e expressada pelos entrevistados a pouca formação desses trabalhadores, a burocracia, a meta de produtividade, provavelmente estão na origem das queixas manifestadas pela maioria dos entrevistados.

Eis o discurso:

[...] a gente não encontra consulta para alguns médicos e outros profissionais quando a gente precisa... são muitos querendo...muitos exame....pra pouca vaga ....ficam uns que ninguém quer..[...] Ent. 1 Grupo II

Mesmo dentro da unidade há trabalhadores preferidos pelos usuários. Para esses, as vagas se esgotam logo, dizem alguns usuários. Para fora do Centro de Saúde, entram os usuários, na roda viva da Central de Regulação, e, pelo visto, com dificuldade de alcançar seu objetivo, de satisfazer a sua necessidade de saúde. Poderíamos inferir que a Central se encontra em uma situação de redução das diversas vagas para o município, não só pela fragilidade da rede, como para fazer frente aos compromissos assumidos pelo município com outros, em decorrência da PPI. Com isso não consegue, com a frágil rede de serviços de que dispõe cobrir as necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade. Aqui também sugerimos pesquisa posterior. Observemos a seguinte fala:



“[...] as vaga são pouca, a gente chega de madrugada, as perna da gente cansa de ta na fila, a gente é diabético não pode ficá muito tempo em pé...e quando chega lá acabou as vaga [...]” Ent. 4 Grupo. II

O pouco acolhimento, as condições da área física, a capacidade instalada da unidade que se encontra em descompasso com a demanda, o tempo de espera, a organização dos serviços, expõem pessoas já espoliadas e sofridas a situações de risco, ao aparecimento de complicações, facilitando o desenvolvimento da doença e prejudicando a saúde dos usuários. Além de tudo, ainda há, a decepção do esforço inútil, ou seja, a frustração de ter se empenhado em algo, que não alcançou resolubilidade.

Vejam os a representação do discurso:

“[...] a médica me pediu 2 exame no mês dois.... agora a gente já tá no mês 6 só consegui fazer um e nem recebi o resultado..... e nada do outro..... e a médica quer o resultado e eu tô preocupado pois.eu quero vê como vai o rim...eu tô achando que ele não tá bom..e até hoje não fiz o exame[...]....” Ent 5 Grupo II

A baixa resolubilidade é preocupante, o acesso excludente a determinados serviços e o bloqueio ao cuidado são graves, a prevenção se encontra comprometida e esses usuários, entregues a uma clínica degradada<sup>14</sup> (CAMPOS, 2005b), que nem mesmo biologicista, a despeito de todo equívoco do modelo, consegue ser. Esse é um questionamento unânime entre os usuários e presente também no discurso de alguns trabalhadores.

Que poderemos esperar de um modelo de atenção que deixa usuários-cidadãos por até quatro meses, tendo que vir, periodicamente, em busca de uma autorização para um procedimento mais especializado? Torna-se necessário refletir sobre o SUS que estamos fazendo, para que ele não se torne mais um instrumento de (des)atenção e de sofrimento, para um povo sobejamente machucado.

[...] os procedimentos solicitados levam três a quatro meses para voltar, quando voltam..se for de média ou alta complexidade ainda pior...o que prejudica a continuidade da atenção...há também dificuldade de acesso aos especialistas; a marcação demora até três meses para acontecer[...] Ent. 2 Grupo I

[...] já houve tempo deles quererem me tirar daqui por causa dessas guias....a Secretaria perde as guias e diz que foi a gente aqui.... e eles querem que a gente dê conta...a gente não tem controle dessas guias que vão pra lá..... e às vezes levam 3 meses para voltar com a autorização....e às vezes nem voltam...o povo fica agoniado e com razão mas a gente não tem culpa é a central que não resolve[...] Ent. 4 Grupo I

[...] o único problema é a Central de Regulação que tem dificuldade de agilizar os pedidos de exame e consultas para fora da unidade..... às vezes demora..o paciente

<sup>14</sup> Nesse caso, limites externos, contextos sócio-econômicos, corporativismos, interferem diminuindo a potência da prática clínica para solucionar os problemas de saúde, conforme Campos (2005b).

fica irritado e com razão.... o que prejudica não só a ele mas o funcionário que é responsabilizado, e o serviço[...] Ent. 5 Grupo I

O problema é reconhecido pela maioria dos entrevistados e vem causando atritos entre trabalhadores e usuários que os responsabiliza pela morosidade nos atendimentos de suas necessidades de saúde. Segundo eles, além da morosidade ainda há extravio de guias, o que piora a situação tanto do usuário, quanto dos trabalhadores como da própria unidade de serviço.

[...] eu aqui só me cuido do diabetes, eu nunca precisei,... mas se precisar, eu não venho pra cá não... eu vou direto pro hospital ou para as clínicas de fora [...] Ent. 3 Grupo II

Eis o exemplo concreto das dificuldades da ABS, como “porta de entrada”, e como esse fato repercute nos outros níveis do sistema. Esta instância perde a oportunidade de promover a saúde, prevenir a doença, universalizar o acesso de forma equitativa e fazer girar o usuário onde se fizer necessário. Além disso, ainda abre o precedente de lançar o usuário na busca pelo setor privado, como resposta pronta para as suas necessidades. A organização dos serviços, com isso, pouco auxilia o usuário, que se sente bloqueado, nem o SUS, que sai desacreditado, em desvantagem, diante do usuário, em relação ao setor privado, ficando patente a insuficiência do serviço público nessas necessidades de saúde. O usuário, e com ele o sistema público, são capturados, nesse momento, em razão da premência do primeiro e pela ausência/insuficiência do segundo. É importante, também, lembrar a influência da medicina privada, das empresas médicas, voltadas para o mercado, com seus serviços bem apresentados, porém pagos e com uma rede pouco comprometida com a saúde da população (ASSIS, 1998a, 1998 b; ASSIS et al 2007; GIOVANELLA e FLEURY, 1996. CAMPOS, 2005a, 2007).

Como já referimos anteriormente, acompanhando o pensamento de Giovanella e Fleury (1996), ao longo do tempo há uma supremacia histórica dos interesses privados em detrimento dos públicos, do lucro de alguns às custas das necessidades individuais e coletivas dos usuários. Essa é apenas a ponta do iceberg da desigualdade, reforçada pelo modelo privatista que vê na doença uma fonte de enriquecimento, desigualdade essa que continua se manifestando, das mais diferentes formas, mesmo sob o “guarda chuva” do SUS, em particular no que se refere a média e alta complexidade. Uma das formas de combate é a (re)estruturação do sistema público de média e alta complexidade e (re)discussão dessa relação público-privado, olhado sob o ponto de vista de Aciole (2006), com (re)significação

dos sentidos e das ações de ambos os setores, de tal forma que seja possível um trânsito melhor para o público e para os usuários, de forma democrática e mediante parcerias. De qualquer forma se encontra aberta a discussão e o convite a um maior aprofundamento dessa conjuntura, dentro de uma nova lógica, a da defesa da vida.

## CATEGORIA 2

### **2. 2 O estabelecimento de vínculo entre os sujeitos que produzem o cuidado às pessoas com DM: o desafio da co-responsabilização.**

O vínculo, nas ações de saúde integra os dispositivos situados na esfera das tecnologias leves, conforme Cecílio (1997a), Merhy (2002), Teixeira (2001, 2003a, 2003b, 2005) e vem sendo apontado como uma das ferramentas agenciadoras das mudanças das práticas em todos os níveis, imprescindíveis ao fortalecimento do SUS. Situa-se em íntima relação com a qualidade do acesso e do acolhimento, que Teixeira (2003a e b, 2005) propõe seja dialogado, organizado em forma de redes de circulação de afetos. Para o autor e Merhy (2002) o vínculo precisa ser construído no cotidiano do serviço, no “trabalho vivo em ato” a cada momento, de forma singular, personalizada, continuada, necessitando da presença de sujeitos que protagonizam o encontro intercessor, para se processar. Santos e outros (2006, p. 17) se reportando a Schraiber (2000) comentam a importância do vínculo e do acolhimento:

Acredita-se que as ações acolhedoras e vinculares são portadoras de substrato capaz de alimentar as práticas, tornando-as eficazes e eficientes, pois edificam valores afetivos e de respeito com a vida do outro, possibilitando, às práticas tradicionais (curativas e preventivas), ganharem uma nova roupagem, pautada no interesse coletivo, transpondo o caráter prescritivo que orientou essas ações ao longo do tempo.

Nos Serviços de Saúde, no nosso ângulo de visão, desenvolveu-se uma institucionalização, da negação do outro como sujeito, da baixa responsabilização pelas pessoas, o que leva a uma ausência de alteridade<sup>15</sup> e menos ainda da responsabilidade social que envolve as ações de saúde.

Falamos de um cenário, que Teixeira (2005) afirma ser epidêmico, onde se produz desintegração, desinteresse, desvinculação, des-cuidado, de uma luta desigual entre os que

---

<sup>15</sup> Alteridade : capacidade de ver o outro como um outro sujeito, diferente, com necessidades e anseios distintos. Adaptado de Teixeira (2005)

oferecem, como oferecem, e os que buscam, mesmo “sem consciência” do direito que têm, concordando com Cohn (1996) e pensando, também, que há necessidade de deslocarmos o foco da necessidade para a cidadania.

Como analisamos, ao abordar o acesso, esse direito não está garantido no concreto dos serviços de saúde, o mesmo acontecendo com o vínculo, muito menos com a co-responsabilização, idéias, ideais e atitudes perdidas em um tempo remoto e que urge recuperar. E é o próprio Teixeira quem coloca algumas das questões que poderão estar nas raízes de alguns dos males do nosso sistema não só de saúde, mas do social, um reflexo do outro :

É contra este cenário que nossas principais questões se colocam: como se poderia alcançar algum sentido de público, onde o coletivo foi “seqüestrado”? O que poderia significar nesse contexto de “impotência” política, o desafio de construção de uma democracia participativa e protagônica? O resgate da capacidade de iniciativa política dos grupos sociais não teria se tornado a tarefa política prioritária nas sociedades assoladas pelo cataclismo neoliberal? E esse resgate não passaria pela restauração de “laços sociais” enfraquecidos? (TEIXEIRA, 2005)

As raízes dessa situação, aqui chamada de modelo neoliberal privatista (CAMPOS, 1999), onde os trabalhadores demonstram laços tão frágeis para com aqueles que são a razão de ser da sua vida laboral, parece-nos passar não só pela vertente da formação, do flexnerianismo como pela forma de encarar o trabalho, pelo (des)estímulo, pela impotência de resolubilidade.

Em relação à atitude distante diante do usuário e da sua necessidade, percebemos que poderia haver maior atenção, maior demonstração de interesse, principalmente por ser o outro pobre e fragilizado, que chega ao serviço público. Essa pouca atenção é percebida e expressa pela convergência nos discursos dos entrevistados.

[...] o atendimento de alguns funcionários não é bom...não explicam...não informam...de cara fechada...lá tem um antigo que é dez...a gente fala não respondem...parece que são surdos.[...]. Ent. 1 Grupo II

As razões que levam a esse tipo de atitude necessitam ser refletidas, analisadas e debatidas nos serviços. Podem passar por problemas pessoais, insatisfação no trabalho ou com suas atividades/atribuições, saturação da atividade, excesso de trabalho, carga horária longa, condições de trabalho, excesso de usuários, ou tudo isso junto. A verdade é que o bem estar do trabalhador também não é levado em conta, que ele passa em pé quase todo o turno, às vezes atrás de um balcão, sempre atendendo, e ninguém pergunta como se sente, pouco é ouvido, e se espera que esteja sempre bem disposto. Ao nosso ver, este sujeito precisa ser

(re)construído e (re)valorizado até para que tome consciência do ser sujeito, do que se espera dele e da sua potência de realização e transformação.

[...] o atendimento do público deixa muito a desejar [...] tem coisa de pouca importância... de descaso...ninguém liga...as colegas de outra área diz que lá é a mesma coisa...ou pior[...] queria que a comunidade fosse melhor assistida... afinal de contas isso aqui é pra eles...se não fosse eles estava fechado e todo mundo sem emprego...[...]no serviço público a pessoa é destrutada e fica tudo no mesmo...não é só da saúde...a não ser que chegue bem vestido...e bem falante.. “ Ent. 6 Grupo I

A informação de que o mesmo pode estar ocorrendo em outros pontos da cidade, nos deixa apreensiva, uma vez que é a constatação de que os serviços de saúde no município se encontram em descompasso em relação ao SUS, suas diretrizes e princípios. Essa situação prejudica o vínculo, o serviço, o usuário. Há necessidade de (des)construção e reconstrução em novas bases, com outra lógica.

[...]Tem uns que tinham que ter mais respeito pelas pessoas...mais humanidade...o diabético não é uma pessoa qualquer...vem porque precisa...tem que ficá na fila...e uando com as pernas doendo..[...] Ent. 4 Grupo II

Na nossa visão, houve uma internalização da idéia de que o trabalhador precisa ser eficiente, cumprir as normas com rapidez e segurança e abster-se de se envolver com os usuários com quem só necessita ser minimamente educado. Manter distância, não se envolver emocionalmente com o usuário, são padrões assumidos por muitos que trabalham no serviço público, não só na saúde.

Campos (1992) e Teixeira (2003a, 2003b 2005) percebem que as práticas de saúde como vêm se dando no Brasil refletem uma influência e uma produção de serviços tipicamente repetidora do modelo liberal, mais precisamente neoliberal. É nesse sentido que devem ser vistos seu alheamento da realidade, sua fragmentação, pouca preocupação e compromisso com os usuários, suas divisões estanques, burocracia, dicotomia e distância das necessidades da população.

Como podemos constatar, a situação de Feira de Santana reflete bem o que se passa no âmbito nacional. A saúde aparece compartimentalizada, a ponto de se perder a visão do todo e de se distorcerem os objetivos das próprias ações de saúde. Essas raízes não estão claras para os sujeitos das práticas, daí a dificuldade em ver, analisar e reverter esse processo, descobrindo refletindo e atuando sobre os reais motivos que levam os serviços de saúde, a despeito dos esforços de alguns, a manter esta situação de (des)serviço em que vem se envolvendo o sistema (CAMPOS, 1992).

Entretanto, isso não exime o trabalhador da responsabilidade, por se envolver em uma ação pouco comprometida, com uma prática carente de qualidade e distante tanto dos interesses, quanto das necessidades do usuário. Acresça a isso o fato de que, com essa atitude cria-se uma barreira à integralidade a ser conquistada, concretizada, e então temos um grande nó a ser desatado, um laço a ser construído, através do vínculo-responsabilização, dentre outros dispositivos.

O vínculo pode ser a ferramenta que una, (re)ate, agence as relações, compartilhando saberes, práticas, que implemente atos terapêuticos ao longo de todo o processo do cuidado, através dos mais diversos sujeitos e assim possa contribuir para a construção da integralidade conforme Silva Junior (2003), Silva Junior e Mascarenhas (2004), Santos e Assis (2005), Santos e outros (2006), Campos (1992, 2005b, 2007).

A integralidade necessita do acesso, do acolhimento, do vínculo, da responsabilização para que seja incorporada ao cotidiano dos serviços. O cuidado sem a integralidade se descaracteriza e perde sua efetividade. Daí um, não ser compreendido sem o outro. Os discursos e as atitudes dos diferentes sujeitos revelam e efetuam a sua reprodução social na saúde, daí seu reflexo na forma de desenvolver o cuidado.

Durante a pesquisa de campo foi possível observar que grande parte dos trabalhadores de saúde no CASSA se encontram vinculados à instituição em que atuam, buscando desenvolver o trabalho em tempo hábil, executando todas as tarefas com eficiência, sinalizando que estão adaptados à rotina da instituição embora percebam as suas limitações. Prestam um atendimento individualizado, dentro de um tempo mínimo necessário para atender à demanda do momento de cada um, de forma tranqüila, calma, porém, com características de formalidade e impessoalidade. Demonstram responsabilização com a instituição, com as tarefas a serem executadas, são ativos e dinâmicos, com um certo vínculo entre si, revezando-se em algumas atividades, quando necessário.

No que diz respeito à instituição, os trabalhadores convergem ao transparecem estar vinculados à unidade e expressam sua satisfação de lá trabalharem, informando gostarem do que fazem, embora haja convergência também em relação à presença de condições limitantes e indesejáveis de trabalho, que abordaremos posteriormente.

Notamos, também, a preocupação pessoal em atender aos “objetivos” do trabalho, da instituição, de produzir, de mostrar eficiência, da assiduidade, da preocupação em relação ao impedimento de comparecer ao trabalho e a sobrecarga para os que ficam ao se desdobrarem, para não deixar o serviço em “descoberto”, o que revela responsabilização, interesse, auto

compromisso e com a instituição. Entretanto, o usuário não aparece nesse contexto de centro de interesses, ele se encontra deslocado, embora o discurso seja outro.

Em relação aos usuários há convergência de falas em relação ao vínculo com a instituição, uma atitude de “reconhecimento dos benefícios que recebem da Unidade”, de satisfação em relação à atitude das pessoas que prestam serviço na unidade e com o próprio serviço.

Os usuários convergem ao dizer que tanto os médicos quanto as “enfermeiras”<sup>16</sup> atendem bem, e expressam sua satisfação para com a Unidade, dizendo ser “a melhor que conhecem” e que há outras cujo atendimento não é bom, além do que, faltam pessoas para atender. Os usuários entrevistados em sua maioria, afirmam que gostam dos trabalhadores, porque “conversam com eles”, sentem-se “bem tratados” e gostam também da unidade. Entretanto, eles também convergem ao afirmar que antes da descentralização das ações, o atendimento era melhor, e a unidade mais estruturada.

[...] Conheço outras, esta é a melhor..[...] a gente gosta quando eles olham pra gente e conversa com a gente. Ent. 1 Grupo II

[...] Aqui é bom...a gente gosta porque é bem tratado... mas no outro programa era melhor...a gente chegava e não demorava de ser atendida... e marcava e era atendida no mesmo dia[...] Ent. 2 Grupo II

[...] eu já era da unidade antes, gostava e não quis sair. O atendimento é bom[...] Ent. 3 Grupo II

[...] não sei o que seria de mim sem isso aqui...eu sou bem tratada mas eu me cuido. Ent. 4 Grupo II

[...] eu conheço a médica há muito tempo, gosto dela, é exigente mas atende bem... A enfermeira é ótima, educada, atende bem, eu sou bem tratado. Ent 5 Grupo II

[...] eu sempre me tratei aqui...gosto daqui, todos me tratam bem...atendem bem,,mas eu me cuido. Ent. 6 Grupo II

[...] eu era daqui, ai mudou, espalhou tudo..ai eu pedi para continuar...gosto do atendimento daqui...,sou bem tratado aqui [...] Ent. 7 Grupo II

[...] gosto do atendimento daqui...tratam bem, nunca atenderam mal, não..Ent 8 Grupo II

Essa pouca percepção dos seus direitos, a resignação que transparece na postura, olhos tristes e longínquos, ar abatido, na falta de energia, no corpo muitas vezes alquebrado, a acomodação, mesmo diante de situações adversas, na ausência de queixas, no “achar bom” é histórica, porém factível de mudanças. Eis um dos aspectos onde há necessidade de

<sup>16</sup> Notamos que na idéia de “médicos” estão incluídos os trabalhadores médicos e a enfermeira e por “enfermeiras” são todas as auxiliares; os demais são chamados “os do balcão” e “a moça da limpeza”.

intervenção radical para reversão desse quadro, através da informação, da formação, do resgate da auto-estima, do posicionamento devido do usuário, no centro do sistema, com desenvolvimento das tecnologias leves que suscitem ações vinculantes, com base em acolhimento dialogado de que falam Teixeira (2003a, 2003b, 2005) e Merhy (2002).

Há convergência de depoimentos de entrevistados, que revelam satisfação com o atendimento recebido, mas que têm a percepção das limitações e problemas que existem na prestação dos serviços, tanto em relação a trabalhadores quanto à própria estrutura organizacional da unidade, como a necessidade de maior comunicação por parte de alguns trabalhadores, de acomodações, condições do sanitário, copos descartáveis, dentre outros.

“[...] trabalho aqui há 14 anos ...há muito tempo que trabalho com diabetes...já estou acostumada com eles...eu gosto...mas...aqui já foi bom...quando chegam pra mim... pergunto...olho os exames...encaminho...ponho na frente o idoso ou quem não ta bem[...].” Ent. 1 Grupo I

“[...] aqui é bom...porque eles tratam a gente bem ...mas lá no outro programa era melhor... porque a gente chegava...não demorava de ser atendida e era no mesmo dia..mas aqui é bom...eu gosto daqui [...].” Ent 2 Grupo II

No primeiro depoimento, a pessoa entrevistada fala de um tempo anterior à descentralização dessas ações, quando o CASSA era uma referência municipal para as pessoas com DM e possuía uma estrutura mais bem organizada, com um atendimento mais direcionado para esse grupo.

No segundo, há referência ao Programa do PAM/INAMPS, já visto no início deste trabalho, onde a pessoa era cuidada, e quase sempre era atendida, às vezes no mesmo dia, e sem esperas tão longas.

Hoje a Unidade em estudo atende a todos, de uma forma geral, incluindo as pessoas com DM. Vale notar que, mesmo com a diminuição quantitativa desse antigo grupo de usuários, já que muitos foram descentralizados, não parece ter havido uma intensificação do cuidado, ao contrário, segundo eles a organização e o cuidado eram melhores nessa fase anterior da atenção aos diabéticos, no que estamos de acordo.

“[...] atendo a todos os que chegam com glicemia alta... vejo se é diabetes mesmo...acalmo...converso [...].” Ent.3 Grupo I

Como podemos ver, em alguns momentos, com alguns trabalhadores, mesmo de forma pontual, há vislumbres de acolhimento, de vínculo, razão talvez suficiente para que eles se sintam bem atendidos. Simples como são, acostumados a uma vida dura, sem benesses,



qualquer sinal, por mais fugaz que seja, de interesse, se lhes afigura como algo muito importante. É a grandeza, a nobreza, a lição de vida, que a despeito de todo o esquecimento, de toda a exclusão, do sofrimento, muitas vezes cotidiano, brota da simplicidade, e aflora como reconhecimento.

“[...] gosto da enfermeira... gosto do médico.... eles atendem bem...gosto do CASSA, apesar de tudo foi o melhor que eu achei...tem outros muito ruins...aqui tem de tudo....não tenho o que reclamar...só a informação que precisa melhorar....ninguém é de conversar com o paciente.....também não tem cadeira pra gente sentar..o lugar é abafado[...]” Ent 1 Grupo II

Para que os dispositivos da integralidade alcancem os seus objetivos em relação ao cuidado, há necessidade de ambiente favorável, de tal forma, que sejam criadas as condições para que a integralidade se construa no cotidiano. Essas condições se encontram prejudicadas no CASSA, seja pelo ambiente físico desfavorável, uma vez que há poucos espaços para reuniões e outras atividades coletivas, seja pela presença de um corredor estreito onde as pessoas se aglomeram. Alguns consultórios têm uma iluminação deficiente. Há também o fato da dificuldade de acomodações adequadas já que não há cadeiras nas vizinhanças dos consultórios ficando as pessoas em pé. Outros aspectos que prejudicam a construção da integralidade se associam a atitude de alguns trabalhadores, condições de trabalho, organização das ações, passividade dos usuários, dentre outras. São pontos que, ao nosso ver, necessitam ser trabalhados.

[...]..Eu não sei o que seria de mim se não fosse isso aqui[...] .” Ent 4 Grupo II

Imaginemos o que se passa com essa pessoa, cuja vida gira em torno da unidade. Que problemas enfrenta, que situações encontra no seu dia-a-dia, com que dificuldades convive? Enquanto isso a unidade nada sabe a esse respeito, presa às consultas, aos exames e às medicalizações, longe do conhecimento das contingências da vida dessa pessoa. E questionamos: qual a responsabilização da unidade, dos trabalhadores em relação a essa pessoa? Que vínculos os unem? Como a ação da unidade se desenvolve fora dos seus muros? Ainda buscamos essas respostas.

O vínculo necessita do contraponto, da confiança que o usuário desenvolve, em relação aos trabalhadores e ao serviço, no sentido de serem capazes de equacionar seus problemas de saúde e, não só isso, capazes de escutar, orientar e auxiliar em outros aspectos do cotidiano da vida, inclusive no apoio à superação de obstáculos.

Esse vazio de cuidado é bem situado por Campos (1992 2005b), Teixeira (2003a, 2003b, 2005), como uma das distorções que necessitam ser corrigidas, superadas, para que a integralidade seja assegurada, para que o cuidado seja resgatado, em particular, na sua dimensão do amparar e facilitar o viver a vida no seu cotidiano (COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 1999; MERHY, 1998, 2002, 2004).

É essa a responsabilização social da qual o trabalho na saúde hoje carece. É esse o grande desafio a ser aceito e enfrentado por aqueles que pensam e fazem saúde no Brasil, o como transpor esse abismo entre a Unidade e a vida extra-unidade de saúde, como construir essa ponte que une as pessoas aos serviços, sem a qual não se pode pensar em construir a integralidade, o cuidado, a saúde, a cidadania. A despeito disso, há convergência dos entrevistados em relação ao vínculo com os trabalhadores, com a aceitação do serviço dispensado pela unidade, pelo atendimento recebido e pela oferta desses serviços.

Percebemos, entretanto, que na realidade, o usuário participa pouco e se mantém em atitude passiva, limitando-se à observação e cumprimento das determinações dos trabalhadores de saúde. Os poucos e tímidos questionamentos se dão em referência ao tempo e às condições de espera, à insuficiência de vagas, à postura de alguns trabalhadores e à organização de alguns setores.

[...] não sei porque tão de cara feia.....faço tudo que mandam....remédio, se mandam tomar eu tomo....vou sempre pras consulta...não falto....não sei[...] Ent. 1 Grupo II

Em relação aos trabalhadores, há convergência das falas em relação ao vínculo, gerado, facilitado, pelo “espírito de equipe”, que segundo eles, existe e, pela satisfação com o trabalho executado. Nesse aspecto a observação revela, como já foi dito, certa cooperação, pontual, um pouco distante do que se poderia considerar como “espírito de equipe”, como também um ambiente favorável às relações entre os trabalhadores por turno de trabalho.

No que se refere à satisfação no trabalho, foi possível apenas perceber a presença do vínculo institucional, através dos depoimentos, construindo, entretanto, uma idéia limitada a esse respeito, sugerindo posteriores estudos nesse sentido.

Convergem também os entrevistados em relação às dificuldades de vínculo geradas pelas inadequadas condições de trabalho, pela insuficiência quantitativa e qualitativa de trabalhadores e pela baixa integração das ações, do que compartilham ambos os grupos.

“[...].. o atendimento aqui é mais para individualizado que para equipe...cada um faz sua parte[...].” Ent. 2 Grupo I

“[...] esperei esse tempo todo, quase 3 horas pra tomar a tensão..tava esperando a médica terminar de atender porque só tinha um aparelho pra medir tensão[...]” Ent. 1 Grupo. II

“[...] ta precisando cadeira pro povo se sentar pra esperar.. não tem copos descartáveis[...]” Ent. 4 Grupo. II

“[...] ta precisando melhorar a limpeza do banheiro...não tem papel higiênico, nem toalha, nem sabonete[...]” Ent. 4 e 7 Grupo. II

“[...]..há deficiência de pessoal, de qualificação, de equipamentos e de área física para encontros[...]” Ent. 3 Grupo I

Voltamos aos impasses em torno das condições adversas de trabalho, pela insuficiência de equipamentos, de capacidade instalada, pela fragmentação das ações, pela compartimentalização da atenção, organização do serviço, além da política de gestão do trabalho inadequada. Tudo isso se coloca como barreira ao vínculo e assim ao cuidado, à integralidade.

Em relação a essas condições Shiratori e outros (2005) e Pires (2005) falam do trabalho da enfermagem como heteronômico e subordinado às condições de violência e de sofrimento, muitas vezes, com obstáculos à dignidade humana, submetidas a um número reduzido, baixos salários, autoritarismo, sobrecarga, poucos recursos materiais, o que prejudica o cuidado e, sobretudo o cuidador, que precisa ser melhor cuidado para cuidar melhor. Aqui poderíamos acrescentar também o fato de ser exercido historicamente por mulheres, com todos os condicionamentos associados, como situam Collière (1999) e Waldow (1999).

Aqui entra um complicador que é a precarização do vínculo empregatício de alguns trabalhadores, que tem como consequência principal a rotatividade. Na unidade em estudo só foi possível perceber essa rotatividade em relação à enfermeira do turno matutino. Essa precarização acarreta sérias consequências para os cuidados prestados pela unidade. Há também o questionamento expressado em relação a algumas exigências institucionais, também relacionadas às ações da enfermeira.

Situações como as descritas aqui foram encontradas na unidade de saúde, o que gera uma sensação de desânimo e impotência nos trabalhadores, com reflexo sobre os usuários. Vejamos o que dizem alguns dos entrevistados:

[...] em um ano, pela manhã, se não to enganada, já foram 5 enfermeiras diferentes...e essa ta pra sair[...] Ent. 6 Grupo I

[...] com a municipalização deveria ter aumentado o número de profissionais de enfermagem por turno e não ter diminuído, [...]a enfermeira está sobrecarregada[...] Ent. 5 Grupo. I

[...] a gente solicitou um glicosímetro, o aparelho veio e retornou sem as fitas...ai ..isso dificulta o serviço da gente...que é que a gente tem a fazer.[...] Ent. 3 Grupo. I

[...] a gente não ficou com diabetes por querer...a gente foi imposta pela secretaria... para a gente assumir todos os programas...ou a enfermeira assumia todos os programas ou seria encaminhada para outra unidade[...] Ent 3 Grupo. I.

Torna-se difícil desenvolver qualquer atividade que requeira continuidade, com vínculos temporários e rotatividade de trabalhadores, até porque a insegurança bloqueia o vínculo e, com ele o cuidado, inviabilizando a eficácia das ações e afetando a qualidade dos serviços de saúde (BAHIA, 2007b).

Como podemos perceber o vínculo, na unidade entre os trabalhadores se aproxima mais da idéia de acomodação às normas e garantia do trabalho, com a preocupação do desempenho das atividades com eficiência e rapidez. O trabalho em alguns casos é realizado com segurança técnica, calma e tranquilidade, porém carece daquele dinamismo transformador, tendendo a manter o *status quo*. Em outros momentos e com alguns trabalhadores, ele decorre em clima de agitação e aceleração, de estresse. Há empenho em realizar a contento suas funções, há compromisso consigo e com o trabalho. Todos informam gostar da Unidade, apesar das limitações.

Em relação a uma vinculação maior com a Instituição municipal houve convergência relativa à crítica ao órgão municipal central, no que diz respeito à condução não só da política de gestão do trabalho, como alguns questionamentos no que se refere à organização e manutenção da unidade.

O vínculo com o usuário, necessita melhorar. Com alguns trabalhadores foi possível notar a manifestação de algumas preocupações com o que acontece com ele. Preocupam-se em relação à ausência da enfermeira no turno, porque os usuários se afastam, deixam de comparecer à unidade às vezes vão a óbito e ninguém fica sabendo.

Essa constatação da carência de continuidade, de horizontalidade das ações, de compromisso social, de co-responsabilização, de limitação da atenção aos muros da unidade, e de forma reduzida e convencional, deixa claro, não só as deficiências, como o esgotamento desse modelo de organização dos serviços, de atenção à saúde e da política municipal de saúde, com suas conseqüências para a saúde das pessoas.

Analisando a postura e os depoimentos dos usuários, podemos perceber que há uma predisposição quase natural, para a vinculação com a unidade e com os trabalhadores. Para eles, este vínculo pode estar relacionado às mais simples manifestações, mesmo que sejam à prestação do serviço mínimo, à expectativa do “tratamento” do DM, da medicação

conseguida, dos exames realizados no tempo previsto, das consultas no dia certo. Como asseguraram alguns trabalhadores “[...] **eles têm pavor de ficar sem o remédio.**” Ent. 5 Grupo I.

O fato de a maioria dos usuários assegurar que “gosta da Unidade”, e mesmo alguns que, com a descentralização iriam para outra unidade, insistirem em ficar, esquecendo a comodidade da proximidade da sua residência, se relaciona, na nossa visão, à tentativa da garantia do atendimento de que necessitam para o seu “problema de saúde”. A predisposição existe, a mão se encontra estendida, e com ela a possibilidade de nesse encontro, de reconstruir essas práticas e resgatar a saúde, prisioneira da doença.

[...] eu preciso cuidar do meu problema de saúde [...] Ent. 1 Grupo II,

[...] eles têm pavor de ficar sem a medicação. Ent. 5 Grupo I

Há convergência dos entrevistados em relação à insegurança dos usuários, quanto à garantia da atenção conforme suas necessidades, sugerindo a premência das mudanças sentidas e perseguidas pelos que se interessam por uma saúde de qualidade. Urge que estabeleçam as condições para a autonomia desses sujeitos, envolvidos na atenção através dos vínculos, para que se construam a co-responsabilização, as negociações, a fim de que a saúde aconteça dentro das necessidades do usuário. A despeito da batalha travada pelos usuários para conseguir o atendimento de que necessitam em tempo hábil, há convergência da parte deles, em dizer ser a atenção prestada pela unidade, uma das melhores, quando comparadas a outras já por eles experimentadas.

[...] há outros muito ruins [...] Ent. 1 Grupo II e Ent. 6 Grupo I.

O vínculo em relação ao usuário está presente, porém como vimos, focalizado no cuidado com o DM e com a garantia do “tratamento”, que se resume à tríade: consulta, exames e medicações. Gostaríamos de somar a nossa voz à de Santos e outros (2006), Santos e Assis (2005, p. 2) quando dizem que

O vínculo guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. Arremessa os sujeitos ao encontro de suas potencialidades, favorecendo a reciprocidade de experiências e possibilitando a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados [...] estreita laços e liberta a potencialidade do outro, autonomizando o usuário e ampliando o cuidado.

A luta apenas está começando. Muito se espera construir para que possamos desenvolver a co-responsabilidade social que se nos afigura como vital para a sustentabilidade do SUS. Há necessidade de conquistar, para todos uma atenção à saúde de qualidade, em particular para os que mais necessitam. Além de desenvolver nas pessoas a potencialidade de se tornarem sujeitos das suas vidas, co-participantes da construção de um sistema de saúde universal. Sistema este comprometido e atuante, que resgate a dívida social que até hoje persiste com o povo brasileiro.

### CATEGORIA 3

#### **2.3 (Des)construção dos sujeitos no cotidiano das práticas na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus.**

As relações que vigoram entre os sujeitos sociais que atuam na saúde, a construção desses sujeitos, a questão da autonomia, seus espaços de intervenção e a forma como esta intervenção é operada nas áreas de atuação, são primordiais para a saúde coletiva.

A língua portuguesa nos fala do sujeito, como aquele que executa que pratica e é responsável pela ação, portanto, de vital importância para o processo, para o desenvolvimento do fazer a História, o social, a saúde, o(s) outro(s), e em meio a essas inter/relações construir-se e reconstruir o mundo e a própria história.

Para nós, é o sujeito um ser concreto, real, histórico, dialógico, criativo, controvertido, com características específicas, singulares, capacidade transformadora, que age, sente, ama, se compromete ou não, que necessita da relação com o outro para ser ele mesmo e atuar no mundo em que vive, (re)significando todos, a cada novo encontro, a cada novo conhecimento.

Ao longo da aventura da raça humana sobre a terra, a idéia de sujeito tem alcançado os mais diversos sentidos e significados. As transformações que ocorreram nas sociedades provocaram profundas alterações na maneira de se pensar e sentir este sujeito, na sua função, no mundo em que vive sua potência, sua ação.

Na antiga Grécia, berço da nossa civilização, principalmente em Atenas, a vida girava em torno da *polis*, e os cidadãos/sujeitos, nela atuavam através da palavra, do exercício da democracia, mesmo limitada a alguns, do pensamento, através do ócio, entendido como momento de reflexão, e das ações.

Toda a vida era representada como arte que é através do teatro. A liberdade teria que ser vivida com responsabilidade e de forma conseqüente (ROBERT, 2001; MANNION,

2004). Segundo Campos e Campos (2006) já se pode falar da autonomia<sup>17</sup> desse sujeito facilitada pelo contexto cultural e filosófico grego.

A idéia de sujeito e de autonomia a ele inerente sofreu um grande revés, com a ascensão da Igreja, com a negação do material e supervalorização do espiritual, refletida em toda a sociedade de então. O renascimento restaurou a importância do pensamento humano e recolocou o homem no centro das atenções.

O iluminismo, movimento que influenciou todo o pensar de mais de uma centúria, o situava na esfera do racionalismo, do individualismo com sua identidade girando em torno do EU (STUART, 2005; MINAYO, 2001), o que tem sido muito bem aproveitado e estimulado pelo capitalismo.

Na visão sociológica clássica, com o concurso da Psicologia, já se fala do inconsciente, do desejo, da relação, da interação, entre esse EU e o Social, com quem o sujeito estaria em contínuo e mutante diálogo. Da sua inter-relação com os demais sujeitos, com outras identidades, com as quais se coloca em contato, levando a riqueza do seu mundo privado, publicizando parte dele, ao tempo em que partilha outras, dentro de um ambiente plural, sofrendo influência desse mesmo mundo exterior que busca interferir no seu EU e transformá-lo (MINAYO, 2001).

O marxismo, as abordagens compreensivas, da ação, da interação, cada uma com o seu enfoque falam da relação do homem/sujeito com a realidade, da sua subjetividade, de como ele atua nesse campo e a sua capacidade de refletir, agir, modificar e significar o real. Para Marx, permeado de conflitos e enfrentamentos (MINAYO, 2001).

Ainda Minayo (2001), nos traz toda essa discussão, sobre o significado subjetivo da ação do homem/sujeito sob os diversos olhares, entre os quais aquele que situa a *práxis* como um meio de ação e inter-relação, entre o indivíduo, e o seu meio circundante e da necessidade de viver o mundo da vida, de forma partilhada. Esse sujeito, detentor da *práxis* tanto age para manter a ordem estabelecida, como para transformar (ABREU de JESUS, 2006), e é nesse último aspecto que mais nos interessa.

Para Campos (1997), a transformação é resultante do desejo de alterar o *status quo*, portanto do subjetivo, e de um projeto construído de forma consciente que atue em várias frentes, ou seja, interagindo e transformando as pessoas, seus valores, suas vidas, suas formas de ver e sentir o mundo, sua cultura e, através dela se transformem as instituições sociais.

---

<sup>17</sup> Processo dinâmico de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos (CAMPOS e CAMPOS, 2006, p. 670)

Há toda uma articulação, muitas vezes conflituosa, entre autonomia, poder, subjetividade, necessidades internas ou privadas e aquelas externas, associadas às influências do meio circundante, que interpenetram o mundo interior do sujeito e com ele atuam revelando um verdadeiro microcosmo, em constante movimento e transformação, em permanente “vir a ser” para lembrar Heráclito. (MINAYO, 2001; CAMPOS, 2005, 2007; MERHY, 1997a, 2002).

Com o advento do que se convencionou chamar de pós-modernismo, situado muito bem por Lacaz (2001), o homem descentrado como sujeito da História, em um mundo incerto e imprevisível, já fragmentado pelo cartesianismo, refém do positivismo e do neoliberalismo, da globalização, da cibernética, da robótica, aparece em meio às crises, de identidade, de valores, de visão, de conceitos, de paradigmas, inclusive da educação e da saúde. Essa conjuntura, ao mesmo tempo em que sinaliza como perigo, acena com oportunidades (AYRES, 2001), onde ele é posto em cheque, onde questiona e é questionado, e onde tenta se (re)significar, em processos constantes de transformação/adaptação em relação ao seu ambiente, utilizando, para tanto, os recursos de que dispõe.

Campos e Campos (2006) e Abreu de Jesus (2006), trazem à tona a questão do poder, da autonomia, e da subjetividade que acompanham a configuração desse sujeito. Em relação ao poder, Abreu de Jesus (2006) o situa como a presença de espaços de decisão onde os conflitos e contradições são balizados (as), mediados (as); o poder então seria um produto do saber, da prática social e do próprio sujeito.

Abreu de Jesus (2006) se inspira em Testa (1997) para colocar esse poder como resultante da relação entre o sujeito e a sociedade. Fala da subjetividade do sujeito e da necessidade dessas premissas para a constituição de uma sociedade ética, formada de sujeitos sociais responsáveis e conscientes. Situa-o como um constituinte da prática social que serve de base para as relações que se estabelecem entre os sujeitos e suas interações, nos espaços sociais e cita Campos (2000), quando ele fala da potência para a produção conjunta de necessidades, do valor de uso, da criação de domínio de consensos. O exercício desse poder seria uma ação inerente aos sujeitos sociais em suas relações, tanto entre si quanto com a sociedade e instituições como o Estado. Essas relações de poder, portanto, se estabeleceriam no confronto social.

Em relação à autonomia do sujeito, Campos e Campos (2006) discutem que esta tanto depende do sujeito quanto do ambiente, que se plasma em meio democrático, acessível e munido de informações, com uma construção conjunta que leva à reflexão, à intervenção, a perceber e atuar sobre suas limitações e dependências, trabalhar os conflitos e construir o bem



estar. Estrutura-se na relação eu, tu, os outros, com certo grau de independência entre os sujeitos, permeada pela palavra e pela ação conjunta.

Tudo isso vem à tona sob a ação das profundas alterações, ocorridas nessa transição de século e de milênio, em particular, no campo da saúde, com a busca de uma maior compreensão dos sujeitos que a constroem, da realidade em que essas ações se desenvolvem, a percepção do esgotamento de padrões, a necessidade de quebra de paradigmas e do aproveitamento das rupturas, para que se possa avançar.

Há a percepção da premência de se redefinir esses sujeitos, seus poderes, sua autonomia, de (re)descobri-los em suas subjetividades e inter/relações, preparando-os para, dentro de suas singularidades, co-atuar coletivamente de forma a protagonizar as mudanças e transformações que se fazem necessárias ao mundo de hoje, ao fazer saúde no momento presente, em particular no contexto de Feira de Santana.

Ancorados em Minayo (2001), Lacaz (2001), Merhy (1997a, 1997b, 2002), Campos, (2005b), Cecílio (1999), também acreditamos, que a visibilidade e a emancipação desses sujeitos, individuais e coletivos, diferentes, submetidos a um mundo desigual, o seu pensar a realidade, o seu agir no cotidiano da saúde, a sua posição nesse mundo, suas ações, os espaços de poder e o como esse poder é exercido, precisam ser desvelados, percebidos, refletidos, (des)construídos e (re)construídos, a partir dos “ruídos” identificados, em consonância com uma nova visão, menos fragmentada, mais integrada, do social, atentando para as desigualdades existentes, sem esquecer as diferenças.

Ainda nessa mesma linha de pensamento, a sociedade seria vista como um sujeito coletivo, na medida em que é capaz de ditar as condições de saúde e as metas a serem alcançadas, porém pleno de conflitos de interesse, como diz Minayo (2001). Estes são alguns dos pilares nos quais se assenta à reflexão sobre o sujeito e a saúde hoje.

Esse sujeito que age no mundo, que interfere na sociedade é também um sujeito social, explicitado por Abreu de Jesus (2006) como dotado de consciência sanitária<sup>18</sup>, construída através do diálogo democrático e capaz de transformar sua realidade. Ao atuar desenvolve laços articulados de poder, através dos quais age, constituindo-se assim, ao mesmo tempo, um sujeito político.

Para construir os sujeitos, é necessário falar das pessoas, e nesse caso, nunca é demais ouvir a voz do mestre Paulo Freire (2001, 2003, 2004), quando ele pensa o ser humano como

---

<sup>18</sup> Consciência sanitária, termo aplicado por Berlinguer (1978), como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Para tanto são imprescindíveis, tanto uma ação individual quanto coletiva para que se possa alcançá-la. (adaptado de ABREU de JESUS, 2006).

nascido datado e situado, em determinada realidade, em um contexto histórico, como um ser incompleto, transitivo, aberto, em desenvolvimento, que se modifica constantemente ao sabor de forças internas e externas que, a partir da sua realidade vai se construindo a si mesmo e com os outros a sua história, dentro do seu espaço e do seu tempo, do seu contexto.

Um ser em contínua e vital relação, que cresce através do mergulho em si e na observação, no pensar e na inter/ação com a sua realidade e, neste mergulho, percebe, analisa, problematiza, se organiza e, junto com os outros, busca a interação com esse meio, para nele atuar transformando-o, através da vida, que é a experiência de si com os outros, no espaço e no tempo, permeada por essa transitividade sempre crítica.

Construir os sujeitos e suas relações, é refletir juntos, é clarear a idéia de si e do outro em constante intercâmbio, é se perceber nesse universo, como transitivo e, assim, sentir e perceber o outro, e nele, a mesma necessidade de completude.

Na saúde há hoje uma urgência de abertura para a alteridade, como dizem Ayres, (2001), Teixeira (2003b, 2005), para com o outro e suas necessidades, seus direitos. Construir o sujeito é colocar o outro no centro das atenções, é estimular o seu protagonismo, dirimir os impasses e dificuldades da comunicação e da participação, criar espaços para a manifestação da sua voz, do seu pensamento, das suas ações, é respeitar e partilhar dos seus saberes, sua *mundividência*, sua cultura, seus modos de ver e viver a vida, é incitar a sua auto-estima, a sua autonomia, criando condições para que aflorem as suas possibilidades de viver melhor e conviver com as dificuldades, superando-as. Na construção dos sujeitos d(n) a saúde, há de se buscar entender as relações sociais que atravessam esses sujeitos e suas ações, as diferentes formas como eles se inserem nessas ações, suas possibilidades de expressão nos espaços de poder, as bases da sua formação.

Ayres (2001, p. 69) fala do “encontro desejanter”, com base em processos dialógicos, no que se identifica com Teixeira (2003b, 2005), sobre a necessidade de, nas práticas de saúde, priorizar as relações, a inter-subjetividade, a construção partilhada de conhecimento e de formas de intervenção, elaboração de projeto de vida, não centrado na doença, a reconstrução das identidades através de outra lógica, ancorada em relações mais solidárias, propondo, também, a transformação do cuidado em centro orientador, das ações direcionadas para a saúde, tanto individuais quanto coletivas.

Cecílio (1997a) aborda o tema das relações incluindo-as nas tecnologias leves, também discutido por Teixeira (2003b, 2005), Merhy (1998, 2002), Campos (2005a, 2007), Campos e Campos (2006), articulando-as com o vínculo, imprescindíveis para a realização do cuidado, e como vimos, para a co-construção dos sujeitos.

Na Unidade em estudo, houve convergência no que concerne às relações dos trabalhadores entre si e destes com os usuários, sendo consideradas facilitadas, pelos entrevistados, tomando como referência os turnos de trabalho.

[...] não sei quem atende à tarde a eles [...] Ent. 1 Grupo I

[...] eu me sinto integrada no momento da tarde..com o usuário, só não é melhor porque há falhas [...] Ent. 3 Grupo I

Como podemos observar há um hiato, um vácuo, entre os turnos a ponto do trabalhador em um período não saber quem desempenha a mesma função em outro período. Através da observação, percebemos que no turno em que a auxiliar que cuida das pessoas com Diabetes não está presente, essas se dirigem à recepção e são orientados a procurarem a enfermeira, ou seja, a enfermeira é uma referência. Os demais estão ocupados com outras atividades, e não respondem pelas pessoas com DM, exceto para encaminhar às consultas ou para dispensar a medicação, quando eles se colocam em frente à porta ou a solicitam..

[...] são muito boas...converso com ele, ouço seus problemas, tento solucionar, nos limites da unidade[...] Ent. 5 Grupo I

[...] são muito boas...trato o usuário com respeito e carinho[...] Ent. 7 Grupo I

[...] a recepção orienta bem [...] Ent. 3 Grupo II

[...] são muito boas.... eles são alegres e não trabalham de má vontade[...] Ent. 5 Grupo. II.

Os entrevistados convergem ao falarem das relações na unidade. Os trabalhadores se dizem integrados nos seus respectivos turnos, com boas relações entre os colegas e relações mais estreitas entre colegas do mesmo setor. Foi percebido um ambiente relacional leve e agradável, entre eles.

Há convergência também na afirmação de que o trabalho é desenvolvido em equipe, tendo alguém, assegurado que na Unidade, eles são como uma família. Em relação ao trabalho em equipe, exceto em uma ocasião de urgência, a observação diverge dessa afirmação. Não foi percebida a presença de ações que qualificassem o trabalho desenvolvido como de equipe e, sim, uma série de atividades fragmentadas e soltas, que ocupam todo o tempo dos trabalhadores, a ponto de não haver tempo para sentar e descansar ou conversar.

Para Araújo e Rocha (2007) sob a ótica da integralidade das ações, o trabalho em equipe implica em uma ação tanto inter/disciplinar, quanto trans/disciplinar e interativa que

precisa contemplar o olhar dos diversos trabalhadores, o que não foi constatado na prática cotidiana.

Houve convergência em relação a que todos trabalham com amor, que gostam do que fazem e que têm boas relações com os usuários. Foram observadas algumas demonstrações dessa atenção e interesse, em alguns momentos, por alguns trabalhadores, enquanto em outros momentos, o que foi visto foi certa indiferença pelo usuário, como se o hábito de vê-los na unidade os tornassem invisíveis, integrados às rotinas, como uma a mais.

[...] aqui nesta Unidade de Saúde nós trabalhamos em equipe, os funcionários gostam da unidade, preservam a unidade, gostam do que fazem e desenvolvemos o nosso trabalho com amor...nós somos uma família [...] Ent. 5 Grupo I

[...] o trabalho é mais para individualizado mas...a relação com os colegas é boa ...e com o paciente também..principalmente o que segue a orientação [...] Ent. 2 Grupo I

[...] aqui no setor a gente trabalha em equipe, fala a mesma linguagem, um ajuda o outro...aqui a gente em uma boa relação [...] Ent. 4 Grupo I

A iniciativa do contato, da relação, é sempre do usuário, um ou outro momento em que apareceram formas superficiais de acolhimento, quase sempre com os mesmos trabalhadores. O usuário, se não se dirigir a um trabalhador para perguntar o que quer, é possível que fique a dar voltas na unidade, a olhar pelas portas abertas, sem que ninguém pareça notar a sua presença, uma vez que estão sempre muito ocupados com os seus afazeres.

Foram encontradas, entretanto, divergências no que se refere às relações com a unidade e com alguns trabalhadores. Nesse caso, a informação é que deixavam a desejar e que necessitavam melhorar com alguns trabalhadores. Vejamos:

[...][ a relação?...(indecisão, torce o nariz...fica calada...continua fazendo careta) com os pacientes é boa... mas...não gosto do atendimento aqui...não posso ajudar o povo como eu quero.[...] Ent. 6 Grupo. I

Um trabalhador deixou transparecer que não conseguia fazer o que gostaria pelo usuário, o que lhe causava insatisfação, com sensação de impotência. No que diz respeito às relações entre trabalhadores e usuários foi possível perceber algumas dificuldades relacionais e até a presença de certo conflito, atrito entre usuários e alguns trabalhadores, por conta de marcações ou não de consultas, exames/procedimentos, assim como em relação ao tempo de espera em filas e vagas. Também foi motivo de questionamento por parte dos usuários, a postura de alguns trabalhadores no atendimento.

[...] no serviço público a pessoa vem, é destrutada, e continua tudo do mesmo jeito... um mal crônico do serviço público...e não é só na saúde não [...] Ent. 6 Grupo 1

E aqui, uma situação comum nos serviços públicos em geral, como fala um entrevistado, e com o qual concordamos, que é o hábito dos trabalhadores de atender às pessoas que chegam, com o semblante contraído, muitas vezes os olhos baixos, mal olham para quem chega. As pessoas às vezes aguardam até que eles notem e as atendam, inclusive nas consultas. O balcão é um obstáculo e uma defesa. Durante a observação foram percebidas muita movimentação e muito trabalho, embora atendam sem sorrir e com formalidade. Seria conveniente uma atitude mais acolhedora, menos formal, diante do usuário. A formalidade e o baixo acolhimento podem ser obstáculos ao cuidado. Cabe aqui esse alerta para que sejam removidos esses obstáculos que impedem a construção dos sujeitos e o próprio cuidado.

No que concerne às relações entre as unidades da rede municipal, os depoimentos indicam convergências nas facilidades de referência e contra-referência para o atendimento de necessidades do momento, pontuais, dos usuários. As relações conflituosas se situam como já foi visto, no campo da Central Municipal de Regulação, por conta da morosidade de liberação de guias de procedimentos.

Houve questionamento por parte de alguns trabalhadores em relação à política de gestão do trabalho e de organização dos serviços que reduziu o número de algumas categorias, como enfermeira, e aumentou as atividades. Segundo depoimentos de trabalhadores, foram essas trabalhadoras pressionadas a absorver sozinhas no turno, todas as atividades até então realizadas por vários enfermeiros, o que ocasiona sobrecarga, com diminuição do tempo dedicado a cada um dos programas, a cada um dos usuários e, conseqüente, queda da qualidade do cuidado, prejudicando a todos.

[...] a enfermeira se encontra sobrecarregada...é uma reclamação de todos os profissionais de enfermagem [...] Ent. 5 Grupo I

[...] tenho boas relações com a secretaria...não falto...faço meu trabalho...me interesse pelo usuário[...] Ent. 2 Grupo I

No que se refere aos trabalhadores, o SUS, considerado a maior política de inclusão social do país, pelas Normas de Operações Básicas de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS, 2005), ainda não conseguiu incluir o seu pessoal, apesar de pregar uma nova gestão do trabalho, com valorização do trabalhador e do trabalho e vinculação deste ao serviço e às populações. O arcabouço legal vem sendo discutido nas Conferências de Saúde, de Gestão do

Trabalho e Saúde do Trabalhador, e em outras instâncias nas quais atuamos, quando problemas relativos à política de gestão do trabalho foram levantados e saíram as recomendações para que essa realidade fosse alterada e, na prática, nada aconteceu, a realidade continua a mesma, como se elas não houvessem ocorrido (BAHIA, 2002).

As Portarias se multiplicam nos Ministérios. Saúde, Educação e Tecnologia mas, na verdade, modificam muito pouco a ponta dos serviços. O próprio Ministério da Saúde se encontra envolto em dissídios internos e choques de correntes de influência, o que reflete na política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. No momento deste estudo, estas ações/determinações/medidas se encontram em contramarcha, não só em relação à Educação em Saúde, como ao plano de Carreira, Cargos e Salários dos seus trabalhadores.

De fato, a Gestão do Trabalho é um dos nós críticos do SUS. A realidade é complexa, com multiplicidade de vínculos, eivada de vícios, sujeita aos casuísmos políticos, desregulamentada na prática, ou vítima de precarização, com trabalhadores desmotivados, atarefados, desestimulados, em desvios de função, duplas e triplas jornadas, submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e de gestão. Encontram-se sujeitados a baixos salários, com condições de trabalho que deixam a desejar, sobrecarga de funções, verticalismos e centralização das decisões. Esta é a realidade com a qual convivemos há algum tempo e da qual somos testemunhas. Torna-se difícil organizar um SUS como o pensado, com uma gestão de trabalho sob essas bases.

Parte dessa realidade está na raiz, e se reflete nas atitudes, transparece no rosto de alguns trabalhadores da unidade pesquisada, apesar de todo discurso em contrário. Daí, as dificuldades para assumir um compromisso ético e social com o usuário, com o próprio serviço público, não só por parte de trabalhadores quanto de gestores, ocasionando distorções e conseqüências para a saúde e para o sistema como tal.

É a própria NOB-RH/SUS que reconhece a importância dos trabalhadores, ao assegurar que eles constituem as bases para viabilização e implementação dos projetos das ações e serviços de saúde do sistema, enquanto afirma que a formação desses sujeitos tem importância estratégica para a elaboração da Política de Gestão do Trabalho e para o alcance das diretrizes do SUS. Entretanto pouco ou nada avançou nesse sentido, uma vez que, as disposições continuam no papel. Ao que parece estamos em um labirinto, girando em círculos.

Em relação à Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005b) fomos testemunhas das marchas e contra-marchas de que foi vítima o projeto dos Pólos de Educação aqui na Bahia, em particular em Feira de Santana. As disputas políticas, e as dificuldades de

negociação com a gestão municipal da saúde, aliadas às contra-marchas do Ministério da Saúde cujas verbas, para agilização dos projetos partidos das bases, não conseguiram chegar e serem liberadas para aqueles já aprovados nos espaços colegiados, foram responsáveis pelo fracasso do esforço da construção dos sujeitos através da formação permanente.

Se pensarmos a formação como um dos grandes pilares para a construção dos sujeitos para o SUS, teremos idéia dos males que o próprio Ministério da Saúde causou e vem causando ao sistema como um todo ao burocratizar a liberação da verba, e ao expor suas disputas internas, inviabilizando projetos construídos coletivamente, de forma inconcebível. No âmbito local, o verticalismo e a concentração de poder e de decisão se colocam na contramão dos princípios do SUS. Tudo isso vem reforçar a nossa visão que se coloca na premência da mudança da gestão do trabalho, tanto desencadeada por Brasília quanto na locoregião, se queremos, de fato que o SUS se firme como política de saúde e da proteção social.

A centralização das decisões e do poder, a distância entre os interesses e necessidades do usuário e aqueles dos gestores, o pouco compromisso, a descontinuidade das ações e das políticas, que acompanham a nossa história, que tantos males têm causado ao povo brasileiro, e, ainda, continuam vigentes, entre nós hoje, necessitam ser combatidos (as) de todas as formas possíveis, por todos os que militam no sistema público de prestação de serviços, para a própria sustentabilidade do SUS, como assegura Campos (2007).

A gestão municipal centralizada, a forma de organizar o serviço, o modelo de atenção médico-centrado, desestimulam e interferem, na postura do trabalhador, na forma em que ele vive seu trabalho e como ele estabelece essas relações no seu ambiente. Todo esse complexo parece interferir, na forma como o trabalhador age em relação ao usuário que o procura.

A unidade de saúde sofre as conseqüências dessa gestão, que não estimula a construção de sujeitos sociais, uma vez que produz relações desvinculadas, desarmônicas, formais, dentro de um modelo de atenção centralizador, procedimento centrado, em descompasso com as necessidades e demandas da sua população.

O poder de decisão se encontra diminuído ou ausente no trabalhador, que se acha sujeito, alienado, no sentido de que não percebe a importância do seu trabalho como um todo e o resultado final, sobre o qual não tem controle. Encontra-se (des)focado do usuário, que se torna alvo de procedimentos e de intervenções, sobre os quais não tem governabilidade.

Estamos envoltos em uma crise, inclusive de autonomia e poder dos sujeitos, sujeitos à hegemonia de um poder político centralizador, com pouca legitimidade social, pois não se assenta na maioria, uma vez que seus gestores são indicados politicamente; com

baixa representatividade, pois representa apenas uma minoria que governa. Essa situação sujeita trabalhadores e usuários, pondo em risco a própria sustentabilidade do sistema de saúde, que perde credibilidade diante dos usuários, famílias e comunidades. (SANTOS, e ASSIS, 2005; ABREU de JESUS, 2006; CAMPOS E CAMPOS, 2006, CAMPOS, 2005a, 2007; ASSIS, 2003; ASSIS et al 2007).

Campos (2007) e Abreu de Jesus (2006) nos fazem atentar para o fato de que, se não há reflexão, ação crítica, participação, negociação, espaços de exercício de poder compartilhado, de decisão, não há autonomia, e o poder se encontra sufocado, e se assim é, os sujeitos estão sujeitados, reduzidos, objetivados.

Ainda há o agravante de ser a autonomia um dos eixos da política de gestão do trabalho no setor saúde e que não vem sendo cumprido, isso reforça os resultados encontrados no estudo. A ausência de autonomia, o verticalismo, a concentração do poder e o pouco diálogo, vêm convergir novamente com os depoimentos e validar, por assim dizer, os resultados.

O SUS padece desses desvios de gestão, de democracia, que tomam as rédeas do sistema e que o afastam do povo e das suas necessidades, padece da ausência de autonomia dos seus trabalhadores e dos que usam o sistema. Fica assim, refém de grupos hegemônicos que controlam o poder, as finanças, as ações, as pessoas e que, ao seu modo, minam as bases do sistema e não o deixam avançar. A pequena participação através dos Conselhos Municipais se pulveriza dentro de uma estrutura que poda suas disposições e, conduz as ações. Há uma linha de tensão entre controle e autonomia, (CECÍLIO, 1999), com a balança pendendo para o controle. A autonomia necessita ser construída no cotidiano das ações e dos serviços.

Assis (2003 p. 330) ratifica algumas dessas situações de limite da gestão nos espaços institucionais<sup>19</sup> e alerta para a necessidade de desenvolver a co-responsabilidade, nos sistemas de gestão, com a participação dos diversos sujeitos sociais da saúde, compromissados ‘com a coisa pública’.

A participação no SUS, em todas as instâncias, com a maior representatividade possível, pelos mais diversos sujeitos sociais, em particular a popular, (des)institucionalizada, é vital para a consolidação do sistema que tem nesse aspecto seu diferencial. Nesse caso, as camadas populares ainda são tidas como “pobres e sem cultura”. Portanto sem condições de participação, o que se configura preconceituoso (OLIVEIRA, 1996, p. 67).

---

<sup>19</sup> A autora identifica a ‘gestão institucional’ como espaços coletivos de gestão do sistema de saúde, onde ocorre o exercício da participação social, dentre os quais se encontram os Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Diretores, Comissões, Movimentos organizados (ASSIS, 2003).



A participação dos vários segmentos ainda é insignificante, dentre eles a dos trabalhadores, assim como seu poder de negociação. Ao lado disso, está permeada por conflitos e jogo de forças, quase sempre desfavorável para os trabalhadores.

Em relação à negociação, embora seja direito do trabalhador ser liberado para formação, foi identificado um dispositivo referido por um trabalhador que, para realizar a sua especialização, precisou compensar as horas ausentes do serviço, com o comparecimento em outros momentos ao mesmo serviço, o que se configura pouca sensibilidade na atenção às necessidades tanto do serviço quanto do trabalhador, e pouco respeito ao seu direito.

Essa problemática se manifesta pela presença de formação deficiente e baixa atualização encontradas entre os trabalhadores, em descompasso com as necessidades do sistema de saúde no qual estão inseridos. Não parece haver abertura de oportunidade para quem está no serviço, atualizar e aprimorar sua formação, o que colabora para a (des)atualização, alienação e rotinização das ações, com uma prática aquém das expectativas.

Há uma urgência histórica, social, humana, jurídica, de superação da alienação dos sujeitos sociais que giram em torno da saúde, da baixa qualidade na produção das ações e das relações pouco acolhedoras, pouco vinculadas, que grassam na saúde, até para avançar nas conquistas sociais a que o SUS se propõe. Há de se desenvolver e estimular as práticas democráticas, as ações conjuntas, à co-gestão dos coletivos na saúde, como situa Campos (2005).

O sujeito construído na prática democrática, é um sujeito que participou da transformação, através da dinâmica democrática, nela se plasmou, e aí exercitou o poder e a representatividade (ABREU de JESUS, 2006). Portanto, preparado para apreender e tentar transformar a sua realidade.

Campos (2005a, 2007); Campos e Campos (2006) trazem a proposta da co-construção da autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde. Falam da importância da valorização da singularidade dos sujeitos, da redefinição do objeto do trabalho em saúde. Sobre a reorganização da clínica que precisa ser ampliada, centrada no usuário, com longitudinalidade, com reconstrução tanto dos modelos de gestão quanto de atenção. A transformação do SUS com o qual convivemos, para o SUS que queremos e sonhamos. Para tanto, temos que começar a trabalhar imediatamente para o alcance dessa realidade.

Continuando a análise podemos observar no que se refere aos trabalhadores, que a própria inserção desses sujeitos vem ocorrendo de forma pontual, casual e desarticulada de um projeto. A convergência das falas nos leva a identificar a inserção como fruto da experiência, do tempo de serviço, do esforço pessoal ou mesmo da pressão institucional,

como vimos anteriormente. Tudo isso tem interferido para que ela aconteça da forma como foi percebida. A maioria dos entrevistados se encontra em uma ou mais, dessas condições. A formação anterior e a afinidade com o serviço foram encontradas, porém com uma convergência menor.

Como podemos constatar, já na inserção, o trabalhador não é preparado para as atribuições que vai desenvolver, não desperta para a relevância do seu serviço, nem para as responsabilidades que se espera dele. Isso conduz à alienação no trabalho, prejudicando assim o resultado final das suas ações. Decorrem daí, então, ações pouco vinculadas, com pequeno acolhimento, baixa resolubilidade como foram observadas, e que não conduzem à saúde, além de semear o descrédito do sistema e favorecer o sistema privado.

Há convergência na fala de trabalhadores que estão inseridos no programa desde o seu surgimento, que conhecem os usuários, já foram capacitadas em uma etapa anterior à municipalização ou no seu início. Esses têm conhecimento de toda a dinâmica das ações e do cuidado e gostariam de ver a unidade melhor e mais bem estruturada e, têm planos para tal. A gerência da unidade se situa na fala dos trabalhadores, como facilitadora de relações e de resolução de problemas, porém com ação limitada pela verticalização das decisões.

Apesar dos trabalhadores estarem adaptados à rotina, há convergência nas suas falas no sentido de perceberem e expressarem a necessidade de melhorar o atendimento. Alguns deles dizem que “antes da municipalização”, o programa e as ações eram mais bem estruturados. Mesmo assim, eles revelam a sua satisfação em trabalhar na unidade e com esses usuários, a despeito de conhecerem as limitações do programa. Têm expectativa de dias melhores. Mesmo com a verticalização e a falta de oportunidades, sem o preparo necessário, com esforço pessoal, os trabalhadores ainda conseguem realizar algo e ter esperança de dias melhores o que não deixa de ser um valor e uma amostra da sua garra.

Outros trabalhadores percebem a desarticulação das ações e gostariam de ver uma equipe mais integrada, com outros profissionais, onde todos pudessem juntos, cuidar melhor das pessoas com DM. São capazes de perceber e expressar o quanto fazem falta a força da equipe e o apoio do grupo, necessários para as ações conjuntas. Apesar de algumas experiências anteriores de trabalho conjunto, hoje alguns trabalhadores se encontram com um trabalho pontual e isolado, envoltos pelo sistema que tudo fragmenta e sem a potência para alterar a realidade, já que não têm a força do grupo.

A maioria dos trabalhadores informa que tem outro vínculo, seja público ou particular, tem nível superior compatível com a função, com pós-graduação, nem sempre na área de atuação, outros têm nível médio completo, todos estão abertos e motivados à aprendizagem,

revelam sentir falta de formações mais compatíveis com as atribuições que desenvolvem e gostariam de estar atualizados em novas práticas, o que se configura como uma possibilidade a ser aproveitada e estimulada.

Convergem os trabalhadores que aprenderam a executar as atividades com o auxílio de colegas ou olhando os outros fazerem, o que se configura como um descompasso com as modernas práticas de gestão do trabalho, bem distante da co-gestão dos coletivos<sup>20</sup> que seria esperada que pudesse estar acontecendo nesses espaços de atenção<sup>21</sup> (CAMPOS, 1997, 2005b, 2005c; CAMPOS e CAMPOS, 2006).

A formação específica deixa a desejar, conforme a convergência das falas dos entrevistados. Percebemos, assim, a dificuldade de capacitação. A maioria nada sabia sobre Educação Permanente em Saúde embora alguns trabalhadores falassem da existência de um setor de Educação Continuada na Secretaria Municipal de Saúde. Eles asseguram que a gerência estimula e libera, mas que a própria Secretaria não estimula a participação em educação em saúde.

Informam os trabalhadores, que, quando há cursos, as vagas já vêm com a indicação das pessoas/categorias que poderão participar. Segundo eles, já houve casos em que, para que pudessem fazer a pós-graduação foi necessária uma compensação no trabalho, o que sugere uma política pouco voltada para a formação dos seus trabalhadores e para os seus interesses.

Como podemos observar, os próprios trabalhadores estariam mais para sujeitados do que para sujeitos, uma vez que, muito embora haja convergência entre eles, no que tange ao ambiente relacional local, considerado bom pelos entrevistados, eles se encontram em uma estrutura organizacional municipal verticalizada, coercitiva, centralizadora, que torna difícil as escolhas, com restrito exercício e espaço de poder. Eles consideram que as condições de trabalho indispensáveis à realização das ações, não são boas e que poderiam melhorar.

Que poderemos esperar de trabalhadores com tão pouco estímulo à formação, quando sabemos da importância desta, para a transformação das práticas? Como lutar contra esse modelo hegemônico que desconhece os sujeitos se esses sujeitos não se reconhecem como tal? Como construir esses sujeitos sem as armas do conhecimento, do saber, quando a autonomia e o poder estão, diretamente, associados ao conhecer, ao saber? Sem a formação adequada fica difícil construirmos o SUS dos sujeitos autônômicos, atuantes e co-

---

<sup>20</sup> Seria uma nova forma de trabalhar os coletivos organizados para produzir saúde, através da construção ampliada de espaços de poder (com)partilhado, de gestão colegiada de decisão, com base em princípios de democracia, de autonomia e co-construção dos sujeitos (CAMPOS, 2005b; CAMPOS e CAMPOS, 2006).

<sup>21</sup> “Arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo, de fato se analisem problemas e se tomem deliberações”, conforme Campos (2005b, p.42).

responsáveis de que falam Ceccim e Feuerweker (2004), Campos (2005b, 2005c) e Campos e Campos (2006). Como se falar da necessidade da integralidade de acolhimento, de vínculo, de ampliação do acesso, de modelo de atenção, de clínica ampliada, para esses trabalhadores preocupados em desenvolver suas tarefas? Há muito a fazer para se (re)construir o SUS. Há de se iniciar a reversão dessa situação em benefício dos próprios sujeitos, em um esforço conjunto de co-construção da autonomia, da criação de espaços de co-gestão e empoderamento desses sujeitos.

Se essa é a realidade dos trabalhadores, podemos imaginar o que ocorre com os usuários do sistema. As atitudes pouco acolhedoras, por vezes, podem intimidar as pessoas, dificultar as escolhas, inibir a manifestação do pensamento e da vontade desses usuários. Os mecanismos dessas atitudes se afiguram, muitas vezes, quase inconscientes, rotineiros e automatizados.

Os usuários, historicamente, se encontram distantes dos benefícios de um serviço de saúde identificado com as suas necessidades e para eles voltado. Vivem eles uma realidade social e econômica excludente. Têm baixa escolaridade, desacostumaram-se a serem ouvidos e valorizados. Sua auto-estima necessita ser elevada. Encontram-se fragilizados pela doença, pela idade, e pelos diversos problemas que enfrentam. São vítimas fáceis dessa estrutura pouco humanizada, onde as pessoas correm para realizar tarefas e dispõem de pouco tempo para ouvi-los.

Conforme os depoimentos, a inserção dos usuários no programa se dá não só pelo tempo de participação, como pela frequência e vinculação com a unidade. A maioria informa que não falta às consultas. Dizem eles que vêm sempre no dia marcado e acrescentam que se “interessam” em seguir as recomendações. A maioria está cadastrada na Unidade há mais de 05 anos, e tem tempo de DM também superior a cinco anos havendo alguém com 19 anos de DM. A maioria tem 50 anos ou mais, e escolaridade fundamental incompleta, embora alguns tenham o nível médio.

Dentre as dificuldades de inserção, os usuários convergem em apontar a ausência de encontros e reuniões educativas na unidade. Segundo os depoimentos, já há algum tempo que elas não ocorrem, o que afasta o usuário dos serviços, restringindo a presença às consultas. Há registros nas falas de alguns entrevistados, de algumas reuniões, com uma nutricionista que já se encontra aposentada, provavelmente, há uns dois anos. Essa ausência de espaço coletivo de ação limita o cuidado, com prejuízo tanto para a formação dos usuários, quanto para a inserção/participação.

Convergem também as falas dos entrevistados, no que diz respeito ao pouco conhecimento das formas de participação e de controle social. Alguns já ouviram falar em Conselhos de Saúde pelos meios de comunicação, mas desconhecem seus objetivos e mecanismos de ação. Muitos não sabiam que há Conselhos Locais de Saúde, muito menos, se havia na unidade. A divergência é que uma minoria conhecia e disse que a unidade não tinha organizado o conselho local. Para um entrevistado, a comunidade precisaria ser informada e estimulada à organização do conselho e à participação.

Como podemos observar, mostraram-se os entrevistados pouco informados em relação ao controle social, dificultando, mais uma vez, a construção e a transformação destes, em sujeitos autônomos, responsáveis pela sua saúde. É urgente que revertamos essa desinformação, de acordo com as orientações de Campos e Campos (2006) Campos (2007) e Abreu de Jesus (2006). Precisamos desenvolver uma ação conjunta, na luta por:

nova ordem político-administrativa que permita a construção de espaços de co-gestão e de co-produção com vistas a possibilitar novos espaços de autonomia, rompendo com o paradigma neoliberal da produção para o alcance de resultados e dando espaço a um novo paradigma, onde a produção existe para atender a necessidades socialmente estabelecidas. (ABREU de JESUS, 2006, p.102)

Em relação à distribuição do poder percebemos estar concentrado na pessoa de alguns trabalhadores-chave ficando o espaço do usuário restrito à observância das prescrições principalmente em relação às medicações, ao comparecimento e pontualidade às consultas marcadas, realização de exames também na data apazada e, alimentação conforme orientação.

Outro aspecto que chamou a nossa atenção foi o pequeno contingente de entrevistados do grupo II, que registrou a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS)<sup>22</sup> nas suas residências para realizar o acompanhamento dessas pessoas. Esta situação prejudica a continuidade do cuidado e a longitudinalidade das ações.

Em relação ao ACS, esses sujeitos também necessitam ter o seu vínculo e regime de trabalho definidos, suas atividades revistas e re-estruturadas, seu lugar na unidade preservado, dada a importância do seu papel de ponte, de contato mais próximo com os usuários e suas famílias. São trabalhadores estratégicos para acompanhamento dos usuários e do seu processo saúde-doença e devem ser incluídos nos planos da horizontalidade. Em Feira de Santana há

---

<sup>22</sup> Profissão criada pela Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002, caracterizada pelas ações associadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, conforme as diretrizes do SUS e supervisionadas pelos gestores locais (BRASIL, 2002b, Art. 2º).

cerca de 804 ACS, todos certificados, isto é selecionados e treinados. Está prevista uma nova seleção/certificação no próximo ano.

Como podemos observar a construção dos sujeitos, e dos seus espaços de poder, a sua autonomia, ainda estão por se concretizar, no CASSA, e quiçá em Feira de Santana, bem como, se torna necessária a (des)construção dessas atuais práticas, por tantos anos arraigadas na atenção à saúde, aqui na loco-região.

No dizer de Campos (2005a, 2007) deve haver um esforço conjunto daqueles que lutam e defendem o SUS, uma determinação que crie espaços de práxis, de discussão, de reflexão crítica, que estimule a construção de sujeitos transformados e transformadores, através da co- construção da autonomia, da co-gestão dos coletivos a fim de que o SUS avance na consecução dos seus objetivos.

## **CATEGORIA 4**

### **2.4 A dinâmica do cuidado no Programa de Diabetes Mellitus do CASSA: o desafio da Integralidade.**

Os rumos que o homem moderno vem tomando, e a civilização conduzida por ele, nos últimos quartéis do século passado, seus valores, sua forma de comunicação e de relação, a sociedade do conhecimento, como se convencionou chamar esse movimento, que envolve o mundo contemporâneo, superficial, consumista e sedento de novidades, vêm sendo questionados. Isso pelas suas conotações e características de exclusão e de artificialidades. Agindo dessa forma, o homem colabora para reforçar, a virtualidade da vida, a “anti-realidade”, e com ela a solidão, a fuga dessa realidade, do concreto, do convívio, do toque, dos sentidos, do sentir. Essa situação incide sobre a vida das pessoas, dos grupos e sobre a forma como o cuidado é encarado e realizado, a ponto de ameaçar a própria existência do homem sobre o planeta, conforme nos faz refletir Boff (1999).

O cuidado faz parte da experiência humana. Toda a vida dos grupos humanos, desde tempos imemoriais, gira em volta do cuidado, que participa de suas vidas. Sejam aqueles de sobrevivência, voltados para o cotidiano até os de reparação. Desde os cuidados de manutenção da vida até os de recuperação do equilíbrio, tornado difícil por algum dano, ou risco, à manutenção dessa existência com qualidade, e até mesmo, para lidar com a morte.

Ancorados em Boff (1999), Waldow (1999) e Collière (1999) sentimos a necessidade de resgatar essas bases e visões do cuidado, imprescindíveis ao entendimento da integralidade hoje, e da própria natureza do cuidado a que nos propomos abordar e do qual falamos.

Boff (1999) fala da urgência de “um novo paradigma de convivialidade” (1999, p.13) onde o homem reaprenderia a conviver consigo, com os outros, com a natureza, com o universo, com o Absoluto, tendo como eixo o cuidado.

Sonhamos com uma sociedade mundializada na grande casa comum, a Terra, onde os valores estruturantes se constituíram ao redor do cuidado com as pessoas, sobretudo com os diferentes culturalmente, com os penalizados pela natureza ou pela história, cuidado com os espoliados, e excluídos, as crianças, os velhos, os moribundos, cuidado com as plantas, os animais, as paisagens queridas e especialmente, cuidado com a nossa grande e generosa Mãe, a Terra. Sonhamos com o cuidado assumido como o *ethos* fundamental do humano e como compaixão imprescindível para com todos os seres da criação. (p. 13-14)

Também nós participamos desse sonho, de uma realidade melhor e mais humana, onde o cuidado esteja no centro das motivações e atenção às pessoas, nas políticas, na economia, na sociedade. Que se inclua na gestão, no dia-a-dia dos nossos serviços, e que possamos viver em uma sociedade amorosa, autônoma, livre e solidária. Eis a nossa luta...eis um dos grandes desafios do mundo de hoje, uma poderosa frente de batalha a ser vencida, uma utopia a ser conquistada, um sonho a ser alcançado...

Collière (1999) discute a necessidade do cuidado para preservação dos valores, das características do ser humano, e da própria vida tanto do indivíduo quanto do grupo social. O (des)cuidado, no que concorda Waldow (1999), é uma ameaça à existência da vida sob suas diversas formas, em particular a humana, visões com as quais comungamos. Daí a importância de resgatarmos o cuidado, principalmente nas nossas práticas cotidianas de saúde e o seu processo, aqui entendido como o caminho, percorrido pelos que cuidam para construí-lo.

Para Collière (1999, p 13), a finalidade original do cuidado seria “promover o que faz viver as pessoas e os grupos”. Seria inicialmente uma prática, um ofício<sup>23</sup>, desenvolvido pelas mulheres de virtude, fazendo parte de um saber, de uma experiência em torno da vida e da morte. Embora não fosse exclusividade da mulher, conforme lembra Waldow (1999), se associa à sua presença, à sua figura e é impregnado pelo seu jeito de ser e de viver.

Essas práticas tinham por objetivo, portanto, manter a continuidade da vida, promover o bem estar e fazer recuar a morte, em todas as suas facetas e eram prestadas a todas as

---

<sup>23</sup> Aqui visto como uma atividade constituída, exigida pela vida do grupo social, que assegura um serviço à comunidade, para qual está voltado (COLLIÈRE, 1999).

pessoas do grupo social. As pessoas que se dedicavam a esse ofício de cuidar tinham precedência social.

Nessa mesma direção e contando com a nossa forma de ver e sentir o cuidado, Waldow (1999), se coloca afirmando, de forma veemente, que o cuidado,

[...] não pode ser prescritivo, não existem regras a seguir nem manuais de cuidar ou ensinar a cuidar. O cuidado deve ser sentido, vivido. E para que o cuidado seja integrado no nosso dia a dia, é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós mesmas, transformá-lo em estilo de vida. Só então saberemos ou intuiremos como encontrar formas ou maneiras de demonstrá-lo no ensino e na prática. (p. 14)

Esse resgate vem em momento propício quando a enfermeira aparece como sujeito central, estratégico, fundamental, da atenção à saúde na Unidade em estudo, em particular no Programa de atenção à saúde das pessoas com DM.

Com toda essa inspiração, sentimos a necessidade de resgatar a prática do cuidado, em particular na unidade em estudo. O conhecimento e manejo do cuidado, aos poucos foram desaparecendo das práticas, ou relegado a um segundo plano. Hoje se sabe pouco sobre ele e há desvalorização das suas práticas, principalmente aqueles mais próximos do corpo. O cuidado que conseguiu sobreviver a essa realidade, aparece fragmentado. Percebemos o pouco conhecimento dos seus valores, da sua importância, da sua eficácia, do seu alcance para a saúde das pessoas. Foi esquecido como prática de ação e substituído pelas tarefas a serem cumpridas.

Outro aspecto que Collière (1999) e Waldow (1999) chamam a atenção e também identificamos, foi a centralização das ações sobre alguns cuidados técnicos. Mesmo assim fragmentados, sem a devida contextualização, dicotomizados do cotidiano da vida dos usuários. As práticas de saúde na nossa visão se divorciaram da vida, que apesar de tudo, corre e pulsa fora dos muros da unidade.

O cuidado se descaracterizou, se afastou das suas raízes, se transformou e parcelou em tarefas, rotineiras, automáticas, pouco humanizadas, descoladas do sujeito, hierarquizadas, formais, tecnicistas, com toda a carga de conseqüências daí advindas, e que se desvelam no cotidiano dos nossos serviços de saúde.

Ainda nessa linha, há a percepção e a preocupação a respeito da tendência a “negligenciar os cuidados de estimulação da vida” conforme nos diz Collière (1999, p.13), considerados tão importantes quanto os de reparação. Essa atitude equivocada atinge o usuário e reflete no trabalhador. Retirada a “alma” do cuidado, ele é transformado em tarefa a ser executada. Assim, o trabalhador se entrega ao desencorajamento, à rotina, sendo a segunda



vítima dessa realidade, conforme também lembra Waldow (1999), uma vez que, este estado de coisas produz alienação em relação ao trabalho, em relação a si próprio, e à sua própria vida. Ao se desviar do cuidado, descaracteriza seu trabalho e deixa de assumi-lo como estilo de vida. Os benefícios do cuidado não atingem o usuário nem retornam para aquele que cuida.

Nesse mesmo sentido convergem Campos e Campos (2006), Campos (2005a), Abreu de Jesus (2006), Santos e Assis (2005), quando tratam dos males da fragmentação para o cuidado, para o usuário e para aquele que presta esses cuidados e da necessidade de desalienação dos sujeitos na(d) saúde.

Ayres (2004) fala do cuidado, como uma interação entre dois ou mais sujeitos ou para aliviar algum sofrimento ou alcançar algum bem-estar, sempre tendo como ponte os saberes, e implicando em movimento (no ato dinâmico de viver), identidade-alteridade (em construção do eu diante do outro e vice-versa), interação (através da qual a criatura se constrói), plasticidade (capacidade de transformação), projeto (pensar, conceber, construir, criar), desejo (o querer, o encontro desejante), temporal (histórico) a-causal (uma possibilidade), responsabilidade (com responsabilização por...). Tudo isso é e está no cuidado.

O setor saúde responde a várias necessidades ao atuar nos espaços do cotidiano das pessoas, de tal forma a tornar suas vidas saudáveis. Hoje buscamos resgatar o cuidado como capaz de reconstruir os valores necessários, despertar os sujeitos, forjar as condições imprescindíveis para que a integralidade se concretize.

A enfermagem, mais precisamente a enfermeira, como sujeito do processo de cuidar, busca fazer a ponte entre o social, o cotidiano e o técnico e, através do cuidado, re-construir o seu agir na linha relacional dos sujeitos, surgindo como centro das ações. Como tal, é vista pelos usuários da unidade de saúde pesquisada.

Concordamos com Rocha e Almeida (2000) ao situarem o cuidado como a essência da enfermagem ao que acrescentamos, sob a inspiração de Teixeira (2003a, 2003b, 2005), ser o cuidado, em toda a sua complexidade, o direcionamento e a orientação da sua potência.

Através do cuidado, a enfermagem, e em particular a enfermeira, proporciona acolhimento, vínculo, responsabilização, conforto, bem estar, escuta, resolve ou encaminha problemas, suscita a autonomia, eleva a auto-estima, acompanha, dá suporte, apóia o levar a vida com qualidade, além de propiciar os cuidados técnicos específicos. A recomendação dos autores, que também é a nossa, é que todo o processo seja construído de forma dialogada, através da riqueza interdisciplinar, solidária e humanizada.

Sob o olhar da enfermagem, Pires (2005) aborda o cuidado como um promotor de poder, como um fator político, que precisa suscitar a liberdade, a construção e a autonomia

dos sujeitos, um mecanismo que implica no conhecer, no confrontar, no emancipar o processo de saúde, os sujeitos e, em particular, a própria enfermagem.

Esse enfoque de “politicização” possibilitará ao cuidado se libertar das amarras hegemônicas, que a todo custo tentam capturá-lo, enquanto alerta os trabalhadores, em particular os de enfermagem, para os riscos do envolvimento do cuidado com o capital, e as práticas de dominação. Há necessidade de vigilância constante de quem cuida, no trilhar o caminho democrático, para que o cuidado alcance o seu objetivo de melhorar a saúde, o homem e a sua vida, com o que também partilham Abreu de Jesus (2006) e Santos e Assis (2005).

Nas situações da vida e da morte, utilizando as mais diversas tecnologias, duras, leveduras e leves (MERHY, 1997, 1998; CECÍLIO, 1997a), e através de um trabalho conjunto a enfermagem, e através dela a enfermeira, se preocupa e age na promoção da saúde, prevenção de riscos e danos, tratamento das enfermidades, reabilitação de indivíduos, famílias e comunidades, acompanha, coordena, supervisiona, gerencia, desenvolve ações educacionais com grupos, tanto de trabalhadores quanto de usuários.

Na zona rural ou na cidade, em ambiente hospitalar ou em unidade de saúde, em indústrias ou nas escolas de formação, nas comunidades, nos mais diversos campos de ação e do conhecimento ela se apresenta como um dos sujeitos-centro e eixo das atividades na saúde. Ele ou ela marca o seu diferencial pelo seu poder de articulação, pela sua versatilidade, pelo seu comprometimento e presença constantes.

No seu “trabalho vivo em ato” (MERHY, 1997, 1998, 2002; TEIXEIRA, 2003a, 2003b, 2005), ela estabelece rede de relações, de afetos, consulta, orienta, conversa, escuta, faz intersecção, resolve problemas, atende a necessidades e demandas, com habilidade para fazer conexões e criar laços.

Na unidade de estudo, muito embora não fosse percebido em ação todo esse potencial da enfermeira, até porque não houve tempo hábil para tanto, observamos e questionamos o excesso de tarefas que esse trabalhador executa, uma vez que provoca estresse, limita a sua atuação, prejudica o usuário e o serviço. Mesmo assim, ela se apresenta como o sujeito-chave do processo de cuidar das pessoas com DM, na unidade de saúde, comprovando, no dia a dia, o grande valor desse trabalhador estratégico, pouco visível, ainda pouco reconhecido, mas extremamente importante ao processo de cuidar.

[...]o pessoal de enfermagem, em particular a enfermeira, exerce importante função na unidade e junto aos usuários [...] o acesso do cliente é mais com a enfermeira que é

um profissional especial...é um importante elo de ligação entre o paciente e os demais profissionais [...] Ent. 5 Grupo I

A forma como o cuidado é construído nos espaços de intervenção na saúde, é de vital importância para que esta atenção alcance seu objetivo, que é o da própria saúde, de manter e defender a vida, nas suas diversas manifestações, estimular a construção dos sujeitos sociais, desenvolver as diversas formas de valorização e participação desses sujeitos na sua própria saúde, de forma integrada, compartilhada, não só no seu dia-a-dia, mas também na sociedade em que vivem.

A integralidade, vista como uma forma articulada e contínua de ações e de serviços, tanto individuais quanto coletivos, nos diferentes níveis de atenção (CECÍLIO, 2001), para que seja construída, necessita de sujeitos que possam se situar em processo de co-construção, de (des)alienação, conforme asseguram Campos (2003, 2005a, 2005b), Campos e Campos (2006), Abreu de Jesus (2006), Santos e Assis (2005). Esses sujeitos precisam estar dispostos a abrir os horizontes, a partilhar suas potencialidades, com uma visão de trabalho em equipe. Para tanto há de se trabalhar juntos, de braços dados, cada um colaborando conforme a sua formação, em um esforço inter/trans/disciplinar, para co-construir novas práticas de saúde, com base no cuidado, ou seja, na valorização da vida das pessoas.

O processo de cuidar das pessoas com DM na unidade em estudo se situa com pouca visibilidade, fragmentado por ações individualizadas, pouco articuladas, com base em uma atenção mínima e superficial. As ações são desenvolvidas de forma rotineira. São pontuais e sem o acompanhamento necessário à sua continuidade, com baixa participação do usuário, centradas na medicalização, nos procedimentos, na consulta, tanto médica quanto da enfermeira, com predominância das ações da enfermeira, em torno de quem giram as práticas e o cuidado em si.

[...] quando tem enfermeira eles vêm pra ela...hoje tem pouco porque não tinha enfermeira....quando não tem enfermeira eles deixam de vir...vão a óbito e ninguém fica sabendo..falta alguém pra atender, ...orientar...pedir os exame..dar a receita para pegar medicação....ela acompanha mais...tá mais aqui [...] Ent. 1 Grupo I

Apesar da experiência na ponta dos serviços de saúde, e do conhecimento das dificuldades que encontram os trabalhadores de saúde hoje, para desenvolver suas atividades, a realidade da atenção em saúde prestada, em uma unidade de referência no município nos deixou apreensiva. A política de gestão do trabalho do município de Feira de Santana, no que

diz respeito à saúde se mostra em descompasso com a NOB-RH/SUS, e com as diretrizes do SUS.

Apesar de não ter sido observada ausência da enfermeira no turno, houve convergência de relatos informando estar o fato acontecendo com frequência. O problema é que não há enfermeira com vínculo permanente no turno da manhã, o período mais movimentado da unidade. Durante o trabalho de campo houve uma substituição desse trabalhador. A enfermeira que atendia em junho, no turno matutino já não era aquela de março, no mesmo turno, o que compromete todo o cuidado. Com o vínculo precarizado, nem sempre esses trabalhadores permanecem por muito tempo. É importante que o serviço não fique descoberto. Um turno de trabalho sem enfermeira ou outro trabalhador-chave, em um serviço de saúde, como foi relatado em algumas entrevistas nos afigura como bastante preocupante e comprometedor para a organização e produção dos serviços e, principalmente para o usuário, que fica com o cuidado comprometido. Revela uma política de gestão do trabalho necessitando ser revista. Aqui pomos em “xeque”, o papel e o compromisso dos gestores, a gestão da saúde no município e em outras instâncias, e o próprio modelo de atenção e organização dos serviços, que cria situações dessa natureza, expondo as pessoas a esse tipo de conseqüências.

Tudo gira em torno da enfermeira e do grupo de enfermagem, que se desdobram, assim como os demais trabalhadores, para realizar com rapidez, precisão e habilidade as inúmeras tarefas que delas dependem. Se o cuidado é a alma da atenção à saúde como assegura Merhy (1998), nos arriscamos a afirmar que a enfermeira é a alma da unidade e do cuidado, seu eixo articulador. Sem ela os usuários se afastam, o serviço e os trabalhadores têm dificuldades de alguém que faça conexões, que organize, que conduza, que coordene os trabalhos; a sua presença promove segurança, tranquilidade, confiança, e a sensação de que os trabalhos caminham a contento. Essa é a nossa visão, fruto da experiência da ponta dos serviços e da observação do processo de cuidar da unidade.

Tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, a presença da enfermeira na Unidade, assim como das auxiliares faz a diferença, como ficou perceptível através dos depoimentos. Observamos, a despeito de todas as dificuldades e de tudo o que já foi dito, certa relação de confiança entre ela e o usuário e o reconhecimento, pelo menos em nível de Centro de Saúde, do seu esforço, mesmo em condições de trabalho adversas. Entretanto, se essa realidade, por um lado demonstra o quanto esses trabalhadores são importantes para o cuidado, por outro lado os sobrecarrega e demonstra a ausência do trabalho partilhado e co-responsável. Vejamos os depoimentos:

[...] eu faço o acompanhamento com a enfermeira...eu gosto...é raro eu precisar de médico...agora mesmo vim pedi a ela uma requisição...[...] Ent. 2 Grupo II

[...] eu gosto dela...conversa bem..pede os exame..até do coração, tira a tensão..pego o remédio...ta bom [...] Ent. 6 Grupo II

[...] olha os exame...fala sobre a comida...sobre o remédio...conversa [...] Ent. 7 Grupo II

[...] a gente faz o que pode por eles... a gente facilita tudo...quando eles têm qualquer problema falam antes conosco [...] Ent.3 Grupo I

[...] o pessoal de enfermagem, em particular a enfermeira, exerce importante função na unidade e junto aos usuários [...] Ent. 5 Grupo I

[...] o acesso do cliente é mais com a enfermeira que é um profissional especial...é um importante elo de ligação entre o paciente e os demais profissionais..uma só no turno é insuficiente...ela não consegue dar o atendimento que ela gostaria e sabe fazer...a atenção qualificada que sabe dar... ficando a demanda reprimida...[...] Ent 5 Grupo I

[...] o tempo é curto com tanta coisa que ela tem pra fazer [...] Ent. 6 Grupo I

Numa perspectiva de clínica ampliada, entretanto, não poderemos esquecer que esse trabalho necessita estar em interseção com aqueles desenvolvidos pelos demais trabalhadores, que precisa estar dentro de uma ação conjunta, onde cada um de per si e todos são importantes para que o cuidado seja construído com os diversos olhares e saberes. Essa organização do trabalho necessita ser refletida e pode estar associada ao sistema de gestão do trabalho. Ambos necessitam ser refletidos e revistos.

Segundo alguns depoimentos, a questão ficou mais crítica após a descentralização, quando houve aumento das responsabilidades para os trabalhadores e para as unidades de saúde, sem o correspondente investimento nesses e em outros trabalhadores, o que vem gerando insatisfação, particularmente entre os enfermeiros, que, segundo alguns entrevistados, foram os mais penalizados com essa política. Essa forma de gerir o trabalho traz preocupações, uma vez que se reflete no desenvolvimento das ações, no cuidado, na forma como são acompanhados os usuários e na resolubilidade do serviço, além de se configurar, como atestam os depoimentos e a observação, em sobrecarga sobre esse trabalhador estratégico, importante, atuante, comprometido, a ponto de prejudicar seu desempenho, influenciando no resultado final do serviço.

[...] a gente assume...na segunda pré-natal, terça...diabéticos e hipertensos....quarta...treinamento, orientação visita e supervisão de todos os ACS, quinta...planejamento familiar e sexta... acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ACD)...[...]Ent 3 Grupo I

[...] a gente não ficou com Diabetes...a gente foi imposta pela Secretaria para a gente assumir todos os programas...ou a enfermeira assumia todos os programas ou ela seria encaminhada para outra unidade.[...] Ent. 3 Grupo I

Esse problema parece não ser específico da unidade em estudo. Segundo alguns depoimentos seria uma realidade em outros Centros de Saúde do município. Isso nos remete a Assis (1998b), quando ela fala da necessidade de gestores com legitimidade social, envolvidos com as necessidades daqueles que deles dependem, mais próximos dos usuários. Fala também do compromisso que deve estar presente entre esses gestores e trabalhadores com as diretrizes do SUS. Isso nos leva a inferir que na política de gestão do trabalho da SMS/FS, pode estar uma das raízes dos problemas que envolvem o processo de cuidar na unidade em estudo, e possivelmente no município de Feira de Santana, o que demandaria uma pesquisa mais detalhada, nesse último caso.

Se cogitarmos que o cuidado perpassa por todos os setores e deve estar presente antes da chegada do usuário à unidade passando pela interação das ações, pela sua saída e acompanhando deste usuário após a sua retirada da unidade, na família, na comunidade, e que esse processo não foi encontrado na Unidade em estudo, poderemos perceber as resultantes dessa política nos serviços.

O gestor, ao deixar de investir no trabalhador, torna sua ação pouco qualificada, abre o precedente para o hábito da postura pouco cuidadosa, com conseqüente desatenção em relação ao usuário e às suas necessidades.

Na Unidade pesquisada, segundo informações dos entrevistados, todos os usuários, chegando com hiperglicemia, são atendidos. Caso seja a primeira vez que chegam, mesmo não sendo da área de abrangência, dirigem-se à recepção. Diante de hiperglicemia são encaminhados à auxiliar que atende, verifica a TA e encaminha para a enfermeira, esta atende, avalia, solicita exames se necessário, libera medicação se for o caso, e encaminha ao clínico. Após a consulta de enfermagem o usuário vai ao clínico, que faz a segunda avaliação, prescreve a medicação, solicita outros exames que julgar necessário e faz novos encaminhamentos, se for o caso. Caso haja exames serão carimbados na recepção. A enfermeira, às vezes vai marcar alguns procedimentos para o usuário, na recepção, como retorno e os próprios exames. Em caso de encaminhamento o usuário já sai com a solicitação e a referência para uma unidade perto da sua residência, caso não seja da área.

O usuário se for da área é cadastrado e entra nas consultas programadas. Caso venha com medicação prescrita, será avaliada a sua necessidade e será dispensada. Um entrevistado

informou que este usuário vai também à nutricionista o que nos pareceu pouco provável, diante das dificuldades de acesso para os cadastrados.

Caso não seja da área após ser atendido pela enfermeira e pelo clínico, com medicações ou não, este usuário é encaminhado a uma unidade perto da sua residência, após ter as suas solicitações de exames carimbadas. Caso haja medicação em estoque e as condições do usuário recomendarem, será dispensada e o usuário orientado a procurar sua unidade para dar continuidade ao cuidado.

O fluxograma abaixo reflete este movimento do usuário na unidade:

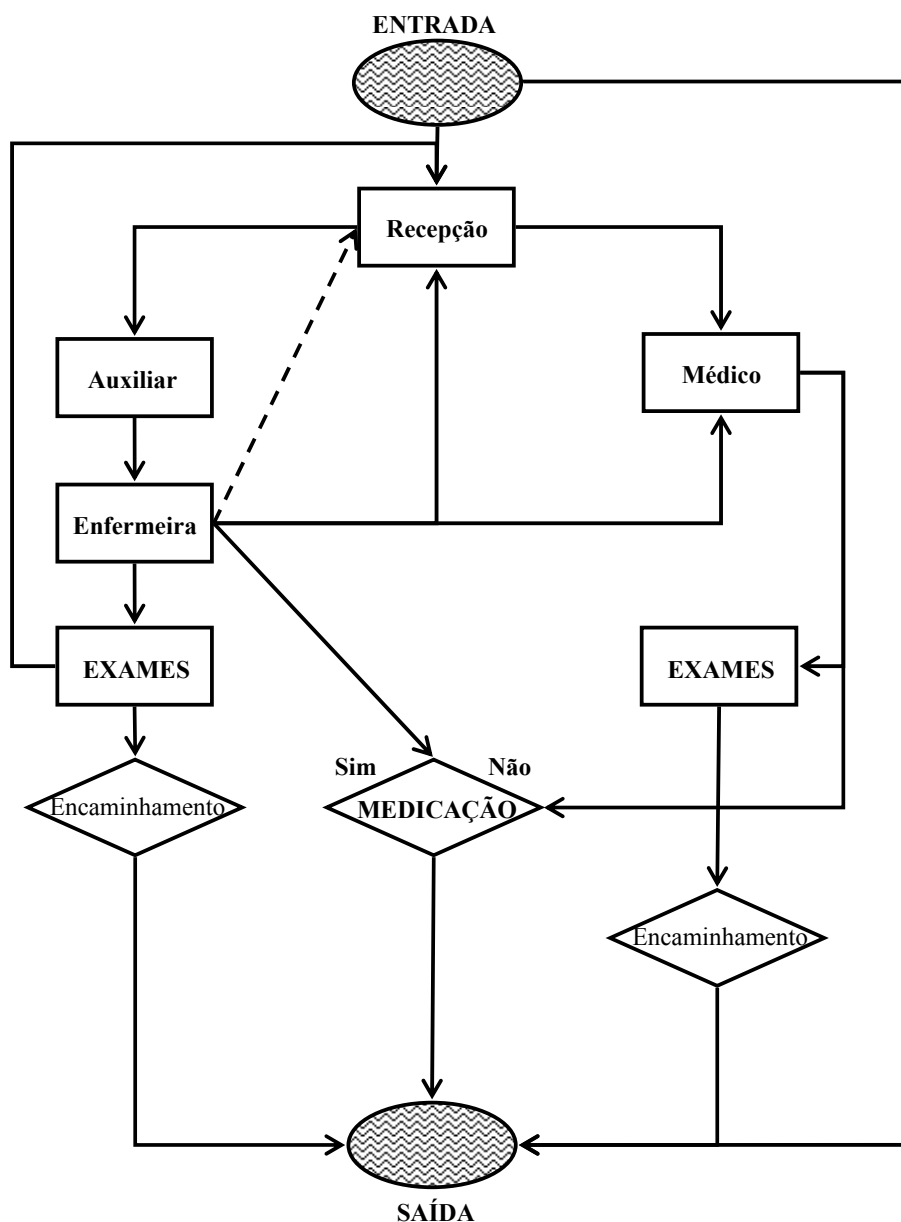
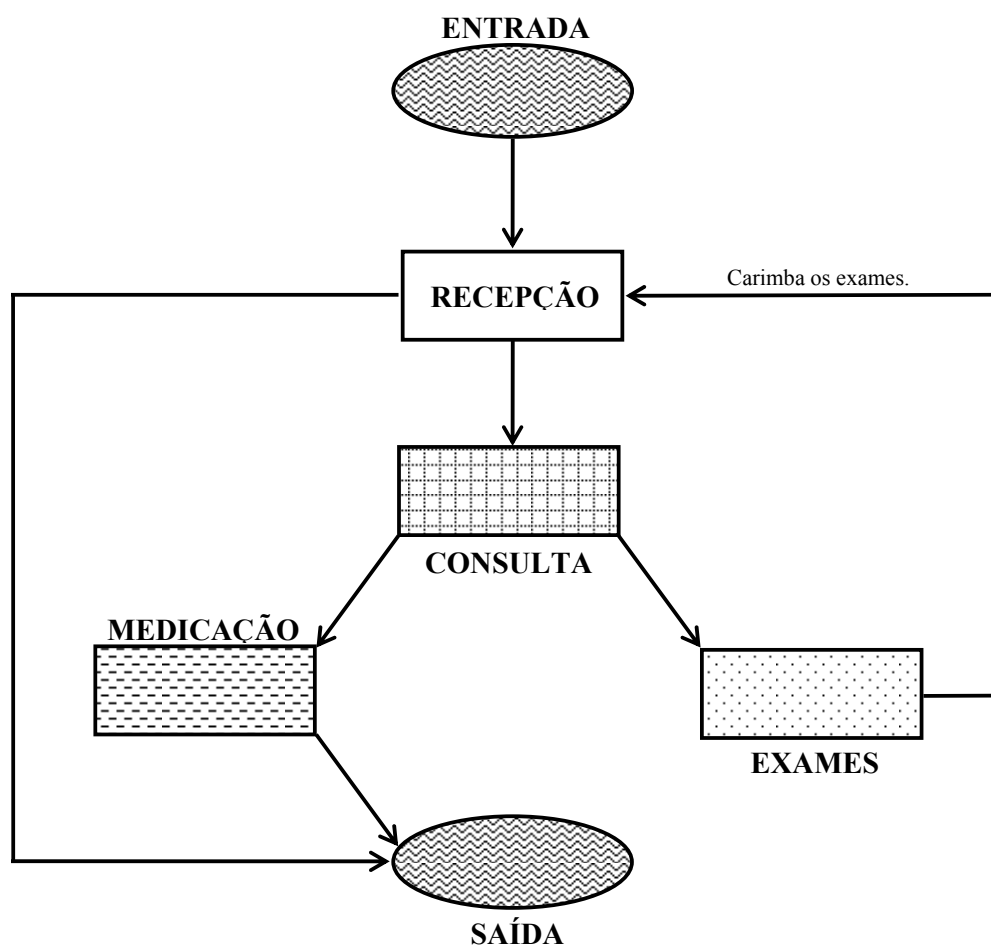


Figura 10. Atendimento a pessoas com hiperglicemia que comparecem pela primeira vez ao Programa no CASSA.

A pessoa com DM já cadastrado no Programa, com consulta programada, ao chegar, se dirige à recepção onde marca sua presença, recebe a ordem de atendimento e um trabalhador do setor leva sua ficha até o consultório onde será atendido. Enquanto isso, o usuário ou fica sentado nos bancos de cimento em frente à recepção, ou vai para o corredor esperar o trabalhador que o atenderá, conforme fluxograma abaixo. Enquanto espera, se ele quiser se aproximar do consultório onde será atendido ele terá que permanecer de pé, no corredor, pois não há acomodações. Segundo informação da gerente as cadeiras foram para conserto e não retornaram. Daí ele sairá com exames que irá carimbar na recepção ou no setor de medicação.



**Figura 11. Acesso de Usuários ao Cuidado – Consulta Programada com medicação e exames.**

A espera pode ser de até umas duas horas, e o atendimento varia entre 02 a 10 minutos. Poucas foram às consultas e os trabalhadores que extrapolaram os 15 minutos de



trabalho, de encontro com o usuário. A espera é longa para um encontro reduzido. A partir daí, se for receber medicação ele se dirige para o final do corredor. Lá espera alguém vir liberar aquela medicação. A liberação realizada pelos trabalhadores do turno dura o tempo apenas suficiente para trocar algumas palavras com ele, conforme identificado na observação. O tempo de espera para dispensação do medicamento também poderia ser menor. Houve pessoas que esperaram quase 20' até chegar alguém para atendê-las e de pé. Observamos que vários trabalhadores, em particular da equipe de enfermagem, liberaram medicação. Deixavam seus afazeres, liberavam a medicação e retornavam à tarefa anterior.

Caso tenha exames para carimbar o usuário se dirige à recepção e sai de lá com os exames carimbados e os fará nos laboratórios da rede conveniada, onde irá marcar e quase sempre terá que ir mais de uma vez: uma para marcar e outra para realizar o exame. Às vezes a enfermeira marca retornos para o usuário na recepção. Quando estiver com os exames em mãos, o usuário volta à unidade para marcar para a enfermeira. Segundo alguns, talvez possam ser atendidos no mesmo dia, em relação à enfermeira.

Percebemos que o cuidado vem sendo prejudicado pelas atividades fragmentadas, com predominância das tecnologias duras e leve-duras e reduzida tecnologia leve. As atividades desenvolvidas, identificadas, pouco contribuem para a construção do cuidado. Não foram percebidos sinais de ações conjuntas para fins de integralidade. As ações são desenvolvidas de forma paralela, sem tempo para a reflexão. Há necessidade de investimento no acolhimento no vínculo e na resolubilidade. Houve convergência de pessoas com DM, com informações de que precisariam controlar melhor as glicemias. Isso vem reforçar a necessidade de rever a organização do programa, que prevê prazos tão longos, com um *inter-regno* tão grande de tempo entre as consultas e retornos ao serviço, com pouco ou nenhum acompanhamento subsequente, o que inviabiliza a horizontalidade, quebra a seqüência e eficácia do cuidado.

Os usuários, no dia certo devem comparecer antes da hora marcada. Eles costumam chegar cerca de duas horas antes e esperar até duas horas para serem atendidos. Caso haja alguma intercorrência, como glicemia elevada ou alguma queixa que a enfermeira julgue procedente ou que o usuário solicite, são encaminhados à consulta com o clínico. Se observarmos, a decisão sempre fica a cargo do trabalhador, com pouca participação do usuário. Se ele solicitar poderá ser atendido.

O usuário precisa sempre chegar cedo, para que o trabalhador já o encontre quando chegar. Não foi percebido acolhimento antes de sair. Antes de serem atendidos pela enfermeira a auxiliar verifica a TA, e às vezes pesa. A enfermeira olha os exames, procura saber como está tomando a medicação, as queixas, conversa sobre a alimentação, faz algumas

recomendações, solicita exames e libera receitas para adquirir a medicação, se for o caso, libera requisições para outros profissionais e encaminha. Segundo o trabalhador, se o usuário chegar, mesmo sem estar programado, sempre é atendido pela enfermeira, no que convergem as falas dos entrevistados.

Nesse “trabalho vivo em ato”, foi percebido um vislumbre de acolhimento e vínculo entre alguns trabalhadores e alguns usuários. Soubemos, posteriormente, que esses usuários já eram conhecidos do serviço. O acolhimento provinha de alguns trabalhadores já com um certo tempo na unidade e no programa, entre eles, alguns capacitados para tal e com boa aceitação entre os usuários. Dentre eles destaca-se um trabalhador auxiliar de enfermagem. Os usuários convergem em dizer que com a sua presença a atenção fica mais facilitada, o que nos pode sugerir a existência do vínculo no cuidado e inferir que a formação e a forma de inserção, além de aspectos pessoais, podem influenciar no trabalho vivo cuidadoso, mesmo que ainda não seja integrado, que ainda seja pontual. Em termos de cuidado, poder-se-ia situá-lo em um grau acima dos demais.

Os usuários chegam para a enfermeira, a cada três meses em média, ou a qualquer momento, caso haja necessidade, como foi dito durante as entrevistas. A enfermeira atende a 06 diabéticos por semana (um dia na semana), sendo que, no mesmo dia atende também aos hipertensos. A maioria das pessoas com DM também têm Hipertensão. A distância de três meses entre um e outro comparecimento ao serviço foi considerada longa. Esse tempo, onde parece haver um vácuo de cuidado, nos deixou apreensiva. A descontinuidade abre uma brecha no cuidado, que se torna frágil, pouco resolutivo. Identificamos sub-notificação de intercorrências com possíveis conseqüências para a saúde dos usuários. Por se tratar de doenças crônico-degenerativas há necessidade de um acompanhamento maior e mais seqüenciado, com retornos mais freqüentes e atenção integralizada. Não foi possível detalhar os cuidados específicos prestados às pessoas com associação de DM/HA. Houve convergência de falas dos usuários em relação ao conhecimento das medicações que usavam. Alguns usuários, entretanto, nada sabiam sobre os medicamentos usados, o que comprova a pouca participação no cuidado e a falta de informação, o que pode comprometer a eficácia do próprio cuidado, uma vez que, a co-responsabilização é uma das suas metas, assim como a integralidade (CAMPOS, 2005a, 2005b; CAMPOS e CAMPOS, 2006; ABREU de JESUS, 2006; SANTOS e ASSIS, 2005; TEIXEIRA, 2003a, 2005), com envolvimento do usuário no seu cuidado.

Segundo alguns trabalhadores, as pessoas estariam sendo acompanhadas em suas residências pelos ACS, mas houve convergência de informação de usuários que não

conhecem ou não são visitados pelos ACS, ou os que foram visitados foi há alguns meses atrás. Para os trabalhadores, os ACS vão e encontram algumas casas fechadas. No que diz respeito ao cuidado prestado pelo ACS, muito pouco foi possível perceber. Segundo um deles, fazem visitas mensais às famílias, anotam em fichas específicas, procuram saber se há problemas de saúde e encaminham à unidade. Pensamos que esses trabalhadores ainda necessitam ter seu espaço mais definido no cuidado, e na Unidade de Saúde, onde, aparentemente não se sentem muito à vontade, nos parecendo um pouco deslocados das ações na unidade. Parecem ter um melhor relacionamento com a comunidade. Ao nosso ver, poderiam ser melhor aproveitados nas ações de cuidado, particularmente na ponte entre o serviços, as famílias e a comunidade.

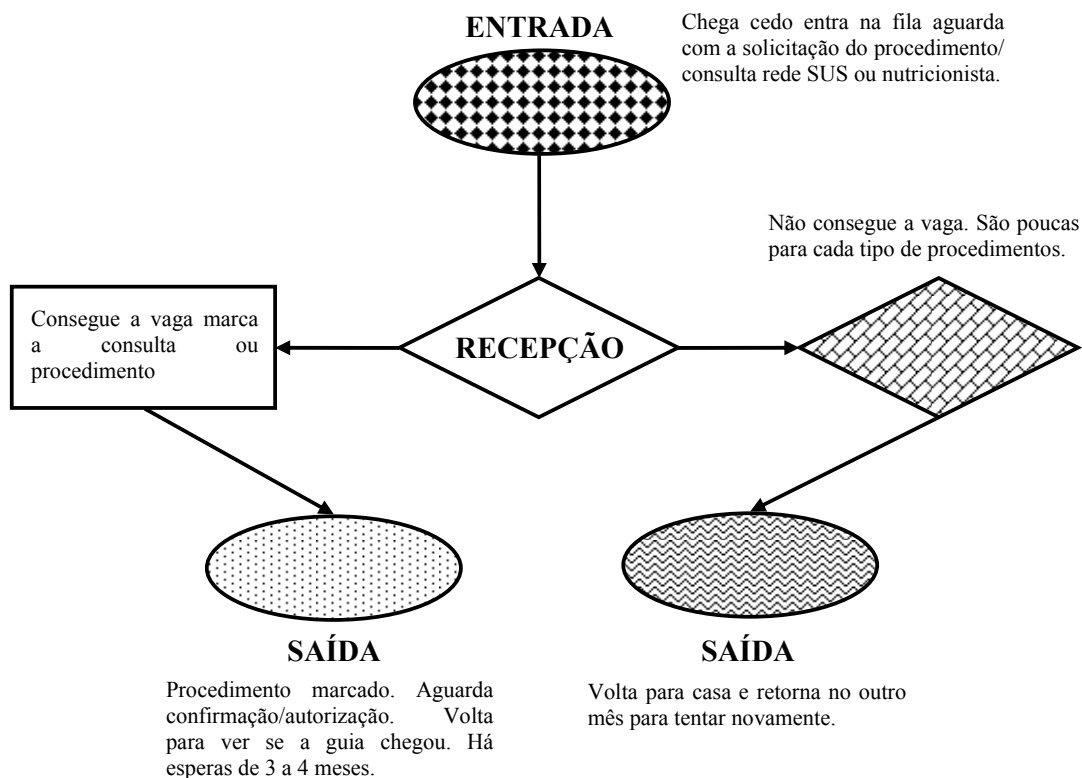
Percebemos aqui, também, um vislumbre de vínculo entre eles e os usuários, além do interesse pela saúde da sua comunidade, expressos através dos depoimentos, em que eram perceptíveis a preocupação e inquietação diante de alguns impasses não superados. Durante essas visitas perguntam sobre a medicação, sobre a alimentação e, em intercorrência ou percepção de necessidades de saúde, como sejam exames e /ou consultas, encaminham para a enfermeira do turno com a qual trabalham. Em urgência ou emergência, encaminham logo para o Pronto Socorro.

Se os usuários necessitarem de consulta médica não programada, comparecem bem cedo à unidade, no dia em que será marcado o médico que buscam. Inserem-se na fila de marcação de consulta e tentam uma vaga. Se já estiver marcada a consulta chegam cedo e entram nas consultas programadas. Dirigem-se à recepção, e, pela ordem de chegada, aguardam o médico. Se não estiver marcada, e necessitam de uma consulta extra, os usuários precisam chegar cedo, esperar os que foram apazados e se faltar algum poderá ocupar o seu lugar.

Nesse sentido, tanto convergem pessoas para os quais foi fácil conseguir uma consulta nesse sistema, quanto divergem outros que informam já terem ido mais de uma vez, não conseguindo e retornando sem serem atendidos. Aqui, como já vimos anteriormente, se configura o acesso seletivo.

Há de se refletir sobre a forma como o cuidado vem se desenvolvendo, intervir na forma como esse trabalho vivo se dá, a fim de reverter atitudes pouco sensíveis e desenvolver ações mais integralizadas. Há de se escutar as queixas em relação ao serviço, tanto por parte dos usuários quanto dos trabalhadores, onde foram percebidas linhas de tensões e conflitos, para que as ações de saúde alcancem seu objetivo de promover bem estar. Vejamos o

fluxograma de um dos nós críticos do CASSA, a tentativa de marcar consultas extras e/ou procedimentos fora da unidade.



**Figura 12. Acesso a procedimentos e consultas médicas na rede SUS.**

As pessoas com solicitação de procedimentos para fora da unidade, especialistas e mesmo a nutricionista da US encontram dificuldades de acesso. Chegam cedo no dia apurado, entram na fila com a solicitação e tentam uma vaga. Como há vagas determinadas para cada procedimento/especialista alguns conseguem, outros não. Caso consigam a vaga, marcam o procedimento e entregam a guia, retornam e aguardam a liberação. Quando não o conseguem, retornam no primeiro dia útil do mês seguinte, para tentar uma nova vaga.

Aqui percebemos não só a dificuldade de acesso ao cuidado, como a descontinuidade desse cuidado. Transparece, também, a (sub)utilização dos recursos da US e o pouco controle em relação aos procedimentos e consultas de atenção secundária, muitas vezes excessivos.

Segundo Franco (2006) este é um problema presente em várias outras realidades brasileiras. Faz-se necessário a reflexão sobre essa realidade e suas conseqüências sobre o usuário, o cuidado e o sistema de saúde.

Nessa situação recomenda o autor o investimento no cuidado com acolhimento de qualidade, valorização do vínculo-responsabilização, com enfoque na referência e contra-referência e acompanhamento dos usuários, com o objetivo de descobrir suas necessidades e buscar o seu atendimento no nível da rede assistencial da atenção básica. O encaminhamento para a rede secundária, seria direcionado para o que não fosse possível atender no nível primário, com o que concordamos. Pensamos que, outro nó crítico da atenção está no esvaziamento do cuidado e de algumas ações, no nível primário.

Constatamos, um esvaziamento das ações da ABS, em relação às pessoas com DM, com ausência dos usuários no serviço e o comparecimento destes restrito às consultas, medicações ou exames, de forma rápida, pontual, sem que nada se faça para envolvê-lo, ficando a impressão que o cuidado deixa a desejar. Segundo o trabalhador que atende na recepção há a reserva de quatro a cinco vagas/mês, com os clínicos só para pessoas com DM e, que na marcação, os trabalhadores priorizam os idosos, como seja: atendem ora um idoso, ora um adulto. Mesmo assim, o descompasso é grande entre as ações de “acolhimento”, manifestadas pelos trabalhadores e as necessidades percebidas em relação aos usuários.

Para que o cuidado se instale na unidade de forma a contemplar os seus objetivos e as diretrizes do SUS, nos parece ser necessário um grande esforço para mudar a realidade que lá predomina. Há necessidade de uma grande sensibilização e reflexão sobre como vem se configurando a prática na unidade, a organização/construção de um trabalho conjunto de todos os sujeitos sociais envolvidos, com o apoio e o estímulo da Educação Permanente em Saúde. No que se refere à Integralidade o desafio é ainda maior, pois será necessário mais esforço para quebrar as barreiras pessoais e institucionais que dificultam a consecução desse ideal.

Isso porque, durante as entrevistas e as observações evidenciaram-se o quanto o cuidado é parcelado e de como são frágeis as suas bases. O fato é que cada trabalhador age no seu espaço de saber/poder, de forma pouco articulada, cada um com a sua reserva de saber não compartilhado, dentro dos consultórios. Essa atitude se constitui como empobrecimento e desarticulação do cuidado. Não foram vistas ações compartilhadas, exceto em relação às urgências/emergências, quando a pesquisadora foi testemunha do esforço conjunto para manter bem o usuário que chegou com suspeita de infarto do miocárdio. Mais solidariedade que integralidade.

O usuário chegou de bicicleta, era trabalhador de uma construção e passou mal no trabalho, a unidade mais próxima era o CASSA, o clínico já estava saindo da unidade após o atendimento do turno. Retornou, o usuário foi colocado na maca da sala de curativos, recebeu assistência do médico, da enfermeira e da auxiliar. Chamaram o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e permaneceram com ele até que chegasse. Foi encaminhado pela Unidade através do SAMU, com relatório para o Hospital Geral Clériston Andrade. Não foi possível saber se era ou não da área.

Nesse aspecto percebemos que houve resolubilidade, trabalho conjunto, rapidez, interesse, acompanhamento, responsabilização e acolhimento dos vários trabalhadores/sujeitos envolvidos no processo de cuidar, resgatando um pouco a impressão deixada na pesquisadora de um trabalho estereotipado, formal e pouco envolvido com as necessidades dos usuários.

Quanto às atividades, a unidade se centra nas consultas, em particular médicas e odontológicas, além daquelas de enfermagem, com levantamento de queixas, verificação de TA, solicitação de exames, prescrição de medicações, orientações e encaminhamentos, a depender das necessidades. As atividades são pontuais e conforme núcleos específicos de conhecimentos. Configuram-se como estanques, sobressaindo as ações médicas e de enfermagem, embora o dentista na unidade apareça *par en passu* com as outras duas categorias, valorizadas pelo desempenho desse trabalhador dentista, sobremaneira comprometido.

As consultas médicas, no programa de atenção ao diabético ocorrem no início do tratamento e sempre que necessário, em caso de intercorrências, problemas com a medicação ou dificuldade com o controle da glicemia, nesse último caso, quase sempre para o encaminhamento ao Centro de Referência para acompanhamento com endocrinologista, onde terá um cuidado mais específico.

O atendimento desse trabalhador aos usuários com DM, se reduz às consultas e algumas solicitações como exames e encaminhamentos além das prescrições de medicamentos. O acompanhamento médico é dificultado uma vez que, nem sempre o usuário retorna para o mesmo médico. Há convergência de falas no sentido de ratificar essa dificuldade de acompanhamento, principalmente do trabalhador médico. Notamos a pouca integração diversos trabalhadores no cuidado e a redução do tempo de atendimento em alguns consultórios. Essa desintegração e falta de continuidade são contraproducentes tanto para o cuidado quanto para a integralidade, que necessita das ações conjuntas e articuladas para se desenvolver. Nas falas há convergência de que o médico define o projeto terapêutico, aqui

tomado pelos entrevistados como sinônimo de prescrição de medicações. Segundo depoimento do próprio trabalhador, ele “aceita sugestões”. Houve um depoimento informando que havia projeto terapêutico e era desenvolvido pela equipe que cuidava das pessoas com DM. Não foi possível constatar nem o trabalho de equipe nem o projeto terapêutico partilhado.

Foram consideradas, também, muito importantes pelos entrevistados, as consultas com a enfermeira que, como já vimos, leva a crer, que constituem o núcleo central do cuidado na unidade, uma vez que, em torno desse trabalhador, giram outros, e, quase todas as ações. Durante essas consultas, fomos informadas que, no momento do trabalho, do encontro, são levantadas as queixas, observados os exames efetuados pelo usuário, verificada TA, caso já não tenha sido realizada anteriormente pela auxiliar, orientada alimentação, verificados sinais de pé diabético, proporcionadas orientações gerais, novas solicitações de exames, receita para liberação de medicações, e encaminhamentos a outros trabalhadores, tanto para a unidade quanto para fora, o que se configura uma gama de ações em um tempo reduzido de encontro.

O acompanhamento da maioria dos usuários é realizado por esse trabalhador-chave, responsável pela condução da maioria das atividades, entre elas, como já vimos, a atenção aos diversos grupos específicos como mulher, adultos, idosos, crianças, supervisão da Unidade, do setor e das ações de enfermagem, ACS, vacinação, além de pequenas intervenções como curativos, retirada de sonda, de pontos, de gesso, nebulização e, em geral, também, responde pelo que acontece na unidade no seu turno, junto com os seu grupo de trabalho.

Na Unidade em estudo foram encontradas também as importantes atividades de recepção, orientação, informação, marcação de consultas e exames, carimbo, manutenção e movimentação de fichários, limpeza e higienização, apoio aos atendimentos dos outros trabalhadores, encaminhamentos diversos, liberação de medicações dentre outros.

Como podemos observar, trata-se de uma grande e complexa rede de atenção básica de saúde que poderia se estabelecer, de forma a desenvolver ações de cuidado mais elaboradas, mais integradas, envoltas no acolhimento, vinculadas, com responsabilização coletiva, com longitudinalidade, com uma clínica ampliada que construísse os sujeitos, com uma co-gestão de coletivos que servissem de base de sustentação da integralidade.

Entretanto, o que notamos é que, se queremos que esse desejo aconteça, muito trabalho há de se fazer junto a esta unidade, desde suas bases físicas, passando pelo modelo de organização dos serviços, ao planejamento, detendo-nos na reconstrução dos seus sujeitos, na sua formação, na sua organização, no controle social e em uma nova filosofia que não se prenda tanto à produtividade, mas saia dos muros da unidade e busque, sob todos os aspectos,

de todo o modo defender a vida, a saúde e a felicidade dos seus usuários através do cuidado e sob a égide da integralidade, resgatando assim o *ethos* que fundamenta o ser humano, como filósofa Boff (1999).



## **CAPÍTULO 3**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CAPÍTULO 3

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

#### **Reflexões do caminhar: superar os limites e abrir novas possibilidades.**

A *práxis*, termo concebido por Karl Marx, para se referir ao processo de reflexão-prática-reflexão, imprescindível à apropriação pelas pessoas e grupos, da sua realidade para operá-la, é o nosso norte nesse momento. Os resultados do estudo expõem as lesões ao cuidado, aos sujeitos, às comunidades, ao Sistema Único de Saúde, ao Direito, e à Constituição.

Os resultados alcançados nos permitem inferir que a atenção à saúde, em particular a APS, em Feira de Santana, se encontra pouco estruturada e, não só distante, mas em oposição àquilo que preconiza o SÚS, no que concerne ao acesso, ao vínculo-responsabilização, à construção dos sujeitos e à própria dinâmica do cuidado em si. Foram percebidas dificuldades em relação à construção do cuidado, à integralidade, à universalidade, à equidade, à democracia, ao controle social, e à gestão participativa. Em outras palavras, foi verificada uma pequena participação de trabalhadores e usuários do processo da saúde. Essa realidade é um obstáculo à construção do cuidado sob a ótica da integralidade, inviabiliza sua eficácia, desacredita o SUS e põe em risco a sua sustentação.

Em nossa visão, e segundo os resultados da pesquisa, o processo de municipalização, da forma como vem sendo desenvolvido pelo (no) município provocou (des)estruturação e descontinuidade da atenção à saúde das pessoas com DM, com conseqüências ainda não avaliadas. Há pouca informação e a formação deixa a desejar, no que concerne ao desenvolvimento e produção de ações cuidadosas. Cremos que o investimento nessa área traria bons resultados.

O acesso ao cuidado se encontra focalizado e restrito a algumas consultas, a alguns exames e distribuição de medicamentos básicos. O cuidado é desenvolvido de forma compartimentada, pontual, superficial, com baixo acolhimento, pouco vínculo, com baixa responsabilização social, sem investimento na construção dos sujeitos, com baixa resolubilidade, distante da integralidade prevista e desejada, com o usuário fora do processo decisório, com a saúde em risco pelas características do próprio cuidado desenvolvido na

unidade. Essa situação se reflete na unidade de saúde como “porta de entrada” para o sistema de serviços. O acesso à média e alta complexidade é excludente. Essa situação cria um impasse para o usuário, cujas necessidades de saúde não são atendidas, como também, para os trabalhadores, que não vêem a eficácia das suas ações, nos serviços prestados. As conseqüências atingem os serviços, que se desviam das suas atribuições e, principalmente, para o SUS, que perde sua credibilidade diante das pessoas que o procuram. Para tanto seria interessante a re-discussão sobre as atribuições do público e do privado e suas intercessões na saúde dos indivíduos e das coletividades buscando re-definir seus sentidos/significados e articulando-os a uma nova lógica.

Uma das raízes dessa situação de tensão é o modelo de organização dos serviços, centralizado, biologicista, produtivista, médico-procedimento centrado, com forte influência do mercado, voltado para os seus interesses, com polarização do poder na Secretaria de Saúde do Município, com precária participação social, com gestores necessitando de uma maior aproximação com as comunidades e suas necessidades.

Outra linha de tensão e resistência ao SUS é a política de gestão do trabalho que vigora nas diversas esferas do país, distante dos interesses e necessidades/direitos dos trabalhadores. Feira de Santana não é uma exceção. Seu modelo de gestão do trabalho na saúde tem características de centralização e verticalidade, com pequeno investimento nos trabalhadores, que receberam mais atribuições para as quais necessitariam de qualificação, o que ao que tudo indica, não vem acontecendo. Encontram-se os trabalhadores distantes dos resultados do seu trabalho, sem si perceber como sujeitos nem a sua importância como sustentáculos do SUS.

Não foi possível perceber em relação aos sujeitos do cuidado o nível de informações de que eles dispõem em relação ao SUS, suas diretrizes, seus valores. Assim como construção do pensamento, de reflexão a esse respeito. A impressão que tivemos, até pela pouca atualização dos trabalhadores, é de que há necessidade de uma formação urgente para que sejam inteirados do que é o SUS e do que se espera deles. Ao que parece há uma acomodação geral, quebrada aqui ou ali, por tímidos sinais de inquietação, perceptíveis em algumas falas.

Outro ponto de reflexão, que se constitui como resistência ao SUS, e que aparece nos resultados da pesquisa, se refere à (des)estruturação da sociedade civil, das comunidades, com conseqüente perda do controle social, associadas à baixa vocalização política e de representatividade coletiva do Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana, (CMS/FS).

Um exemplo dessa realidade é a falta de regulamentação dos Conselhos Locais de Saúde<sup>24</sup>, (CLS). Estas são algumas razões para o conseqüente afastamento das pessoas da construção da saúde no município. Essa situação torna a participação popular, ponto estratégico do SUS, amorfa, inexpressiva, constituindo-se um “tijolo falso” na sua construção, com graves conseqüências para a sua sustentabilidade.

Urge que reflitamos juntos sobre esses pontos, que impedem a produção do cuidado, de forma integral, aos usuários como um todo, e às pessoas com DM, em particular àquelas do CASSA, para que possamos reverter essa situação que, ao nosso ver e, tendo como inspirador Campos (2005a, 2005b, 2007), se configura como capital, para a credibilidade e a sustentabilidade do SUS e para a consecução da sua meta, de implantação concreta, no cotidiano da vida das pessoas, de um sistema de saúde universal equânime e democrático que valorize e que defenda a vida de todos.

Diante do exposto, ainda que seja no plano teórico reflexivo, recomendamos:

- Amplo debate, com toda a sociedade a respeito do SUS, da articulação público-privado, do cuidado, de forma a sensibilizar, informar, formar, despertar para a importância do sistema e das suas diretrizes, como política de proteção e de inclusão social.
- Estabelecimento de uma política de parceria local e regional com organizações sociais, instituições formadoras para troca de saberes e de fazeres, com retorno para as comunidades dos benefícios das pesquisas e compromisso com a Educação Permanente em Saúde.
- Criação/organização de sistemas colegiados de suporte, avaliação, assessoria, e ouvidoria em relação às ações de saúde nos diversos níveis do sistema, principalmente na APS, com revitalização e ampliação da Estratégia de Saúde da Família.
- Desenvolvimento de uma ampla discussão sobre as condições da rede de serviços do SUS, da Central de Regulação e das pactuações efetuadas pelo município.
- Investimento na educação em saúde, na organização de trabalho interdisciplinar, por equipe, adscrição de populações a esses grupos com responsabilização social, construção de projetos terapêuticos compartilhados.

---

<sup>24</sup> Em relação aos CLS, e a sua regulamentação, a Conferência Municipal de Saúde de 2004 recomendou a elaboração e o envio ao gestor municipal, de um projeto de lei, com a solicitação de apreciação pela Câmara Municipal e pelo próprio gestor, o que foi efetuado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) por duas vezes. Até o momento deste estudo, nada foi feito nesse sentido. (a pesquisadora participou do processo como conselheira de saúde).

- Mudança do modelo de atenção, re-estruturação e ampliação dos Centros de Saúde para atuar nos três turnos, inclusive finais de semana, como “porta de entrada” da ABS, estímulo à organização de outros acessos, de preferência comunitários, abertura dos Centros de Saúde à comunidade.
- Implantação de uma política de gestão do trabalho compartilhada, com ampliação dos espaços de poder, valorização e estímulo ao trabalhador e inserção do usuário no seu cuidado, com o seu consequente resgate como sujeito, traria uma nova oxigenação aos serviços e estimularia a co-responsabilização..
- Resgate do cuidado como o centro das ações de saúde, o que abriria a possibilidade da concretização da integralidade, envolvimento dos diversos sujeitos através de ações interdisciplinares, interinstitucionais, que enriqueceria o campo das práticas, (re)vitalizando-o, tendo como eixo a defesa intransigente, radical da vida.

Dentre os caminhos a serem percorridos, as estratégias a serem desenvolvidas, recomendamos que sejam aproveitados (as) todos (as) o(a)s possíveis e imagináveis que possibilitem a práxis, a circulação de afetos, o desenvolvimento das potências, os encontros, a reflexão conjunta, as decisões coletivas, as ações partilhadas, o debate público, o envolvimento dos indivíduos e comunidades, que sejam capazes de arrancar dessa letargia a sociedade e o próprio sistema de saúde.

Desde já necessitamos desenvolver esse verdadeiro “mutirão” pelo resgate do cuidado, pela implantação da integralidade, em defesa do SUS e da vida das pessoas, e não temos dúvida em assegurar que já passamos da hora de começar. Esse trabalho precisa ser desenvolvido a cada momento, em todos os espaços, sob as mais diferentes formas, com aproveitamento integral de todas as oportunidades. Há necessidade premente de um esforço conjunto de defesa e re-afirmação do SUS como suporte do direito à saúde, como uma política de promoção e inclusão social em constante e contínua defesa da vida, em todas as suas manifestações.

Este estudo se propõe a articular esse debate, essa discussão na unidade em que foi desenvolvido, nas instâncias de controle social e em todos os espaços que se abrirem. O cuidado e a integralidade necessitam fazer parte do cotidiano para que o sistema de saúde cumpra a sua atribuição de estimular, prover, dar suporte à vida, e uma vida com qualidade.

## **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

ABREU de JESUS, Washington L. de. **Re-significação do Planejamento no Campo da Saúde Coletiva**: desafios teóricos e busca de novos caminhos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2006, 236 p.

ACIOLE, Giovanni G. **A saúde no Brasil**. Cartografias do público e do privado. São Paulo. HUCITEC, 2006.

ARAÚJO, Marise B. de S.; ROCHA, Paulo de M. O trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 22 de outubro de 2007.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, Marluce M. A. **Municipalização da saúde**: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 1998a.

\_\_\_\_\_. **As formas de produção dos serviços de saúde**: o público e o privado. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 1998b, 313 p.

\_\_\_\_\_. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**, 27 (65) p. 324-335, 2003

ASSIS, Marluce M.A.; VILLA, Tereza C. S.; NASCIMENTO, Maria A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 815-823, 2003.

ASSIS, Marluce et al. Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Centro-Leste da Bahia: espaços de co-gestão coletiva. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 2, n. 1, p.17-29, 2006.

ASSIS, Marluce Maria A.; JORGE, Maria. S. B. **Método de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde**. Feira de Santana: 2006, p. 107-145. (digitado).

ASSIS, Marluce M. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia Saúde da Família: construção, política, metodologia e prática. **Revista da APS**, 2007. (No prelo).

ASSUNÇÃO, Maria. C. F.; SANTOS, Iná da S.; GIGANTE, Denise P. Atenção Primária em Diabetes no Sul do Brasil: estrutura processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 06 de agosto 2006.

AYRES, José R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. v. 8, n.14, p. 72-92, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 06 de agosto, 2007.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2ª Diretoria Regional de Saúde. Centro de Atenção Especial – CAE-II, 2ª DIRES. **Relatório de Atividades do CAE**. Feira de Santana, 1999.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2ª Diretoria Regional de Saúde. Diagnóstico das condições dos Recursos Humanos na 2ª DIRES. **Relatório das condições dos Recursos Humanos**. Feira de Santana, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, **PDR**. 2007a. Disponível em: [www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br). Acesso em 22 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Desprecarização dos vínculos e seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de combate às endemias**. Salvador, 2007b.

BAREMBLITT, Gregório F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. A ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Presidência da República, Ministério do Trabalho, Conselho Federal de Enfermagem **Lei n. 7.498/1986, Dec. n. 94.406/1987**. Conselho Regional de Enfermagem 2ª Diretoria Regional de Saúde. (digitado) s/d.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Secretaria de Informações. **Lei nº 8.080/1990**. Brasília DF, 1990. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) . Acesso em 06 de novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. **Decreto Federal n.1232/1994**. Repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, DF, 1994. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em 22 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 196/1996**. Brasília: DF, 1996. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) . Acesso em 06 de novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) visitado em 06 de novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos jurídicos. **Lei n. 10.507/2002**. Brasília, DF, 2002b. Disponível em [www.saudeprev.com.br/psf](http://www.saudeprev.com.br/psf). Acesso em 15 de novembro de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 333/2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **(NOB/RH-SUS): Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 06 de novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda**. Conceitos e Caminhos a percorrer, Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **NOAS/2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus** n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Portaria n° 648/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Port 698/GM de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso 22 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. GM. **Portaria. 399/2006**. Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, 2006d. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso 22 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SIAB/HIPERDIA. Brasília DF, 2006e. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 29 de julho de 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SIAB/HIPERDIA. Brasília DF, 2007. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 27 de outubro de 2007

BROWN, Theodore M; CUETO, Marcos; FEE, Elizabete. A transição de saúde pública “internacional” para “global” e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** v.13, n.3. p. 623-647. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 22 de outubro de 2007.

BUSS, Paulo M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5 n.1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão W. de S. Sobre a forma liberal de produção dos serviços de saúde no Brasil. In: **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 35-86.

\_\_\_\_\_ **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994a.

CAMPOS, Gastão W. de S; MERHY, Emerson E; NUNES, Everardo D. **Planejamento sem normas**. São Paulo, Hucitec, 1994b.

CAMPOS Gastão W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E. E.; Onocko R. T. (Orgs). **O Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-266.

\_\_\_\_\_ Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e prática. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 5, n. 2, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 06 de novembro de 2005.

\_\_\_\_\_ O papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica. Diretrizes. Texto para discussão. **Associação brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro: 2005a, s.p.

\_\_\_\_\_ **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005b.

\_\_\_\_\_ A constituição do sujeito a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. In: **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005c.

CAMPOS, Rosana T. O.; CAMPOS, Gastão W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão W. de S. et al (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 669-688.

CAMPOS, Gastão W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p.301-306, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 06 de novembro de 2007.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWEKER, Laura C. M. Mudança na Graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 06 de novembro de 2005.

CECÍLIO, Luiz C. de O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires: HUCITEC/Lugar Editorial, 1997a, 151-167.

\_\_\_\_\_ Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 469-478, 1997b.

\_\_\_\_\_ Autonomia versus controle dos trabalhadores: gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 315-329, 1999.

\_\_\_\_\_ As necessidades de saúde como conceito estruturante na Luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de (Orgs.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/Ims/Abrasco, 2001, 113-126..

COELHO, Thereza C. B. Processo de Trabalho em saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**. Feira de Santana, v. 1, n.1, p. 121-135, 2002.

COLLIÈRE, Marie F. **Promover a vida**. 2 ed. Lisboa (Portugal): Lidel – edições técnicas, 1999.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia e ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil – política e organização dos serviços**. São Paulo: Cortez, 1996, p 13-57.

DEMO, Pedro. Pesquisa e construção do Conhecimento. In: **Metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000, 125 p.

ESCODA, Maria do S Q. Iniquidade em Saúde. **Espaço para a Saúde**. Londrina UEL/UNESCO-Pr, v 5, n.2, 1517-30, 2004.

FEIRA DE SANTANA. 2006a. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br>. Acesso em 06 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_ Secretaria Municipal de Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_ Secretaria Municipal de Saúde/CASSA, 2007a.

\_\_\_\_\_ 2007b. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br>. Acesso em 22 de outubro de 2007.

FRANCO, Túlio B; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Émerson. E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec. 2006, p. 125-133.

FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S.; MERHY, Emerson E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (Mg). In: MERHY, Emerson E. et al. (Orgs.). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 37-54.

FRANCO, Túlio B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (Mg). In: MERHY, Emerson E. et al. (Orgs.). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p.161-198 .

FRANCO, Túlio B; MERHY, Emerson E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da Unicamp (Campinas, Sp). In: MERHY, Emerson E. et al. (Orgs.). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006, p 135-160.

FREIRE, Paulo. **Educação, Atualidade Brasileira**. São Paulo: Cortez Editora/Instituto Paulo Freire, 2001.

\_\_\_\_\_ **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_ **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENCHUTZ, Catalina (Org). **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria H. de. Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003.

HAGUETTE, Tereza. M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1997.

LACAZ, Francisco A. da C. O sujeito n(d)a saúde coletiva e o pós modernismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 233-242, 2001.

LAKATOS, Eva. M.; MARCONI, Marina de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas S.A., 2001.

LUZ, Terezinha M. Duas questões permanentes em um século de Políticas de Saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.5 v.2, 2000, p. 293-312.

MANNION, James. **O livro completo da Filosofia**. São Paulo: MASDRAS, 2004.

MATUMOTO, Silvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998, 223p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 1998.

MERHY, Emerson E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. In: MERHY, Emerson. E.; ONOCKO, Rosana T. (Orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.113-150.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson. E. e ONOCKO, Rosana T. (Orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a., p. 71-112

\_\_\_\_\_ Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, Luis C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997b, p. 117-160.

\_\_\_\_\_ A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA D. C. et al. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998, p.1-23.

\_\_\_\_\_ **O ato de cuidar um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde.** Texto didático. In: (trecho de Merhy SUS, BH: Xamã, São Paulo, 1998) Campinas, 1999.

\_\_\_\_\_ **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002, Cap. 1 e 2, p. 13-66.

\_\_\_\_\_ O ato de cuidar, a alma dos serviços de saúde. Texto didático. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil.** Cadernos de Texto. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.

\_\_\_\_\_ Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6 n.1, p 7-19, 2001.

NASCIMENTO, Maria A. A. do. **O desafio da clínica na saúde da família.** Trabalho apresentado no VII Encontro de Atualização em Atenção Primária à Saúde. v. 7, n 2, p 104-109, Juiz de Fora: 2004.

OLIVEIRA, Cláudio B de. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Rio de Janeiro: Roma Victor, 2004.

OLIVEIRA, Francisco J. A. de. Participação Popular em Saúde: as dimensões da cultura. **Saúde em Debate**, 52: 67-73, Londrina, PR, 1996.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em 22 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_ (OPAS/OMS). Ministério da Saúde (MS). **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série Técnica. Brasília: 2006.

PAIM, Jairnilson S; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.32, n. 4. p. 299-316, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 09 de julho de 2006.

PAIM, Jairnilson. Modelos Assistenciais. **Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/Anvisa, 1999. Disponível em: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) . Acesso em 09 de julho de 2006.

PERES, Ellen M. O programa da família no enfrentamento das desigualdades sociais. **Revista Aquichan**, Chia, Colômbia, v. 7, n.1. 2007. Disponível em: <http://www.aquichan.unisabana.edu.co/index.php> Acesso em 22 e outubro de 2007.

PIMENTEL, Lílian de J. **O programa de atenção ao diabético: o acolhimento vivido e percebido pelos usuários do Cassa.** 2001, v, 44 p (Monografia). Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2001.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

PIRES, Maria R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev. Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto: v.13, n.5, p.729-36, 2005. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br) Acesso em 22 de outubro de 2007.

PUCCINI, Paulo de T.; CECÍLIO, Luis C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, 2004, 1342-1353.

QUEIROZ Creuza, M. B.; SÁ, Evelin N. de C.; ASSIS, Marluce, M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.

RAMOS, Donatela D; LIMA, Maria A. D. da S. Acesso e acolhimento dos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34, 2003.

ROBERT, John. M. **O livro de ouro da história do mundo: da pré-história à idade contemporânea.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

ROCHA, Semíramis M. M.; ALMEIDA, Maria C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem na Saúde Coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-am.enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 22 de outubro de 2007.

RODRIGUES, Ana a. A de O.; ASSIS, Marluce M. de A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa de saúde da família em Alagoinhas - Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.29, n. 2, p 273-285, 2005.

SANTOS, Adriano M. dos. **Da fragmentação à integralidade: a pratica de saúde bucal no programa de saúde da família de Alagoinhas, Ba.** 2005, 227 p. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2005.

SANTOS, Adriano M.dos et al. Relações de vínculo na pratica cotidiana da saúde bucal: realidade do Programa de Saúde da Família (PSF). Alagoinhas, Ba. XI Congresso Mundial de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2006.

SANTOS, Adriano et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**, v23 n. 1, Rio de Janeiro, 2007.

SARTORELLI, Daniela S.; FRANCO, Laércio J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, supl 1, 2003. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 06 de novembro de 2005.

SCHIMITH, Maria D.; LIMA, Maria A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6. 2004. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 22 de outubro de 2007.

SCHRAIBER, Lilia. B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRAMM, Joyce. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 06 de agosto de 2006.

SHIRATORI, K. Processo de trabalho da Enfermagem e a dignidade dos profissionais. **Enfermería Global-Revista eletrônica Unirio**, Rio de Janeiro, n.7, 2005. Disponível em: [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/). Acesso em 22 de outubro de 2007.

SILVA JUNIOR, Aluísio G. da. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. S. Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, Aluísio G.; MERHY, Emerson E.; CARVALHO, Luiz da et al. Refletindo sobre o ato de cuidar na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de, (Orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Ims/Uerj/Abrasco, 2003., p. 113-128.

SILVA JÚNIOR, Aluísio G. da; MASCARENHAS, Mônica T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. Aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de, (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Ims/Uerj/Abrasco, 2004, 241-257.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Atlas Corações do Brasil**. São Paulo: H2M Comunicação. v 1, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Plano de Reorganização da Atenção ao Hipertenso e Diabético. **Diabetes Hoje**, set/2004a. Disponível em: [www.diabetes.org.br/diabeteshoje/](http://www.diabetes.org.br/diabeteshoje/). Acesso em 05 de novembro de 2005.

Seis questões fundamentais sobre pré – diabetes. **Diabetes Hoje**, nov/2004b. Disponível em: [www.diabetes.org.br/diabeteshoje/](http://www.diabetes.org.br/diabeteshoje/). Acesso em 09 de novembro de 2005.

Médicos estão aconselhando novos parâmetros clínicos e metabólicos. **Diabetes Hoje**. Out/2005. Disponível em: [www.diabetes.org.br/diabeteshoje/novosparam](http://www.diabetes.org.br/diabeteshoje/novosparam). Acesso em 08 de nov. de 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/Dfid, 2004.

STUART, Hall. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Dp&a, 2005.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 06 de agosto de 2006.

TEIXEIRA, Ricardo R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividades. Contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001, p. 49-61. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 09 de agosto de 2006..

\_\_\_\_\_ O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben A. (Orgs). **Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas na saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ. Abrasco, 2003a., p. 89-109.

\_\_\_\_\_ **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma nova concepção de público**. 2003b. Disponível em: [www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm](http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm). Acesso em 17 de setembro de 2007.

\_\_\_\_\_ Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-597, 2005. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 06 de agosto de 2007.

TESTA, Mário. **Saber em salud. La construccion del conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos, redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIANNA, Solon et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

WALDOW, Vera R. **O cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WERTHEIN, Jorge. O Fundeb e as desigualdades nacionais. **Correio Brasiliense**. Brasília: 2005. Disponível em [www.unesco.org.br/noticias/opinião/artigo/fundeb](http://www.unesco.org.br/noticias/opinião/artigo/fundeb). Acesso em 12 de outubro de 2006.





## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)  
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA (NUPISC)  
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS  
PESQUISADORA COLABORADORA: LEONOR DA SILVA BASTOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

---

### (TRABALHADORES DE SAÚDE)

#### 1. Dados de Identificação:

Código do entrevistado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Qualificação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo que trabalha na Unidade: \_\_\_\_\_

Tempo que atua nesta equipe: \_\_\_\_\_

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

#### 2. Roteiro temático:

##### Acesso, porta de entrada e vínculo-responsabilização

- ✓ Porta de entrada do serviço (quem e como);
- ✓ Critérios para o atendimento das necessidades individuais e coletivas;
- ✓ Relacionamento entre equipe e usuário;
- ✓ Oferta – tipo de demanda (organizada, espontânea), número de vagas;
- ✓ Sistema de atendimento (consultas agendadas, critérios de marcação de consultas);
- ✓ Encaminhamento para outros serviços (referência e contra-referência).
- ✓ Relação dos usuários com a equipe (quem define o projeto terapêutico);
- ✓ Postura da equipe em relação às demandas dos usuários e vice-versa.

- ✓ Como é definido o projeto terapêutico e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários.

**Relações estabelecidas entre sujeitos sociais (trabalhadores de saúde, usuários e familiares) e entre o CASSA e outras unidades referenciadas:**

- ✓ Fale de sua opção em trabalhar no CASSA. Como são as relações estabelecidas entre os sujeitos sociais que atuam na unidade;
- ✓ Fale sobre as relações estabelecidas entre a unidade e as unidades que referenciadas.
- ✓ A unidade tem Conselho de Saúde? Se tem como se organiza? E como se dá a participação do usuário?

**Inserção e capacitação dos trabalhadores para o Programa de Atenção ao Diabético**

- ✓ Fale sobre a sua forma de inserção no Programa (indicação, seleção, concurso)
- ✓ Você realizou capacitação para atuar no Programa? Quais?
- ✓ A Secretaria de Saúde incentiva capacitações em outras instituições?
- ✓ Existe uma política de Educação Permanente na Secretaria de Saúde?  
Fale um pouco sobre esta questão.

**Outros comentários:**

## APÊNDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)  
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA (NUPISC)  
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARLUCE MARIA ARAÚJO  
ASSIS  
PESQUISADORA COLABORADORA: LEONOR DA SILVA BASTOS

---

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – USUÁRIOS E/OU FAMILIARES

#### 1. Dados de Identificação:

Código do entrevistado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Onde você mora: \_\_\_\_\_

Pertence à área de abrangência do CASSA: \_\_\_\_\_

#### 2. Roteiro temático:

##### 2.1 Acesso, porta de entrada e vínculo-responsabilização

- ✓ Fale como você é atendido (ou alguém próximo) na recepção da Unidade (tempo de espera, condições do ambiente, satisfação, entre outros) pelos trabalhadores de Saúde;
- ✓ Fale sobre os serviços de saúde que são ofertados na unidade de saúde: número de vagas, tipo de atendimento, consultas agendadas ou não, critério de marcação;
- ✓ Fale sobre a sua relação com os trabalhadores de saúde que atendem no Programa de Atenção ao Diabético. No momento da consulta quem define o procedimento a ser realizado? Como é definido (pelo material disponível; sua necessidade; sua vontade; seu desejo, outros);
- ✓ Comente como os trabalhadores de saúde atendem as suas necessidades e de sua família e como você participa (ou gostaria de

participar) da elaboração de decisões para definir prioridades e/ou necessidades.

**2.2 Relações estabelecidas entre os usuários, familiares e trabalhadores de saúde:**

- ✓ Fale sobre as relações entre as pessoas que atuam nesta Unidade de Saúde e a relação da equipe com você e seus familiares;
- ✓ Você participa de algum Conselho de Saúde. Você poderia falar como se dá esta participação.

**2.3 Outros comentários:**

## APÊNDICE C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)  
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA (NUPISC)  
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARLUCE MARIA ARAÚJO  
ASSIS  
PESQUISADORA COLABORADORA: LEONOR DA SILVA BASTOS

---

### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

#### 1. Dados de Identificação:

Código da unidade: \_\_\_\_\_ Tempo de funcionamento da Unidade \_\_\_\_\_  
Tempo de implantação do Programa \_\_\_\_\_

#### 2. Roteiro temático:

##### 2.1 Produção do Cuidado no Programa de Atenção ao Portador de DM.

###### Acesso, porta de entrada e vínculo-responsabilização:

- ✓ Responsáveis pela recepção do usuário na Unidade;
- ✓ Acomodação das pessoas durante a espera;
- ✓ Tempo médio de espera na recepção;
- ✓ Acolhida dos usuários (informações, esclarecimentos, abordagem, linguagem);
- ✓ Tipo e adequação das informações sobre as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde (cronogramas, fluxogramas, organogramas, cartazes, mapas, gráficos, relatórios);
- ✓ Critério utilizado para consulta (ordem de chegada, idade, necessidade, ordem de marcação, sexo, endereço);
- ✓ Critério para consulta subsequente;
- ✓ Condições do consultório (espaço físico, iluminação, ventilação/temperatura, nível ruído, aspecto estético, distribuição dos equipamentos);

- ✓ Horário de chegada/saída dos trabalhadores;
- ✓ Número de consultas por turno;
- ✓ Tempo médio por consulta;
- ✓ Vínculo da equipe com a comunidade;
- ✓ Outras observações.

**2.2 Relações estabelecidas entre os sujeitos sociais (trabalhadores de saúde, usuários e familiares):**

- ✓ Relação entre os diversos membros da equipe da Unidade e do Programa;
- ✓ Reuniões de planejamento de atividades conjuntas (trabalhadores e usuários);
- ✓ Relações entre os trabalhadores e os usuários;
- ✓ Outras observações.

**2.3 Outras observações importantes:**



## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marluce Maria Araújo Assis (pesquisadora - responsável) e Leonor da Silva Bastos (pesquisadora-colaboradora) estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre a assistência que vem sendo prestada pelo Programa de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus no Centro de Assistência Social Santo Antônio (CASSA) em Feira de Santana-BA. Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria no acesso e na atenção à saúde desse programa. Se você concordar, suas respostas serão gravadas e registradas em um caderno de anotações que você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações, como também o atendimento será fotografado, caso concorde. O material coletado será organizado em um banco de dados pelas pesquisadoras e bolsistas de Iniciação Científica do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), após organização do banco de dados o material será destruído. As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, tendo como **benefícios** proporcionar reflexões críticas sobre o processo de produção do cuidado, tornando-o mais prazeroso, humanizado, eficaz e solidário; rediscutir o modelo de atenção à saúde e redefinir rumos para o Programa de Atenção ao Portador de Diabetes no cenário local. Os possíveis **riscos** estão relacionados ao desconforto dos sujeitos em relação aos “colegas” de equipe, usuários ou dirigentes; a sensação de incômodo com o processo que envolve a pesquisa, podendo se sentir fiscalizados, e os usuários podem se inibir em expor as suas opiniões com receio de influenciar no atendimento que necessitam. No entanto, os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participar da pesquisa, caso decidam, de forma que se evite que seu depoimento sofra conseqüência danosa na expressão livre de suas opiniões. As despesas do projeto são de responsabilidade da pesquisadora colaboradora, contando com a infra-estrutura do NUPISC. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através dos telefones (75) 3224-8162 no Centro de Pós-Graduação em Saúde coletiva da UEFS – Módulo VI – NUPISC. Km-03, BR-116. Campus Universitário em Feira de Santana – BA. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de .

Assinatura do entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce M<sup>a</sup>. A. Assis (Pesquisadora responsável): \_\_\_\_\_

Leonor da Silva Bastos (Pesquisadora colaboradora): \_\_\_\_\_