

Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA)

Integrity-building in the care of people with diabetes mellitus in a healthcare unit of Feira de Santana, Bahia State

Leonor da Silva Bastos¹

Marluce Maria Araújo Assis²

Maria Angela Alves do Nascimento²

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira²

Abstract *This study analyses the care of people with diabetes mellitus (DM), under the light of integrality, through access, bond-accountability, and team formation in a healthcare unit of Feira de Santana, Bahia State. It is a qualitative study adopting a critical and reflexive approach. The subjects were healthcare workers (Group 1) and users registered in the diabetes program (Group 2). Data collection techniques included a structured interview and systematic observations, while the data analysis was based on content analysis and Merhy's analyzer flowchart. The results reveal that basic attention has little structure, an ineffective organization model, and a healthcare process built on the everyday of the service in a fragmented and shallow way, centered on the figure of the doctor. They also reveal that municipalization of health, as it has been done in Feira de Santana, caused the dismantling and discontinuation of healthcare attention to people with DM. Access is restricted, focused on and directed to low-complexity actions. Hosting and bond with the user are still distant from co-responsabilization, and there is a lack of autonomy and education in the process. In conclusion, it is necessary to widen the debate on whole care and work management, and evaluate the everyday praxis of those involved with care.*

Key words *Healthcare, Integrality, Local healthcare system, Diabetes mellitus*

Resumo *Este estudo analisa o cuidado de pessoas com diabetes mellitus (DM) sob a ótica da integralidade, através do acesso, do vínculo-responsabilização e da formação da equipe em um centro de saúde de Feira de Santana (BA). É um estudo qualitativo, numa aproximação crítico-reflexiva. Os sujeitos foram os trabalhadores de saúde (Grupo I) e usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético (Grupo II). A entrevista estruturada e a observação sistemática foram utilizadas como técnicas de coleta de dados e a análise de conteúdo e o fluxograma analisador de Merhy, como técnicas de análise dos dados. Os resultados revelam que a atenção básica é pouco estruturada, com um modelo de organização dos serviços esgotado, um processo de cuidar construído no cotidiano do serviço de forma fragmentada, superficial, médico-centrado, e que a municipalização como vem se desenvolvendo em Feira de Santana provocou (des)estruturação e (des)continuidade da atenção à saúde das pessoas com DM. O acesso é restrito, focalizado e direcionado a ações de baixa complexidade. O acolhimento e o vínculo, distantes da corresponsabilização, e ainda há carência de formação e de autonomia. Conclui-se que é necessário ampliar o debate sobre o cuidado integral e gestão do trabalho, valorizando a práxis cotidiana dos sujeitos envolvidos no cuidado.*

Palavras-chave *Cuidado, Integralidade, Sistema local de saúde, Diabetes mellitus*

¹ 2ª Diretoria Regional de Saúde, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Av. Eduardo Fróes da Mota s/n, 35º BI. 44050-220 Feira de Santana BA.

leosbastos@yahoo.com.br

² Núcleo de Pesquisa

Integrada em Saúde

Coletiva, Universidade

Estadual de Feira de

Santana.

Introdução

A Declaração de Alma Ata sobre os cuidados primários de saúde, em 1978, se situou como uma tentativa de concretizar uma política que assumisse esse desafio com promoção da saúde, participação comunitária e educação em saúde, sem esquecer os determinantes do processo saúde-doença e a necessidade do desenvolvimento econômico como promotor de saúde. A partir daí, temos a Atenção Primária de Saúde (APS), que adota os cuidados primários como essenciais à vida, práticos, científicos, ao alcance das pessoas e das comunidades¹⁻³. Ou seja, as proposições apresentadas na perspectiva da APS buscam ultrapassar a atenção na doença, integrar ações preventivas e curativas e prover a saúde individual e coletiva, como um desafio antigo assumido por muitos, inclusive por organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

No Brasil, tais ideais, embora prejudicados pelo ambiente autoritário do golpe de 1964, desaguaram nas Ações Integradas de Saúde (AIS), na luta pela reforma sanitária, na VIII Conferência de Saúde e, posteriormente, no Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da chamada Constituição-cidadã de 1988. Entrementes, no âmbito internacional, continuaram os esforços no sentido de incluir as condições de vida no conceito ampliado de saúde^{2,3}. Ao longo desses anos, o sistema de saúde brasileiro tem sido vítima de ambiguidades, marchas, contramarchas e contradições, que são vividas e construídas pelos que fazem e pensam a saúde⁴⁻⁷.

Nesse contexto, a integralidade é vista como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema⁸. Para tanto, sustenta-se em redes organizadas de serviços ofertados através das diversas “portas de entrada”. A sua presença garante a universalização do acesso e da equidade, ao tempo em que busca soluções para os determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença. Atua e se concretiza através de dispositivos da integralidade como acesso, vínculo-responsabilização, formação da equipe, trazendo no seu bojo a construção dos sujeitos, a inserção e qualificação desses sujeitos e a construção da gestão do trabalho⁹⁻¹¹.

Dentro dessa linha de ação, desenvolve-se o cuidado, visto como atenção integral, fruto do “trabalho vivo em ato” de uma equipe, trabalho realizado no momento da ação terapêutica². O

cuidar possibilita e implica integralidade, constrói as subjetividades e suscita a autonomia. Promove a vida em todas as suas manifestações e limitações, levando em consideração suas conotações culturais e vivenciais^{10,11}.

É nessa perspectiva que se situa o objeto do presente estudo, o processo de cuidar das pessoas com diabetes mellitus (DM). Esta faz parte das doenças crônico-degenerativas (DCD), com cerca de seis milhões de casos e sexta causa de mortes no Brasil, 170 milhões em escala mundial, com complicações significativas, entre as quais a retinopatia, a nefropatia, a neuropatia, a doença arterial coronariana, aparecendo como causa de incapacitações e mortes prematuras¹²⁻¹⁴.

Para tanto, este trabalho tem como objetivos analisar o processo de cuidar das pessoas com DM com vistas à integralidade, em um centro de saúde de Feira de Santana (BA), e discutir esse cuidar orientado pelos referidos dispositivos.

Trata-se de um estudo qualitativo, numa aproximação crítico-reflexiva. O lócus da pesquisa foi um centro de saúde referência em DM para quatro unidades do Programa Saúde da Família (PSF). Os serviços ofertados pelo centro são consultas médicas (clínica, gineco-obstetrícia, pediatria e endocrinologia), consultas de enfermagem e nutrição, saúde bucal, programa de imunização, pequenos curativos, teste do pezinho, entre outras ações relacionadas à atenção básica. Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores de saúde (07), constituindo o Grupo I, com mais de um ano na unidade e envolvidos com o atendimento às pessoas com DM, e os usuários (08), cadastrados na unidade há mais de um ano (Grupo II). Foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. Os dados foram trabalhados através da análise conteúdo temática e do fluxograma analisador de Merhy^{15,16}. Em relação à análise de conteúdo, foram percorridas três etapas operacionais: pré-análise, análise e exploração do material coletado e tratamento dos resultados. Realizou-se a leitura flutuante e exaustiva dos conteúdos evidenciados nas entrevistas, agregando temas convergentes, divergentes e complementares, traduzidos nos resultados do estudo. As observações foram analisadas, tomando como fio condutor o fluxograma analisador, retratadas nas Figuras 1 e 2, possibilitando a percepção da cadeia produtiva de saúde, a organização da atenção às pessoas com DM e o encadeamento dos diversos momentos da produção do cuidado¹⁵.

Análise e discussão dos resultados

O estudo revela o acesso restrito, focalizado em consultas e medicações, sendo excludente para especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidade. Outro aspecto se prende às dificuldades envolvendo o acolhimento e o vínculo entre os sujeitos que produzem o cuidado, encontrados distantes da integralidade e da corresponsabilização. No que se refere à formação da equipe, a pesquisa evidencia impasses relacionados à (des)construção dos sujeitos que atuam no cotidiano das práticas na atenção às pessoas com DM, um desafio visível em relação à dinâmica do cuidado. Ou seja, a prática ainda é individualista, curativa e médico-procedimento-centrada, mostrando que a integralidade da atenção ainda necessita ser conquistada, construída, uma vez que a fragmentação é a tônica dessas ações.

A Constituição de 1888 inclui o acesso a serviços e ações de saúde como direito de todos e dever do Estado, prevendo, portanto, um acesso universalizado. Entretanto, os resultados indicam que: “[...] o direito não é conseguido”. Isso se configura em um impasse já que se coloca na contramão do SUS, pensado para ser público, universal, descentralizado, participativo, equânime, com a APS como uma das “portas de entrada”, como política de inclusão e proteção social^{6,7}.

Os usuários (Grupo II) explicitam em seus discursos a situação de restrição do acesso aos serviços de saúde, tanto na atenção básica, quanto na média e alta complexidade, referentes às realizações de exames complementares, consultas com especialistas e internações hospitalares.

A nosso ver, essa situação faz parte de um contexto maior. A sensação de impotência, a apatia de alguns e a crítica velada de outros se configuram como fruto dos anos de autoritarismo, das desigualdades, do abandono, da falta de interesse dos governantes, da desestruturação da sociedade e de políticas públicas equivocadas. Ao destacar a realidade em Feira de Santana, é observada que a universalização dos direitos depende não só do empoderamento da população, mas de políticas públicas voltadas para atender às necessidades de cidadania, no sentido de reduzir as desigualdades sociais¹⁷. Como se pode notar, há uma relação direta, quer entre a falta de oportunidade, a apatia e o autoritarismo, quer entre a impotência, o absentismo participativo e verticalidade, e a centralização de poder, conforme análise de alguns estudos que discutem a questão do poder, concentrado nas mãos do executivo municipal e da Secretaria Municipal de Saúde, com

baixo potencial de discussão e de decisão no que concernem aos demais sujeitos do processo^{2,18-21}.

A problemática da centralização/concentração é discutida numa amplitude nacional, envolvendo centralização do poder na sociedade, sem autonomia, sem poder político de decisão nas esferas periféricas dependentes da política central e sem adequação às necessidades de cada localidade²². O que se vê é o pouco espaço para o poder local gerir o sistema com autonomia e reserva de decisão, uma vez que ele está longe de ser integrado, inclusive em relação ao cuidado integral, que carece de horizontalidade²³. Daí a necessidade de refletir, conjuntamente, a mudança do modelo de atenção e da forma de organização dos serviços, inclusive da estrutura piramidal do SUS, que necessitará ser descentralizada e ampliada para (re)organizar as “portas de entrada” do sistema e a própria clínica^{24,25}.

Na unidade pesquisada, o acolhimento em relação ao conforto é sofrível: espaço pequeno para acomodação dos usuários; o corredor é pouco iluminado e pouco ventilado. A atenção à saúde é focalizada em grupos específicos como mulheres, crianças, idosos, diabéticos, hipertensos, além de planejamento familiar. As consultas são programadas, embora haja abertura para a demanda espontânea, porém condicionada à existência de vagas. Os usuários se concentram no início de cada turno e no período das consultas. A informação é disponível através de cartazes, mas muitas queixas foram observadas em relação à comunicação dos trabalhadores com os usuários, revelando a carência das tecnologias leves – tecnologia de relações – para ampliação das possibilidades terapêuticas e redirecionamento do modelo de saúde, comprometido com a defesa da vida, no que se refere ao acesso, acolhimento e ao próprio ato de cuidar²⁶⁻²⁹. A unidade de saúde é referência para quatro equipes de PSF, referência municipal para saúde bucal, “porta de entrada” para todas as patologias e atende a todos os que chegam com hiperglicemia. Porém, só é cadastrado e acompanhado aquele usuário da sua área de abrangência.

O usuário chega à recepção e se dirige até a auxiliar de enfermagem que o atende; daí é encaminhado para a enfermeira, que faz a consulta e solicita novos exames e outros encaminhamentos, se necessário, para médico; recebe a medicação, vai à recepção, carimba os exames e sai. No turno da tarde, a trabalhadora da recepção encaminha o usuário para a enfermeira, para o médico e o fluxo se desenvolve como no turno matutino; demonstra-se na Figura 1 como se dá o

acesso das pessoas cadastradas com diabetes mellitus durante o processo de cuidar, a partir da “porta de entrada”, na unidade estudada.

Os usuários com DM (Grupo II) informam que têm acesso à medicação básica do Ministério da Saúde; entretanto, referem à ausência de determinadas drogas que previnem e/ou controlam complicações, dentre elas as vastatinas e os colírios para retinopatia. Explicitam também os descompassos entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços na unidade e, provavelmente, no município: o acesso aos especialistas, à nutricionista e a alguns procedimentos é restrito, estes últimos dependentes da central municipal de regulação, com espera de até cinco meses para o atendimento, quando este ocorre. As filas são

constantes, as vagas são poucas, alguns usuários diante dos limites desistem e buscam o sistema privado de saúde (Grupo II). Essa realidade não soluciona os problemas que envolvem a rede pública de serviços, penaliza o usuário, em geral carente, desacredita o serviço e, assim, desestabiliza o SUS. O usuário com solicitação para procedimentos ou especialistas na rede SUS chega cedo e uma vez por mês vai à recepção da unidade em busca de vaga. Caso consiga a vaga, poderá aguardar por até cinco meses a autorização para o atendimento. Se não conseguir, retorna no mês seguinte para tentar novamente. A Figura 2 sintetiza o percurso ou os obstáculos enfrentados pelos usuários para o acesso a procedimentos e consultas fora da unidade. Em rela-

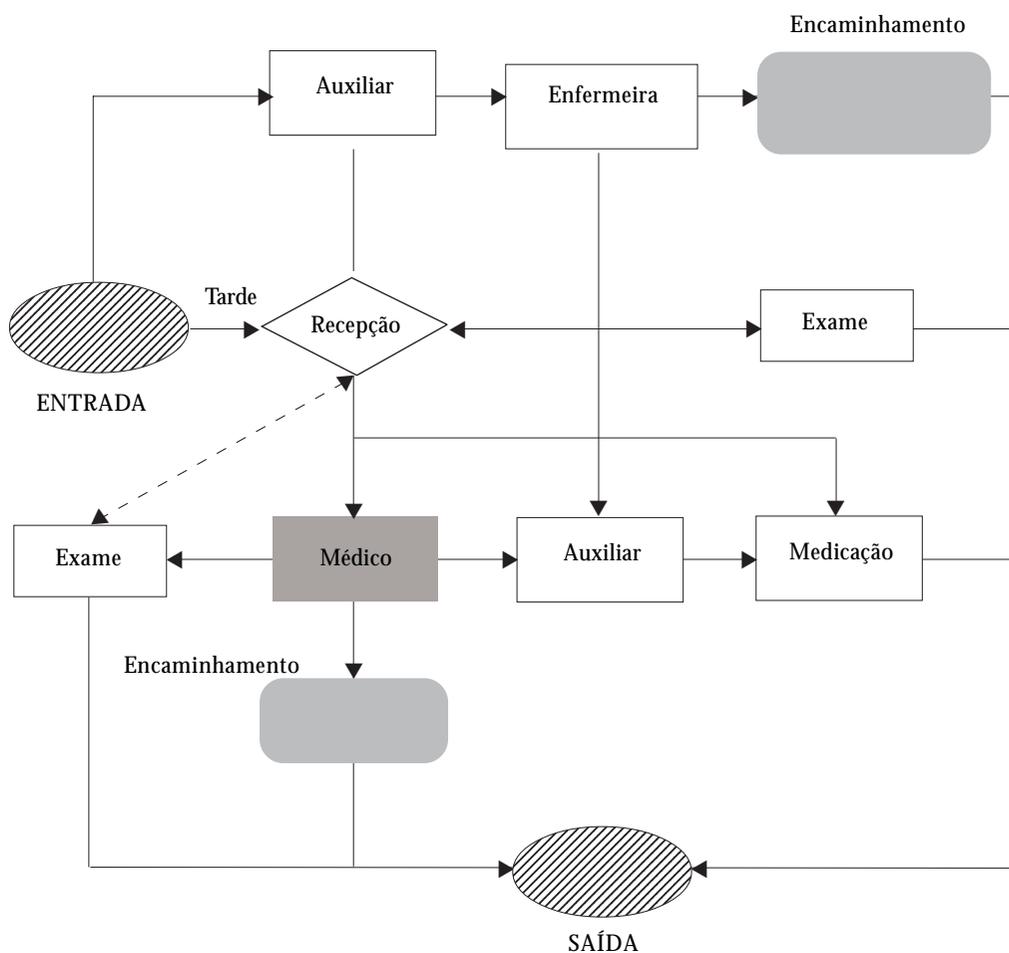


Figura 1. Acesso do usuário cadastrado no Programa de Atenção ao Diabético em um Centro de Saúde.

ção à nutricionista, há espera de três meses para o atendimento.

No que se refere ao sistema público de saúde no município, estudos analisam a presença de uma rede básica de saúde frágil e limitada, com baixo quantitativo de trabalhadores, pouco investimento em educação permanente em saúde e desarticulação entre as diversas instituições e serviços^{18,30}. Ao lado disso, mostra a relação conflituosa entre o público e o privado, com supremacia deste último. Essa realidade é agravada pela forma como se constrói a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Nesse caso, os municípios maiores concentram a oferta de serviços, auferem os dividendos das pactuações com os menores e mal conseguem cumprir alguns desses pactos, deixando, muitas vezes a descoberto, os seus e outros municípios, que são assim submetidos a longas, incertas e inaceitáveis esperas, isso quando logram êxito. Além disso, enquanto o sistema público se debate em financiamentos pouco flexíveis, na forma de usar os recursos de que dispõe, e com uma a gestão do trabalho “ges-

sada”, o sistema privado se reorganiza e assume a prestação de serviços-chave de média e alta complexidade, financiado muitas vezes pelo SUS^{17,18,30}. Para lá se dirigem aqueles que dispõem de seguros de saúde e aqueles que não encontram respaldo no serviço público, que buscando a resolubilidade migram para o privado e pagam pelo direito que lhes é negado.

Por conseguinte, essa realidade nos faz refletir sobre a necessidade de uma nova compreensão desse desafiante contexto, a partir da ação dos coletivos que privatizam os espaços públicos e, ao mesmo tempo, os publicizam. Esta ação diluiria as fronteiras entre o público e o privado, tornando-os democráticos e com abertura das linhas de tensão. A nosso ver, se trata de um difícil mas necessário caminho a ser trilhado, já que nessa linha de pensamento-ação o privado estaria inserido no público³¹.

Outro dispositivo que reflete sobre a integralidade do cuidado se refere ao vínculo-responsabilização entre os sujeitos do cuidar, entre os que cuidam (trabalhadores) e os que são cuidados

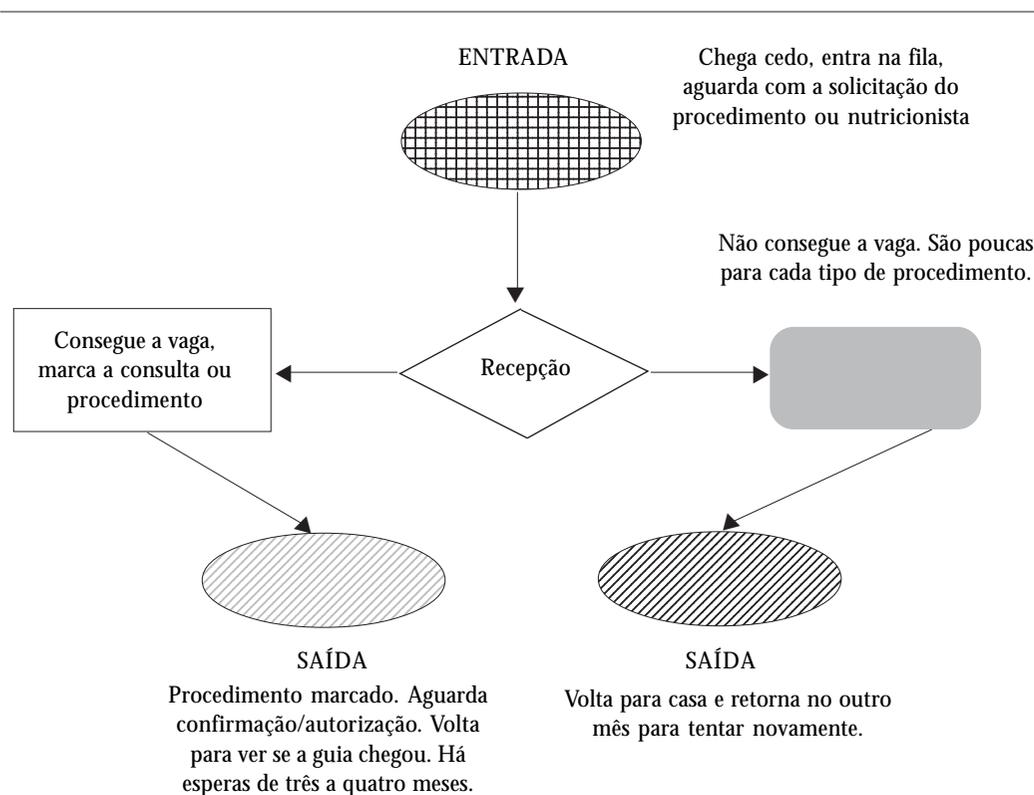


Figura 2. Acesso aos procedimentos e às consultas médicas na rede SUS.

(usuários). Circula na esfera das tecnologias leves e se situa como ferramenta agenciadora de mudanças na prática, em todos os níveis do sistema, compartilhando saberes e práticas, (re)atando as relações, imprescindíveis à integralidade. Para tanto, requer ações humanizadas, interpessoais, de comunicação, de escuta, de formação de laços e de redes afetivas articuladas ao acesso, acolhimento e ao cuidado desenvolvido no “trabalho vivo em ato” no cotidiano do serviço. Contudo, para que se desenvolva de forma eficaz, necessita que os sujeitos protagonizem o encontro intercessor^{9,26-30,32-36}.

Entretanto, essa não foi a realidade encontrada na unidade de saúde, embora tenha sido percebido o vínculo institucional por parte dos trabalhadores. Em torno desse contexto, desenvolveu-se a institucionalização da negação do outro como sujeito, da baixa responsabilização pelas pessoas que necessitam do cuidado, as pessoas com DM³⁴. A responsabilização é aqui compreendida como um conjunto de ações resolutivas, prevista para estar presente em todos os níveis do sistema, desenvolvida pelos sujeitos durante o cuidar, que amplia o ato terapêutico e atende as singularidades dos envolvidos no processo, levando à corresponsabilização^{18,19}. A precária responsabilização social ficou visível, com a ausência de alteridade em um cenário considerado “epidêmico”, que produz desinteresse, desvinculação, (des)cuidado, superficialidade no atendimento, com graves consequências para a saúde e para o serviço. Foi percebida, também, a descontinuidade da atenção e a falta de horizontalidade do serviço em relação ao direito à saúde, aqui argumentada como uma questão de direito, de cidadania, uma atenção à saúde que atenda às suas necessidades, como prevê o SUS^{19,29,37,38}.

Observam-se ainda os equívocos na prática da gestão do trabalho, com a precarização dos vínculos, desestímulo dos trabalhadores, alienação e falta de horizontes para o trabalho na saúde. O enfoque dado à eficiência, na produtividade de tarefas, preenchimento de papéis de forma fragmentada e isolada, e cumprimento de normas com rapidez e segurança, levam os gestores e trabalhadores ao não envolvimento com o usuário-cidadão, que não se sente acolhido e nem atendido em suas necessidades. Até porque, manter distância é um padrão assumido por muitos que trabalham no setor público e não só na saúde. Se levarmos em consideração tal contexto, ele representa um obstáculo à integralidade e ao cuidado. Todavia, precisamos atingir o nó a ser desatado e tecer o laço a ser construído para que se

concretize a produção do cuidado de forma plena e resolutiva. Segundo informações de alguns usuários (Grupo II), os mesmos problemas relacionados ao acesso, responsabilização e resolubilidade são enfrentados em outras unidades de saúde, o que é preocupante e até certo ponto factível de estar acontecendo, já que o estudo se deu em uma unidade, considerada organizada na rede SUS do município.

Para que os dispositivos da integralidade alcancem seus objetivos em relação ao cuidado, há necessidade de ambiente e condições favoráveis às ações. O vínculo é um desses instrumentos; porém, necessita do contraponto da confiança que o usuário desenvolve em relação aos trabalhadores e ao serviço, no sentido de terem os seus problemas equacionados/encaminhados, serem ouvidos, amparados no seu cotidiano e no seu viver em sociedade^{10,11,29}. Esse vazio de cuidado é uma das distorções a serem corrigidas e superadas para que as ações integrais se concretizem. Essa responsabilização social da qual o trabalho na saúde hoje carece é um grande desafio para quem faz e pensa a saúde no Brasil. Para tanto, é preciso transpor esse abismo entre a unidade de saúde e a vida que corre fora dos seus muros para construir uma ponte que una, enlace as pessoas e as comunidades aos serviços, sem a qual não se pode pensar em produzir o cuidado, a saúde e a cidadania^{27-29,34,37,38}.

Imbricado nas condições de acesso, de acolhimento, na presença do vínculo-responsabilização aparece a construção dos sujeitos como um dos eixos de concretização da integralidade. Portanto, torna-se necessário refletirmos sobre as relações existentes entre eles, seus espaços de poder e singularidades, sua autonomia e formação. Essa autonomia depende tanto do sujeito quanto do ambiente e se plasma em ambientes democráticos, acessíveis, preocupados com a formação, munidos de informações, construídos de forma conjunta, que levam à reflexão, à intervenção compartilhada, com percepção das limitações e dependências, de forma a trabalhar os conflitos e construir o bem-estar³⁸. Para construir os sujeitos e suas relações, é preciso refletir junto, clarear a idéia de si e dos outros, sentir e perceber o outro e, nele, a mesma necessidade de completude. É colocar o outro no centro das atenções, é abrir-se para a alteridade, estimular seu protagonismo, dirimir os impasses de comunicação, abrir os espaços de participação e de vocalização, partilhar seus saberes, anseios, mundividência, seu modo de ver e viver a vida. É resgatar as relações sociais que atravessam esses sujeitos, fazer do trabalho

vivo em ato um “encontro desejante”, através de processos dialógicos, com o estímulo à construção compartilhada de conhecimentos e ações, reconstrução das identidades em lógica mais solidária e mais partilhada^{31,37-40}.

Na unidade estudada, para alguns trabalhadores (Grupo I), as relações interpessoais são consideradas facilitadas pelos usuários e vice-versa, em relação ao turno de trabalho, mas percebemos um vácuo de informações e de relações entre os turnos. Observamos que a iniciativa da comunicação dialógica era sempre do usuário, apesar dos trabalhadores afirmarem sentir-se integrados nos seus respectivos turnos e assegurarem que há um trabalho em equipe na unidade. Em um dado momento, durante a observação de campo, percebemos uma ação mais solidária. Como trabalho em equipe, pensamos em um trabalho partilhado, interdisciplinar, dialogado, a partir de várias visões, de saberes que se complementam, interação em benefício de outrem, o que não foi percebido na unidade⁴¹. Porém, em alguns depoimentos, os trabalhadores de saúde (Grupo I) referiam não se sentir à vontade na unidade para ampliar o atendimento a alguns usuários. Também foi motivo de insatisfação a postura de outros trabalhadores durante o atendimento ao usuário: “no serviço público a pessoa vem, é destrutada e continua no mesmo”.

A política municipal de gestão do trabalho e de organização dos serviços foi questionada por vários trabalhadores (Grupo I), que falaram do aumento das atividades com o mesmo quantitativo de pessoas, com diminuição do tempo dedicado a cada grupo específico, em particular em relação às ações da enfermeira. Os trabalhadores sentem-se pouco valorizados, sem vocalização e sem a formação necessária para atuar, o que foi percebido, também, durante a fase da coleta de dados. Observamos a formação deficiente, a informação precária, assim como as condições de trabalho, como a falta de equipamentos, de acomodações adequadas, móveis em má conservação, excesso de atividades burocráticas e espaço físico incompatível com as necessidades do cuidado. Alguns se encontram em situação de trabalho precarizado, duplo vínculo, dupla jornada, por conta das limitações salariais. Essa realidade aparentemente transparece nos rostos e nas atitudes de alguns trabalhadores, embora a maioria tivesse manifestado encontrar-se adaptado às rotinas.

Em relação à educação permanente em saúde, percebemos outro grande vácuo; grande parte dos trabalhadores (Grupo I) não teve forma-

ção específica para atuar no programa de atenção ao diabético e, assim, desenvolver suas ações, apenas a formação regular. A inserção se deu quase sempre de maneira informal, pontual, casual, desarticulada, predominando a prática adquirida pelo tempo de serviço ou o aprendizado uns com os outros.

A participação dos usuários se encontra prejudicada pela concentração nas consultas e ausência dos encontros formadores. Se levamos em consideração que a formação é o esteio no qual se forja a mudança e a transformação das práticas⁴², podemos perceber que, nesse ponto, há também um nó a ser trabalhado se queremos um cuidado integral nos serviços de saúde. A desinformação pode estar em uma das raízes da deformação das ações e do vácuo de cuidado. É visível o descompasso entre as expectativas e necessidades de cuidado por parte do usuário e formação específica do trabalhador, o que se configura em um impasse para a construção de um projeto terapêutico compartilhado.

Por outro lado, os sujeitos da ação, no cotidiano da unidade, se encontram ausentes das decisões, pouco conhecem a respeito dos espaços colegiados de discussão, e em meio a uma verdadeira crise de autonomia e de poder, o que é um complicador, até porque não se encontram, não refletem de forma crítica e não participam efetivamente da construção de uma nova perspectiva de mudança dos processos e das práticas. Os sujeitos se encontram sujeitados no seu fazer cotidiano^{9,19,25,29,35}.

A integralidade do cuidado às pessoas com DM busca atender à promoção da saúde, à educação permanente, ao autocuidado, à escuta do usuário, apoio às necessidades não necessariamente associadas com DM, prevenção das complicações, orientação medicamentosa e nutricional, atividade física e estilo de vida, favorecendo as atividades individuais e coletivas, em particular os grupos de convivências.

O cuidado é, portanto, parte da experiência humana e acompanha a sua vida, seja em relação à sobrevivência e manutenção desse cotidiano, seja para reparação ou recuperação do equilíbrio, tornado difícil por algum dano ou risco. O cuidado deve promover a vida e atender à morte, preservando as características dos seres humanos, seus valores e cultura, tanto em relação ao indivíduo quanto ao grupo social, com o olhar ampliado para o ambiente e a preservação da vida em todas as suas manifestações^{9,10}. Com o tempo, o cuidado se descaracterizou, tornou-se tecnicista, parcelou-se em tarefas rotineiras,

mecânicas, descoladas do sujeito e das suas necessidades, hierarquizadas, transformado em produtividade, divorciado da vida, voltado para a medicalização e a cura das doenças. Este caminho equivocado reflete no usuário, no trabalhador, no serviço e na própria saúde, tida como sinônimo de “tratar a doença”.

Nesta perspectiva, o cuidado deverá ser uma interação entre os sujeitos não só para aliviar o sofrimento, mas para proporcionar e manter o bem-estar, a partir dos saberes, atravessado por movimentos da dinâmica da vida que, no cotidiano, constrói o eu, o outro, o nós, que contempla os projetos de vida desses sujeitos, historicamente situados, com responsabilização e horizontalidade^{39,40}. Nessa linha de pensamento/ação, o cuidado reconstrói valores, desperta os sujeitos, forja as condições para que o cuidado integral se concretize.

Na unidade pesquisada, a enfermagem, mais precisamente a enfermeira, surge como centro do processo de cuidar, trabalhadora-chave tanto dos serviços quanto dos usuários. Observamos o excesso de tarefas dessa trabalhadora, como também o estresse em que ela se debate. Ao mesmo tempo, houve relato em relação à ausência da enfermeira em determinado turno de trabalho, rotatividade e vínculo precarizado, o que compromete ainda mais o cuidado, que se mostra superficial, fragmentado, com baixa visibilidade, desarticulado, rotineiro, pontual, descontínuo, com base em consultas e com baixa participação do usuário. Contraditoriamente, a despeito de toda essa situação adversa, percebemos certa relação de confiança entre a enfermeira, algumas auxiliares e alguns usuários.

A fragmentação do cuidado denuncia as dificuldades do trabalho interdisciplinar, de equipe, na unidade, com predominância de tecnologias que capturam o “trabalho vivo em ato”. Não foram percebidas ações conjuntas voltadas para a integralidade, ao contrário, elas se revelaram paralelas, frágeis, pouco resolutivas e, ao que tudo indica, sem momentos de reflexões, com cada trabalhador agindo no seu espaço de “poder”, sem articulação com os demais e centrado nas consultas, em particular com o trabalhador médico. Houve depoimentos do Grupo II que questionaram a descontinuidade do cuidado, já que o usuário vem a cada três meses e nem sempre para o mesmo trabalhador. Foi percebido um vazio de cuidado em relação às ações da nutricionista, que atende uma vez por semana, doze pessoas, o que se configura insuficiente para as necessidades dos usuários da unidade. Enfim, não

encontramos, na unidade pesquisada, o cuidado como preconiza o SUS e, sim, uma série de tarefas que são executadas, com valorização da produtividade, longe do cuidado integral pretendido. Urge que se reflita sobre a situação do cuidado e que se assegurem as medidas necessárias à reversão dessa situação delicada e preocupante da atenção, no espaço da atenção básica desta realidade social.

Considerações finais

A produção do cuidado às pessoas com DM mostra-se fragmentada e pautada no modelo médico-centrado, sendo operada com baixo acolhimento, pouco vínculo e pouca responsabilidade social, sem investimento na construção dos sujeitos, distante da integralidade desejada, para potencializar o usuário como central no processo terapêutico.

Diante dessa realidade, apontam-se algumas recomendações, dentre as quais sugerimos um amplo debate com toda a sociedade a respeito do SUS como política de inclusão e proteção social, no sentido de sensibilizar, informar e formar os cidadãos/usuários, trabalhadores, gerentes, famílias, comunidades; o estabelecimento de parcerias locais e regionais, com organizações sociais, instituições formadoras, serviços, educação, com o objetivo de pensar e transformar as práticas, para que se construa a integralidade e dinamize o cuidado; o investimento em educação permanente em saúde como eixo de transformação das práticas, na estruturação do trabalho interdisciplinar, adscrição de pessoas a esses grupos, com responsabilização social e construção de projetos terapêuticos compartilhados; mudança no modelo de atenção à saúde, com (re)estruturação das unidades, norteando suas ações aos princípios e diretrizes do SUS, com ampliação da rede de serviços municipais-locais; investimento na oferta a partir das necessidades das populações adscritas; estímulo à organização do acesso do usuário na rede com ampla participação da comunidade na construção do cuidado, individual e coletivo; implantação de uma política de gestão compartilhada, com ampliação dos espaços de poder, valorização e estímulo ao trabalhador e inserção do usuário no seu cuidado para a edificação de um projeto terapêutico compartilhado.

Assim se poderia conduzir ao resgate desses sujeitos, com conseqüente oxigenação dos serviços e do cuidado, como centro das ações de saú-

de. Estimularia a corresponsabilização social, abrindo possibilidade da concretização da integralidade, do envolvimento dos diversos sujeitos através de ações interdisciplinares e interinstitucionais. Enriqueceria, assim, o campo das práticas, (re)vitalizando-o, tendo como eixo a defesa intransigente e radical da vida e da qualidade do cuidado à saúde.

Colaboradores

LS Bastos, MMA Assis, MAA Nascimento e LCF Oliveira participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Silva Junior AG. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1998.
2. Peres EM. O programa saúde da família no enfrentamento das desigualdades sociais. *Rev Aquichan Chia* 2007; 7(1):64-76.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. [site na internet]. [acessado 2007 out 22]. Disponível em <http://www.opas.org.br>
4. Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
5. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
6. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saude Colet* 2007;12(2):301-306.
7. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Abreu de Jesus WL. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia Saúde da Família: construção, política, metodologia e prática. *Revista da APS* 2007; 10(2):189-199.
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
10. Collière MF. *Promover a vida*. 2ª ed. Lisboa: Lidel; 1999.
11. Waldow VR. *O cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Caderno de Atenção Básica. nº 16]

13. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):529-535.
14. Schramm JM, Valente J. Transição Epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):897-908.
15. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Rodrigues AR. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. *Agir em Saúde. um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.113-150.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1996.
17. Queiroz CMB, Sá ENC, Assis MMA. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. *Cien Saude Colet* 2004; 9(2):411-421.
18. Assis MMA. *Municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta*. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia; 1998.
19. Campos GWS. A constituição do sujeito a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. In: Campos GWS, organizador. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 230-278.
20. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):815-823.
21. Escoda MSQ. Iniquidade em Saúde. *Espaço para a Saúde* 2004; 5(2):1517-1530.
22. Luz TM. Duas questões permanentes em um século de Políticas de Saúde no Brasil republicano. *Cien Saude Colet* 2000; 5(2):293-312.
23. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MH. Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):278-289.
24. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):469-478.
25. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2005.
26. Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia *leve* de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 151-167.
27. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: Piniheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2003. p. 89-109.
28. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):585-597.
29. Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006.
30. Assis MMA. *As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
31. Aciole GG. *A saúde no Brasil. Cartografias do público e do privado*. São Paulo. Hucitec; 2006.
32. Merhy EE. 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 LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.117-160.
33. Teixeira RR. Agenciamentos tecnoemiológicos e produção de subjetividades. Contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):49-61.
34. Teixeira RR. *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma nova concepção de público*. [site na Internet]. [acessado 2007 set 17]. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>
35. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: a prática de saúde bucal no programa de saúde da família de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
36. Silva Junior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. Aspectos conceituais e metodológicos. In: Piniheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2004. p. 241-257.
37. Cohn A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: Cohn A, Elias PE, organizadores. *Saúde no Brasil – política e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez; 1996. p. 13-57.
38. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 669-688.
39. Aires JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
40. Aires JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)* 2004; 8(14):72-92.
41. Araújo MBS, Rocha PM. O trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):455-464.
42. Ceccim RB, Feuerweker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1400-1410.

Artigo apresentado em 07/04//2008

Aprovado em 19/02/2009

Versão final apresentada em 03/03/2009