

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

KARINA VIEIRA

**O “coração” na Atenção Básica: um estudo sobre a construção de
vínculo entre hipertensos e profissionais da saúde com a Estratégia de
Saúde da Família – Guarulhos/SP – 2012**

Mestrado em Serviço Social

São Paulo
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

KARINA VIEIRA

Mestrado em Serviço Social

O “coração” na Atenção Básica: um estudo sobre a construção de vínculo entre hipertensos e profissionais da saúde com a Estratégia de Saúde da Família – Guarulhos/SP – 2012

Dissertação apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Professora Dra. Maria Lúcia Carvalho da Silva.

São Paulo
2012

Banca Examinadora:

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A CAPES pelo financiamento dos meus estudos.

Aos funcionários e professores do Programa de Pós Graduação em Serviço Social – PUC/SP, pela dedicação, seriedade e empenho com que realizam suas atividades. Em especial, à professora Maria Lúcia Martinelli pela doçura e excelentes debates produzidos em sala de aula.

À professora Maria Lúcia, querida Malu, pela sua competência e profissionalismo. Nossas conversas durante as orientações foram sempre permeadas de muita competência intelectual, mas também de sabedoria de vida.

À Banca Examinadora formada pela Profa. Dra. Regina Giffoni Marsiglia e Profa. Dra. Carla Gianna Luppi, as quais trouxeram excelentes indicações teóricas, caminhos metodológicos e orientações bibliográficas.

Aos amigos que fiz durante o mestrado. Agradeço a todos pelas partilhas, ensinamento e riqueza nas discussões acadêmicas. Nesse caminho, conheci a Milene, uma amiga encantadora.

À Prefeitura Municipal de Guarulhos, local onde me realizei como assistente social, trabalhadora da saúde, que se configura como um espaço profícuo de crescimento e aperfeiçoamento profissional.

À Dra. Maria Luiza pela amizade, sensibilidade, apoio e incentivo durante a realização do mestrado, bem como na trajetória profissional. Será para sempre a minha diretora.

Aos trabalhadores de saúde e usuários da USF Ibirajá, pela contribuição, envolvimento e participação no decurso da pesquisa. Sujeitos que fizeram emergir a riqueza singular da produção e construção da vida cotidiana.

À minha família que tanto amo, fonte de proteção e refúgio.

Às minhas irmãs adoradas Natália, Raquel e Lorena, pela ternura e estímulo durante as ausências. Em especial, à minha mãe Regina, quem me apoiou e incentivou, e durante toda a vida me fez reconhecer a importância do estudo e do trabalho. Ao meu “pai de coração”, Batista, um homem muito especial.

À querida Ana, amiga desde os tempos da graduação, quem me guiou para os caminhos do mestrado.

Minha amiga e quase irmã Luciana, pela paciência e estima incondicional.

Às amigas especiais da Prefeitura de Guarulhos. Dentre elas: Andréia, Célia, Fabiana, Renata e Valéria.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que contribuíram para o meu amadurecimento e desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal.

Saber Viver

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,

É o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela

Não seja nem curta,

Nem longa demais,

Mas que seja intensa,

Verdadeira, pura... Enquanto durar.

(Cora Coralina)

RESUMO

VIEIRA, K. **O “coração” na Atenção Básica: um estudo sobre a construção de vínculo entre hipertensos e profissionais da saúde com a Estratégia de Saúde da Família – Guarulhos/SP – 2012.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Estudos Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A presente Dissertação de Mestrado visa analisar como os usuários portadores de hipertensão arterial e os profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família Ibirajá, situada no Município de Guarulhos/SP, constroem e vivenciam o vínculo com a ESF. O estudo buscou interpretar as percepções acerca do vínculo terapêutico, procurando desvelar os significados desse vínculo, tanto para os usuários como para os profissionais, na relação saúde, doença, cuidado e produção de vida. As referências conceituais da pesquisa foram: Atenção Básica, Clínica Ampliada, Estratégia de Saúde da Família, Política de Saúde e Vínculo fundamentos em autores contemporâneos da área da Saúde e Serviço Social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja abordagem se deu através do estudo de caso. A metodologia da pesquisa foi estruturada pelo levantamento bibliográfico, documental e pesquisa de campo. A coleta de dados teve como instrumento entrevistas semi-estruturadas. Para a interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. Os sujeitos da pesquisa foram: profissionais da saúde, usuários em acompanhamento regular, usuários em acompanhamento irregular. Os resultados da análise evidenciaram que a construção do vínculo entre os sujeitos e profissionais de saúde ocorre de diversas maneiras. Para os usuários em acompanhamento regular o vínculo se expressa através do atendimento humanizado, na relação interpessoal e de confiança estabelecida com os profissionais de saúde. Constatou-se a ausência ou fragilidade na construção de vínculo dos usuários em acompanhamento irregular, na medida em que apresentam resistências em assumir a corresponsabilidade no processo saúde-doença. Os profissionais identificaram a construção do vínculo quando conseguiram interferir no processo de produção de vida e autocuidado dos sujeitos e a desconstrução do vínculo quando não conseguiram garantir o princípio da integralidade no decurso do tratamento.

Palavras-chave: Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Hipertensão Arterial, Política de Saúde, Vínculo.

ABSTRACT

VIEIRA, K. - **The "heart" in Primary Health Care: a study on the construction of the relationship between hypertensive patients and health care professionals with the Family Health Strategy – Guarulhos/SP – 2012.** Dissertation (Master's Degree in Social Work). Post Graduate Studies Program in Social Service, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

The purpose of this dissertation aims to analyse how people with arterial hypertension and health care professionals of the Family Health Center Ibirajá, in the city of Guarulhos - SP build and experience the relationship with the ESF. The study sought to interpret the perceptions about the therapeutic relationship, looking for the meanings of both relationship unveiling for patient, as well as for health care professional, in relation health, illness, care and life production. Conceptual references of research were: Primary Health Care, Clinic, Family Health Strategy, and Health Policy, Relationship, found in contemporary authors of Healthcare and Social Work. It is a qualitative research approach was through the case study. The survey methodology was structured by bibliographic and field research. The data collection took as semi-structured interviews instrument. For the interpretation of the data content analysis was used. The subject of the research was: health care professionals, patient on regular monitoring, patient on irregular monitoring. The results of the analysis showed that the construction of relationship the between the subject and health care professionals occurs in a variety of ways. For users in the regular monitoring via relationship of humanized, interpersonal relationship and trusts that are established with health care professionals. We note the absence or fragility in building relationship of patient irregular monitoring, to the extent that exhibit resistance to assume the co-responsibility in health-disease process. The professionals identify the relationship building when they interfere in the production process of living and self-care of the subject and the deconstruction of the relationship when they fail to ensure the principle of completeness in the course of treatment.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Arterial Hypertension, Health Policy, Relationship.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa 1- Guarulhos na Grande São Paulo.....	63
Figura 2: Mapa 2 – Organização e Divisão das Regiões de Saúde	65

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Ações Integradas de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CGR	Colegiados de Gestão Regionais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Atenção à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS/OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROGRAB	Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
PROESF	Programa de Expansão da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistema Local de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO 1: Marcos Históricos da Saúde no Brasil: da formação do Estado Brasileiro até 1990.....	21
1 Primeiras Intervenções do Estado na Saúde - 1808/1900.....	21
2 O Acesso à Saúde pela Cidadania Regulada - 1920/1940.....	24
3 Ênfase na Assistência Curativa Pública e Privada - 1950/1970.....	26
4 Processo de Reforma Sanitária e o Direito a Saúde - 1980/1990.....	29
CAPITULO 2: O Programa de Saúde da Família: Conceitos e Diretrizes Operacionais.....	37
1 A Criação do Programa de Saúde da Família.....	37
2 As Diretrizes Operacionais do Programa de Saúde da Família: a questão do Vínculo e da Clínica Ampliada.....	47
3 A atenção ao usuário portador de hipertensão arterial na ESF através das novas Diretrizes Assistenciais.....	56
CAPITULO 3: Guarulhos/ SP e a Rede de Assistência à Saúde.....	61
1 Breve Histórico e Caracterização de Guarulhos.....	61
2 Estrutura e Dinâmica da Rede de Saúde Local.....	64
CAPITULO 4: Percepções dos sujeitos da pesquisa sobre a questão do vínculo com a ESF: uma análise em processo.....	69
1 Profissionais de Saúde.....	69
2 Usuários hipertensos em acompanhamento regular.....	87
3 Usuários hipertensos em acompanhamento irregular.....	101
4 Significados da construção do vínculo com a ESF na Unidade Ibirajá.....	111
CONSIDERACOES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	120
ANEXOS	125

Introdução

A decisão em cursar o Mestrado em Serviço Social, ocorreu em virtude do trabalho realizado na Prefeitura Municipal de Guarulhos/SP, onde a pesquisadora responsável pela presente pesquisa atuou como assistente social em uma Unidade Básica de Saúde e, posteriormente, em um Hospital Municipal de Urgência, entre os anos de 2004 a 2011.

Ao iniciar o trabalho na cidade, percebia-se que a área da saúde estava passando por grandes modificações, pois no ano de 2004 estavam sendo ampliados os serviços de atenção básica com ênfase na Estratégia de Saúde da Família.

Esse modelo de atenção à saúde apresenta em seu escopo uma proposta de reorganização na medida em que trabalha com as condições de vida do sujeito, privilegiando ações educativas e assistenciais voltadas para o território.

Nesse período foi possível participar de cursos e capacitações visando à compreensão desse processo de se trabalhar com o território; nesta abordagem os profissionais, além de realizar o atendimento assistencial, precisavam atuar sob uma perspectiva de trabalho diferenciada, por meio da qual os trabalhadores da saúde “entram” em contato com os sujeitos, suas experiências e histórias de vida.

O período de convivência com o PSF, contudo, durou aproximadamente seis meses, pois em seguida a pesquisadora foi transferida para o Hospital Municipal de Urgência. Nesse local atuou na Enfermaria da Clínica Médica, nos anos de 2005 a 2008. Durante esse período, foi possível identificar outro tipo de assistência à saúde. Por se tratar de uma referência de urgência, observava-se que o atendimento tinha uma característica de maior rapidez, cuja finalidade era conter a fase aguda da doença e dar alta aos usuários de modo a atender também a demanda do Pronto Socorro.

Como realizava o trabalho na enfermaria clínica era possível perceber que muitos dos usuários atendidos apresentavam como motivo de internação as doenças cardiovasculares, sendo essa uma situação de agravamento de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Trata-se, pois, de doenças não só relacionadas a fatores genéticos, mas também ao modo de vida produzido nas sociedades contemporâneas, em que o imediatismo, a urgência e a ausência de cuidados com o corpo e consigo mesmo produzem adoecimentos.

A partir dessa experiência surgiu o interesse em realizar um estudo com os usuários portadores de HAS. A autora se questionava com relação ao atendimento oferecido ao sujeito na atenção básica, pois se houvesse um acompanhamento sistematizado na Unidade de Saúde, o sujeito não precisaria utilizar o serviço hospitalar.

Sendo assim, a presente dissertação passou a se intitular: O “coração” na Atenção Básica: um estudo sobre a construção de vínculo entre hipertensos e profissionais da Saúde com a Estratégia de Saúde da Família - Guarulhos – SP/2012.

Com base na vivência da pesquisadora, surgiu como pergunta norteadora da pesquisa: Como os usuários hipertensos matriculados na Unidade de Saúde da Família Ibirajá¹ do Município de Guarulhos/SP, e dos profissionais desta unidade constroem e vivenciam o vínculo terapêutico? Como esse vínculo possibilita a percepção dos usuários sobre o seu adoecimento (HAS) e como a equipe objetiva a conduta para o tratamento a ser realizado?

A hipótese formulada é que os usuários hipertensos e os profissionais da Unidade de Saúde da Família Ibirajá do Município de Guarulhos/SP constroem e vivenciam o vínculo, principalmente, pelas relações interpessoais estabelecidas durante o processo terapêutico, pela percepção do adoecimento produzido pela HAS e pela concepção do direito à saúde e pelo modo de vida do usuário segundo suas faixas etárias e gênero.

A pesquisa tem como objeto o estudo das percepções que os usuários hipertensos e os profissionais da USF Ibirajá do Município de Guarulhos/SP constroem e expressam sobre o vínculo que se estabelece no processo de tratamento clínico e terapêutico.

Tem como objetivo geral analisar as percepções que os usuários hipertensos e os profissionais da USF Ibirajá do município de Guarulhos/SP constroem/ vivenciam sobre o vínculo terapêutico, procurando desvelar os significados desse vínculo tanto para os usuários, como para os profissionais na relação saúde, doença, cuidado e produção de vida.

Desse objetivo geral, desdobraram-se os seguintes objetivos específicos:

¹ De modo a preservar os sujeitos da pesquisa, optou-se por trabalhar com um nome fictício para identificar a Unidade de Saúde da Família situada no Município de Guarulhos.

- Caracterizar a Unidade de Saúde da Família a ser estudada;
- compreender o adoecimento pela HAS, bem como o processo de atendimento dos usuários portadores de Hipertensão dessa unidade;
- analisar as percepções e os significados que os usuários e profissionais expressam sobre o vínculo construído e vivenciado durante o processo terapêutico.

Os autores consultados no decorrer da pesquisa, para uma maior compreensão dos conceitos de referência, são os que apresentam significativa discussão sobre a Política de Saúde no Brasil, sendo eles: Ana Luiza D'Ávila Viana, Barjas Negri, Maria Inês Souza Bravo, Heloisa Machado de Souza, Sonia Fleury Teixeira, Tatiana Baptista, dentre outros.

Em seguida foram selecionados autores que poderiam contribuir com a compreensão da atenção básica, do modelo de atenção baseado na estratégia de saúde da família, sua organização, estruturação e diretrizes operacionais. Destacando autores como: Barbara Starfield na compreensão de conceitos de atenção básica e aspectos da longitudinalidade, Emerson Merhy na análise acerca da produção do trabalho em saúde, Gastão Wagner de Souza Campos para o debate e compreensão sobre as diretrizes operacionais utilizadas na ESF, como a clínica ampliada e o vínculo. Com relação à hipertensão arterial serão utilizados manuais de orientação acerca do tratamento da HAS e, como referência, a autora Inês Lessa.

Do ponto de vista metodológico trata-se de uma pesquisa qualitativa que, para Minayo (2006), constitui uma estratégia que visa a compreender a lógica interna dos grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre história e temas específicos: relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e de implantação de políticas públicas e sociais.

Para Martinelli (1999), a pesquisa qualitativa apresenta três pressupostos importantes, sendo o reconhecimento: da singularidade de cada sujeito; da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e de se conhecer o modo de vida do sujeito.

Considerando que o estudo se propõe a compreender como os usuários e profissionais constroem e expressam o vínculo estabelecido no processo de tratamento clínico e terapêutico, a referência qualitativa será de grande contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa.

A pesquisa tem como abordagem o estudo de caso, sendo essa a técnica mais adequada ao objeto de investigação. Diniz (1999) ressalta que

“por sua natureza heurística, o estudo de caso é exploratório e tem como principal utilidade a possibilidade de apreensão do problema nos seus diferentes traços, inquirindo o pensamento lógico e estimulando a experiência intelectual. Sua importância também está no fato de não fazer do conhecimento descritivo o alvo essencial, mas de promover a ruptura do senso comum, através de um processo de compreensão dos elementos mais significativos, investigados com profundidade.” (DINIZ, 1999, p.46)

A metodologia da pesquisa abrangeu os seguintes passos intercalados:

1º) Levantamento bibliográfico: Foram realizadas pesquisas de aproximação ao tema de estudo no Programa de Pós Graduação em Serviço Social – PUC/SP, na Faculdade de Saúde Pública da USP e na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ao realizar o levantamento das produções das Universidades, observou-se que existe vasta produção de teses e dissertações referentes à Estratégia de Saúde da Família, todavia, não foram encontrados estudos especificamente sobre a questão do vínculo. Foi encontrada apenas uma tese, sendo “Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais no SUS” da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

2º) Pesquisa documental: Foi realizado um levantamento sobre leis, portarias e manuais referentes à criação do PSF, da política de saúde, dos programas de HAS, utilizando-se fontes como o Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos.

Houve a seleção de leis, portarias e manuais que estruturaram o processo de construção do SUS, sistematização e implementação da construção do direito social à saúde em território nacional. Os documentos de maior relevância para o tema estudado são: Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990; Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, 1997; Manual para a Organização da Atenção Básica de 1999; PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF); e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Foram utilizados também documentos da Secretaria Municipal de Saúde.

3º) Pesquisa de Campo: A pesquisa foi realizada inicialmente com os profissionais de saúde que atuam na unidade, através das entrevistas semi-estruturadas, priorizando os profissionais que trabalham no local desde sua implantação. Somente os profissionais enfermeiros não estavam presentes no serviço desde o seu início. Após a realização da coleta de dados com os profissionais, os mesmos se encarregaram de indicar à pesquisadora usuários em acompanhamento na Unidade para tratamento de HAS, cujo seguimento acontece de modo regular e irregular. As indicações foram realizadas da seguinte maneira: Auxiliar de enfermagem – 1 usuário, agente comunitário – 01 usuário, enfermeiro – 02 usuários, médico – 02 usuários.

Foram realizadas duas entrevistas-piloto visando à apropriação do instrumental elaborado com um enfermeiro e uma usuária em acompanhamento regular. Dessa forma, a pesquisa contou com doze sujeitos significativos. De acordo com Martinelli,

“o importante, nesse contexto, não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa. A riqueza que isso traz para o pesquisador é muito importante, permitindo-lhe aprofundar efetivamente, na relação sujeito-sujeito, o seu objeto de análise.” (MARTINELLI, 1999, p. 24)

Sendo assim, foram selecionados cinco profissionais da saúde e sete usuários, conforme segue o quadro abaixo.

Categoria 1- Profissionais:

Função:	Idade:	Sexo:	Tempo de atuação na Unidade
Agente Comunitário	37	F	06 anos
Auxiliar de Enfermagem	26	M	06 anos
Enfermeiro 1	26	M	09 meses
Enfermeiro 2	32	F	02 anos
Médico	45	F	06 anos

As entrevistas com os profissionais foram realizadas na Unidade, durante o horário do expediente, sendo previamente agendadas devido à rotina de atendimento e visitas domiciliares dos mesmos.

Embora os profissionais de saúde sejam em sua maioria configurada pelo público feminino, foi possível perceber um equilíbrio nesse aspecto com relação aos sujeitos pesquisados.

Ao iniciar a entrevista, a pesquisadora perguntava sobre como o profissional iniciou o seu trabalho no município e, posteriormente, na unidade. Foi possível perceber que os relatos colhidos nas entrevistas estavam repletos de significados, pois os trabalhadores percorriam na memória os aspectos relacionados ao processo de formação profissional. Tais reflexões abrangiam formação técnica e acadêmica, vivências em outros serviços de saúde e as peculiaridades da abordagem realizada na Estratégia de Saúde da Família. Mediante a realização do trabalho diferenciado, envolvendo novos saberes e tecnologias, os profissionais precisaram se reposicionar em relação a conceitos de saúde e doença, processo de intervenção e cuidado em saúde.

Os trabalhadores se mostraram muito acessíveis e interessados em compartilharem e explicarem sobre suas rotinas e percepção acerca do processo de trabalho realizado na Unidade. No final de cada entrevista, a pesquisadora solicitava a indicação dos usuários em acompanhamento na unidade para o tratamento da hipertensão arterial.

A escolha dos usuários foi criteriosa, de modo que os profissionais discutiam quais usuários seguiam em acompanhamento no serviço desde sua implantação e também quais sujeitos poderiam oferecer melhores contribuições aos objetivos da pesquisa. Após a seleção dos sujeitos, ficava sob a responsabilidade do agente comunitário, durante as visitas domiciliares, convidar e explicar a eles o motivo da indicação, bem como os objetivos da pesquisa.

Mediante a autorização dos sujeitos, a pesquisadora realizava o contato telefônico para agendar o dia e horário da visita.

De acordo com os preceitos éticos e visando preservar a identidade dos informantes, todos os nomes que constam nos quadros abaixo e utilizados no presente estudo são fictícios.

Seguem, pois, as informações dos usuários selecionados:

Categoria 2: Usuários em acompanhamento Regular

Nome:	Idade:	Ocupação:	Acomp. na Unidade
Antonia	67	Do lar	06 anos

Divina	65	Aposentado	01 ano
Gilda	70	Pensionista	06 anos
João	61	Aposentado	06 anos

Categoria 3: Usuários em acompanhamento irregular:

Nome:	Idade:	Ocupação:	Acomp. na Unidade
Everaldo	51	Aux. doença	06 anos
Diógenes*	52	Aposentado	06 anos
Lúcia	58	Lavadeira	06 anos
Matias	40	Motorista	08 meses

* Nota: Entrevista cancelada

As entrevistas foram realizadas conforme o programado em relação ao agendamento pré- estabelecido, tendo como local o domicílio dos sujeitos. No entanto, nas áreas de difícil acesso, a pesquisadora foi acompanhada pelos agentes comunitários responsáveis pela região.

Durante a realização de todas as entrevistas a pesquisadora explicava sobre os objetivos da pesquisa e também solicitava a assinatura do Termo de Consentimento, após a leitura conjunta do documento. As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos.

Os usuários foram atenciosos e participativos durante a realização da entrevista e mostravam-se satisfeitos em relação à indicação feita pelos profissionais para a participação do estudo.

Houve uma desistência, pois no início da entrevista com o Sr. Diógenes, quando lhe foi perguntado sobre o seu processo de adoecimento, o mesmo começou a chorar. Ao perceber que não seria possível dar continuidade ao processo, a pesquisadora perguntou se o mesmo gostaria de encerrar a entrevista, sendo a resposta dele positiva.

Apenas o Sr. Everaldo demonstrou certa hesitação durante a realização do procedimento, mostrando-se inseguro e desconfiado com relação aos objetivos da pesquisa, mesmo com a apresentação do termo de consentimento e documento de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP. Tanto que, na finalização da entrevista, quando o gravador foi desligado, o usuário realizou algumas confidências com relação ao seu tratamento.

A atitude do mesmo pode ser justificada pelo próprio local onde o mesmo reside, que apresenta pontos de tráfico e configura-se local em que as pessoas não costumam circular ou expressar-se livremente; o sujeito indagou, ainda, se a pesquisadora tinha

alguma relação com a Unidade estudada, como se houvesse uma preocupação de que as informações obtidas fossem reveladas aos profissionais da unidade.

Outro aspecto interessante se refere ao fato de que os usuários em acompanhamento irregular ainda apresentam algum tipo de atividade laborativa; há ainda no grupo sujeitos aposentados, pensionista e do lar. Os sujeitos que foram indicados por não fazerem o acompanhamento regular apresentam uma rotina atribulada relacionada ao trabalho ou cuidado com os familiares, justificando inclusive as dificuldades vivenciadas no cotidiano para não freqüentarem a unidade com regularidade.

Nesse sentido, existe uma divisão também em relação à idade, pois o primeiro grupo se configura por sujeitos acima de 60 anos, sendo um público já referenciado como idoso.

A escolha dos sujeitos indicados pelos profissionais sugere, ainda, uma questão envolvendo gênero. É possível observar que as indicações tiveram um público feminino que realiza o acompanhamento regularmente e um grupo masculino que não faz o acompanhamento sistematizado, sugerindo assim, uma compreensão de que as mulheres são mais receptivas aos tratamentos de saúde.

O roteiro das entrevistas semi-estruturadas contém os seguintes tópicos:

Profissionais:

1- Percepções sobre o processo terapêutico da HAS
2- Percepções sobre o atendimento ao usuário
3- Percepções de como o usuário pode participar do seu tratamento
4- Percepções de como o profissional vivencia o vínculo com o usuário
5- Percepções do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família

Usuários:

1- O usuário e as percepções sobre o seu adoecimento
2- O usuário e as percepções sobre o seu processo terapêutico
3- O usuário e as percepções do cuidado consigo mesmo
4- Construção e vivência do vínculo entre usuários e os profissionais
5- A relação do usuário com os Serviços de Saúde do Município

O último tópico nº 5, tanto dos profissionais como dos usuários, não tinha sido elaborado durante a construção do roteiro. No entanto, após a transcrição das entrevistas foi verificada a necessidade de criar mais um tópico que envolvesse as percepções dos

usuários e profissionais em relação à organização e circulação pelo sistema de saúde do município, não sendo possível incluir as informações nos outros tópicos levantados.

Vale ressaltar que as reflexões que emergiram na questão referida, não se fizeram presentes nas entrevistas dos usuários que não fazem o acompanhamento regularmente.

A dissertação está, pois, estruturada em quatro capítulos:

O capítulo 1 “Marcos Históricos de Saúde no Brasil” aborda a história de saúde desde a formação do Estado Brasileiro até o ano de 1990.

O capítulo 2 “O Programa de Saúde da Família: Conceitos e Diretrizes Operacionais” compreendem os aspectos que possibilitaram a criação do Programa de Saúde da Família, bem como seus conceitos e diretrizes operacionais, articulando-os ao tratamento do usuário portador de hipertensão arterial.

O capítulo 3 “Guarulhos/SP e a Rede de Assistência à Saúde” apresenta brevemente o cenário estudado, envolvendo o município e a organização dos seus serviços de saúde, bem como a unidade, lócus da pesquisa.

O capítulo 4 “Percepções dos sujeitos da pesquisa sobre a questão do vínculo com a ESF: uma análise em processo” compreende a apresentação dos resultados da pesquisa empírica, visando a apreender como se dá a percepção da criação de vínculo entre os usuários portadores de hipertensão arterial e os profissionais.

As considerações finais avaliam como se manifestou a percepção da construção de vínculo entre os usuários hipertensos e os profissionais da unidade de saúde, visando a contribuir para a discussão sobre a atenção básica através da estratégia de saúde da família, bem como suscitar novos questionamentos que motivem outras pesquisas para o aprofundamento do tema.

Capítulo 1

Marcos históricos de saúde no Brasil: da formação do Estado Brasileiro até 1990

Este capítulo tem por finalidade apresentar uma abordagem histórico-contextual das políticas de saúde no Brasil, articulada ao processo de desenvolvimento do Estado brasileiro até os dias atuais, quando se configura como uma política pública e de direito, baseada no Sistema Único de Saúde.

1 Primeiras Intervenções do Estado na Saúde – 1808/1900²

A história das políticas de saúde no Brasil está relacionada ao contexto da formação do Brasil como Estado-Nação. As ações iniciais de saúde pública foram implementadas pelos governantes e executadas durante o período colonial após a vinda da família real para o Brasil (1808), cujo interesse estava na manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza (BAPTISTA, 2007).

Nesse período eram muitas as doenças que acometiam a população no país, sendo doenças tropicais e outras desconhecidas pelos médicos europeus, a febre amarela e a malária, além das trazidas pelos estrangeiros como a peste bubônica, a cólera e a varíola. Ainda não se conheciam as causas das doenças, formas de transmissão, controle ou tratamento, propiciando diversos tipos intuitivos de intervenções ou visões acerca das doenças.

O estado brasileiro se compunha pela população nativa de índios, imigrantes portugueses, outras nações européias e escravos. Havia uma variedade de culturas e tradições advindas desses grupos, contribuindo assim para uma diversidade de compreensão das doenças e das formas de tratamento. O povo procurava assistência à saúde conforme as crenças e condições financeiras. Havia os pajés e curandeiros, pertencentes à cultura indígena e negra, que se utilizavam de ervas, plantas, rezas e

² Texto baseado no artigo “História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, de Tatiana Vargas de Faria Baptista.

feitiços para tratar as doenças, sendo esses os mais acessíveis à população. Existia o barbeiro ou o prático, conhecedor de alguns procedimentos realizados pelos médicos europeus, mas que atendiam apenas a quem pudesse remunerá-los. Havia também os jesuítas, que possuíam conhecimentos sobre a prática médica européia e utilizavam como recurso de tratamento a disciplina e o isolamento para cuidar dos doentes (BAPTISTA, 2007).

Com a chegada da família real ao Brasil, deu-se uma preocupação com as condições de vida nas cidades, o que contribuiu para a vinda de médicos europeus ao país, favorecendo as primeiras iniciativas de um projeto de institucionalização do setor de saúde e possibilitando a regulamentação de uma prática médica profissional. Tanto que em 1808 se deu a criação da primeira faculdade de medicina, conhecida como Escola médico-cirúrgica, na capital de Salvador/Bahia. Essa iniciativa tinha por finalidade a criação de um processo de institucionalização de programas de ensino e a normatização da prática médica com os moldes europeus (BAPTISTA, 2007).

Através da regulamentação do ensino e da atuação médica ocorreu uma substituição progressiva dos religiosos das direções dos hospitais e da realização de iniciativas populares para os cuidados profissionalizados em saúde. Com a normalização da ação médica favorecida pela criação dos hospitais, estes se tornavam a referência para a assistência a algumas doenças consideradas nocivas à população e que deveriam ter o controle do Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase. Deste modo, foi inaugurado no ano de 1852 o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, situado na cidade do Rio de Janeiro e conhecido como o Hospital Pedro II (COSTA, 1989).

Nesse momento, a intervenção do Estado na saúde estava relacionada ao interesse político e econômico de Estado em garantir a produção de riquezas e sua manutenção, de controle de mão de obra e dos produtos, através da criação de atividades coletivas para o controle das doenças, disciplina e normatização das ações médicas (FOUCAULT, 1979).

As iniciativas de cuidado com o trabalhador estavam relacionadas a uma preocupação anterior com a saúde das cidades e dos produtos locais. Assim, as ações realizadas para os trabalhadores se mostravam pouco resolutivas, como a quarentena que tinha por finalidade afastar durante 40 dias o doente do local que habitava e circulava. Essa era a principal estratégia utilizada para evitar a propagação das doenças

entre os trabalhadores, que não revelava, entretanto, uma preocupação efetiva com o tratamento do doente (BAPTISTA, 2007).

A proclamação da República em 1889 iniciava um novo período na política de Estado com o fortalecimento e a consolidação da economia e da burguesia cafeeira. Nesse momento as políticas de saúde recebiam um tratamento mais amíúde, pois para a produção da lavoura do café com vistas à exportação, dependia-se da existência de trabalhadores saudáveis. Entretanto, estavam presentes nas cidades as epidemias que se alastravam devido às péssimas condições de saneamento que prejudicavam o crescimento da economia.

Algumas iniciativas foram criadas até o início da República, com a elaboração de normas e organizações sanitárias, como: em 1900 a criação do Instituto Oswaldo Cruz, 1902 investimento em ações de saneamento, urbanização, combate de doenças epidêmicas como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Em 1904, Oswaldo Cruz instituiu um código sanitário, o qual tinha por finalidade a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações classificadas como nocivas à saúde pública, a implantação das notificações permanentes nos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Foram implementadas, ainda, as campanhas de vacina obrigatória, sendo essa a primeira grande iniciativa de combate às doenças. A obrigatoriedade no uso das vacinas gerou muitas críticas e discussões, desencadeando a conhecida Revolta da Vacina (COSTA, 1989).

Diversos foram os questionamentos realizados ao código sanitário devido à rigidez das ações propostas. Cabia à polícia sanitária identificar os doentes e submetê-los à quarentena e ao tratamento. Se a polícia encontrasse uma pessoa doente que não tivesse condições financeiras de pagar um tratamento médico ou de se manter isolada em locais afastados, ela seria encaminhada aos hospitais gerais, sendo apartada do convívio social, sem a realização de nenhum tipo de tratamento; essa situação gerava pânico e revolta na população. (COSTA, 1989)

Nas décadas de 1910 e 1920 o movimento sanitário de Oswaldo Cruz procurava desenvolver ações de combate a endemias no ambiente rural. Nesse momento os médicos passaram a conhecer também a situação de saúde em todo o território nacional, enfatizando assim a necessidade de desenvolver uma política de Estado para a área da saúde (BAPTISTA, 2007).

O movimento sanitário realizado na Primeira República tratava a saúde como uma questão social e política, sendo considerado um grande empecilho ao processo de civilização. Sendo assim, as ações do Estado visavam amparar o modelo de desenvolvimento agro-exportador. Embora fossem criadas ações coletivas e preventivas, elas não abrangiam a totalidade da população, pois somente lhes tinham acesso pessoas que pudessem custear a assistência à saúde.

2 O Acesso à Saúde pela Cidadania Regulada –1920/1940

Na década de 1920, o Estado brasileiro sofria com a crise do padrão exportador capitalista. Os países que importavam os produtos brasileiros tornavam-se mais exigentes em relação à qualidade e havia muitas resistências em adquirir os produtos brasileiros, devido às condições insalubres de higiene dos navios e portos, o que colaborava para a propagação das doenças. Assim foram tomadas novas medidas com vistas à realização do controle das doenças, tanto na área da saúde pública, como da assistência médica individual (COSTA, 1989).

Em virtude das condições insalubres de sobrevivência nas cidades, a população também começou a realizar manifestações, visando a uma intervenção do Estado no que se referia às questões de atenção à saúde. Assim, em 1923, foi regulamentada a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), onde se tem o esboço de uma primeira política de contribuição, ato denominado por Lei Elói Chaves (BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Essas caixas funcionavam como um tipo de seguro social e eram custeadas pelos trabalhadores e empresários. Nesse sentido, observa-se que o direito à assistência à saúde estava atrelado à condição de trabalhador e segurado. Outro aspecto importante se dava ao fato do seguro garantir a assistência à saúde aos trabalhadores ferroviários e marítimos, os quais estavam relacionados à produção exportadora.

O modelo de seguro social adotado no país se assemelhava ao iniciado no final do século XIX na Alemanha, cuja cobertura se fazia somente aos trabalhadores da economia formal urbana vinculados às empresas. O número de segurados pela CAPs, os quais estavam efetivamente amparados em caso de doença, era insignificante, não chegando a 1% da população (RODRIGUES, 2009).

A partir de 1930, já no governo Getúlio Vargas, o Estado inaugura um sistema de proteção social no Brasil, em virtude do processo de industrialização que fazia aumentar as reivindicações dos trabalhadores.

“A política de proteção ao trabalhador iniciada no governo Vargas marca uma trajetória de expansão e consolidação dos direitos sociais. Algumas políticas foram importantes: a obrigatoriedade da carteira profissional para os trabalhadores urbanos, a definição da jornada de trabalho de oito horas, o direito a férias e o salário mínimo. Getúlio, o “pai” dos trabalhadores como passou a ser conhecido, inicia no Estado brasileiro uma política de proteção ao trabalhador, garantindo, com isso, uma mão de obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos. É nesta fase que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), ampliando o papel das CAPS, constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro.” (BAPTISTA, 2007, p. 37)

A partir das IAPS, se tem o início de um sistema público de previdência social, cuja característica ocorre pelo viés contributivo, ou seja, somente o trabalhador que contribuísse com os institutos teria o benefício garantido. De acordo com SANTOS (1979), a composição do sistema de proteção brasileiro reforçou um modelo de regulação do Estado que reconhece o trabalhador que exerce as funções de interesse para o Estado, conferindo-lhe o status de cidadão; status, entretanto, legitimado como uma “cidadania regulada” e excludente, pois não garante a todos os mesmos direitos.

Outra peculiaridade do modelo das IAPS era a discriminação dos benefícios conforme a categoria profissional. Cada IAP se organizava para oferecer aos seus associados os benefícios condizentes com a capacidade de contribuição de cada categoria profissional, havendo uma desigualdade de privilégios entre os institutos.

Em 1930, foi criado também o Ministério da Educação e Saúde Pública, bem como o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Consultivo de Ensino Comercial. A partir dos anos 1930, o Estado passou a desenvolver ações efetivas de políticas de saúde, as quais estavam baseadas em dois aspectos principais: a saúde pública e a medicina previdenciária, ligadas aos IAPS, para as categorias seguradas. A saúde pública era realizada através das campanhas sanitárias realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado no ano de 1937 (BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Com relação às ações de saúde pública, a partir dos anos 1940, segundo Rodrigues (2009):

“Começam a surgir outras iniciativas na saúde pública brasileira, mais tarde organizada em torno do Ministério da Saúde, o qual só passou a existir em

1953. A primeira delas foi a criação do Serviço Especial de Saúde. O Sesp inicialmente visou contribuir para viabilizar a ampliação da produção de borracha na Bacia Amazônica, a fim de suprir as necessidades da frota de veículos dos aliados na Segunda Guerra Mundial contra a Alemanha nazista. Como na Amazônia eram endêmicas algumas doenças transmissíveis, como a malária e a febre amarela, eram necessárias ações sanitárias para minorar o problema. Criado com o apoio inicial norte-americano, o Sesp desenvolvia ações de saneamento básico e de assistência à saúde em comunidades rurais da Amazônia e da região onde atuava a Companhia Vale do Rio Doce (Minas Gerais e Espírito Santo).” (RODRIGUES, 2009, p. 76-77)

Com referência à assistência à saúde, as pessoas que não estivessem inseridas na medicina previdenciária estavam excluídas do acesso ao atendimento médico prestado pelos Institutos. Os pobres e indigentes deveriam ser assistidos nas Santas Casas de Misericórdia³ (ALMEIDA, 1995).

3 Ênfase na Assistência Curativa Pública e Privada - 1950/1970

Com o processo de desenvolvimento e aceleração da industrialização no Brasil, já nos anos 1950, havia um progressivo aumento de trabalhadores que necessitavam ser atendidos pelos serviços de saúde. O país tinha sua economia assentada na agricultura, entretanto, a partir dessa década, os grandes centros urbanos passaram a ser o pólo dinâmico da economia. Mediante esse cenário houve uma expansão dos serviços de saúde, estabelecendo o padrão de convênios-empresa para suprir as necessidades crescentes dos operários. Nesse período eclodem os grandes hospitais, com tecnologias avançadas e com a especialização dos recursos humanos. Assim, há uma elevação no custo da assistência à saúde, o hospital passa a configurar como a principal referência de atendimento aos trabalhadores (BAPTISTA, 2007).

A organização dos serviços hospitalares médicos, com interesse em rendimentos privados e financeiros, são a base para a criação das empresas privadas de saúde, ou seja, os convênios médicos. A classe médica que estava alicerçada aos interesses capitalistas reivindicava o seu financiamento pelo Estado, encetando o processo de

³ A primeira Santa Casa fundada no Brasil foi a de Santos, em 1543. Em praticamente todos os povoados foram sendo instaladas entidades filantrópicas.

privatização. Todavia, a assistência médica previdenciária se manteve ligada aos departamentos dos Institutos próprios.

“Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa.” (BAPTISTA, 2007, p. 40)

Frente ao processo de industrialização da economia brasileira se intensificavam as ações individualizadas em detrimento das campanhas sanitárias. No ano de 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social, que garantia a uniformização dos benefícios oferecidos pelos IAPS.

Os IAPS construíram diversos hospitais e centros de saúde, principalmente nas cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, onde estava concentrada a maior parte dos segurados. No interior do país os institutos faziam convênios com os estabelecimentos prestadores de serviço, as Santas Casas, além de celebrarem convênios com hospitais, clínicas e outros serviços para o atendimento médico dos segurados (RODRIGUES, 2009).

A partir de 1964 se instala no país a ditadura militar, representando um novo modelo de organização do Estado e refletindo diretamente no sistema sanitário brasileiro, que passou a priorizar a assistência médica, o investimento na medicina privada e a ampliação dos segmentos sociais na estrutura previdenciária.

“(…) O Estado utilizou para a sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.” (BRAVO, 2008, p. 93)

No ano de 1966 ocorreu a unificação das caixas dos IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões), sendo essa uma medida importante no sistema previdenciário que desencadeou a criação do Instituto Nacional da Previdência Social

(INPS). Essa medida contribuiu para a centralização do poder sob o controle do Estado, colaborando ainda para o distanciamento da classe trabalhadora das decisões políticas.

Durante o período militar autoritário, quase não houve investimento pelo Estado na saúde pública, ao contrário, doenças que foram controladas através de investimentos na saúde coletiva retornaram, houve um reaparecimento dos surtos epidêmicos, as políticas de habitação e ações de saneamento foram ignoradas, havendo um aumento da pobreza, maior acumulação do capital, de política concentradora de renda e, conseqüentemente, um aumento da desigualdade social.

Havia características de intervenção do Estado na organização do sistema de saúde nessa conjuntura brasileira que contribuíram para a privatização da política pública, como:

“a)- extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural; b)- reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo; c)- desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados; d)- viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos.” (TEIXEIRA, 2006, p. 27)

Esse padrão de atendimento voltado para a assistência hospitalar gerou um aumento no custeio da saúde. A política continuava subordinada à organização do INPS, cujo modelo seguia o funcionamento das IAPS de cidadania regulada, pois somente os trabalhadores com carteira assinada teriam acesso aos serviços de saúde. A verificação era feita através dos carnês ou carteira de trabalho dos indivíduos.

Em meados dos anos 1970, o cenário de agudização da pobreza propiciou novamente as manifestações populares visando à reforma na política de saúde, o que significou um fortalecimento do “movimento sanitário”, apoiada por intelectuais e professores de universidades públicas, os quais apresentavam estudos acerca das condições sociais e de saúde com críticas pungentes à condução da política do Estado brasileiro e reivindicavam mudanças efetivas na política de saúde no Brasil (BAPTISTA, 2007).

No ano de 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), estrutura essa combinada com a saúde, previdência e assistência social no contexto do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo esse último o responsável por todas as ações de saúde no que se referia à assistência médica da previdência social.

Nesse período houve um fortalecimento dos serviços médicos privados pois, através dos convênios com os órgãos públicos mediante a contratação de serviços particulares, tornaram-se custeados e beneficiados por recursos advindos do setor público.

Essa política altamente onerosa de privilegiamento do âmbito privado e de mercantilização da medicina através da previdência social foi alvo de críticas do movimento sanitário.

4 Processo de Reforma Sanitária e o Direito à Saúde – 1980/1990

Nos anos 1980, o país vivenciava o processo de redemocratização, porém, mediante uma intrínseca recessão e crise econômica produzidas durante o período ditatorial. Esse período foi denominado como a década perdida, pois não houve crescimento industrial, ao contrário, havia aumento do desemprego e achatamento salarial, contribuindo ainda mais para a piora na qualidade de vida dos brasileiros. Conforme Behring e Boschetti,

“(...) o recrudescimento do endividamento externo e suas conseqüências são dados fundamentais para entender o ocaso da ditadura e nosso passaporte para a crise econômica crônica daqueles anos, após o curto tempo virtuoso do milagre. Na entrada dos anos 1980, tem-se um aprofundamento das dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos investimentos e na redistribuição de renda, não só no Brasil, mas no conjunto da América Latina.” (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p. 138)

Assim, os integrantes da reforma sanitária realizavam duras críticas acerca das condições de saúde e das precárias condições de vida da população. A saúde deixava de ser discutida somente no seu aspecto técnico, ganhava uma dimensão política, sendo relacionada ao processo de democracia (BRAVO, 2007). O debate sobre a reforma

sanitária brasileira foi influenciado também por um movimento de âmbito internacional que discutia a temática da saúde.

O movimento internacional citado foi decorrente da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma – Ata (URSS), no ano de 1978; com a participação de vários países e órgãos internacionais foi pactuada a necessidade de “Saúde para todos até o ano 2000”. Esse se configurou como um marco político essencial para se pensar a reorganização dos sistemas de saúde em âmbito mundial.

Nessa Conferência foi discutida a importância da população receber cuidados primários em saúde, que consiste em:

“(…) cuidados essenciais em saúde baseados em métodos e tecnologias práticas cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento (...) Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, das família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados à saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham.” (DECLARAÇÃO ALMA ATA, 1978, p.1)

O debate produzido nesse evento contribuiu para estimular os integrantes do movimento de reforma sanitária a pensarem uma política de saúde pública no cenário brasileiro, capaz de oferecer uma maior cobertura à população, como a atenção primária. De acordo com BRAVO:

“As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da Estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.” (BRAVO, 2008, p. 96)

Um marco significativo no país foi quando aconteceu no ano de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo os técnicos, gestores e usuários convocados para uma discussão acerca da reorganização do sistema de saúde. Os temas versaram principalmente sobre a proposta de universalização da saúde e criação de um controle social.

No relatório da VIII Conferência de Saúde, figura: Saúde como Direito - Em seu escopo mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

As propostas da VIII Conferência não foram implantadas imediatamente, mas no final da década de 1980 o INAMPS adotou algumas medidas que o aproximaram do modelo de cobertura universal, como por exemplo, o fim da exigência da apresentação da carteira de trabalho para receber atendimento nos hospitais públicos e conveniados. Essa previdência colaborou para a criação do Sistema Unificado e de Descentralização da Saúde (SUDS), no ano de 1987, que desenvolveu a base para a criação posterior do SUS.

O projeto político conhecido como SUDS contribuiu para superar o processo burocrático do INAMPS e do Ministério da Saúde, no entanto, gerou grandes resistências devido a sua proposição de descentralização de poder. Na medida em que o SUDS propunha uma política de descentralização da saúde e, fundamentalmente, desconcentração do orçamento, favoreceria aos Estados e Municípios com uma maior autonomia na utilização dos recursos financeiros. Contribuiu ainda para uma discussão acerca do processo de hierarquização, regionalização e universalização dos serviços de saúde (BAPTISTA, 2007).

A criação do SUS representou a construção de um modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Integrando a Seguridade Social que “*compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*” (Brasil, 1988, art. 194).

Na área da saúde, a Constituição de 1988 significou um avanço considerável, visto que é reconhecida internacionalmente como referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional (ALMEIDA, 1995).

A organização de um modelo de seguridade social implicou um avanço relevante para o país, pois pela primeira vez havia, no Brasil, uma estrutura abrangente de proteção social, cabendo ao Estado o papel de provedor de direitos sociais. O poder público deveria estruturar políticas de cunho universal e equitativo, financiadas através de receitas de impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, Estado e Municípios.

O SUS foi construído através de lutas e mobilizações motivadas principalmente pela participação popular decorrente da VIII Conferência Nacional de Saúde. Mediante a estruturação do SUS, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e de dever do Estado, assegurando por meio de políticas sociais e econômicas medidas que contribuíam para a diminuição de fatores relacionados à produção de doença e outros agravos à saúde, sendo a política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 1988, art. 196).

A implantação do SUS ocorreu nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei Orgânica de Saúde n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essas medidas legais foram o sustentáculo de orientação e operacionalização do sistema de saúde, sendo que o primeiro contribuiu para a definição de objetivos e de atribuições do SUS, ao passo que a segunda garantia as normas para a participação popular e a definição de regras para o repasse dos recursos financeiros da saúde.

Os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 1990; são eles:

Universalização do direito à saúde – É assegurar que todos os brasileiros, sem regalias ou empecilhos, possam usufruir dos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. O acesso aos serviços será firmado por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Esse se configura como o princípio fundamental da reforma.

Descentralização com direção única para o sistema – É a redistribuição das responsabilidades concernentes às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, Estados, Município e Distrito Federal), partindo do entendimento de que quanto mais perto o gestor estiver das dificuldades de uma comunidade, mais

possibilidade terá de solucioná-los. A descentralização tem como diretriz: a regionalização e hierarquização dos serviços – rumo à municipalização; a maior resolutividade; a maior transparência na gestão do sistema; a entrada da participação popular e controle social.

Integralidade da atenção à saúde – É o entendimento na prática de que o usuário do sistema é um ser integral e participante do seu processo saúde-doença; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um sistema único e integral e, por isso, devem atender em todos os níveis de complexidade; promover saúde significa dar importância à atenção básica, mas não desonera a atenção dos níveis de média e alta complexidade.

Participação popular visando ao controle social – É a confirmação constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, pode participar do processo de construção das políticas e do controle de sua execução. Esse princípio evidencia o processo de redemocratização ocorrido no país e a importância da presença dos movimentos sociais no debate da saúde.

A participação social foi pronunciada na Constituição de 1988 e regulamentada através da Lei 8.142/1990, quando foi estabelecida a representação dos conselhos de saúde (em cada esfera de governo) e como seria sua realização periódica (a cada 04 anos a nacional e 02 anos a municipal) das conferências de saúde de acordo com cada esfera de governo.

Considerando as diferenças regionais vividas no Brasil, muitos foram os desafios enfrentados para garantir esse novo modelo de saúde, principalmente no que se referia ao processo de descentralização.

Deste modo, além dos princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro serem estabelecidos pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.042/1990, foram criados arcabouços normativos, representados por 04 Normas Operacionais Básicas (NOBs) nos anos 1991, 1992, 1993, 1996. Estas normas conduziram para a superação do sistema anterior de saúde, marcado pela centralização política, administrativa e financeira, para construção de outro sistema, cujos princípios estavam assentados no processo da regionalização, hierarquização, descentralização, participação popular e complementaridade do setor privado. Então, mediante esse processo, os municípios brasileiros assumem a responsabilidade sanitária do seu território.

As NOB's 1991, 1993 e 1996 contribuíram ao processo de descentralização, reforçando o poder de regulação do nível federal do sistema nacional de saúde, todavia, colocando os gestores municipais como os principais atores na construção do SUS, havendo a necessidade de descentralização do poder, pois cada município deveria se responsabilizar pela criação de políticas municipais de saúde e a descentralização técnica e administrativa com a criação das secretarias municipais de saúde (CRUZ, 2011).

A NOB-SUS 1993, conhecida pela expressão do documento “A Ousadia de Cumprir a Lei”, ou seja, a Constituição e as leis do SUS podem ser consideradas como a referência no processo de implantação do SUS, procurou desde o início sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços, através de um esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e Municípios juntamente com o governo federal.

Em sua introdução, a NOB-SUS 1993, portaria nº 545, GM/MS de 20/05/1993, estabeleceu como objetivo “disciplinar o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde, na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde”, reconhecendo que a construção do SUS se configura em um processo; que, nesse processo, a diretriz de descentralização é uma variável complexa, sendo assim, considerou os seguintes pressupostos:

- “- A descentralização deve ser entendida como um processo que implica a redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional; reformulação de práticas, controle social.
- A descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões.
- O estabelecimento dessa nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social.
- A transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas, impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os Estados e municípios, em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população.
- O objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrada na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e

hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

- A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.” (NOB-SUS 1993)

Através da NOB-SUS 1996 ficaram definidas as formas de financiamento das ações e serviços descentralizados, estimulando os municípios a assumirem a rede básica de saúde e, deste modo, haveria repasse de verba visando o custeio dos procedimentos realizados. A NOB 96, publicada no Diário Oficial da União, por meio da portaria 2.203 GM/MS, de 05/11/96

“Permite o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários por meio de formas de gestão propostas, caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde, permitindo aos usuários ter visibilidade dos responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condição de vida. A criação do cartão SUS - Municipal, com numeração nacional, é o instrumento de criação do vínculo da clientela aos serviços (...) Define o campo de atuação do sistema em três componentes: o da assistência à saúde, o das demandas ambientais e o das políticas extra-setoriais, resgatando o princípio constitucional da integralidade e permitindo a construção de um modelo assistencial que incorpora, ao modelo tecnológico clínico dominante, o modelo epidemiológico.”(NOB-SUS 1996)

Como é possível constatar, a política de descentralização teve por objetivo fundamental a política de transferência de recurso federal para as instâncias municipais. Entretanto, no desenrolar desse processo, foi possível identificar algumas fragilidades vividas nos territórios como: estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, de integração e hierarquia dos serviços, na fixação de padrões semelhantes de oferta e qualidade, relacionadas às peculiaridades intermunicipais (NEGRI, 2002).

Um dos principais avanços obtidos na NOB-SUS 1996 e introduzidos em 1998 foi a criação de condições de administração de estados e municípios, através da fixação do Piso de Atenção Básica (PAB). Essa medida colaborou para o rompimento do financiamento dos serviços de saúde por procedimento, representando uma conquista no caráter redistributivo no cenário dos recursos financeiros (SOUZA, 2002).

Muitas foram as dificuldades enfrentadas no país para a legitimação não somente do SUS como política pública igualitária, mas da proposta da Seguridade Social, pois a

partir dos anos 1990 o país também passava por um processo de reorganização do papel do Estado, sendo influenciado pela política de ajuste neoliberal.

“A reforma do Estado ou contra reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar a sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o promotor e regulador transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.” (BRAVO, 2008, p. 100)

O processo de descentralização gerou muitos questionamentos, pois a municipalização da política de saúde contribuiu também para o aumento das ambigüidades na oferta dos serviços. O repasse da responsabilidade sanitária para os municípios foi acompanhado de uma série de problemas relacionados à insuficiência de recursos financeiros municipais.

Nesse sentido, a consolidação e garantia de serviço de saúde pública e universal denunciou os problemas históricos e estruturais do sistema de saúde brasileiro. Portanto, a sua organização deveria intervir nas profundas desigualdades e iniquidades regionais em saúde observadas no país. Como, porém, realizar essas transformações se o Estado brasileiro assumia uma política de redução de gastos no orçamento público?

Embora houvesse declarações oficiais de adesão, era constantemente presente o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, evidenciando uma prevaricação do governo federal na regularização e inspecionamento das ações coletivas de saúde (BRAVO, 2007).

O movimento de descentralização teve como principal objetivo a ampliação da oferta dos serviços de saúde visando assim à ampliação da atenção básica e utilizou como principal estratégia a criação do Programa de Saúde da Família, que se configura como a porta de entrada para os serviços de saúde.

Capítulo 2

O Programa de Saúde da Família: Conceitos e Diretrizes Operacionais

O presente capítulo apresenta o processo de criação do Programa de Saúde da Família, a partir de 1994, tendo por finalidade impulsionar o processo de descentralização e municipalização da saúde no Estado Brasileiro. Esse movimento se relacionou também à construção de novas abordagens assistenciais, enfatizando a importância do vínculo e da clínica ampliada.

1 A Criação do Programa de Saúde da Família

A criação do Programa de Saúde da Família esteve relacionada ao contexto histórico de municipalização e descentralização dos serviços de saúde, visando, deste modo, à implementação do SUS.

Nos anos 90 havia um consenso a respeito da crise do padrão de assistência historicamente hegemônico no país, cujo modelo era centrado na doença, de viés curativista, que privilegiava a medicina de alto custo, exercida de modo verticalizado e pouco acessível à maior parte da população. Esse modelo de assistência à saúde não correlacionava outros fatores capazes de interferir no processo saúde-doença.

O PSF foi criado em decorrência de uma iniciativa anterior do Ministério da Saúde, que no ano de 1991 criou o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Esse programa tinha por finalidade combater os altos índices de morbimortalidade infantil e materna no nordeste. A região onde foi implantado apresentava um alto percentual de população carente, a qual estava exposta a vários fatores que aumentavam os riscos de adoecimento (SOUZA, 2002).

Esse projeto foi ampliado para outras regiões além do nordeste, devido ao aumento dos casos de cólera vivido no país. Sendo assim, no ano de 1991 e início de 1992, os estados da região norte implantaram a estratégia de agentes por estarem em situação de emergência sanitária (SOUZA, 2002).

A criação do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da saúde ocorreu no ano de 1994, quando foram formuladas suas diretrizes. Essa medida tinha por finalidade oferecer um novo modelo de assistência em saúde, ampliando a sua intervenção na

comunidade. O documento oficial Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial (1997) apresenta seus objetivos gerais e específicos, como:

“Geral:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Específicos

- . Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- . Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- . Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- . Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- . Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- . Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- . Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.”(1997, p.10)

Vale lembrar que, a partir da NOB-96, os municípios passam a receber remuneração *per capita*, concebendo incentivo para assumir a responsabilidade pela atenção básica, visando desse modo à efetivação do processo de descentralização. Nesse sentido, o PSF se configurava como uma estratégia de reforma do modelo de assistência do SUS (VIANA e POZ, 2005). Posteriormente a difusão do PSF se deu através da criação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

Além do processo de organização estrutural da política de saúde vivido no país, outros fatores também contribuíram para o investimento maciço nessa área, como por exemplo, o incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a inclusão de políticas públicas voltadas para a atenção primária.

A construção do PSF brasileiro recebeu influência também de modelos internacionais de assistência à família, realizados em países como Canadá, Cuba e Inglaterra. A experiência brasileira pode ser considerada uma adaptação de outras experiências, pois como havia salientado o Ministro Adib Jatene, no caso brasileiro *não é possível obrigar os médicos a residirem onde clinicam, todavia, é possível incentivar que eles estejam o mais próximo possível das comunidades onde trabalham* (VIANA e POZ, 2005).

Mendes apud Dowbor (2002) chamou a atenção para a implementação dos distritos sanitários na década de 1980 – centrados na idéia de territorialização – implementados em diversos municípios brasileiros, impulsionados pela organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). No ano de 1990, baseado em um programa da OMS, a OPAS propõe para as Américas o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), visando a incentivar a reorganização dos sistemas de saúde para um modelo voltado para comunidades específicas e fortalecimento da atenção primária em saúde.

Outra medida que buscava a superação do modelo de assistência do Inamps, mediada pelo processo de municipalização, ocorreu em Campinas, no final da década de 1980 e ficou conhecida por “Modelo em Defesa da Vida”. Essa proposta foi construída por profissionais engajados na Reforma Sanitária e pesquisadores da Unicamp, e tinha como princípios: gestão democrática, saúde como direito de cidadania, e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Havia também apontamentos para a organização de um novo processo de trabalho, como: hierarquização e regionalização das unidades, programas de saúde definidos por ciclos de vida, sistema de informação para avaliação da unidade e outros (ANDRADE, 2007).

O conceito de atenção primária ficou mais conhecido através da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, que defendia a idéia de que todos os países pudessem oferecer saúde para todos até o ano 2000, sendo necessária:

“a ação internacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários em saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. (...) Exorta todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta declaração” (DECLARAÇÃO ALMA ATA, 1978, p.1)

É possível verificar que a declaração de Alma-Ata colocou a atenção primária como estratégia fundamental para a saúde pública. Ela enfatiza a importância de todos os envolvidos no campo da saúde e a comunidade em geral a atuar na construção e ampliação da atenção primária na medida em que a sua criação pode contribuir para a redução das desigualdades, incentivando a participação popular e comunitária.

Para Starfield (2002), a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito comuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária divide características como outros níveis assistenciais: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. Sua atuação se configura como a base, de modo a determinar o trabalho dos outros sistemas de saúde. A atenção primária deve intervir nos problemas mais comuns apresentados na comunidade, cabendo-lhe a função de oferecer serviços de prevenção, cura e reabilitação visando a aumentar as condições de saúde e o bem-estar da população. Tem por objetivo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, sejam básicos ou especializados, visando à promoção, melhora e qualidade de vida da população.

A ESF pode ser considerada como um modelo de atenção primária e sua compreensão se relaciona aos seguintes conceitos que compõem a essência da definição do ESF, segundo Andrade et. al, (2007):

“Equipe de Saúde da Família: É composta essencialmente de um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia da assistência integral e primária a saúde. Normalmente, a equipe de saúde da família é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde que são primariamente responsáveis pela cobertura de aproximadamente oitocentas famílias (3.450 indivíduos) residentes em território urbano ou rural, com limites geográficos definidos.

Unidade familiar: é compreendida como a célula biológica e social dentro da qual o comportamento reprodutivo, os padrões de socialização, o desenvolvimento emocional e as relações com a comunidade são determinados. Entre as funções essenciais de uma família estão a procriação de crianças e o desenvolvimento do bem estar físico e mental dos seus membros; todas estão diretamente relacionadas com as necessidades de utilização dos serviços de saúde. (Rifkin, 1986, apud ANDRADE). Logo, é importante conceituar a unidade familiar da ESF numa perspectiva distinta da definição restrita de pessoas associadas a uma residência comum e levar em consideração não só a composição demográfica dos membros da família, como também variáveis que descrevam a organização e situação familiar e as características do ambiente onde a família está localizada.

Comunidade: representa a esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contigüidade geográfica e primariamente definida por aspectos semelhantes da organização da vida dos indivíduos e dependência comum dos mesmos equipamentos sociais e governamentais. Esse processo de identificação e descrição das comunidades onde as equipes de ESF atuarão é conhecido por territorialização e adscrição de clientela, o qual permite melhor compreensão das microáreas de risco, identificação de localidades com maior densidade populacional, da rede de transportes e estradas, da presença de barreiras

físicas para o acesso ao atendimento de saúde e dos recursos localmente existentes.” (ANDRADE et al, 2007, p. 805)

A ESF enfatiza a importância em se trabalhar com a família, considerando que a atenção centrada, a qual se torna entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (Ministério da Saúde, 1997).

Segundo Tavares (2009), qualquer debate envolvendo o conceito de família deixa sempre interrogações que permeiam os diversos aspectos e dimensões presentes na família e que estão sempre em movimento, contribuindo assim para uma discussão inacabada. Para Sarti (2008), analisar a família simplesmente como um núcleo “(...) *leva a desconsiderar a rede de relações na qual se movem os sujeitos em família e que provê os recursos materiais e afetivos que a contam*” (SARTI, 2008, p. 28). Sendo assim, no que se refere à compreensão de famílias, muitos são os aspectos a serem analisados e envolvidos, havendo o cuidado em não adotar conceitos estereotipados acerca do entendimento de família, pois isso desencadearia posturas em ações estigmatizantes por parte dos profissionais.

A proposta da ESF de se trabalhar com a mentalidade de responsabilidade pelo território e de adstrição de clientela pelo PSF, tem por objetivo construir vínculos de compromisso entre as unidades de saúde, os profissionais e a comunidade. Os profissionais dividem a rotina de trabalho entre as visitas domiciliares, atividades programáticas e consultas individuais. As visitas domiciliares são regulares e consideradas o grande diferencial para mudar o modelo de assistência vigente. O PSF aposta que a intervenção no ambiente domiciliar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e, assim, contribuir para a prevenção de agravos (FRANCO, MERHY, 2007).

Essa equipe deveria desenvolver o seu trabalho buscando uma atenção continuada em saúde, pautada nos princípios da sua promoção, visando que as intervenções produzidas pudessem impactar na melhoria de indicadores de saúde e da qualidade de vida da população acompanhada.

Os profissionais assumiam, ainda, a incumbência de desenvolverem uma prática com viés multiprofissional e interdisciplinar, pois o modelo baseado na fragmentação

por especialidades mostrava-se insuficiente para lidar com a complexidade do processo de adoecimento.

Starfield (2002) indaga o papel do profissional especialista, pois tais profissionais conhecem detalhadamente uma determinada enfermidade, porém, o médico da atenção primária deve integrar os diversos problemas de saúde que acometam as pessoas no decorrer dos anos. A autora também questiona os sistemas de saúde baseados nas especialidades, na medida em que um sistema de saúde centrado na superespecialidade apresenta também outro inconveniente: compromete a equidade do sistema. Não existe nenhuma sociedade que disponha de recursos econômicos ilimitados para custear os serviços de saúde. A atenção superespecialista é mais cara do que a atenção primária e, portanto, tem menor acesso a elas pessoas com menor poder aquisitivo.

Nesse sentido, as ações desenvolvidas e construídas no PSF visam ao alcance das diversas faixas etárias do seu território, ampliando assim, o repertório de ações ofertadas à comunidade. No ano de 2001 foi criada a NOAS (Norma de Operacionalização de Assistência a Saúde), a qual define as responsabilidades e ações estratégicas mínimas a serem desenvolvidas pelos municípios, através da atenção básica, como: ações de saúde da criança, ações de saúde da mulher, controle de tuberculose, eliminação de hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabete mellitus, ações de saúde bucal, ressaltando sempre que a atenção básica deverá estar articulada numa rede regionalizada e hierarquizada de serviços em saúde, para, se necessário, encaminhar o usuário para níveis mais complexos de assistência (SOUZA, 2002).

Muitos questionamentos ocorreram com a implantação do Programa de Saúde da Família, principalmente relacionados ao seu desafio de se colocar como uma estratégia de reorientação da atenção básica. As críticas estavam relacionadas à falta de recursos humanos qualificados para atuarem numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, a questão do programa ter por finalidade a redução de custos em detrimento de ações voltadas para a integralidade, das ações estarem focadas na figura do médico e das famílias em risco, ratificando uma compreensão de um “programa de saúde pobre para pobres” (DOWBOR, 2008).

Existem, ainda, outros desafios para o PSF, com relação à insuficiência, formação e práticas profissionais, no que se refere à integralidade, visão ampliada do

processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe. Estão ainda como principais desafios do PSF as dificuldades na gestão do sistema, ligada à lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normalização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, dificuldades na referência e contra-referência (GIL, 2006).

Entretanto, é importante salientar que os grandes desafios do PSF se constituem devido à dimensão e complexidade de sua missão. Principalmente pelas características do modelo de saúde realizado anteriormente no país, voltado para a assistência médica e hospitalocêntrica e realizada por procedimentos. Sendo assim, além de sua dimensão estrutural, de reorganizar a atenção básica, tem como pressuposto também executar uma mudança nos modos de atendimento e cuidados em saúde.

Nesse sentido, a partir de 2006, com a portaria 648 de 28/03/2006, foi aprovada a nova política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual criou normas e diretrizes voltadas para a reorganização da atenção primária no Brasil e teve, por objetivo, fazer uma revisão das normas nacionais, considerando a expansão do PSF e a sua consolidação como estratégia da atenção básica. Assim o PSF, perde sua configuração de “programa”, assume a estrutura de estratégia de saúde da família, com vistas à obtenção de um sistema de saúde integral, regionalizado e equitativo.

Na PNAB determina-se que o processo de trabalho deve subsidiar o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, área considerada estratégica na atenção básica. Outrossim, em 2006 foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, apresentando como objetivo geral

“promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (PNPS, 2006, p. 17).

Para qualificar a assistência desenvolvida na Estratégia de Saúde da Família, foi criado, ainda, através da Portaria n° 154 de 24/01/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, tendo por finalidade ampliar a abrangência e o escopo das ações na atenção básica, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização da atenção básica. Essas

equipes são constituídas por profissionais de diversas áreas de conhecimento, divididos na modalidade: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional e serão contratados de acordo com a modalidade de atendimento escolhida pelo Município. Os mesmos deverão subsidiar as ações das equipes de ESF de acordo como o território de abrangência.

A Estratégia de Saúde da Família é reafirmada como a principal estratégia de reorganização da atenção básica, compreendendo que suas ações devem “dialogar” com os problemas sociais e econômicos relacionados à comunidade e não desenvolver ações voltadas apenas para o tratamento de doenças da população adstrita ao território da unidade. A ESF é considerada um espaço capaz de desenvolver as ações de promoção da saúde, as quais são diferenciadas das voltadas para a prevenção e assistência.

O Ministério da Saúde também passou a adotar a política de avaliação e monitoramento da atenção básica através dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), estabelecendo pactos de gestão entre as três esferas de governo (Federal, Estadual, Municipal) e visando a estabelecer os indicadores a serem acompanhados na atenção básica.

Um instrumento importante de avaliação e monitoramento no ESF é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). O SIAB se configura como um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes de saúde da família. As informações são coletadas durante as visitas domiciliares pelos agentes comunitários. De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 1998), a territorialização do sistema possibilita a localização espacial de problemas de saúde e a identificação das desigualdades, constituindo-se em ferramenta importante para a implementação de ações voltadas para a redução de iniquidades.

Os principais instrumentos de coleta de dados do SIAB são: 1- Ficha de cadastramento das famílias e levantamento de dados sócio-sanitários, preenchida pelo agente comunitário de saúde (ACS) no momento do cadastramento das famílias e sendo atualizada permanentemente. 2- Fichas de acompanhamento de grupo de risco e de problemas de saúde prioritários, preenchidas mensalmente pelos agentes comunitários de saúde, no momento da realização das visitas domiciliares 3- Fichas de registros de

atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais das equipes de saúde.

Foram criadas diversas propostas com vistas a avaliar e monitorar as ações realizadas na ESF. No ano de 2004 foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Essa coordenação tem por objetivo: identificar aspectos relevantes da atenção básica para serem monitorados e avaliados, desenvolver estratégias de disseminação das informações relevantes, desenvolver capacidade técnica e política nas três instâncias gestoras do SUS, possibilitando a análise dos dados para a tomada de decisão. Essa instância se responsabilizou por coordenar o pacto da atenção básica e gerir o SIAB. Através desse projeto foi desenvolvido um sistema de avaliação da qualidade da estratégia de saúde da família, cujo objetivo geral é contribuir para a inserção da cultura avaliativa na ESF.

Essa iniciativa é fundamentada em um sistema de auto-avaliação e é composta, entre outros, por instrumentos para a avaliação da consolidação do modelo de atenção relacionados à organização do trabalho, acolhimento, humanização, responsabilização, promoção da saúde, participação comunitária e vigilância. Além disso, avalia-se o desenvolvimento da estratégia de saúde da família, a coordenação técnica das equipes, a estrutura e insumos das unidades e a atenção à saúde focada em crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos, doenças transmissíveis, agravos regionalizados e padrões loco-regionais (MS, 2005).

Existem também os sistemas de avaliação: Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) que tem por diretriz avaliar a integralidade da atenção. A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) trata-se de uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a estratégia Saúde da Família. Através da Portaria Nº 1.654, de 19/07/2011 foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Tendo em vista o constante movimento de criação de instrumentos de avaliação e monitoração, é possível concluir que a ESF reafirma o seu lugar de ser considerada

pelo Ministério da Saúde (MS) como a estratégia de reorientação do modelo assistencial tradicional, compondo uma atenção básica hierarquizada e regionalizada, que se constitui como porta de entrada ao sistema de saúde. Existe um reconhecimento pelo Ministério de que a ESF apresenta condições de efetivar os princípios do sistema de Saúde Brasileiro, expressos na constituição de 1988 – de universalização, descentralização e integralidade – aprofundando-se na proposta de uma atenção básica territorializada, participativa e integralizada.

Os processos de reforma da política de saúde brasileira produzidos a partir dos anos 1990 são a base para compreender a sua evolução atual. Essas modificações podem ser resumidas em três blocos

“que constituem o que poderia se chamar de agenda global da saúde: a separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde, a inclusão de mecanismos de mercado através da competição administrada; e a ênfase na efetividade clínica (resultado das ações de saúde)” (VIANA e POZ, 2005, p.228).

Para CAMPOS (2008) a estratégia do Programa de Saúde da Família apresenta aspectos favoráveis, mas não esgota o debate acerca da implementação de uma rede de atenção básica no país. Para o autor, não existe um consenso epistemológico e político sobre as diretrizes da atenção básica e essa questão não será resolvida apenas com medidas de repasse financeiro e emissão de portarias doutrinárias. Tanto que os municípios que não aderirem às regras estabelecidas pelo governo federal não receberão apoio nem incentivo financeiro.

O autor também aponta que, principalmente nos grandes centros urbanos, a população ainda utiliza os pronto-atendimentos e hospitais para receberem cuidados em saúde relacionados à atenção básica. Considerando a diversidade regional do país, o número de equipes de saúde da família ainda é insuficiente para atender o contingente populacional; sem contar as dificuldades relacionadas ao processo de formação de médicos e enfermeiros. Frente aos entraves presentes na ESF, faz-se necessária a realização de um debate da política atual de saúde que considere a multiplicidade de vivências dos estados e municípios com o governo federal, visando à construção de um sistema que combine singularidades locais com as diretrizes preconizadas pelo SUS.

Assim, é importante salientar que, apesar dos avanços obtidos com o processo de Reforma Sanitária brasileiro, como o fortalecimento da atenção básica e da estratégia de saúde da família, o processo de descentralização e ampliação dos serviços de saúde no país ainda está permeado de processos contraditórios e heterogêneos.

2 As Diretrizes Operacionais do Programa de Saúde da Família: A questão do Vínculo e da Clínica Ampliada

O processo de reestruturação da saúde pública no Brasil desencadeou uma série de desafios. CAMPOS enfatiza que qualquer projeto mudancista implica na alteração das pessoas, não só nos aspectos estruturais; no caso da Reforma Sanitária, existem ainda aspectos obscuros e um esgotamento do projeto reformista, partindo daí a questão de como se pode alterar o modo de organização do sistema de saúde para alcançar resultados efetivos nos cuidados em saúde (CAMPOS, 1997).

Para o autor, seria necessário haver a combinação com o processo de reforma de estrutura – descentralização, regionalização e hierarquização de serviços – com outras mais ligadas às práticas clínicas e de saúde pública. Denominamos tal movimento de “construção de novos modelos de atenção” (CAMPOS, 1997p. 40). Entretanto, a alteração dos modelos assistenciais não será possível sem a construção de outra consciência sanitária e o apoio dos profissionais de saúde nesse projeto. “*É preciso consensuar formas de trabalho que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente*” (FRANCO E MERHY, 2007 P. 70).

A construção de novas abordagens de atenção justifica-se principalmente porque o modelo de assistência desenvolvido no país recebeu a influência do padrão americano, denominado “flexneriano”, com alto custo, ação centrada e determinada no controle do médico (MERHY, 2002), numa atuação fragmentada com foco na especialidade na produção de trabalho (SOUZA, 2002).

Ao se refletir sobre o modelo de atendimento centralizado na assistência médica, numa unidade de saúde, por exemplo, é possível verificar que tal atendimento será o principal foco da ação realizada no serviço e, a partir dele, serão elencadas as atividades a serem realizadas por outros profissionais. Esse modo de organização do cuidado em saúde estruturado a partir do saber e do ato médico não possibilita aos outros profissionais de saúde nenhum tipo de autonomia. Essa supremacia médica na produção do cuidado em saúde contribui para a centralização por demandas tecnológicas, com vistas a responder às necessidades dos usuários (FRANCO E MERHY, 2007).

Esse processo marca a configuração da organização dos profissionais e o modo de exercer a clínica no país, baseado em modos de procedimento e conduta com viés curativista e desintegrado. De acordo com Souza,

“Ao analisar as tendências de se dar prioridade à atenção básica e de construção de serviços integrados de saúde, no contexto de reforma do sistema de saúde do país, identificam-se marcos relevantes nesse processo de incremento. É num movimento de crise da saúde que tem início em 1995, a “reforma da reforma” do sistema de saúde. Desenvolve-se um conjunto de modificações no desenho e na operação da política de saúde, que permite a aceleração do processo de descentralização da gerência e uma reestruturação nas formas de financiamento das ações de saúde e de organização dos serviços e práticas de assistência com o fortalecimento da atenção básica.” (SOUZA, 2002, p. 221)

Com vistas à realização de novas práticas assistenciais, a ESF apresenta como diretriz trabalhar com o vínculo, com a aproximação no território do contato com a comunidade. Na Estratégia de Saúde da Família, a idéia de vínculo tem por finalidade a criação de referência aos usuários com os profissionais que deverão assumir o compromisso pelo cuidado de sua população adstrita (FRANCO E MERHY, 2007).

O vínculo se configura como um dos elementos principais visando ao exercício de uma atuação clínica diferenciada. Isso se evidencia nos vários documentos do Ministério da Saúde, como: na NOB- (96) que cria um instrumento com vistas à criação de vínculos da clientela aos serviços; o documento oficial de Saúde da Família que propõe a realização de práticas humanizadas através do estabelecimento de vínculo entre os profissionais e a população; e a Política Nacional da Atenção Básica, que também apresenta entre os seus princípios o “*desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita*” (PNAB, 2006).

Nesse sentido, o novo modo de organizar e operacionalizar a saúde implica na mudança no exercício das relações, ou seja, da relação entre profissional da saúde e usuário; profissional e profissional com vistas à realização do trabalho multiprofissional, articulando os vários saberes para compreender o processo de saúde-doença do sujeito; profissional e família englobando o núcleo familiar para articular o cuidado, não abordando somente o usuário de maneira isolada; profissional e comunidade, de modo a compreender os aspectos do território, questões culturais para realizar a intervenção e cuidados em saúde.

Essa proposta consiste em criar uma abertura, um espaço na clínica que possibilite a construção de autonomia no indivíduo, que ele consiga conviver com a doença de maneira mais madura, havendo a troca na relação com os profissionais e serviços de saúde, bem como com aspectos da promoção e da prevenção. No entanto, realizar esse tipo de prática implica na construção de novas formas de atendimento e da relação com os usuários, pois esses continuam procurando os serviços de saúde, ávidos por atendimento, daí a importância de estratégias de uma relação pautada no vínculo (CAMPOS, 1997).

Historicamente, a idéia do vínculo com o profissional médico e profissionais de saúde em geral ocorre desde a antiguidade. Na Grécia antiga, século V a. C., a assistência médica era realizada sem um local definido, somente nas grandes cidades os profissionais permaneciam. Há relatos de médicos que se vinculavam às famílias durante todo o ano na Roma Imperial. Na idade média, os médicos eram mantidos e vinculados pela Igreja. Há evidências, de acordo com as informações históricas, de que a noção de vínculo se relaciona à ação cuidadora,

“pela própria natureza do trabalho em saúde, especialmente na época em que as tecnologias de trabalho em saúde se inscreviam, quase exclusivamente, nos atos em torno da relação profissional-usuário. O trabalho de assistência à saúde, nesse período, é exercido basicamente por médicos que, em relações singulares, produzem atos de saúde, visando com o cuidado a cura.” (FRANCO E MERHY, 2007, p. 101)

A idéia de vínculo é ampliada a partir do desenvolvimento da clínica nos séculos XIX e XX. Em vários países, o vínculo se constitui uma diretriz de assistência, com vistas a fortalecer a idéia de profissionais que devem se responsabilizar por um determinado grupo populacional ao realizarem o cuidado em saúde. Países como Cuba e Inglaterra utilizam esse modelo de assistência que tem, no vínculo, uma diretriz de atendimento (FRANCO E MERHY, 2007).

Dada a importância de operar os cuidados de saúde mediada pelo conceito do vínculo, na criação da ESF, a partir de 1994, foi adotada a diretriz do vínculo, da vigilância em saúde e atuação multiprofissional, segundo a qual cada equipe composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde deve responder por uma população adscrita em torno de três mil pessoas.

Segundo CAMPOS (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a

prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito capaz de manifestar sua opinião e emoção. MERHY (1997) afirma que a relação humanizada da assistência que promove a acolhida dá-se sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador.

Para Campos, o vínculo pode ser compreendido pela seguinte definição:

“Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos de profissionais e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimento tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá o vínculo quando ele acreditar que toda a equipe poderá contribuir de algum modo com a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encaminhando desses pedidos de socorro.” (CAMPOS, 2003, p. 68-69)

Starfield (2002) utiliza um conceito relacionado à concepção do vínculo terapêutico duradouro, o da longitudinalidade, que se configura como uma das principais características da atenção primária. Para a autora, a longitudinalidade refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou pela equipe de saúde para os episódios de doença e para os cuidados preventivos.

De acordo com Starfield, no que se refere à longitudinalidade na atenção primária:

“O alcance da atenção primária implica a existência de um local, de uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Ter atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua”; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada.” (STARFIELD, 2002, p.247-248)

Frente ao exposto, verifica-se que tanto o conceito de vínculo como o de longitudinalidade relacionam-se ao cuidado referenciando em um território delimitado, no qual a relação entre os profissionais de saúde e os usuários é construída e mediada

pelo tempo, contribuindo assim para a operacionalização e criação de referências do cuidado em saúde.

Ainda trabalhando com a concepção de novas formas de operar a saúde, ou seja, da construção de novos modelos assistenciais alinhados com a política de Reforma Sanitária, a partir de 2001, novamente no Município de Campinas, foi produzido o Método Paidéia pelo pesquisador da Unicamp Gastão Wagner de Souza Campos. Segundo o autor,

“o método a que denominei Roda ou Paidéia lida com os impasses procurando sempre incluir o Sujeito no trabalho em saúde. Fazer Saúde Coletiva com as pessoas e não sobre elas. Para isso é fundamental produzir-se um AUMENTO DA CAPACIDADE DE ANÁLISE E DE INTERVENÇÃO dos agrupamentos humanos em geral, e não apenas dos grupos técnicos. Melhorar a sua capacidade para analisar uma situação sanitária, para identificar os determinantes envolvidos e, apesar das dificuldades do contexto ou das pessoas, para ampliar as suas possibilidades de intervenção sobre o quadro considerado nocivo. Enfim, aumentar a potência de intervenção de vários agrupamentos envolvidos diante de um problema sanitário relevante: a equipe técnica, o grupo vulnerável, a comunidade, movimentos, organizações, instituições, etc. Aumentar a capacidade de análise e de intervenção: saber os problemas e agir sobre eles. Saber e fazer. Teoria e Prática.” (CAMPOS, 2003, p. 26)

O Projeto Paidéia foi implantado no Município de Campinas em 2001, com foco na Estratégia de Saúde da Família, na medida em que esse se configura como uma proposta de reorganização do modelo assistencial da atenção básica. Havia também uma ênfase na produção de novos arranjos no processo de trabalho dos profissionais de saúde e da relação destes com os usuários. As principais características dessa proposta se pautavam em:

“adscrição territorial; vinculação das equipes multiprofissionais aos indivíduos e suas famílias num território geográfico particular; responsabilização pelo cuidado; ampliação da prática clínica, com a inclusão de sua dimensão social e subjetiva; integração das ações de representantes de governo, dos trabalhadores e usuários em conselhos deliberativos. Houve também a iniciativa de implantar o Projeto Paidéia de Saúde da Família, tendo como diretrizes: clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local; cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência; acolhimento e responsabilização; sistema de co-gestão coletiva.” (ANDRADE, 2007, p. 808)

Sua implantação ocorreu nas equipes que atuavam no município de Campinas; vale ressaltar que esse projeto foi formulado visando a uma intervenção no sistema de saúde em âmbito local, não havendo mediações com programas nacionais.

O Projeto Paidéia de Saúde da Família realizado no Município de Campinas apresentou a clínica ampliada como uma das diretrizes mais importantes, a qual se configura como:

“Clínica Ampliada é entendida como uma clínica produzida por todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, havendo assim, várias modalidades de clínica, como a do enfermeiro, do médico, do psicólogo, etc. (...) O novo modelo de trabalho visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. Assim tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, devem-se tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isso implica ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Vale-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de construção da subjetividade. Tudo isso sem negar o espaço singular dos vários tipos de clínicas. Sem, portanto, fundi-las todas em um tipo comum. A combinação desses elementos deverá ser variável conforme o problema em foco e a área de atenção envolvida. Para desenvolver esse tipo de clínica se faz necessária a existência do vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades. (CAMPOS, 2003, p. 157-158)

Frente ao exposto é possível perceber que a proposta da clínica ampliada está direcionada para o cuidado de sujeitos concretos e não apenas ao seguimento de rotinas e protocolos. O modelo de atenção Paidéia visa à reestruturação do processo de trabalho com base no atendimento ampliado e não somente voltado para as especialidades, sugerindo assim, uma reorganização da atenção para o cuidado do paciente. Há também uma proposta de envolver trabalhadores e usuários nessa nova concepção de atendimento, com vistas a mudanças estruturais e organizacionais dos sujeitos envolvidos (CAMPOS e AMARAL, 2007).

A clínica ampliada se propõe a realizar a clínica do sujeito, pois na medicina tradicional o cuidado está voltado para o tratamento da doença e nesta proposta de trabalho pretende-se realizar uma clínica que integre também outros fatores que possam contribuir para a ampliação de riscos e/ou vulnerabilidade das pessoas.

Na organização de trabalho atual existe o arsenal de processos de trabalho, voltados para a produção de saúde como as ações curativas, preventivas, de reabilitação e cuidados farmacológicos, mas a clínica ampliada poderá contribuir para a construção de autonomia dos usuários, considerando que o processo terapêutico através da escuta e da palavra poderá favorecer o processo de educação em saúde, contribuindo para o usuário conviver melhor com suas debilidades como a hipertensão, diabetes, etc. Isso sugere a inclusão do contexto social e cultural desse sujeito, da sua subjetividade e da

relação de afetos produzidas durante o processo de atendimento (CAMPOS e AMARAL, 2007).

É possível perceber a ampliação do coeficiente de autonomia dos sujeitos quando, durante o processo de acompanhamento, os usuários demonstram maior entendimento quando atuam sob si mesmos. Isso se verifica na ampliação da autonomia frente ao processo de autocuidado, apresentando um maior conhecimento sobre o seu processo de adoecimento e cuidado com si próprio. É possível alcançar esse tipo de resultados quando se propõe a realizar uma clínica compartilhada entre os profissionais e usuários, como sugerem Campos e Amaral (2007):

“alterando-se radicalmente a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde. (...) Busca-se construir modos para haver uma co-responsabilização do clínico e do usuário.” (CAMPOS E AMARAL, 2007, p.852)

Complementando as considerações sobre a prática da Clínica Ampliada CUNHA (2007) enfatiza:

“É preciso reforçar que todo o esforço de síntese de saberes não vinculados à biomedicina e a incorporação de críticas a ela não significam, de nenhuma maneira, abrir mão de recursos de intervenção biomédicos, mas constatar que o conhecimento biomédico, hegemônico na clínica de diversos profissionais e construído predominantemente na lógica da instituição hospitalar é profundamente insuficiente, para não dizer danoso, quando utilizado de forma excludente, principalmente na atenção básica.” (CUNHA, 2007, p.121)

Para o autor, a clínica ampliada reconhece que os sujeitos estão envolvidos em um arsenal de forças que os constituem. Sendo assim, a prática da clínica ocorre a partir da construção de costuras, não havendo a possibilidade de trabalhar com os conceitos isolados das racionalidades médicas baseados em condutas, procedimentos e intervenções independentes, no que se relaciona ao campo social, psicológico e biológico, pois a vida se constitui de modo entrelaçado. Isso se fortalece mediante o processo do vínculo terapêutico onde convivem vários aspectos a serem relacionados (CUNHA, 2007).

Nesse sentido é possível verificar que na clínica ampliada os vários fatores que compõem o sujeito, como suas histórias de vida, aspectos sociais, econômicos, financeiros, culturais e outros, podem interferir nos modos de produzir saúde ou doença.

Ainda em consonância com a proposta de realizar a mudança nos modelos de assistência, o Ministério da Saúde cria em 2003 a Política Nacional de Humanização, visando à construção de práticas humanizadas em saúde no processo de gestão e atenção em saúde, sendo elencados entre os temas voltados para a difusão de tecnologias de humanização, de atenção de gestão. Entre os temas elencados para a produção das Cartilhas da PNH foram elencadas as temáticas de Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular; Clínica Ampliada e Compartilhada.

A Cartilha da PNH denominada por Clínica Ampliada foi publicada em 2004; sugere que a Clínica Ampliada tem como proposição que o profissional da saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, embora seja um limite, não seja capaz de inviabilizar a pessoa de viver outras coisas em sua vida. Sendo assim, a Clínica Ampliada estabelece que o trabalhador se comprometa a: assumir um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários e serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de intersetorialidade; reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregados; e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, ou seja, áreas de conhecimento.

Na Cartilha de Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (2007) houve uma continuidade dos conteúdos da cartilha anterior, mas com a inclusão de novos processos. Esse documento enfatiza a importância em buscar a autonomia para os usuários, bem como a capacidade de equilibrar o combate à doença com vistas à promoção da vida. Oferece algumas sugestões práticas como a escuta que significa, inicialmente, acolher toda a queixa ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento; e a produção de vínculos e afetos em que tanto profissionais quanto usuários, individual ou coletivamente, transferem afetos. É necessário aprender a prestar atenção nos fluxos de afetos para compreender melhor o outro e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia. É proposta também a realização do trabalho com equipe de referência e matriciamento, entendendo que o encontro entre as diversas disciplinas potencializa a comunicação dos profissionais e favorece a troca de saberes de afetos e de coresponsabilidade entre os integrantes da equipe. Outro aspecto importante se refere à realização do projeto terapêutico singular visando à realização de intervenções e

condutas singularizadas, considerando que muitas vezes os tratamentos são realizados de forma homogênea, sem levar em consideração os aspectos particulares do indivíduo em questão.

A Cartilha Clínica Ampliada e Compartilhada de 2009 sinaliza a questão da fragmentação do processo de trabalho em saúde, havendo necessidade de criação de espaços onde se possa discutir sobre questões cotidianas e questões que emergirem no grupo, não se restringindo ao processo saúde-doença ou núcleo profissional. Aqui a clínica ampliada visa à construção de sínteses singulares, tencionando os limites de cada matriz disciplinar. Coloca-se inicialmente o trabalho real em saúde, vivido a cada instante pelos sujeitos reais. À medida que há o reconhecimento da complexidade, há o pressuposto do reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Esse compartilhamento ocorre tanto na direção da equipe, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários. Sendo assim, por mais que diante de uma situação ampliada do processo saúde-doença não seja possível realizar algum tipo de intervenção, a aposta se dá no fato de que aprender a fazer algo de forma compartilhada é mais potente ao invés de insistir em uma abordagem individual e pontual.

Então, a partir das ações realizadas no Município de Campinas, vinculadas à Universidade de Campinas (UNICAMP), com vistas a realizar um “novo” exercício da prática em saúde, foi possível intensificar o debate em âmbito nacional, contribuindo assim para novas práticas e organizações do processo de trabalho no SUS.

A clínica ampliada tem como objeto contrapor diretamente as ações baseadas no modelo flexneriano de desintegração das especialidades. Para cumprir as diretrizes propostas pelo projeto de Reforma Sanitária e consolidadas pelo SUS considera necessária a relação de uma prática humanizada em saúde, em que o sujeito seja tratado como cidadão portador de direitos, mas também como alguém com sonhos, aflições, expectativas e fragilidades. Ainda mais quando se entra na arena do cuidado, condição que naturalmente implica em estado, temporário ou contínuo de vulnerabilidade.

Nesse sentido, a concepção de vínculo e a de clínica ampliada são complementares, pois somente a atuação profissional balizada pelos conceitos da clínica ampliada, um trabalhador da saúde capaz de, além de produzir o cuidado conforme a sua formação específica, seja capaz também de acolher e de ouvir. Somente essa prática será produtora de vínculos. Para CAMPOS (2003)

“(...) A equipe deve apostar em que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas. (...) O vínculo é confiança e é desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar, sim: mas também reconhecer que sem algum apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas.” (CAMPOS, 2003, p.29)

3 A atenção ao usuário portador de hipertensão arterial na ESF através das novas Diretrizes Assistenciais

A hipertensão arterial é considerada uma doença crônica não transmissível, doença não infecciosa ou crônico-degenerativa. Essas são terminologias usadas para definir esse tipo de patologia caracterizada pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, por não ser transmissível, por ser irreversível e apresentar um longo percurso clínico (LESSA, 1998).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por grupos de doenças com as seguintes características: história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral lento e prolongado; evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte. As DNCT estão relacionadas a fatores como biologia humana, estilo de vida, ambiente e oferta de serviços de saúde, as quais podem estar associadas ou não, e contribuirão para o surgimento dessas patologias (LESSA, 1998).

A sociedade brasileira passou por diversas transformações relacionadas aos condicionantes políticos, econômicos e sociais que desencadearam um processo de transição demográfica, epidemiológico e nutricional. Esse processo de transição comprova-se, por exemplo, no aumento da expectativa de vida da população, na modificação de hábitos alimentares e nos estilos de vida, na mudança de um perfil de elevada mortalidade infantil relacionada a doenças infecciosas e parasitárias, para um perfil de elevada mortalidade em idades mais avançadas, desencadeadas pelas doenças crônicas não transmissíveis (CESSE, FREESE, 2006).

Frente a esse contexto, a hipertensão arterial se configura como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade. Esse prejuízo verifica-se pelo fato da doença apresentar um curso clínico lento e assintomático, de coexistirem diversos fatores de risco que atuam conjuntamente, na dificuldade em realizar o seu controle; e,

quando não controlada, colaborar para o desenvolvimento de complicações, principalmente no sistema cardiovascular, contribuindo assim para o aumento de óbitos no país desde os anos 1960 (LESSA, 1998).

O controle da hipertensão arterial ocorre através da adoção de hábitos mais saudáveis de vida; é possível realizar a prevenção das doenças cardiovasculares, todavia, demoraram alguns anos para que fossem criadas através do governo políticas voltadas para o cuidado da HAS e que articulassem o processo de prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento sistemático e tratamento dos hipertensos.

A partir dos anos 1980, o Ministério da Saúde começou a desenvolver medidas voltadas para a prevenção das doenças cardiovasculares, contudo, esses programas de saúde eram realizados de forma verticalizada e centralizada, cuja ênfase estava na realização de ações individuais e medicalizantes, o que não contribuiu para a diminuição dos agravos decorrentes das enfermidades cardiovasculares (LESSA, 1998).

Somente a partir de 2001 foram estabelecidas ações pelo Governo Federal com vistas à sistematização de um cuidado para a hipertensão arterial. Essas medidas tiveram um cunho normativo com a promulgação da NOAS- 01 que estabeleceu as diretrizes para a ampliação do acesso e da qualidade de atenção básica e definiu o controle da hipertensão arterial como área de atuação estratégica desse nível de atenção.

Em 2001 foi lançado o Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que enfatiza a importância da Estratégia de Saúde da Família no cuidado da hipertensão arterial, conferindo-lhe a responsabilidade em ordenar o atendimento dos usuários portadores de HAS, garantindo ainda a integralidade do sistema. Nesse sentido, compete a cada nível de atenção:

“Prevenção primária - Remover fatores de risco:

Esta tarefa é de competência da equipe de saúde na prevenção da HA, do DM e de suas complicações. Deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável. A equipe de saúde deve: Realizar campanhas educativas periódicas, abordando fatores de risco para DM e HA. Programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário. Reafirmar a importância dessas medidas para duas populações especiais: a de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HA e a de indivíduos considerados como intolerantes à glicose. É interessante lembrar que, no âmbito das secretarias municipais e estaduais de saúde, já existem programas de prevenção e de intervenção na área cardiovascular. Nesses casos, as equipes de Saúde da Família devem procurar realizar uma ação articulada, visando otimizar recursos e buscar parcerias com as sociedades científicas relacionadas a essas patologias.

Prevenção secundária - Detecção e tratamento precoce do DM e da HA -

Destina-se aos indivíduos com DM e HA já instalados. A prevenção secundária tem como objetivos: alcançar a remissão do DM e HA, quando possível; evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Toda ação deve ser programada a partir da identificação de fatores de risco associados, lesões em órgão-alvo e avaliação de comorbidades.

Prevenção terciária - Reduzir complicações - Tem por finalidade prevenir ou retardar o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas do DM e da HA e também evitar mortes precoces. Nesta fase, faz-se também necessária uma atuação visando reabilitar os indivíduos já acometidos pelas complicações (insuficiência cardíaca, insuficiência renal, retinopatia diabética e pé em risco).

Nestas duas etapas, deve-se estimular a criação dos grupos de hipertensos e diabéticos, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento proposto e, quando possível, agregar à equipe profissionais como nutricionista, assistente social, psicólogo, etc.”(MS, 2001, p. 33/34)

De acordo com o preconizado para cada nível de atenção, verifica-se a importância da articulação entre os níveis de assistência com vistas à realização adequada dos encaminhamentos de referência e contra-referência, pois em algum momento o profissional da atenção básica necessitará do suporte de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária,

Com base no documento acima, foi criado também o Hiperdia, pela portaria nº 371 de 04/03/2002, um sistema de acompanhamento a ser utilizado na unidade visando à realização de atividades individuais e grupais, por meio das quais os usuários receberão acompanhamento, orientação sobre suas doenças, recebimento do medicamento para controle e poderão ainda compartilhar as dificuldades.

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o manual prático sobre Hipertensão Arterial para o Sistema Único de Saúde. Nesse documento a HAS é “*definida com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva*”(2006, p. 14).

O tratamento será baseado segundo o risco e pressão arterial que é classificado em baixo (12-139/ 80-89), moderado (140-159/90-99) ou grave ($\geq 160/ \geq 100$). O tratamento consiste em duas abordagens terapêuticas: o tratamento voltado para a mudança no estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o seguimento do acompanhamento medicamentoso. No entanto, é fundamental a inclusão de hábitos de vida saudáveis para a prevenção da HAS, assim como a prevenção de agravos relacionados à doença. Além do acompanhamento médico

e enfermagem é imprescindível a inclusão de equipe multiprofissional para o tratamento da hipertensão e na prevenção de complicações crônicas. Esses profissionais contribuirão com a realização de ações que envolvam a promoção e prevenção de saúde, atividades individuais e grupais e participação no gerenciamento do programa (Ministério da Saúde, 2006, p. 23-24).

O acompanhamento da hipertensão arterial deverá ser contínuo, o que se coloca como um grande desafio para os profissionais que deverão articular ao tratamento conceitos de educação em saúde, incentivar e motivar os pacientes de modo que esses não abandonem o tratamento, considerando ainda que a ESF apresenta no seu escopo de propostas a reorganização do atendimento da hipertensão e diabetes.

Portanto, na Estratégia de Saúde da Família, a hipertensão se configura como uma das áreas de maior intervenção e preocupação dos profissionais, na medida em que o sujeito portador de hipertensão arterial deverá realizar tratamento e acompanhamento em toda a sua vida.

Considerando a importância dos conceitos acima referenciados sobre o papel do vínculo e da clínica ampliada durante o acompanhamento na ESF por se tratar de um acompanhamento longitudinal, esse modo de realizar o trabalho em saúde vem ao encontro das necessidades e importância de cuidado do usuário portador de HAS; considerando, ainda, que a doença crônica implica também na realização de um acompanhamento continuado com os serviços de saúde.

MERHY (2007) ressalta que o trabalho em saúde se expressa através do trabalho vivo em ato. Classifica as tecnologias em saúde em:

“leves (como no caso de tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo); e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.” (MERHY, 2007, p.48-9)

Sendo assim, no cuidado do usuário portador de doença crônica não será possível alcançar resultados satisfatórias sem o conjunto de ações envolvidas, relacionadas ao cuidado terapêutico, como a realização de exames, acompanhamento com especialidades, internações quando necessário, mas será de fundamental importância uma relação baseada na construção de vínculos dos sujeitos envolvidos.

Cabe ao profissional, então, uma reflexão sobre sua prática e o seu envolvimento no cuidado do usuário, pois seguir protocolos assistenciais, fornecer medicações e encaminhamentos não serão suficientes para despertar no sujeito a importância do cuidado consigo mesmo, envolvendo o modo como ele conduz a sua vida, como operacionalizar um processo de reeducação dos hábitos cotidianos, exigindo assim, a participação contínua dos usuários e sujeitos envolvidos.

Capítulo 3

Guarulhos/SP e a Rede de Assistência à Saúde

Neste capítulo será feita uma breve apresentação sobre a história do município e como se deu a construção do direito à saúde nesta cidade, referenciando, principalmente, o processo de municipalização, a partir de 1990.

1 Breve Histórico e Caracterização de Guarulhos⁴

A cidade de Guarulhos foi fundada em 08 de dezembro de 1560. Configura-se como uma das mais antigas do país, pois foi colonizada pelos portugueses 60 anos depois do desembarque da frota de Pedro Álvares Cabral em Porto Seguro, na Bahia. Existem evidências de que a cidade foi instituída na segunda metade do século XVI, quando recebeu o nome de Aldeia de Nossa Senhora da Conceição de Guarulhos, pelo Padre Jesuíta Manoel de Paiva. Anteriormente, o local era habitado pelos índios das tribos Guarus e Guaianases.

Há ausência de documentação histórica que comprove a data referida sobre o nascimento da cidade. Contudo, baseado nas conclusões dos memorialistas, em 1983, a Câmara de Vereadores votou a lei nº 2.789/83 oficializando o nome do padre Manuel de Paiva como fundador de Guarulhos.

Durante os séculos XVII e XVIII, período de Brasil Colônia, houve a delimitação de sesmarias que organizavam a ocupação da região. Os sesmeiros se dedicavam à agricultura e à extração de minério. Havia grande interesse na região de Bonsucesso por causa do garimpo de ouro no local. Ainda como atividade de apoio, atuava-se na criação de gado vacum e cavalos. Do período de 1600 ao início do século XX, houve a dinamização da economia local, através da produção de álcool e aguardente.

⁴ Dados referentes a história do Município foram encontrados no Site da Prefeitura Municipal de Guarulhos. Disponível em <www.guarulhos.sp.gov.br> Acesso em 17/03/2012.

Quando a região foi visitada por D. Pedro II, em 1808, passou a ser denominada a Província de Nossa Senhora da Conceição de Guarulhos. No entanto, somente em 1906, através de uma lei Estadual, foi denominada como cidade.

A súmula da produção do Município foi publicada em 30 de maio de 1901, onde foram registrados as atividades e a produção na cidade, destacando: plantio de cana-de-açúcar para produção de aguardente, plantio de arroz, de café, de feijão, de milho, de tabaco, de carvão, de vinho, além da criação de gado.

No ano de 1915, Guarulhos recebe a primeira estrada de ferro, localizada na Cantareira e conhecida como Ramal Guapyrá. A partir de então foi possível realizar o escoamento de madeiras, pedras e tijolos, produzidos em olarias da região, com vista ao abastecimento da capital. Posteriormente a cidade recebeu cinco estações, localizadas nos bairros: Vila Galvão, Torres Tigagy, Gopoúva, Vila Augusta e Guarulhos.

O início do século XX foi marcado também pelo fornecimento de energia elétrica, instalação de rede telefônica e autorizações para a implantação de indústrias voltadas para atividades comerciais e de serviço de transporte de passageiros.

Nos anos de 1940 foram construídas indústrias de ramos diferenciados na cidade, como: setor elétrico, metalurgia, peças automotivas, borracha, alimentação, calçados e couros. Foi criado também o primeiro Centro de Saúde da cidade e a Santa Casa de Misericórdia. Em 1945 o Bairro de Cumbica recebe a Base Aérea de São Paulo (BASP), transferido do Campo de Marte, situado na capital.

Em 1950 foram inauguradas na cidade as rodovias Presidente Dutra e Fernão Dias, facilitando ainda mais a circulação de pessoas e mercadorias no território. A Rodovia Presidente Dutra facilitou o acesso ao Rio de Janeiro, a qual se configurava como a capital federal, centralizando as decisões políticas e econômicas do país. Nesse período foram instaladas muitas indústrias na cidade.

A cidade fica a 25 km de distância da capital paulista, o que contribuiu para a aceleração industrial local. Guarulhos faz divisa com os seguintes municípios da Grande São Paulo: ao leste com Arujá; sudeste com Itaquaquecetuba; noroeste com Mairiporã; norte com Nazaré Paulista; ao nordeste Santa Isabel; e, ao sul, sudoeste e oeste com São Paulo. Conforme o mapa:



Fonte: http://juventude.sp.gov.br/portal.php/minha-cidade/reg_saopaulo, 2012.

Nos anos de 1960/1970 houve um acelerado impulso e estruturação das atividades industriais, favorecendo a migração de nordestinos para o Estado de São Paulo, em particular para a cidade de Guarulhos. Em 1963 foi fundada a Associação Comercial e Industrial em Guarulhos, atualmente conhecida como Associação Comercial e Empresarial de Guarulhos.

No ano de 1985 foi inaugurado o Aeroporto Internacional de Guarulhos, sendo esse o maior aeroporto da América Latina. Essa região apresenta bairros com altos índices de pobreza, precariedade e vulnerabilidades sociais.

O processo de industrialização da cidade acompanhou as características da urbanização e industrialização do território brasileiro. Houve ausência de planejamento urbano, de infraestrutura e serviços de utilidades públicas, apesar do aumento do contingente populacional recebido no município. Nesse sentido, a cidade apresenta uma herança sócio-territorial marcada por altos graus de exclusão social.

A cidade de Guarulhos configura-se atualmente como a segunda maior cidade do município de São Paulo, com 1.222, 357 (IBGE, 2010).

Embora a cidade esteja na oitava posição dos municípios com maior PIB do País (IBGE, 2006), possui as características que identificam a periferias metropolitanas

brasileiras, onde se concentram grandes demandas por melhores condições habitacionais, empregos, serviços e equipamentos básicos de educação e saúde.

2. Estrutura e Dinâmica da Rede de Saúde Local⁵

A partir de 1970 começa a se estruturar no Município de Guarulhos uma política de saúde, pois anteriormente não havia uma separação entre as estruturas governamentais, ao contrário, todas estavam organizadas por departamentos.

Com a criação da Lei 1.926, em 02/04/1974, foi instituída a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Guarulhos. Nesse momento houve uma separação entre as áreas de saúde e educação, pois foram criadas secretarias distintas. Anteriormente à elaboração da referida lei havia uma Divisão de Higiene Pública (1967) e, posteriormente, foi criada a Secretaria de Educação e Higiene Pública (1972).

No ano de 1988, o Município de Guarulhos assinou o termo de adesão ao SUS, no período ainda referenciado como SUDS pelo então prefeito da cidade Paschoal Thomeu (1988/1992). De acordo com a Lei municipal 3.401 de 13/12/1988, firmou-se o compromisso da implantação do sistema de saúde pública na cidade.

Sendo assim, o processo de municipalização, com vistas à efetivação do SUS no Município de Guarulhos, apresentou como principais aspectos: a municipalização dos serviços públicos de saúde, com a criação de quatro regionais de saúde (1989); a instituição do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos (1990); realização da I Conferência Municipal de Saúde (1995); habilitação do Município para Gestão Plena (1997), condição esta, que perdeu e se habilitou novamente em 2004 (Documentos Secretaria Municipal da Saúde, 2008).

No ano de 1998 foi criada no município a primeira Unidade com o Programa de Saúde da Família, localizada no Bairro Jardim Fortaleza. Entretanto, a grande expansão das unidades de saúde da família ocorreu em 2004, através de incentivos recebidos pelo PROESF. Para a criação das novas USFs foram priorizadas áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica, marcadas pela escassez e/ou ausência de serviços de saúde. A partir de então, muitos foram os desafios como, por exemplo, a contratação de

⁵ Os dados de saúde do Município de Guarulhos foram extraídos do Plano Municipal da Saúde de 2010-2013 e de Documentos da Secretaria Municipal de Saúde.

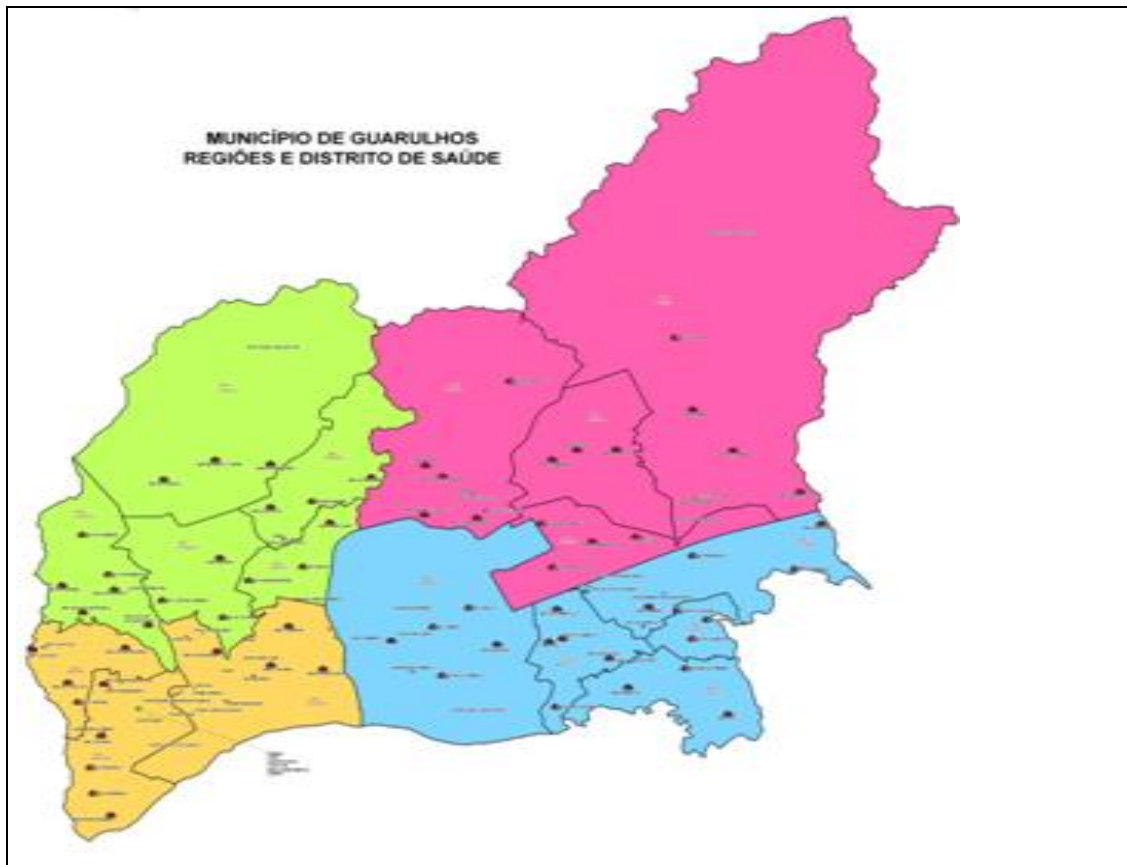
profissionais médicos generalistas, principalmente devido à especificidade sócio-territorial da cidade.

No período, observou-se que a maioria contratada de profissionais médicos era recém-formada e sem especialidade médica. Essa situação causou grande resistência na população, pois esses profissionais atuavam nas especialidades oferecidas nas Unidades Básicas de Saúde, como clínica médica, ginecologia e pediatria.

Atualmente a cidade de Guarulhos apresenta uma rede de serviços de saúde, organizada e estruturada pela Secretaria Municipal de Guarulhos, contemplando os níveis de baixa, média e alta complexidade.

A rede de saúde do Município está organizada e dividida em quatro Regiões de Saúde, a saber: Região I Fernão Dias-Dutra, Região II Cantareira, Região III São João e Região IV Pimentas-Bonsucesso. Existe ainda uma subdivisão em catorze distritos sanitários. Essas regiões apresentam peculiaridades e características diversificadas, envolvendo aspectos geográficos, econômicos, sociais, densidade populacional e indicadores de saúde.

A seguir, o mapa da cidade de Guarulhos, com a divisão das regionais de saúde.



Mapa: Fonte: SMS – Núcleo de Gestão e Informação, 2010.

A atenção básica é composta por 67 unidades de saúde (sendo 29 UBSs tradicionais, 34 Unidades de Saúde da Família e 04 Unidades tradicionais com a Estratégia de Agente Comunitário). O número de unidades básicas está coerente com o preconizado pelo SUS, todavia, devido às diferenças regionais, existem ainda vazios na assistência em determinados territórios da cidade.

A rede de média complexidade é formada por: 02 Ambulatórios de Especialidade (Adulto e Infantil); 03 serviços de atendimento especializado DST – AIDS, sendo 02 Municipais e 01 Estadual; 01 Centro de Estimulação Precoce – CEP; 01 Centro de Atendimento à Pessoa Deficiente – CAPD; 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador – CEREST; 06 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; 01 Consultório de Rua; 04 Centros Especialidades Odontológicas – CEO; 07 Policlínicas; 07 Hospitais (sendo 03 Municipais, 02 Filantrópicos e 02 Estaduais), e outros.

Ainda de acordo com o Plano Municipal de Saúde:

“O acesso a insumos e bens de saúde na Atenção Básica de Guarulhos apresenta certa desigualdade. É possível constatar no Município, em média, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para cada 19.329 habitantes (dezembro de 2009). Uma interpretação superficial indica que a rede de Atenção Básica dispõe de um número adequado de Unidades, segundo os parâmetros da Política Nacional da Atenção Básica: uma UBS tradicional para no máximo 30.000 habitantes e uma UBS com a Estratégia Saúde da Família para 12.000 habitantes. A análise detalhada dos dados do diagnóstico situacional, incluindo variáveis como área física, vazios de assistência revela as importantes desigualdades territoriais e colocam o desafio na busca do equilíbrio demográfico entre as Unidades Básicas de Saúde. Também devemos superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, qualificando e aprimorando estratégias para contratação e fixação, principalmente do recurso humano médico. Observamos que no ano de 2009, há perda deste profissional, refletindo no aumento das internações por condições sensíveis à Atenção Básica. Coloca-se, de forma imperativa, o fortalecimento da gestão do cuidado, ordenada pela Atenção Básica, para doenças crônicas não transmissíveis. Há problemas relacionados à média complexidade, tanto oriundos da atenção primária, como a inadequação dos encaminhamentos, como também a insuficiência de recursos assistenciais disseminados de forma mais adequada pelo território municipal, assim como se faz necessária a gestão mais otimizada dos recursos disponíveis. Com relação ao atendimento das urgências e emergências, assim como a procura hospitalar, observamos alta produção de consultas de casos que poderiam ser solucionados pela atenção primária” (PMS, 2010-2013, p.48).

Houve um avanço significativo no processo de descentralização no que se refere à ampliação do acesso à saúde pela atenção básica, sendo utilizada principalmente a ESF. Existem ainda dificuldades em relação à instalação física das unidades, ausência de insumos e materiais e dificuldades em completar o quadro de recursos humanos.

Esses entraves vividos no cotidiano comprometem diretamente a qualidade da assistência prestada.

Outro aspecto importante se refere aos serviços de média e alta complexidade, pois o movimento de descentralização para as outras regiões da cidade ocorreram de modo incipiente. Os serviços de Especialidades e Hospitalar estão em sua maioria concentrados na região central. A cidade conta com apenas 01 ambulatório de especialidades de adulto e 01 infantil. Esses serviços não comportam a necessidade tanto territorial como populacional do município.

Sendo assim, há um aumento de filas de espera com vistas ao atendimento da contra-referência e, apesar da atenção básica conseguir acolher grande parte da demanda de saúde, há situações nas quais oferecer uma assistência adequada e satisfatória ao usuário implica em garantir a continuidade do seu atendimento na especialidade. Essa situação é muito comum aos usuários portadores de DCNT, portanto as redes de baixa e médica complexidade devem operar de maneira articulada. Caso contrário, o usuário receberá cuidados “emergenciais” na USF, enquanto aguarda uma vaga na especialidade, através das intermináveis filas da regulação.

A USF Ibirajá está localizada na Região I de Saúde – Fernão Dias Dutra, um espaço privilegiado, pois comporta a maioria dos serviços de especialidades e hospitalares, tanto públicos como os particulares, facilitando o acesso dos usuários quando são encaminhados aos serviços de contra-referência. Essa região possui ainda como características uma intensa área comercial, de prestação de serviços e fácil acesso para a circulação, tanto de transportes particulares e/ou coletivos, situação que contribui para o interesse dos profissionais em atuarem nos serviços oferecidos nessa região.

Em relação à USF Ibirajá, onde foi realizada a pesquisa, vale registrar que teve sua inauguração em Maio/2005 devido a pedidos, mobilização da Comunidade e da Igreja Católica do local, e também por se tratar de uma área com locais de vulnerabilidade social.

Atualmente possui área adscrita de 8.510 habitantes (IBGE 2009), com 1.496 famílias cadastradas (SIAB). Possui horário de funcionamento das 07 às 17h; a equipe de profissionais é composta por: auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, atendentes SUS, auxiliar dentário, dentistas, enfermeiros, farmacêutico, gerente, médicos, profissionais de limpeza e suporte de equipe multiprofissional, constituída por

assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo.

As ações desenvolvidas na unidade estão relacionadas aos atendimentos individuais com as especialidades, acolhimento, os acompanhamentos e notificações da vigilância, vacinação, campanhas, serviços de referência e contra-referências, entre outros, e atividades grupais desenvolvidas pelos profissionais e alguns em parceria com a comunidade (Grupos: HAS e DM, gestantes, criança, educação física, nutrição, dor crônica, adolescente),

O território apresenta área urbanizada e área de exclusão, com moradias em alvenaria, saneamento básico, energia elétrica e ruas pavimentadas com asfalto. Entretanto, 02 bairros (Vila Flora e Brasileira) dispõem de água encanada e energia elétrica não regularizada, esgoto não encanado e coleta de lixo através de caçambas. A região apresenta forte característica comercial por estar localizado entre as Rodovias Dutra e Fernão Dias e, por isso, agrega um grande número de transportadoras.

As dificuldades vivenciadas na unidade estão relacionadas à localização do serviço, pois, em virtude da circulação de caminhões no bairro, o acesso da população fica dificultado. Outra questão se refere ao absenteísmo, tanto das consultas oferecidas pela unidade como as vagas reguladas pela Secretaria da Saúde. Deste modo, a unidade se propõe a realizar contato telefônico para confirmar o agendamento da consulta, ações de abertura da unidade aos sábados visando captar as pessoas que não conseguem comparecer na unidade durante a semana por causa do trabalho e, principalmente, atrair também o público jovem.

As ações desenvolvidas estão organizadas de modo a atingir os variados ciclos de vida presentes na área de abrangência da Unidade. Entretanto, há um grande investimento para a área de Saúde do Adulto e do Idoso, visando garantir a atenção à saúde de forma integral e com qualidade e favorecendo a autonomia e independência, principalmente no que se refere à adoção de hábitos de vida saudável, redução do sedentarismo, prevenção e controle das neoplasias, das doenças crônicas e não transmissíveis.

Vale ressaltar também o desenvolvimento das ações intersetoriais entre a Secretaria da Saúde e Educação, como o Projeto Escolas Promotoras de Saúde e o 'Bolsa Família', sendo uma ação desenvolvida entre a Secretaria da Saúde e Assistência Social.

Capítulo 4

Percepções dos sujeitos da pesquisa sobre a questão do vínculo com a ESF: uma análise em processo

A análise aqui apresentada foi fruto da pesquisa de campo realizada na USF Ibirajá do Município de Guarulhos e tem por finalidade elucidar como os usuários portadores de HAS e profissionais de saúde apreendem o processo de construção de vínculos, ou seja, qual é a percepção desses sujeitos frente a esse processo.

1 Profissionais de Saúde

1.1 Percepções do processo terapêutico da HAS

Enfermeiro 1:

“Nós trabalhamos com a prevenção. A gente faz grupos para dar orientação sobre dieta encaminhar para o educador físico, encaminhado para a nutricionista.(...) Quando eu digo para ele: “Olha você está tendo uma crise hipertensiva porque a gente mora numa cidade muito grande, com muito stress. Você está ficando muito tempo no trabalho e com isso vc fica estressado, não está fazendo uma alimentação adequada, atividade física”, ele vai compreendendo e vai se encaixando naquilo que eu estou falando”.

Auxiliar de Enfermagem:

“A hipertensão ela controla. Dá para controlar. Curar não. Fazendo grupos com hipertensos, entre eles, trocando essa experiência e tudo, é hipertenso, é uma doença, eu preciso ser tratado e preciso acompanhar, então assim, vendo outros, um dando força para o outro. Eles acabam seguindo tudo certinho, tomando a medicação tudo perfeitamente. (...) Na carteirinha de acompanhamento dele é lançado todo o nosso atendimento, tanto do auxiliar, como do enfermeiro, tanto do médico. (...) Temos o serviço de nutrição que passa toda a orientação do que deve e o que não deve ser consumido para estar evitando o agravo da doença. (...) Então assim, de repente encaminhar ele para fazer um tratamento psicológico, ou se for da alimentação, o serviço de nutrição, temos tudo, a atividade física.”

Médica:

“A porta de entrada dos pacientes hipertensos e diabéticos é a ficha A, outra é o acolhimento onde nós fizemos um carimbo para a identificação de todos os dados como P.A., dextro. A partir da identificação do paciente tem as consultas de acordo com o calendário para médico e enfermeiro, e tem o nosso grupo também... foi uma coisa trabalhada devagarzinho e hoje é bastante forte. Para ele se conscientizar de que uma doença crônica, que não é eu vou tomar um remedinho durante sete dias. (...) Todo paciente hipertenso

e diabético, quando ele tem esse diagnóstico, o primeiro tratamento que a gente chama é de “estilo de vida”. Então, é a dieta, a alimentação tem que ser saudável, diminuir a quantidade, fazer atividade física, procurar perder peso, porque a maioria está acima do peso. A gente fala que eles são multiplicadores, que a informação que eles recebem no grupo eles tem que estar passando principalmente para a família. (...) Quando a gente agregou outras especialidades, a gente trouxe nutricionista para explicar qual a importância do sal. Depois foi trazendo a farmacêutica, explicando a manipulação de medicamentos, onde você guarda, como é que você toma. É uma coisa assim, de educação mesmo. E assim, diária. (...) No grupo também eu já olho as carteirinhas, vejo se o paciente faz tempo que não passa em consulta e já agendo ali.”

Agente Comunitária:

“É um acompanhamento que na hora que a Doutora, dependendo se for um leve, moderado ou grave, o acompanhamento será conforme o cronograma do Ministério. (...) Na consulta de enfermagem vai saber se você está se alimentando direito, está fazendo a atividade física que a doutora prescreveu. Hoje é um grupo de hipertenso e diabético, mas ele tem a consulta individual também, nesse grupo já faz a verificação da pressão, faz o dextro. Pressão não mata no começo, primeiro ela deixa a pessoa bem acamada e ela vai depender de alguém. Tem o controle de pressão, todos tem a sua carteirinha, então é muito bem assessorado. Os pacientes que não vêm, não é que não sejam acompanhados, os ACS estão lá, a gente trás o cartão, a gente marca para eles, porque é nossa prioridade, fazendo busca ativa.”

Enfermeira 2:

“Então, a gente capta o paciente de várias formas, seja numa busca ativa, quem entrou no consultório vai aferir a P.A. e na identificação durante as visitas domiciliares. A gente inicia o segmento, seguindo o protocolo municipal. Consulta médica, consulta de enfermagem, de acordo com a gravidade da doença. A médica faz a primeira consulta, identifica o tipo de hipertensão, leve, moderada, grave e direciona na seqüência para a consulta de enfermagem e para o acompanhamento em grupo. Direciona para esse grupo que é para que eles recebam as orientações da parte educativa, da parte de educação em saúde. (...) Porque aí você vê que eles estão construindo uma forma nova de pensar ali em conjunto. Porque tem a troca de conhecimento, um ajuda o outro. Então você começa a ver o resultado do seu trabalho mesmo. Porque o nosso trabalho não é só ter um caráter prescritivo, que é chegar e dizer: “Olha, você vai tomar esse remédio de tantas em tantas horas, você vai seguir orientação alimentar e fazer atividade física”, não é só isso que o paciente precisa e não é só isso que a gente tem a oferecer. A gente tem a oferecer é conhecimento, desenvolvimento de autonomia, desenvolvimento de auto-cuidado, mas levar essa percepção é difícil. Difícil por uma questão cultural mesmo, eles vêm de uma cultura hospitalocêntrica curativa. Então quando a gente consegue sensibilizar e levar para o grupo e mantê-los é muito bom. Aí é quando você vê que funciona, e é quando você vê melhoras nos resultados de controle de pressão, você vê melhora no resultado dos exames laboratoriais. Quando eles se responsabilizam junto com a gente, você vê melhora.”

A percepção do processo terapêutico pela HAS, segundo o relato dos profissionais, está firmada inicialmente em identificar o sujeito portador de doença

crônica, posteriormente em encontrar nos hábitos de vida dele quais fatores estão colaborando para o desencadeamento da doença, que podem estar relacionados ao: consumo inadequado de alimentos, excesso de peso, ausência de atividade física, stress produzidos pelo trabalho, além de aspectos emocionais.

Essa se configura como uma das principais diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus (2001, p.9), pois:

“a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as Unidades Básicas de Saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos”.

Existe um alinhamento conceitual na fala dos profissionais. Embora sejam categorias diferentes, todos ressaltam a importância na articulação entre as atividades coletivas e individuais, referindo ainda como fator preponderante para a obtenção de êxito no cuidado da HAS a mudança no estilo de vida dos sujeitos.

Os profissionais criam diversas estratégias para a captação do portador de HAS na Unidade. Após o reconhecimento do adoecido, o tratamento será oferecido de acordo com a gravidade da doença, dentro dos critérios estabelecidos pelo Protocolo Municipal de classificação da doença como leve, moderada ou grave. A partir disso serão programadas as consultas médicas e de enfermagem, além de inclusão desse usuário nos grupos educativos.

Cada município deve encontrar estratégias efetivas de captação e vinculação dos usuários nas Unidades de Saúde, considerando ainda as dificuldades a serem vivenciadas na medida em que as doenças crônicas pouco sintomáticas requerem uma modificação nos hábitos de vida dos sujeitos, o que implica num desafio ainda maior aos profissionais de saúde (Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, 2001).

A Unidade também apresenta em seu quadro de funcionários uma equipe complementar composta por educadores físicos, nutricionistas e psicólogos, pois o apoio da equipe multiprofissional colabora no enriquecimento das orientações a serem fornecidas aos pacientes. A composição de equipe multiprofissional contribui em facilitar, no processo educativo, uma variedade de informações e conhecimentos acerca da doença, favorecendo o enriquecimento do aprendizado do indivíduo (JARDIM, 2001).

Uma maneira de dividir a responsabilidade do tratamento, ou seja, de corresponsabilizar a relação entre profissionais e usuários está no preenchimento da Carteirinha do Hipertenso, pois o portador de HAS terá documentado todo o acompanhamento do seu quadro de saúde.

A equipe de saúde consegue fazer o trabalho da prevenção do agravo da doença quando, através do acompanhamento, o paciente controla a HAS de modo a evitar outras complicações pela doença e, também, incentivando esses pacientes a serem os multiplicadores das informações recebidas, durante a realização das atividades grupais. Existem indicativos de que quanto mais o usuário for munido de conhecimentos e esclarecimentos, haverá maior compreensão e resultados satisfatórios no tratamento de saúde (JARDIM, 2001).

É possível notar que o profissional da saúde dispõe de uma autoridade técnica, dos saberes relacionados aos cuidados de saúde. No entanto, a enfermeira 2 coloca a importância do profissional da saúde não assumir uma postura prescritiva apenas, pois a relação entre o profissional da saúde e o usuário também pode ser geradora de autonomia. Paulo Freire cita a importância da autoridade democrática, como:

“(...) o de persuadir ou convencer a liberdade de que vá construindo consigo mesma, em si mesma, com materiais que, embora vindo de fora de si, sejam reelaborados por ela, a sua *autonomia*. É com ela, a autonomia, penosamente construindo-se, que a liberdade vai preenchendo o “espaço” antes “habitado” por sua dependência. Sua autonomia que se funda na *responsabilidade* que vai sendo assumida. (...)”

No fundo, o essencial nas relações entre educador e educando, entre autoridades e liberdades, entre pais, mães, filhos e filhas é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia”. (Freire, 2002, p.105)

1.2 Percepções do atendimento ao usuário

Enfermeiro 1

“O enfermeiro, ele resolve a situação de saúde, situação social, eu já resolvi situações financeiras. (...) Você precisa ter uma visão holística para enxergar o paciente como um todo. (...) Hoje, nessa minha área desse posto de saúde, eu tenho uma grande quantidade de pessoas na minha área SUS não dependentes, ou seja, aqueles pacientes que possuem convênio, pacientes esclarecidos com nível sócio-cultural alto e que está inscrita no meu território, na minha área e daí eu tenho essa dificuldade de trabalhar com eles porque eles, quem tem um poder aquisitivo maior não acredita na proposta do SUS. (...) A gente foi fazer um trabalho de hipertenso e diabético, no prédio onde eles moram no salão de festa, a equipe toda e no final eles perguntaram

quando que ia chegar o boleto. Eles já sabem que isso está incluso nos impostos deles, só que na cabeça deles ia cobrar. Eles falam: “ Deve ser porque está perto das eleições”. Eles acham o fim do mundo uma pessoa querer passar na casa deles e querer perguntar se eles estão bem de saúde, como é o caso do agente comunitário. (...) O brasileiro é caridoso, “Eu não vou pegar a vaga de alguém que está precisando mais”. Mas às vezes ele também está precisando, ele também tem dificuldade de pagar o convênio dele. (...) A crença deles se dá somente no atendimento tipo médico, o enfermeiro para eles não funciona, eles só vão acreditar no que o médico fala, então eu tenho essa dificuldade”

Auxiliar de Enfermagem:

“Na UBS, tem a questão do atendimento do enfermeiro, e a nossa cultura é passar com o médico. Vou na Unidade e quero passar com o médico e não é bem assim, então trabalhamos isso também e graças a Deus hoje em dia eles entendem melhor. (...) Às vezes na consulta ficar falando sempre a mesma coisa. Acaba, falando assim mais popularmente, enchendo o saco. E isso não atrai o paciente. (...) A gente acaba indo atrás do paciente mesmo, na residência. Com mais orientações para eles, através do agente comunitário, pedindo, sempre batendo na tecla para estar fazendo o acompanhamento. (...) Já teve pacientes de falarem “ não quero, não quero visita, não quero vir na unidade” e que infelizmente tiveram problemas, assim que foi avançando, mas isso a gente tem tudo anotado, tudo relatado, que foi tentado de todas as formas chegar até o paciente e por resistência dele, assim, não quis o atendimento. (...) A gente sabe até onde a gente pode chegar, a gente não pode nunca invadir a vida da pessoa. (...) Na estratégia de saúde da família a gente tem que lutar.”

Médica:

“Como eu vou almoçar no shopping, eles acham que lá é extensão do consultório, você está lá almoçando “Oi Doutora, e o meu exame? (...) Dependendo da situação, do paciente que você sabe que é um problema mais sério, você acaba levando isso para a casa também. E eu ainda me cobro muito no sentido de “será que tomei a atitude certa, será que estou fazendo a coisa certa?” (...) Você tem três opções: ou você escuta o que o paciente quer falar, que aí muitas vezes é uma angústia dele maior, ele está conversando para expor os seus problemas, ou você faz um bom exame físico, ou você registra tudo em prontuário. Então não dá para você fazer tudo com excelência em 15 minutos. É impossível. Eu vou distribuir, 5 minutos para escutar o que o paciente está falando, 5 minutos para examinar ele e 5 minutos para colocar no papel. (...) Eu quero anotar o máximo possível de coisas, que eu vou, coloco, se eles trazem algum exame eu transcrevo todas as informações e o pessoal coloca só o diagnóstico. (...) Você acaba adoecendo junto com o paciente também porque você se envolve muito. (...) Eu consigo gravar o nome das pessoas, se você for no grupo, eu sei o nome de cada um. Pelos pacientes eu ia fazer visita na casa de cada um. Aí fica aquela coisa: “a senhora faz tempo que a senhora não vem aqui na minha casa e tudo mais.” Eu falo assim: “Mas eu tenho que planejar, não é assim.” (...) Eu queria poder participar mais dos grupos da Unidade.”

Agente Comunitária:

“A gente fica meio oprimida. Tem hora que não dá para não se envolver. Quando o paciente vem no consultório e a doutora vê, ela não sabe a vida dele daqui para fora, mas o ACS sabe da vida dele, da situação dele. (...) o

ACS tem que fazer o trabalho para o paciente poder vim para a unidade, é isso que eu falo. (...) Então, os meus hipertensos estão com a doutora, por a doutora não mudar daqui, não sair da unidade, isso é maravilhoso, porque é acompanhado pela mesma médica. (...) O ACS quando ele vai na casa, ele dá explicação, dá conforto, essa orientação. Então fica essa diferença. Eu aprendi muito sendo agente comunitário, como pessoa, como profissional, hoje eu me formei em técnica de enfermagem. (...) O enfermeiro na época, me dizia: “tudo você relata, você escreve, porque isso é seu respaldo, principalmente na saúde, é um documento.”

Enfermeira 2:

“A pessoa tem que, em algum momento, compreender o que ela está passando, o que está acontecendo e quais são as suas necessidades, mas tem hora que não dá, a gente não consegue e a gente usa todas as nossas forças, todas as nossas energias naquilo e a gente não consegue, mas não é porque a equipe não teve capacidade ou profissionalismo para isso. É que realmente, é um problema com a pessoa que não está aceitando aquela intervenção e por mais que você troque ou altere, tente outras possibilidades, outras intervenções, você não está conseguindo acessar a pessoa...”

A área de abrangência da unidade possui características diversas, no local coexistem públicos com baixo e alto poder aquisitivo. Essa situação reflete diretamente nos resultados do trabalho, pois os usuários que dispõem de convênio médico apresentam falta de credibilidade com relação ao serviço público de saúde.

Os usuários “ricos” questionam qual o interesse da Unidade de Saúde em fazer visita domiciliar, sugerindo ser essa uma ação eleitoreira; por outro lado, os “pobres” questionam o fato de a médica demorar muito para realizar as visitas domiciliares. Isso ilustra a dificuldade dos munícipes em se apropriar de um serviço público legitimado pela existência de uma política de assistência gratuita, integral e universal como o Sistema Único de Saúde. Ao contrário, relacionam tudo que é gratuito como de baixa qualidade e devendo ser utilizado somente pela população carente.

Com relação às percepções sobre o atendimento ao usuário, muitos são os incômodos vivenciados e produzidos na atuação cotidiana. Como a dificuldade da população em aceitar o atendimento de enfermagem, já que essa é uma prática da Estratégia de Saúde da Família. Os usuários reconhecem somente o atendimento médico, tanto que há um esvaziamento nas consultas de enfermagem, o que requer da equipe a criação de estratégias de sensibilização da Comunidade para romper essas barreiras.

Existem ainda aqueles usuários que, embora tenham agravos e comprometimentos de saúde, recusam-se a fazer um acompanhamento na unidade;

sendo assim, os profissionais utilizam todo o arsenal de captação, como a realização de busca ativa e as visitas domiciliares; todavia, em muitos momentos, a equipe se depara com os limites da atuação, devendo respeitar a individualidade e escolha dos sujeitos atendidos no território. Como comprovação das ações realizadas, enfatiza-se a importância do registro nos prontuários, sendo essa a única maneira de mostrar o serviço prestado à comunidade, necessidade agravada com a implantação de metas e de melhoria dos indicadores pactuados entre o Município e o Ministério da Saúde, através de Programas como PROGRAB (Programa para a Gestão por Resultados na Atenção Básica) e AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade de Estratégia de Saúde da Família).

Em relação à produção de indicadores de atendimento, a médica também questiona a impossibilidade de realizar um atendimento humanizado e de qualidade, tendo que se preocupar com a quota diária de consultas. Essas questões administrativas, de inovações gerenciais colidem com a prática diária do profissional de saúde. Vale salientar que, embora essas medidas visem à otimização dos recursos municipais com a saúde, o principal objetivo de quem trabalha na saúde é o cuidado com o humano.

“Em saúde a gestão não pode resumir-se aos componentes administrativos e financeiros, ainda que sejam fundamentais. A gestão de processos de trabalho é a forma concreta como se reordenam os modelos. Assim, gestores devem incorporar a seus conhecimentos e a sua prática o tema do processo saúde/doença/intervenção, negociando com equipes e usuários modos alternativos para se lograr os critérios acima expostos. Sempre que os gestores ignoram esse tema, dedicando-se tão-somente à eficiência, tende a ocorrer uma reprodução do modelo tradicional, incapaz de, por si só, assegurar a universalidade, integralidade e equidade.” (CAMPOS, 2003, p. 112).

Outras questões em relação à produção do atendimento se referem ao fato desse acompanhamento propiciar um maior envolvimento emocional por parte dos profissionais, na medida em que a atuação pelo reconhecimento do território possibilita identificar os sujeitos pelo nome, ou seja, sua identidade. O tempo que o profissional desempenha a sua função no local pode permitir uma aproximação das relações, mas também gera certa falta de privacidade para os profissionais de saúde.

Para STARFIELD (2002, p.260) o acompanhamento longitudinal apresenta benefícios em virtude do conhecimento obtido ao longo do tempo,

“(…) Quando os profissionais conhecem os pacientes, eles são mais capazes de julgar a necessidade de intervenções diagnósticas e de avaliar os méritos relativos de diferentes modos de intervenção”.

Há ainda a questão da complexidade em atuar na atenção do adulto que apresenta uma variedade de patologias, patologias associadas que podem refletir em insegurança para o profissional, pois muitas vezes ele se percebe sozinho para administrar uma variedade de condutas terapêuticas.

Nesse sentido, devem ser criadas novas estratégias de comunicação entre os profissionais, havendo a necessidade de participação e interação entre o profissional da atenção básica e o profissional especialista. Conforme o manual Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (2007, p.38), *“a velha ficha de referência e contra-referência continua existindo, mas incorporam-se outros recursos para incrementar o diálogo entre os diferentes serviços”*.

1.3 Percepções de como o usuário pode participar do seu tratamento

Enfermeiro 1

“Quando a gente investe tudo no paciente, mas ele não pega esse investimento para ele, não faz uso da medicação, não faz controle da pressão, não faz dieta adequada. Então às vezes tem a questão do livre arbítrio, cabe a mim segui-la ou não. Apenas não dá certo do paciente normalizar a pressão dele, quando ele não segue, quando ele não quer mesmo. Eu ainda não encontrei nenhum caso que a gente investiu todas as informações, todo o nosso poder bélico, de guerra, digamos assim e esse paciente não melhorou nada. (...) Teve paciente que melhorou muito, saiu daqui feliz da vida e compara a gente com o convênio dele e fala assim “meu Deus, como o posto de saúde é ótimo, eu não sabia que era assim”. E a gente fica com orgulho de falar “olha isso aqui é o SUS, o SUS trabalha dessa forma”. Só que nós também temos as nossa fragilidades. (...) Então você precisa fazer com que o paciente entenda que a doença que ele tem que é doença crônica, é uma doença que não tem cura, mas que também não é o fim da vida.”

Auxiliar de Enfermagem:

“Tem aqueles pacientes que não querem, não aceitam que é hipertenso, a história da cervejinha do fim de semana, “ah, vou tomar a medicação e não vou tomar mais a minha bebida?”Existe aquele que não quer, não quer e ponto. E é esse que a gente fica correndo, correndo, correndo atrás. (...) A gente procura conversar com mais alguém da família, que more na mesma residência, para estar tentando junto com essa pessoa mais próxima, fazer com que ele entenda sobre o tratamento, a importância do tratamento. (...) Os profissionais tem várias estratégias. Uma estratégia que eu brinco muito com os pacientes, digo “Vamos fazer um teste, vocês não estão querendo tomar seu medicamento? A gente faz um teste de três meses. Se a pressão ficar controladinha você fica aqui com a gente, senão o senhor vai falar comigo e a gente tenta outra forma. Então, assim, numa brincadeira você acaba trazendo

um paciente e fazendo com que ele vá fazer esse acompanhamento e é claro que a gente sabe que tem um retorno positivo.”

Médica:

“Há dificuldade em introduzir a família num paciente de doença crônica, todo mundo come normal, até exagera, o paciente tem que ser muito responsável para falar “eu não vou comer”. (...) A gente tem a questão do caminhoneiro, então a gente tenta conversar na recepção, quando ele passar, explica, fala comigo, já pede os exames para ele poder vir. Eu falo para os caminhoneiros “Vocês são um perigo na rua, pelo amor de Deus.” (...) A gente tenta fazer o máximo, mas tem que buscar a responsabilidade deles também. A cultura deles é muito complicada com relação a alimentação, eles tem uma alimentação muito ruim. Porque eles comem assim uma quantidade absurda. (...) A gente vê que quando eles fazem tudo direitinho, dá certo. Então assim, a gente tem experiências com pacientes que assim que começaram, hoje continuam ainda com um ou dois medicamentos no máximo. (...) Tem aqueles que ficam jurando de pé junto “eu faço a dieta direito”, eu falo “a pior mentira não é para mim, mas para vocês mesmos”. A maior fala dos homens é “ah, eu não venho no médico porque não gosto, porque tenho medo de médico.” Eu digo assim “Você não tem medo de médico, você tem medo de você.” Por que qual é a finalidade do médico? Ele só vai falar o que você tem.”

Agente Comunitária:

“A gente faz, a gente fica tentando. Uma vez eu falei “Dra, não dá, eu não aguento mais.” E ela me perguntou se eu tinha filho. A mesma coisa é o paciente, todo mês você vai falar a mesma coisa para aquele paciente que não quer saber do tratamento. Uma hora ela não aguenta mais escutar você e aceita (...) Já pensou se eu desisto do paciente que é ruim, aquele paciente que não quer tomar a medicação, eu sei que se ele pode vir a falecer, ou ele vai piorar, então eu tenho que insistir.”

Enfermeira 2:

“De repente, talvez seja necessária uma sensibilização maior dessas pessoas. Porque essa questão de sensibilização vai muito do profissional que atua com aquela pessoa. (...) Assim, vencer um pouquinho pelo cansaço às vezes funciona. (...) Até talvez por serem de uma população mais carente financeiramente, mais desfavorecida, eles assumem uma característica de muita dependência. Eles assumem essa postura de depender da gente e de precisar da gente para resolver tudo e na maioria das vezes, não entendendo e não assumindo a sua cota de responsabilidade naquele processo. Eles transferem muito essa responsabilidade para a gente. Então a gente conseguir persuadir, convencê-los da responsabilidade que lhes compete mesmo é muito difícil. Então quando a gente consegue trazer para o grupo e ver que eles estão começando a construir esse pensamento e começando a desenvolver essa autonomia é muito bom. (...) Às vezes você tenta tudo, você faz a visita domiciliar, você tenta... trazer para a unidade, não trás, então a gente pelo menos tenta a abordagem junto com a família, dentro do domicílio. Envolver a família no problema. Se é homem e a esposa está

tentando, uma hora a esposa para porque ele começa a brigar com ela. (...) Aí é aquela pessoa que tem o AVC, que infarta, às vezes fica acamada, vira cadeirante pela sua complicação. Mas isso acontece e acontece aqui debaixo do nosso nariz. O que é triste dentro de um PSF, que no PSF o que a gente tenta evitar? Essas complicações. A gente quer melhorar a qualidade de vida e a gente quer evitar complicações. E a gente não consegue nesses casos.”

No relato dos profissionais é possível identificar que a grande preocupação deles são os usuários que não realizam o acompanhamento da HAS adequadamente.

“É preciso ter em mente que a manutenção e a motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.” (HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2006, p. 9).

Mediante esse cenário, os profissionais utilizam diversas formas de intervenção, seja através do agente comunitário que realiza as visitas domiciliares regularmente, facilitação do processo burocrático de marcação de consultas e solicitação de exames, através da insistência de modo a “ganhar o paciente pelo cansaço” ou reinventando maneiras de negociação, sendo esse um movimento criativo e pessoal de cada profissional de modo a “conquistar” esse doente.

Frente aos desânimos que a atuação profissional coloca, como disse o Enfermeiro 1, apesar de utilizarem todo o arsenal bélico, armamento de guerra para captar o usuário e ainda assim não alcançar êxito, os profissionais se apoiam entre si, pois, como disse a médica para a agente comunitária, “o paciente acaba sendo como um filho”, cabendo ao profissional dispor de uma “paciência eterna”. O compartilhamento dos êxitos e fracassos entre a equipe de saúde se configura como um dos dispositivos da clínica ampliada, na medida em que:

“O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Esse compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários. Ou seja, por mais que frequentemente não seja possível, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma solução mágica e unilateral, se aposta que aprender a fazer algo de forma compartilhada é

infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual. (CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA, 2009, p. 15)

Quando os profissionais são indagados sobre como o usuário pode gerenciar o seu tratamento, observou-se que trouxeram experiências e relatos dos sujeitos que não realizam o acompanhamento adequadamente. Todavia, em nenhum momento os profissionais fizeram algum tipo de auto-avaliação com relação ao trabalho realizado. Sempre enfatizavam as informações referentes ao cuidado da HAS e sobre como, mesmo com todos os esforços despendidos, alguns usuários não seguem acompanhamento.

Entretanto, a diretriz operacional da clínica ampliada alerta os profissionais com relação à singularidade do sujeito, a despeito de sempre utilizar o arsenal técnico e pré-estabelecido.

“No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam as expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários aos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos Sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença”. (CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊTICO SINGULAR, 2007, p. 9)

A opinião deles define quem consegue atingir resultados satisfatórios, de manutenção da doença como aquele que faz o controle da pressão, controle da alimentação, realização de atividades físicas e participação das atividades educativas oferecidas na Unidade e que, além das consultas individuais com o médico e enfermeiro, recebe orientações da equipe multiprofissional e segue a posologia medicamentosa.

Contudo, isso não significa necessariamente que o usuário cumpra todos os requisitos; ele consegue administrar e manusear as informações durante a sua rotina diária de modo a obter o controle da pressão.

A família também apresenta um papel fundamental no gerenciamento da doença crônica, seja auxiliando os profissionais de saúde, de modo a sensibilizar o sujeito adoecido para realizar o tratamento, ou integrando na rotina familiar as mudanças necessárias, pois, se não houver o apoio da família, o usuário poderá ter mais dificuldades em seguir as orientações de seu tratamento. Segundo CHAZAN,

“Ao definir a unidade assistencial como a família, o PSF pode estar criando condições para uma verdadeira revolução na eficiência e eficácia da assistência. (...) Estes pacientes necessitam de mudanças importantes na auto-estima e até mesmo no seu modo de viver. Pressupor que a família é apenas mera coadjuvante nestes processos é, no mínimo, ignorar as forças dos processos de interação das relações pessoais, tanto na construção da identidade pessoal quanto nas realidades socioculturais.” (CHAZAN, 2004, p. 112)

Foi possível constatar a satisfação dos profissionais quando eles identificam a aceitação do usuário para o gerenciamento do seu cuidado. Nesse sentido, o profissional também se nutre de estímulos quando percebe que o seu trabalho está surtindo resultados, está contribuindo para a melhora da qualidade de vida das pessoas.

“Neste sentido, fãria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a CAPACIDADE DE AUTONOMIA do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida. (CAMPOS, 1997, p. 50)

1.4 Percepções de como o profissional vivencia o vínculo com o usuário

Enfermeiro 1

“A partir do momento que você está vinculado com a unidade, eles te conhecem, eles te chamam pelo nome, eles te procuram par resolver os problemas locais deles. (...) A gente trabalha com o vínculo, mas se o paciente não tem vínculo com a unidade, ele não vai comparecer, seja ele rico ou pobre, classe média. Eu tenho dificuldade com o vínculo na minha área que a gente brinca ser a área elitizada.(...) Quando a gente vai fazer a visita domiciliar a gente não fala de hipertensão, a gente vai falar da proposta da saúde da família. Eles tem que criar confiança no meu trabalho, um vínculo na atenção básica para depois eles seguirem o tratamento. (...) Eu ouço muito “nossa o que você falou foi a mesma coisa do que o médico do convênio disse.” (...) Então essa é a dificuldade em ter o tratamento do hipertenso na minha área específica. É a adesão, o vínculo, a crença de que o posto de saúde consegue resolver sim, a crença de que não é só a medicação que vai fazer ele melhorar, que é o hábito da vida dele mudar, é ele fazer atividade física, ele ter uma boa alimentação, ele controlar o stress dele, fazer o controle da pressão.”

Auxiliar de Enfermagem:

“Eles acabam criando o vínculo de acordo com o tratamento dado na unidade, uma vez você tratada bem na unidade, é lá que você quer ser atendida. Então, a gente procura aqui a mesma coisa. Dar o atendimento de qualidade, o máximo possível que a gente possa fazer com que o paciente

confie mesmo na gente e consiga resultado para a satisfação dele. (...) Vínculo também é uma questão complicada, a gente não pode se apegar com o paciente demais. Temos toda uma programação, o fato de tratar uma pessoa bem, você vai trazer ela para você, mas você não pode nunca, nunca, invadir o lado pessoal da vida dela. (...) O ideal é você não dar opinião, é sempre jogar para ele, o que ele acha, o que seria melhor para ele resolver, mas não dar opinião, não confundir isso.”

Médica:

“Não é possível criar vínculo com troca-troca de profissionais enfermeiros, senão sobrecarrega o médico. O vínculo para mim, você tem que ter uma troca, essa proximidade que você tem com o paciente e ele acaba assim, como eu falava antes 50% de uma consulta é a confiança, eu posso ser a melhor médica do mundo bam-bam-bam, mas se o paciente ali na porta, ele não acreditar, não adianta falar, ele vai sair dali e vai rasgar a minha receita, vai jogar no lixo e vai procurar outro profissional, então acho que o vínculo tem que ter essa confiança.”

Agente Comunitária:

“Eles pegaram muita confiança, muito vínculo, é a mesma ACS, o agente comunitário, é a mesma médica. Teve mudança de enfermeiro porque era contrato de parceria. (...) Eu acho que o vínculo é chegar uma pessoa e ela transmitir confiança, é o dia a dia, eu acho que todo mês eu indo lá, eu peguei um vínculo. Eu peguei esse vínculo mostrando para eles que eu sou ser humano, que eu sou igual a eles, não é porque eu tenho um pouco mais. Você pega quando você começa a chamar pelo nome. Então no meu conceito, foi assim, mostrar para eles que eu respeito, a partir que eu to entrando lá, respeito eles, e mostrar para eles que somos iguais. (...) Vínculo é tempo. Então você percebe que você é aquilo que eles precisam, então tem horas que eles pegam muita confiança.”

Enfermeira 2:

“O paciente não entende que algumas coisas não estão nas nossas potencialidades, que não está dentro da nossa governabilidade. O paciente entende que aqui é a referência dele, que se a gente não conseguir resolver, a culpa é nossa. Então a gente acaba tendo uma quebra de vínculo mesmo, de credibilidade com a unidade de saúde. (...) Ai o paciente vem na recepção e nunca tem a disponibilidade de vaga, é quando o vínculo se quebra. Eles falam “Eu não quero mais a sua visita, eu não vou mais nessa unidade porque a médica só vai me dar omeprazol e não vai resolver nada”, “Você trouxe a minha vaga de endoscopia?” Eu vou e me xingam, não me querem na casa deles enquanto não sair a vaga, daí você começa a ter um rompimento de vínculo mesmo. (...) Vínculo é essa ligação que a gente constrói com o paciente e com a população como um todo, nem só com o paciente, é uma ligação de confiança que a gente constrói com a população. Da população saber que ela pode chegar aqui e que ela vai poder contar com a gente para ajudá-las a solucionar um problema, para ajudá-las a evitar um surgimento de um problema, então é esse momento, essa construção de vínculo, de confiança, esse laço. Eu entendo o vínculo como um laço. A população também tem sua parcela de responsabilidade. Tanto o paciente como a população em conjunto. Então é uma troca, eles confiarem na gente e a gente poder confiar neles, um processo de retroalimentação, eu entendo assim.”

Para os profissionais, a questão do vínculo se produz quando o sujeito adoecido adquire confiança no serviço de saúde, estabelece uma aproximação com a equipe visando à compreensão do seu cuidado em saúde.

A relação de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários se apresenta como uma das prerrogativas do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2001). Está relacionada em tratar as pessoas com respeito e estabelecer um laço de confiança motivado pela convivência regular entre profissionais e usuários, pois o vínculo se constrói à medida que o profissional realiza suas atividades no território. Portanto, essa seria uma relação mediada pelo tempo; o vínculo se produz também através de uma relação de confiança em seguir as orientações e recomendações dos profissionais.

“A construção de vínculo depende, portanto, do modo como as Equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma microrregião. Depende também do modo como se encarregam de cada caso específico que necessite do atendimento singular. Um duplo movimento, nem sempre fácil de ser realizado: um compromisso bilateral, no caso dos profissionais um envolvimento com a saúde coletiva de uma comunidade, e com a saúde individual, particularmente dos mais vulneráveis”. (CAMPOS, 2003, p.69)

No processo de edificação dos vínculos, os profissionais colocam a importância em não estabelecer essa relação focando apenas o aspecto da doença; buscam oferecer um atendimento satisfatório e de qualidade de modo a conquistar o usuário e despertar o seu interesse em frequentar o serviço de saúde.

“O desafio da aderência exige a participação e o comprometimento de todos: dos pacientes, que devem ser os maiores interessados em sua própria saúde e em participar ativamente do seu tratamento; dos profissionais de saúde, que estão diretamente ligados aos pacientes e são os responsáveis diretos pela instituição das medidas terapêuticas; dos serviços de saúde, que devem estar bem estruturados, permitindo atendimento adequado.” (JARDIM, 2001, p. 61-62)

Na relação mediada pelo vínculo entre usuário e trabalhador de saúde, o profissional deve estar atento em manter uma postura profissional e não querer interferir nas decisões do usuário. Isso se configura num tênue limiar, pois apesar de muitas vezes o profissional se considerar “detentor do saber” acerca do melhor para a vida do usuário, preservar a singularidade do sujeito atendido configura-se uma atitude ética essencial.

Outra questão, o elo intercedido pelo vínculo fica prejudicado quando a unidade não oferece a contento respostas para a continuidade de tratamento do usuário. Há uma queda da credibilidade, na relação de confiança construída pelo vínculo quando, por exemplo, os profissionais não conseguem agendar uma vaga na especialidade para a continuidade do tratamento. Isso elucida que o vínculo não se faz somente pela competência no estabelecimento de relações interpessoais, mas se configura também em garantir uma assistência integral, contemplando na conduta assistencial oferecida ao usuário a rede de serviços presente no Município.

O vínculo é construído numa relação dialética, na ligação entre profissionais e usuários e vice-versa, numa relação de ação e reação, na medida em que esse processo implica na responsabilização do doente em mudar seus hábitos e estilo de vida. Talvez por esse motivo, alguns usuários preferiram continuar o acompanhamento pelo convênio, que oferece uma assistência de cunho mais imediatista, de consumo e não de ressignificação do estilo de vida do indivíduo.

1.5 Percepções do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família

Enfermeiro 1:

“Tem a dificuldade de trabalhar porque assim é um trabalho, no PSF é bastante burocrático no sentido de papéis, de você dar atenção para a vigilância, ter que fazer notificações. (...) Aqui você começa a investigar um paciente e tem que ir até o término, se eu faço uma busca ativa de tuberculose e identifico um paciente, tenho que segui-lo até o final do tratamento que no mínimo são 06 meses. (...) No acolhimento, não há uma priorização do atendimento e vem aumentando o número de pacientes na unidade. O posto de saúde deixou de ser aquela unidade só para dar vacina. Hoje em dia a gente resolve muitos casos de saúde complexos. A gente pensa na integralidade da assistência, para isso a gente tem que pensar no paciente como um todo. (...) Só que a população ela tem que ser educada sim, porque se você tem uma queixa aguda você tem que ser encaminhado para o Pronto Socorro. No PSF o paciente tem o vínculo com o enfermeiro na área dele, então o paciente vai escoar naquele lugar. (...) Eu posso te dizer que eu vim para o posto, para o PSF, vindo da emergência, sem passar por nenhum tipo de qualificação. A minha visão era mais curativa. E o paciente ele acha que tem que vir no Posto quando ele está sentindo a dor e tem que tomar o remédio. Está acostumado a lidar com a cura à base da medicação. Daí tem também a questão dos profissionais. Então os profissionais também, aquele que acaba vindo para o PSF não tem aquele espírito de promoção e prevenção da saúde que é o que a Estratégia de Saúde da Família preconiza, acaba também seguindo o que o paciente pede. Você mudar a cultura, mudar um hábito, quebrar um paradigma local não é fácil, não é de um dia para a

noite. (...) Quando você encaminha o paciente para outro serviço do nível secundário, para a emergência e quando o paciente volta, ele não volta para a gente, ou seja, as dificuldades da referência e contra-referência porque a gente pensa no cuidado, só que quando a gente encaminha, perde o paciente. E aí já se perde toda a estrutura, a amarração, no caso do cuidado continuado. E aí também, isso vai desmotivando muitas vezes o profissional.”

Auxiliar de Enfermagem:

“Quando a gente começa, os agentes comunitários vão passando, temos fichas de cadastro e nessas fichas são relatados os casos. (...) Quando a gente montou a unidade a população pensa assim médico, enfermeiro, um pronto atendimento para ser atendido assim que chegar. Então, assim, tem todo um trabalho, um estudo, uma orientação que a gente tem que passar para a população, é difícil, logo quando a gente abre a unidade que o pessoal não quer entender, é médico, tem que chegar, tem que atender a qualquer momento. Aí a gente vai explicando que funciona como atenção básica, então assim um acidente alguma coisa assim não é o local de atendimento, esse local é um pronto socorro, aqui vai ser um acompanhamento.”

Médica:

“É muita responsabilidade, porque adulto a gente vê assim, tá morrendo, o tempo inteiro, tá cheio de complicações, você só tem alguma noção do que é, você tem que voltar a estudar novamente, então pegar o livro e basicamente ser autodidata. Então assim, é um estímulo que você volta a estudar novamente, porque eu ficava muito na pediatria. (...) A saúde do adulto, ela é meio solta, porque como ele não está incluso em nenhum programa de prioridade, não tem um protocolo para algumas coisas, daí tem coisas que a gente fica meio solta. Eles tem muitas dores e você fica angustiada de não conseguir resolver o problema e a contra-referência é muito difícil. Então isso é uma coisa que angustia bastante, acho que se tivesse uma troca maior com a especialidade, mas que me desse uma alternativa de tratamento. As especialidades que mais tenho dificuldades são a endocrinologia e ginecologia. (...) Às vezes a gente encaminha, demora para conseguir a vaga, mas não tem aquele retorno. Aí o paciente volta para você, eles voltam também meio que angustiados, porque a gente encaminha e não tem o apoio da especialidade. Nunca ninguém me trazia uma contra-referência do que eu faço nessa situação e a paciente também não trás a receita, não sabe o que tomou e aí fica por isso mesmo. Nesses casos eu acabo encaminhando novamente para a especialidade.”

Agente Comunitária:

“Então a gente construiu junto com os funcionários para a gente poder trabalhar. Então a gente foi recontar nossa área na época junto com o enfermeiro Maurício, aí a gente aprendeu também, porque eu nunca tinha trabalhado também dentro de uma comunidade, porque a minha microarea é a favela. (...) Eu como ACS, eu vou a casa e eu esperava trazer retorno pra eles, só que a gente tem limite para as coisas, porque não é só saúde, tem a rede social, tem educação, então a saúde faz a parte dela, mas cadê os outros para

fazerem as partes deles? E assim, a unidade dá o respaldo que ela pode, aquilo que tá limitado pra gente, então quando comecei assim, a gente sofre muito com o paciente, a gente sofre junto quando não consegue uma especialidade, que às vezes não tem no município de Guarulhos, que eles têm que ir pra Mogi, aí você vê a dificuldade na condução, você sabe que esse paciente não tem condição, não é porque ele não quer fazer o tratamento, mas sim que ele não tem condição financeira. (...)Mas aí a doutora manda o encaminhamento, porque ela manda pro especialista, ela pode dar uma medicação, mas manda pra especialidade. Mas daí passou a dor, não precisa mais de nada. Eu falei: “Gente, ela tá prevenindo, querendo saber à causa dessa dor”

Enfermeira 2:

“Eu gosto mesmo da saúde pública, dessa parte de promoção de saúde, dá prevenção, do tratamento, mas dá prevenção de complicações, então eu gosto muito. O que eu vejo como dificuldade é realmente a sobrecarga de trabalho. Hoje existe toda a política de descentralização que é proposta pela lei orgânica, e nessa política de descentralização, tudo vem vindo sendo mandado para a atenção básica, para as unidades de saúde e, no entanto, não nos tem sido dado o suporte pra atender todo esse excedente de demanda. Então assim, a gente faz aquele acompanhamento através da longitudinalidade, durante o ciclo de vida da pessoa, porém, a gente esbarra nas dificuldades dentro do próprio sistema, de dar continuidade e de manter a integralidade. (...)A pessoa vem, ela é acolhida, porque aqui na estratégia de saúde da família, a gente trabalha muito com acolhimento, então aquela pessoa que nem tinha consulta agendada. Aí o paciente é direcionado para a recepção para agendar a sua endoscopia, seis meses depois e nada da endoscopia, sem vagas, solicitando, são vagas que vão pra regulação na sua maioria e nada da regulação liberar a vaga e a pessoa com problema e a médica com aquele tratamento paliativo, vamos dar um medicamento para amenizar a dor, mas vamos esperar uma confirmação com exame para gente fechar diagnóstico. A gente tenta explicar mas não entendem que a vaga é solicitada aqui, mas ela vai para uma central de regulação e essa central de regulação vai liberar a vaga, não existe esse nível de compreensão do paciente. (...) Então também existe esse fluxo mal organizado mesmo da ouvidoria. Se o paciente reclama que tá esperando há tantos meses pela vaga de exame dele e é um exame que vai ser disponibilizado pela regulação, a regulação pergunta a unidade de origem e direciona a queixa a unidade de origem.”

A organização e realização do trabalho na atenção básica configuram-se como um exemplo complexo de atenção, pois devido à visão curativa dos usuários, os profissionais precisam inicialmente desenvolver um trabalho educativo na comunidade de esclarecimentos sobre o papel da atenção básica, bem como dos outros níveis de assistência da saúde.

A educação em saúde implica em desenvolver a concepção e compreensão do que são ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde em detrimento de ações pontuais e individuais, inclusive explicitando a função dos serviços de urgência/emergência. Vale ressaltar que essa mentalidade precisa ser fortalecida

também nos profissionais da saúde, os quais muitas vezes assumem uma postura mais prescritiva e, por isso, é fundamental a realização de formação e educação continuada em saúde.

De acordo com os sujeitos entrevistados, o processo de descentralização, de a unidade gerenciar o cuidado através dos ciclos de vida, implica em uma sobrecarga de trabalho na atenção básica em saúde, devido a alguns entraves existentes no sistema de saúde local. Na medida em que a concepção de integralidade remete à

“(...) integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida”. (HARTS e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 331)

Os profissionais enfatizam a dificuldade em lidar com a fragmentação da rede sempre que necessitam utilizar os serviços de contra-referência. Nesse aspecto, a atuação da atenção básica ocorre de modo solitário e essas situações colaboram para uma desmotivação do profissional. Outra situação desgastante ocorre quando a continuidade do tratamento do paciente requer o encaminhamento dele para outro município, o que pode contribuir para a não realização do tratamento e limitar a integralidade no cuidado da saúde.

Essa situação denuncia os limites da rede de saúde local, explicitando as dificuldades em garantir uma vaga na especialidade e também nos serviços de alta complexidade, alguns inexistentes no Município. Isso implica diretamente na qualidade do serviço prestado pela atenção básica, na medida em que o serviço identifica o problema de saúde do indivíduo, contudo não consegue oferecer a conduta adequada.

“Em um sistema de saúde hierarquizado a rede básica deveria resolver pelo menos oitenta por cento dos problemas de saúde. Como os problemas de saúde variam no tempo e no espaço não haveria como definir um único modelo. A estratégia de saúde da família deveria ser adaptada aos distintos municípios conforme sua história, recursos disponíveis e quadro epidemiológico.(...) A equipe clássica deveria servir como parâmetro mínimo, isso porque a rede básica do SUS, em geral, ainda tem pequena capacidade para implementar ações de promoção e de prevenção, além de praticar clínica com eficácia baixa já que oscila entre o modelo do tipo pronto-atendimento, com acompanhamento inadequado e pontual de episódios mórbidos.” (CAMPOS, 2003, p.118)

Conforme a diretriz de atuação da ESF, os usuários adstritos no território tendem a procurar a unidade de saúde que conhece os seus problemas e história de vida quando estão passando por algum tipo de sofrimento. No entanto, em algumas situações, a atenção básica necessita do suporte do atendimento especializado que oferece uma visão mais focalizada da doença.

Nesse sentido, a especialidade poderá contribuir para aumentar a autonomia das equipes locais, capacitando-as melhor e evitando compartilhamentos desnecessários. A responsabilidade da equipe especialista pode ir além da realização de procedimentos ou consultas (Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, Ministério da Saúde, 2007). Todavia, desenvolver o cuidado do indivíduo em rede ainda se coloca como um sonho a ser alcançado.

2 Usuários hipertensos em acompanhamento regular

2.1 O usuário e as percepções sobre o seu processo de adoecimento

Antonia:

“Foi depois dos 40 que eu comecei a perceber a pressão. E às vezes também eu comecei a perceber que eu fico nervosa e aí, a pressão. O meu é do nervoso. A minha pressão é assim, se eu passar qualquer nervoso e não falar nada. Porque eu tenho esse costume ruim, eu guardo para mim. Às vezes eu não quero magoar a pessoa, eu fico quieta. Mas daí eu não quero falar nada, que eu não gostei ai quando vem a pressão já sobe. Ou então na hora que eu fico nervosa com alguma coisa que ia fazer e não fiz, não deu certo. Aí eu já fico nervosa, pronto, a pressão já dispara. Já vai para 18, e por aí, já chegou já.(...) Depois dos 40 eu comecei a sentir que passava um nervoso, eu já sentia aqui assim, uma dor incomodando na nuca, uma mal estar no peito.”

João:

“Sabe que tem os tsunamis na vida da gente, tem essas coisas que a gente recebe e não é que não estejam previstas, mas a gente não espera. Então dos maiores foi a perda familiar. Sobrecarregou o emocional, a pressão disparou, procurei psiquiatras também, para poder contornar. (...) Eu trabalhava com administração, todas as dispensas passavam na minha mão. Então aquilo, como eu falei o tsunami, sobrecarregou. Porque companheiros de serviço há 10, 15 ou 20 anos, eu tinha que dispensar. Você já imaginou qual era a minha situação? Era familiar doente, o serviço de 4.500, precisaria ficar no máximo com 600, 700 funcionários. Tudo isso daí, tem uma hora que tem que estourar em algum lugar.(...) Se você não se auto-controlar, às vezes até com medicamento, sua pressão fica alta porque você teve uma discussão na fila do caixa, você acha que aquilo está te prejudicando, então é onde você fica nervoso. E no que você fica nervoso, obviamente sua pressão vai lá para cima.”

Divina:

“É um defeito de nascença que eu tinha na válvula “orta”. “Órtica” que se fala? Nós temos três aberturas, eu tinha duas e faltava uma. E as duas começaram a calcificar. Então eu não tinha pulsação já. Eu fiz cirurgia já há 20 anos. Então a hipertensão é derivada disso. A minha mãe tinha hipertensão. Então a gente, por a minha mãe ser. A gente acaba... E eu, por causa da válvula, o médico me recomenda tomar o remédio de hipertensão para controlar, para não ter problemas. Como oscila, então é por isso. (...) O emocional meu, só se for uma coisa muito... que mexe com a pressão, mas é muito difícil. Uma agitação muito grande, senão é tranqüilo”.

Gilda:

“A minha pressão foi difícil de descobrir porque ela era descontrolada, ela era muito descontrolada. As pessoas iam medir, às vezes eu passava mal e desmaiava na rua. Eu desmaiava, aí quando ia ver a minha pressão estava alta. (...) Foi um tempão para descobrir, não conseguia descobrir. Ai depois que descobri eu comecei a fazer o tratamento. Então agora ela tá certa. Passa um tempão controlada. Agora não sei porque descontrolou um pouquinho.(...) Mas eu não sinto nada quando ela aumenta um pouquinho, eu não sinto nada.”

Os relatos dos entrevistados sugerem uma compreensão afinada sobre os processos que culminaram no aparecimento da HAS. Eles evidenciam dois motivos principais para a existência da doença, relacionada aos fatores biológicos, mas também aos aspectos emocionais.

O Sr. João relaciona a HAS às questões vividas no ambiente de trabalho. O mesmo associa o adoecimento devido às relações de trabalho, aponta ainda uma questão conjuntural, ou seja, um momento do mundo do trabalho quando empregados, pais de família, eram destituídos de seus postos de trabalho, numa empresa a que dedicaram anos da sua vida.

Já para a Dona Antonia, o aparecimento da HAS está combinado aos incômodos produzidos no cotidiano. Por discordar de comportamentos, falas e atitudes, porém, não conseguir verbalizar a sua opinião contrária. Assim, as sensações e incômodos não elaborados se transformam em “dores no corpo”. Essa é uma postura cultural associada à mulher, principalmente as de sua idade, uma atitude de submissão frente aos acontecimentos diários, mas que pode desencadear doenças.

Os sujeitos acima identificados relacionam o aparecimento da HAS a situações nas quais não podem se opor à “ordem estabelecida”. No entanto, mesmo sem condições de questionar os acontecimentos, sentem o incômodo refletido no corpo.

A percepção do processo de adoecimento ocorreu após a vivência de problemas emocionais como a perda familiar, questões de estresse relacionadas ao trabalho e, no

dia a dia, quando os usuários passam por alguma situação estressante, propiciando assim a elevação da pressão arterial.

Existem também os fatores genéticos; esses são mais difíceis de serem identificados. Nessas situações a pessoa precisa conviver com a doença já instalada.

As doenças chegam a partir da idade, como uma fatura que o indivíduo recebe de acordo com o modo como cuidou de si e de seu corpo. No caso da hipertensão arterial, quando estão em evidência os aspectos biológicos, há uma prevalência maior do sexo masculino entre 45 a 50 anos. A partir desta idade a prevalência é maior entre as mulheres. (LESSA, 1998, p.83)

2.2 O usuário e as percepções sobre o seu processo de atendimento terapêutico

Antonia:

“Passou uma moça aqui fazendo o cadastro da gente e de toda a família. (...) No postinho, eu vou lá para medir a pressão, eu pego o remédio para a pressão. Então eu ia pegar os remédios da pressão, as receitas que a médica me passa no grupo, vou no grupo todo mês. É um grupo que eles marcam no nosso cartão aqui. O grupo é as 9h, eu chego eles medem a pressão, pesa, mede a cintura e vê a altura.(...)É muito bom. Porque a gente esta se cuidando, em primeiro lugar. A gente esta se cuidando e a gente também se distrai com elas, as enfermeiras que brincam muito com a gente. E agora no dia dos idosos, nós fomos fazer um passeio lá no Bosque Maia, elas que nos convidaram. É muito bom, e olha vou te falar depois que essa unidade veio para cá, melhorou muito a minha vida.”

João:

“A agente comunitária, ela passou aqui e informou sobre os serviços. Fiz o cadastro meu, da minha esposa, da minha filha.(...) A partir de 2005, eu já estava aposentado, comecei a ir em todas as reuniões, todas as consultas, a medição, que as vezes é só medição de hipertensão, de glicose, a barriga, o peso, tudo isso daí eu vou e faço questão de acompanhar.(...) O Posto foi um dos maiores suportes que eu tive. Onde manteve os exames de sangue periódicos. Chegaram a 3,4 exames no ano. Com acompanhamento praticamente mensal.(...) Consultas com enfermeira, consultas com médica, que por sinal é uma excelente médica, ela dá toda a atenção, não tem pressa de atender. (...) Tem reuniões onde trazem nutricionista, assistente social fala. Já trouxeram professores de educação física. Nós fizemos na reunião exercício físico. Nesta última reunião que nós tivemos com a médica, ela tratou da memória, do cérebro.”

Divina:

“Passaram aqui fazendo o cadastro. (...) A menina passou, aí marcou a consulta, aqui mesmo, aqui em casa ela marcou. Aí eu fui no dia da consulta

e tudo. A doutora pediu os exames e a partir daí e fiquei indo.(...) A palestra, uma conscientização. A gente até sabe, mas foi bom. Tem pessoas que nunca tinham ido, que não faz acompanhamento, diabético, essas coisas. Mas foi bom, eu gostei. (...) Tem pessoas que nunca vão ao médico, não toma os remédios, as vezes até pega, mas não toma. Acha que o remédio de pressão toma só quando tem dor de cabeça e você tem que tomar todo dia. Essas coisas que falta esclarecimento.”

Gilda:

“Faz tempo que eu frequento o grupo, não sei quanto tempo, mas faz tempo.(...) Comecei assim, quando eu fazia controle da pressão, eu tinha que ir sempre no postinho fazer o controle.(...) Eu vou medir a pressão, vou no grupo todo mês. Medir a pressão eu não vou muito não. Mês passado que eu comecei, é uma vez por mês. E aí não fui mais, então eu to medindo a pressão de mês a mês. (...) A conversa com os enfermeiros é legal. Porque elas explicam tudo pra gente, o que a gente deve comer, o que a gente deve fazer, não fazer, comer, não comer e manda a gente fazer bastante exercício.(...)Eu sei que eu gosto do tratamento. Gosto das nossas reuniões de grupo.(...) Eu sigo, faço exercício duas vezes por semana. Eu notei que melhorei bastante, até emagreci um pouquinho porque eu era bastante gorda.”

Os sujeitos passaram a frequentar a unidade de saúde a partir da visita do agente comunitário em seus domicílios. A visita domiciliar é um diferencial das unidades de ESF, já que os profissionais fazem o mapeamento e cadastro dos usuários de acordo com a área de cobertura do serviço. Quando o Sr. João afirma que o fato de estar aposentado contribuiu para ele frequentar a unidade, indica um dos motivos pelos quais os homens no exercício da atividade laborativa não conseguem se fazer presentes nos serviços de saúde, tanto nas consultas, como nas atividades programadas.

Segundo os sujeitos, as ações oferecidas na Unidade aos portadores de HAS são o acompanhamento médico, acompanhamento de enfermagem, controle da pressão, medição de peso e glicemia, realização de exames e a inclusão de profissionais de equipe multiprofissional como assistente social, educador físico e nutricionista, visando a enriquecer o arsenal de informações e cuidado.

Nesse sentido, observa-se também que as atividades oferecidas são compostas por ações educativas em saúde, do processo de autocuidado, esclarecimento do que seja uma doença crônica, os cuidados a serem tomados, para, a partir daí, dar seguimento à vida. O usuário se apropria do conhecimento técnico oferecido pelos profissionais, para viver com mais qualidade de vida e sem dor, configurando-se assim um projeto pessoal de cuidado e zelo em sua vida singular.

De acordo com Campos, uma prática clínica renovada: *“poderia contribuir para que os indivíduos tenham relações mais produtivas e maduras com a doença, com a*

prevenção da saúde, com os profissionais, com os dispositivos tecnológicos e até mesmo com as instituições de saúde” (CAMPOS, 1997, p. 51).

Na USF Ibirajá o tratamento não fica apenas direcionado para o aspecto assistencial e de prescrição de remédio, ao contrário, envolve a reflexão acerca da mudança de hábitos alimentares, realização de atividades físicas e processo de esclarecimento sobre as doenças crônicas não transmissíveis, bem como os riscos de seu agravamento.

Existe o interesse dos usuários em seguir as orientações fornecidas pela equipe de saúde. A unidade se torna um espaço de convivência, na medida em que oferece o serviço de cuidado em saúde, mas, além disso, possibilita a interação entre a comunidade e a produção de qualidade de vida. Para BUSS, a ação que possibilita uma promoção da saúde e qualidade de vida:

“(…) consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos” (BUSS, 2000, p. 166).

Na unidade de saúde pesquisada, as ações desenvolvidas estão diretamente relacionadas ao controle da HAS e também ao cuidado de saúde. Quando se discute, por exemplo, a importância da memória e do cérebro, há inclusão de ações prazerosas de saúde, como comemorar o Dia do Idoso no Bosque Maia, sendo essa uma atividade extramuros que valoriza a circulação dos sujeitos nos espaços do município. Através do relato dos sujeitos, percebe-se que comparecer à unidade faz ressonância com a vida deles e, por isso, frequentar a unidade significa uma atividade prazerosa.

2.3 O usuário e as percepções sobre o gerenciamento dos cuidados consigo mesmo

Antonia:

“Eu sinto qualquer coisa e já vou para o médico, estou sentindo e já. (...) A gente começa a tomar o remédio, a gente tem que tomar ele certinho, do jeito que o médico passa e não pode ficar um dia sem tomar. (...) Tem dia que a gente vai no médico, a gente vai, mas antes eu ia no médico e falava pouca coisa, antes tinha vergonha de falar, de perguntar, mas agora não, agora eu acho que perturbo demais. (...) Agora eu pergunto, eu peço.”

João:

“Eu aceitei o tratamento porque ou você aceita por bem, ou depois vem as consequências. Um exemplo: a pressão alta pode causar derrame, ela pode causar infarto. Então quando você toma o remédio para a pressão tem que evitar o álcool. Eu sempre gostei de vinho... Agora dizer que o suco de uva substitui o vinho, isso é embromar (risos). (...) Falar que eu faço exercício físico, eu to mentindo. “Você tem que fazer exercício”, a médica me dá bronca, mas eu falo para ela que eu não gosto. Você fazer uma coisa que você não gostar é pior do que não fazer. Eu acho.(...) Alimentação eu tento controlar, tento. Principalmente final de semana é uma barbaridade. (...) Eu faço questão de seguir o tratamento porque eu acho que é bom para mim. Então o que a doutora falar, o que ela recomendar nas reuniões, os outros profissionais passam, é para o nosso bem, é para o nosso viver melhor ou mais. Não adianta você viver mais e não viver bem, se você não tiver saúde. Porque não adianta você ficar com 100 anos, mas 100 anos dependendo dos outros, porque isso eu acho terrível.(...) Hoje você tem informações via internet. Então você pode tirar suas dúvidas via internet. E as dúvidas que eu tenho durante o mês, eu vou anotando e na reunião, se às vezes não é a reunião do foco durante o mês, a gente pede uma pausa para falar. (...) Uma coisa que eu gravei dessas reuniões “ se você não tem tempo para cuidar da sua saúde, certamente você terá tempo para cuidar da sua doença”.(...) Agora tratar 100% acho meio difícil. De vez em quando a gente dá umas escapadas.(...) Eu acompanho nas reuniões que são passadas, e tem uma carteirinha que eu anoto.(...)Então a minha maior preocupação agora é manter os remédios e ir acompanhando o que vai poder fazer bem. Uma alimentação mais saudável, mas não pode podar tudo. (...) A gente vai saber o resultado quando fizer um exame completo de triglicérides, HDL, LDL, Urina. Ai é que você vai saber o resultado”.

Divina:

“Eu abuso um pouco em comida, às vezes. Eu gosto de pão, essas coisas. Senão eu estaria com tudo bem. Porque eu to gordinha, eu teria que perder peso. A doutora fala para eu perder peso, mas eu não gosto de adoçante, essas coisas. Mas até agora o diabete meu não desencadeou, por enquanto. Porque a gente tem na família, então ela fala que é hereditário, então provavelmente, mais para a frente, sendo gordinha... Então por isso que ela quer que a gente emagreça. Eu to tentando. Não vou dizer que eu vou conseguir, mas eu to tentando.(...) Eu posso até melhorar, mas eu falo que eu to tentando, to fazendo, o remédio eu não deixo de tomar e fazer as coisas certinhas. Só na alimentação que eu to pecando um pouco. (...) Espero não ter aquele desânimo, porque as vezes a pessoa não tem aquela coisa assim. Eu não, eu espero ter aquela consciência ainda de que eu preciso melhorar mais. Por enquanto eu to fazendo direitinho, eu quero fazer.(...) Com esse problema de válvula, se eu pegar uma infecção, eu posso ter uma rejeição. Eu sei que sou uma pessoa de risco. Eu sei! Na minha cabeça eu sei! Junto com isso tem as pessoas que pegam no meu pé, mas mesmo assim adoro doce, mas o pessoal... Eu poderia ser mais rigorosa, mas eu não estou conseguindo. Ser bem radical, mas eu não estou conseguindo. Cortei carne vermelha bastante. To comendo peixe, frango, to comendo menos pão, porque antes era pão, bolo, essas coisas. Então eu estou diminuindo, mas ainda tem aquela cabecinha de quem gosta dessas coisas, mas estou tentando. Suco eu tomo com adoçante, já diminui um pouco do açúcar. Mas é muito pouco. Então eu quero chegar la vamos ver. E pela idade também, que você sabe que 65 já tem que baixar a bola.”

Gilda:

“O colesterol que tava um pouco alto mês passado, mas a médica do postinho me passou um remédio, daí melhorei. Ontem eu fiz um exame e já baixou bastante, esta até marcado ali na minha carteirinha. (...) Não como comida salgada, as coisas que eles me ensinaram, que eu não devo comer. Eu não parei de comer, mas eu diminui. Vamos supor, igual a médica falou, se eu comia dois pães, você passa a comer um. Então eu fazia isso. Até que eu parei de vez com isso. Como pão de vez em quando. E tem esse programa “Bem Estar”, que eu assisto, que também me ensina muita coisa, para quem tem problema de pressão alta, tem essas coisas de colesterol. Eu aprendo muita coisa com esses negócios e eu vou fazendo do jeito que eles me ensinam. A nutricionista do postinho ensina e eu vou fazendo.(...) Importante para mim que eu fico com saúde, não sinto nada, graças a Deus. Para mim é bom, porque você ficar doente não é bom, sentindo dor, igual a minha vizinha ali que sente dor e ninguém é feliz com dor. Então eu me cuido para não sofrer com dor. Duas coisas que eu não gosto: de sentir dor, nem que ninguém me machuque.”

Os usuários apresentam em seus relatos as dificuldades em gerenciar o autocuidado, no que se refere ao protagonismo do sujeito frente à prevenção do agravo da doença crônica. Eles elucidam o sacrifício de viverem em constante disciplina e policiamento e o quanto isso se torna fonte de angústia. A doença crônica provoca diversas transformações em suas vidas, principalmente no ambiente familiar e no convívio social.

A maior dificuldade ocorre na alteração dos hábitos alimentares, nas substituições alimentares que não são prazerosas, nas dificuldades em seguir a dieta frente aos encontros familiares. Fora o controle alimentar, existem também as orientações para a restrição do consumo de bebidas alcoólicas e a importância de incluir na rotina diária a realização de atividades físicas, sendo essa última muito pouco citada.

Os usuários vão se adaptando à nova forma de vida e criando novas estratégias para conviverem com as limitações provocadas pelo adoecimento. Utilizam de negociação com os familiares e consigo mesmos. Os sujeitos retratam dificuldade em seguir as orientações muito severas e restritivas, então, cada um vai criando a sua maneira de se autocontrolar. Para CANGUILHEM, “a doença é, ao mesmo tempo, privação e reformulação” (CANGUILHEM, 2011, p. 130).

As orientações dos profissionais de saúde colaboram sobremaneira para o incentivo de mudança dos hábitos de vida e controle da hipertensão arterial. A realização de exames e a carteira do hipertenso contribuem como formas de vigilância de comportamento pelos adoecidos, pois através dos resultados dos exames e o controle

da carteirinha, os usuários conseguem ter um acompanhamento sistematizado sobre a manutenção da doença. Tanto que, durante a entrevista, todos os sujeitos mostraram e explicaram detalhadamente os resultados apresentados, fazendo inclusive comparativos entre a carteirinha atual e as anteriores.

Os sujeitos utilizam o repertório de informações oferecidas durante os grupos educativos da Unidade; de outro modo eles buscam outras fontes de atualização e conhecimento para aprimorar o controle da HAS, seja através da televisão pelo programa matinal “Bem Estar”, veiculado pela Rede Globo, ou da navegação na internet. Isso reflete uma atitude de autonomia, na medida em que os sujeitos buscam informações no cotidiano para complementar o auto cuidado.

Com relação à necessidade de automonitoramento dos usuários portadores de hipertensão arterial JARDIM (2001) explica:

“O paciente é mantido constantemente sob processo educativo por meio dos atendimentos individuais de cada um dos membros da equipe. Apesar desse processo contínuo, as dificuldades são grandes, e existe uma diferença entre o conhecimento a respeito do fato e a atitude em relação a ele.

As mudanças de atitudes são difíceis, lentas, envolvem aspectos culturais do indivíduo e exigem ainda maior grau de informação. Nessas condições, as atividades educativas em grupo são complementares e vão além, propiciam a cada um dos participantes constante troca de informações, favorecem o esclarecimento de dúvidas e atenuam as ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes já solucionados. O indivíduo consegue usar a experiência positiva ou negativa de um companheiro para o seu próprio processo de mudança.” (JARDIM, 2001, p. 65)

Os usuários justificam o empenho em seguir as orientações de cuidado consigo mesmo por identificarem que desta maneira conseguem viver bem e com mais qualidade de vida. Nesse sentido, mostram-se flexíveis em participar ativamente do tratamento, incorporam as informações obtidas pelos profissionais da Unidade de Saúde da Família, sendo essa uma relação dialética, pois eles também apresentam aos profissionais dúvidas, resistências e questionamentos relacionados ao processo de saúde e doença.

2.4 Construção e vivência do vínculo entre os usuários e os profissionais

Antonia:

“Depois que o postinho veio para cá, foi muito bom, mudou muito porque ajuda muito.(...) Às vezes eu vou lá e me desabafo com eles, sabe?Falo com todos. As vezes eu vou lá ate com a Dra, às vezes, eles falam para mim “Agora você tem que se acalmar”. (...) Aquela menina é demais, ela passa aqui para anotar o cartão e pergunta: “Você esta bem?”Todos lá, todos são bacanas.(...) Eu acho que é a união! A gente vai lá, vai mais pessoas, a gente se une, não vou só eu aqui do bairro, vai eu, vai o vizinho dali, vai o seu João, então a gente se conhece e a gente entre o pessoal que trabalha lá, fica também aquela união. A gente fica como uma família. Acho que a gente fica uma família esse vai e vem lá. A gente conhece todo mundo. Se eu vou pegar remédio a Dra. passa e já fala, oi, oi. E já fala o nome de todo mundo. Então é aquela união, sabe, acho que isso é muito importante. Eu penso que para mim e para elas também. E para mim mais ainda. Porque eu acho que eu tenho mais lucro com isso, com a amizade delas e o trabalho delas. Acho que tive mais a ganhar.(...) Quando a gente conhece o médico e vai pegando mais intimidade a gente tem mais liberdade de falar as coisas”

João:

“O que realmente se passou comigo, o que eu preciso do posto de saúde, do atendimento, vou, acho que 95% das reuniões de todo esse período eu faço questão de participar porque é onde eu tiro as minhas dúvidas que aparecem, é um sintoma, é alguma coisa de novidade na televisão, eu pego e anoto. (...) O bom atendimento tanto na recepção como na parte da enfermagem que é onde a gente recebe os primeiros socorros, como já aconteceu. (...) Eu confio mais no posto que no convênio. Porque o posto, desde que começou é a mesma médica, no convênio você vai um mês, esse médico já não esta, mês seguinte já não esta credenciado. Então você já passa mão de um médico, você já vai para a mão de outro. Eu tenho o convênio, mas se eu falar que uso 10% dele, não uso. Por que? Porque não tem esse vínculo que você falou, de confiança. Por que? O médico um mês é um, mês seguinte ele já desvinculou. Então você vai passando na mão de um monte de médico, em compensação no posto, você tem sempre aquela médica, aquela enfermeira chefe que te acompanha, então ela sabe como você está, ela te conhece pelo nome. No posto começa a ter aquela coisa familiar, que conhece você pelo nome, e no convênio eu sou mais um número e mais um valor que é depositado na conta deles.(...) O meu socorro que eu tenho é o posto.”

Divina:

“O vínculo, eles são esforçados. Eles querem fazer para você, então você tem que receber, porque eles são profissionais, eles estão trabalhando, eles ganham para isso, mas eles também são pessoas que são dedicadas. Você percebe, não são pessoas que estão ali e faz por fazer. Mas ali você vê o interesse, você vê o empenho. As meninas todo mês vem perguntar se você está bem, se você precisa de alguma coisa. Diferente de outro lugar que você tem que ir lá. Então eu acho mais humano. Que nem a Dra Márcia, ela cativou a gente, porque ela é super educada. Coisas que as vezes você num médico e ele é muito... você fica distante. Então ela não, ela é super solícita, se você precisar, está lá. Então por isso você também se propõe a fazer. Porque você vê o interesse da pessoa com você, então você tem que fazer a sua parte. (...) Porque se você não simpatizar com a pessoa, você já fica meio distante. Com você simpatizando com ela, com o enfermeiro, com as meninas, você acaba se sentindo bem naquele lugar. É importante. (...) Pelo menos eles falam, a doutora, o enfermeiro, eles sempre falam: “Se precisar pode vir, tem dia marcado, mas se precisar pode vir fora do dia”.”

Gilda:

“Eu peço ajuda para eles quando eu preciso de alguma coisa urgente. Eu peço ajuda para a enfermeira, para a doutora. Aí ela me passa com a doutora, muito legal. Gosto muito. (...) Eu confio neles. Eu confio neles e eles me tratam bem e por isso eu vou lá.”

Através dos relatos percebe-se que a composição e compreensão do que seria o vínculo se traduz pelo processo de atendimento personalizado, chegar ao serviço de saúde e ser reconhecido pelo nome e história de vida. Outro aspecto ocorre pela demonstração de atenção oferecida pelos profissionais, desta maneira, os entrevistados sentem-se acolhidos como pessoas.

As palavras utilizadas para definir o vínculo foram: união, família, relação de amizade, relação de confiança, cuidar com dedicação, gostar. Isso mostra a importância da relação humana no cuidado do outro. Os usuários elucidam uma ligação que vai além da estabelecida entre profissional e usuários, ao contrário, referem-se à importância de serem cuidados pelo mesmo profissional por longo período de tempo, de ter uma relação afetiva com os profissionais.

O fato dos usuários conhecerem o profissional por algum tempo contribui para eles sentirem-se mais à vontade e explicitarem mais os aspectos que os incomodam. Isso implica em apreender os aspectos subjetivos dos sujeitos que podem colaborar ao aparecimento de doenças, assim, o indivíduo passa a ser analisado em sua totalidade, diferente das intervenções baseadas na identificação de sinais/sintomas e conduta a ser tomada.

Segundo CAMPOS (1997), a relação baseada no vínculo auxilia na desconstrução dos meios diagnósticos e terapêuticos, ao contrário, colabora para o exercício do autocuidado, a produção de sujeitos autônomos, tanto os usuários como os profissionais. Implicando ainda numa maior responsabilização dos profissionais para solucionar os problemas de saúde.

Para Starfield (2002), vínculo longitudinal apresenta resultados benéficos tanto para os profissionais como para os usuários, pois:

“Ao longo do tempo, um senso de confiança no médico pode deixar os pacientes mais confortáveis para relatar informações relevantes e a responder melhor as suas recomendações. Similarmente os médicos envolvidos em

atenção longitudinal podem ser mais sensíveis a informação relativamente sutis que ajudam a esclarecer a natureza do problema do paciente. O conhecimento acumulado a respeito dos antecedentes do paciente e as experiências de doenças podem ajudar o médico a chegar a uma avaliação mais precisa do seu problema”. (STARFIELD, 2002, p. 255)

O vínculo se constrói mediante a interação entre os sujeitos, os profissionais e a comunidade, pois poder interagir com o vizinho do bairro durante as atividades de grupo colabora para a ampliação da rede social. Isso se evidencia quando a entrevistada Antonia utiliza palavras como união e família para explicar a definição de vínculo.

A unidade se coloca também como um espaço de convivência na medida em que contribui para a extensão das relações sociais entre a comunidade, sendo uma maneira eficaz de manter o idoso em atividade, contra o isolamento decorrente do processo de aposentadoria, da saída dos filhos de casa, pois esse cenário pode provocar o sentimento de inutilidade no indivíduo e, conseqüentemente, produzir uma falta de interesse em manter o cuidado consigo mesmo.

Portanto, a construção do vínculo depende de uma relação mútua:

“(…) os técnicos têm coisas a ofertar – o trabalho em saúde, o poder de autoridade sanitária-; a sociedade civil tem sofrimento e necessidades a serem atendidas. O Vínculo ressalta da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros.” (Campos, 2003, p. 28)

2.5 A relação do usuário com os Serviços de Saúde do Município

Antonia:

“Eu tinha convênio, então eu usava o convênio, eu, meus filhos e meu marido. Mas o povo da favela aqui usava o posto. Mas o povo, eu tenho convênio, eu vou pelo convênio, não vou atrapalhar as outras pessoas que precisam do posto. Agora eu estou indo mais na unidade. Eu não posso mais contar com o convênio de firma, uso tudo por aqui a partir de agora. (...) Esses dias pedi para a médica me encaminhar para o dermatologista. (...) Eu sempre comentava com a minha filha, eu vou lá no posto, sou bem atendida pela médica, pelas enfermeiras, tem os grupos e até a minha filha falava no serviço: puxa vida a minha mãe vai no Postinho e ela é bem atendida pelo SUS.”

João:

“Bom atendimento é assim, graças a Deus no SUS, como falam aí eu não sei te dizer...(…) Na televisão, o atendimento do SUS, o que é ou não é, mas no posto eu já cheguei com falta de ar, a médica não estava e a enfermeira não medicou, porque ela não pode medicar, mas ela me deu um atendimento. Então sempre que você precisa, de urgência, eu vou primeiro no posto. (...)”

Voltando a falar no convênio você é um número, no atendimento você é pessoa, pega a sua ficha lá e tem todo o acompanhamento.”

Divina:

“Não tenho convênio porque eu sou “pré-existente” é muito caro e a maioria não aceita. Então tem o risco de eu precisar de cirurgia, essas coisas.(...) Demora muito para conseguir a vaga de cardiologista, de dermatologia porque é o SUS que abre as vagas, então isso teria que melhorar. Não tem ortopedia no Hospital Padre Bento, eles vão te encaminhar para outros lugares mais longe, isso é uma falha do sistema. Então tinha que melhorar porque a gente paga imposto, todo mundo paga imposto.(...) Que aqui em Guarulhos não temos tratamento para câncer... quando for fazer quimioterapia, alguma coisa. Não temos. Tudo para São Paulo, porque aqui não tem. A unidade é pequena, fica todo mundo apertadinho. É ruim para eles trabalharem, então isso poderia melhorar.

Gilda:

“Estou tentando fazer uma operação para tirar a pedra da vesícula, até hoje. Essa semana eu fui no médico e não abriu vaga. Quando abre vaga, abre para umas 20, 23 pessoas, mas tem mais de 500 pessoas na frente. (...) A Dra., ela passou uns remédios para mim, os remédios que ela passou foram ótimos. Graças a Deus, sarou as dores que eu tava sentindo. (...) Eu fui no cardiologista, entrei e sai sem saber de nada, porque ele não falou nada para mim do exame, se eu tinha alguma coisa grave, se tinha alguma coisa. Eu acabei voltando no postinho e a Dra falou para mim que não tinha nada grave, mas que ia me marcar com outro cardiologista. (...) Quando eu vou no médico eu passo mais é raiva, porque teve um dia que eu passei no médico e ele nem olhou para mim, tenho certeza que não sabe se eu sou preta. Ele não olhou para mim em momento nenhum, nenhum! E eu ali em pé, falando com ele, e ele pegou o papel e escreveu e me entregou. Quando sai, falei para a mulherada: “quem esta aí é um médico gordo, um cavalo. Ele nem olhou na minha cara, ele não sabe que cor eu sou. Eu não vou tomar o remédio. Eu peguei, rasguei a receita e joguei no lixinho.”

Através dos relatos colhidos verificam-se as dificuldades vivenciadas no sistema de saúde municipal. Esses entraves versam sobre aspectos relacionados à contra-referência, insuficiência da rede de serviços e inexistência de serviços de alta especialidade, além das dificuldades relacionadas à relação “médico-paciente” nos outros níveis de atenção. Essas situações comprometem o princípio da integralidade presente no SUS.

Os usuários enfatizam o contentamento pelo atendimento recebido na Unidade de Saúde, no que se refere ao cuidado e a atenção oferecida pelos profissionais, reconhecimento manifesto inclusive na atitude do Sr. João, ao analisar o atendimento ofertado entre o posto de saúde e o convênio, fazer a opção pelo serviço público devido ao sentimento de pertencimento, materializado pelo vínculo com os profissionais.

Frente ao cenário apresentado, os entrevistados colocam o posto de saúde como referência nos seus cuidados, sendo esse o primeiro local a ser procurado caso haja alguma intercorrência ou agravo de doença. Assim, a Unidade Básica de Saúde assume o seu papel em ser a porta de entrada dos usuários, a reguladora do sistema de saúde do Município. Para Franco e Júnior,

“(…) A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também a ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo de saúde.” (FRANCO e JUNIOR, 2007, p.127).

No entanto, eles relatam dificuldades em circular em outros serviços, como os serviços de especialidades mediados pela contra-referência. A entrevistada Gilda evidencia essa situação quando cita a demora em conseguir a vaga para realizar uma cirurgia ambulatorial. Ou seja, a USF oferece o tratamento possível, mas quando encaminha a usuária para a especialidade, depara-se com o estrangulamento da rede de saúde para absorver as demandas identificadas.

Outra situação de queixa foi o momento em que foi atendida por um cardiologista e não recebeu as informações sobre o resultado do exame pelo referido profissional. Assim, teve que voltar ao posto de saúde, ser atendida novamente pela médica do local que a tranqüilizou, mas manteve a conduta e solicitou novamente para a usuária uma vaga de cardiologista; todavia pediu a realização da marcação com outro profissional da rede. Em se tratando de usuário portador de HAS, conforme orientação estabelecida pelo MS, o encaminhamento para a especialidade e área hospitalar se faz necessário com vistas a garantir a atenção integral ao doente quando a atenção básica não está conseguindo atingir os resultados esperados.

No entanto, mediante o ocorrido, percebe-se uma fragilidade na rede de atendimento a HAS, quando o cardiologista não realiza um atendimento satisfatório e a médica da USF necessita encaminhar a usuária a outro profissional. Essa situação evidencia as vulnerabilidades da rede, principalmente mostrando o quanto o cuidado em saúde ainda opera de modo fragmentado, não havendo a continuidade do cuidado; assim os profissionais envolvidos trabalham de forma isolada. Essa situação ilustra um dos “nós” da rede de saúde local.

“Qualquer serviço de saúde, por mais complexo que seja não consegue, sozinho, dar conta da atenção integral aos indivíduos e coletivos. Essa tarefa

depende de muitos saberes e práticas para que a clínica e a saúde coletiva se dêem de forma contínua e ampliada.” (REDES DE PRODUÇÃO DE SAUDE, 2009, p. 32)

A Sra. Gilda também ressalta a questão da relação “médico-paciente” e da importância dessa relação ser mediada pela confiança, pois quando ela foi atendida por um profissional que nem olhou para ela e fez um atendimento de modo superficial, a mesma não seguiu a conduta sugerida pelo médico e jogou no lixo a prescrição recebida. Essa foi a maneira encontrada pela usuária para manifestar a sua insatisfação e o descontentamento pelo atendimento recebido.

Nesse sentido, a pesquisada explicita várias situações vividas com a contra-referência, em que:

“Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo saúde e doença” (FRANCO e JUNIOR, p.127-128, 2007).

A pesquisada Divina identifica a ausência de referência hospitalar próxima a sua residência para o atendimento de ortopedia. Deste modo, caso necessite dessa especialidade em situação de urgência deverá se deslocar para hospitais mais distantes da cidade. Aqui aparecem as dificuldades relacionadas ao processo de descentralização, pois houve uma ampliação da atenção básica, entretanto, os serviços de média e alta complexidade não receberam o mesmo investimento.

Outra situação que lhe causa consternação se refere ao fato do Município não oferecer um serviço local para o tratamento de câncer, sendo assim, quando qualquer paciente de Guarulhos necessitar de um acompanhamento oncológico será encaminhado para outros Municípios como São Paulo ou Mogi das Cruzes. Essas vagas são garantidas através dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), todavia, um município com o porte de Guarulhos deveria oferecer um serviço especializado para o tratamento oncológico – reivindicação, inclusive, constante nas Conferências Municipais de Saúde.

3 Usuários em acompanhamento irregular

3.1 O usuário e as percepções sobre o seu processo de adoecimento

Everaldo:

“Tenho erisipela, tenho colesterol alto, tenho início de trombose e acho que estou fazendo tratamento para o coração. (...) Eu sou torneiro revólver e operador de touro automático. Não tenho mais condições de trabalho, o dono já falou isso para mim, se eu voltar lá, eu não tenho mais condições de trabalhar no serviço que eu fazia. (...) Pressão muito alta, muito alta, 19 por 24, 18 por 20, quase igualando um com o outro. Comecei a fazer o tratamento até que a Dra. me afastou. Agora estou no INSS. Não sei, parece que vai sair a aposentadoria por invalidez. Parece que quando a gente encosta aparece mais doença (...) Eu sou nervoso, muito nervoso, qualquer coisinha, começo a conversar já fico nervoso.(...) Minha pressão é alta por causa do peso também. Acho que ela não volta mais 12 por 8, só se eu emagrecer, só se eu arrancar as banhas todas. Eu era doador de sangue, não sou mais”

Lúcia:

“Esses dias a bicha tava alta, porque eu senti... Isso aqui tava parecendo um nariz de palhaço. (...) O nariz parece que está crescendo, minha boca parece que está formigando. Aquela dor aqui forte, na nuca. (...) Aí eu sei que está alta só por causa disso. Meu nariz, entendeu? E as vezes está alta e não sinto nada. (...) Eu já sou nervosa de natureza. De eu não ta dando conta do meu serviço, eu já fico nervosa, só de eu não dar conta. É muito serviço, até demais. Olha, eu costuro, faço meus tapetinhos para vender, conserto roupa para fora, lavo roupa para fora, passo roupa para fora, não dá tempo nem de limpar minha casa, levo os meninos na escola, busco os meninos na escola, busco os meninos na creche. Sozinha. Aí eu fico nervosa.”

Matias:

“Eu acho que a questão da saúde veio mais em função da herança. Porque minha mãe, minha vó... Todo mundo tem um histórico meio ruinzinho. Eu acabei herdando isso aí. A pressão veio e eu contribui também, porque na rua eu só comia tranqueira, só porcaria e refrigerante. E tudo foi contribuindo. (...) Nos altos e baixos da vida, acabei sendo sorteado pelos baixos da vida e hoje em dia eu sou motorista de caminhão. Não sei porque não aconteceu nada comigo, graças a Deus. Quando nós tomamos conhecimento eu tinha uns 30 anos. A pressão é silenciosa. Porque teve vezes de medir, tava 22 por 18, 20 por 15, coisa extraordinária. Mas sem sentir nada.”

Pelo relato dos entrevistados é possível identificar uma ausência de maiores esclarecimentos sobre as circunstâncias que os levaram a adquirir a hipertensão. Eles sugerem uma correlação com a questão de hereditariedade, obesidade e consumo de alimentação inadequada.

O nervosismo pode ser identificado como uma característica que favorece a presença da HAS. Assim, existe uma correlação entre o modo de conduzir a vida e o processo de adoecimento. As situações que colaboram para o estresse, ou nervosismo, como foi verbalizado pelos sujeitos, referem-se a, por exemplo, não dar conta dos

afazeres domésticos, sobrecarga emocional por ter que fazer tudo sozinha, dificuldade em lidar com os senões da vida e ficar nervoso por qualquer motivo.

“Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam no desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos.” (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.19).

A entrevistada Lúcia enfatiza a necessidade de priorizar o cuidado com os netos e a importância de realizar as atividades laborativas, em prejuízo do cuidado consigo mesma. O fato de ser a responsável pela família faz com que ela não disponha de tempo para cuidar de sua saúde. Em se tratando da mulher que divide a sua rotina entre o trabalho doméstico e remunerado, SARTI (2005) argumenta:

“(...) o sentido do trabalho feminino subordinado as obrigações familiares, que vem em primeiro lugar para a mulher, pode, por essa mesma razão justificar essa atividade e levar a gratificação de saber que, pelo seu trabalho, a mulher verá os seus filhos vestidos, a comida na mesa, a família bem alimentada.” (SARTI, 2007, p.100)

No caso do Sr. Matias, ele não utiliza a palavra “nervoso”, entretanto, sugere que pelos processos de altos e baixos da vida ele ficou com a parte “baixa”. O mesmo também se refere à prática de realizar as refeições fora de casa, sem se preocupar com a qualidade dos alimentos, como fator que contribuiu para o desenvolvimento da doença.

Sendo assim, a variedade de acontecimentos gerados durante os modos de produção da vida colaboram para o processo de adoecimento dos sujeitos, sejam eles relacionados às questões de trabalho e ou ao temperamento pessoal.

Aparece nos discursos do Sr. Everaldo e do Sr. Matias um posicionamento de vítima em relação aos acontecimentos da vida. Matias associa a doença aos fatores negativos que lhe foram impostos pela vida e também pela herança genética ruim. O Sr. Everaldo reflete ainda sobre as perdas relacionadas ao surgimento da doença, ou seja, a perda de sua função social. No entanto, não consegue se perceber como protagonista, ao contrário, apresenta um discurso de fracassado.

O tempo de convivência com a doença colabora para identificar quando a pressão está alterada, na medida em que se torna possível perceber as sensações produzidas no corpo. Todavia, a doença também se manifesta de modo silencioso e

assintomático, pois já averiguaram a alteração da pressão, sem apresentarem os sintomas característicos, o que configura em grande risco, pois:

“(…) as pressões anormalmente elevadas que cursam na maioria das vezes de modo assintomático, repercutem lenta e progressivamente sobre os tecidos dos chamados órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, retina e vasos periféricos), determinando as clássicas complicações da hipertensão arterial.” (LESSA, 1998, p.80)

Em relação à ausência de percepção do adoecimento do corpo, CANGUILHEN (2011, p. 53) explicita: *“o estado de saúde para o indivíduo, é a inconsciência de seu próprio corpo. Inversamente, tem-se a consciência do corpo pela sensação dos limites, das ameaças, dos obstáculos à saúde”*.

3.2 O usuário e as percepções sobre o seu processo de atendimento terapêutico

Everaldo:

“É isso, to fazendo o tratamento, to tomando o medicamento, acho que agora até o fim da morte tem que tomar esses remédios. (...) No grupo faz uns 06 meses que eu não vou, mas de vez em quando eu vou lá medir a minha pressão. (...) Minha perna era inchadona, não é mais, to me tratando. Se não fosse bom, uma médica boa eu já estava morto. (...) Eu não estou indo lá, não tenho ninguém por mim, minha mulher estava doente, como eu vou lá? (...) Vou lá desde o início, tenho um monte de papel, de tratamento que eu fiz. (...) Acompanhamento eu vou lá, uma vez ou duas vezes, eu passo pela médica. Não precisa ficar passando toda vez com ela, tenho que tomar meu remédio, fazer o tratamento, minha coleta de sangue. (...) Eu vou lá no posto: “senta aí”, vou medir a pressão, furar o dedo, entra na sala e vejo o pessoal conversando. Eu não vou ficar nervoso? Eu pego, viro as costas e vou embora.”

Lúcia:

“Foi a ACS que passou, ai fizeram o meu cartão. (...) Mesmo eu não gostando de médico, lá eu não tenho do que reclamar, de ninguém. (...) A médica só fala que eu tenho que me cuidar. Tomar o remédio direitinho, passar nas consultas. (...) Concordar eu concordo. A única coisa que eu não concordo com ela que ela falou que eu tinha que fazer papanicolau e aquele... mamografia. Daí eu falei: Não adianta que eu não faço, não. Pediu para eu fazer exame de sangue, eu fiz. Fazer o eletro eu fiz. Mas a mamografia e o papanicolau eu não faço. (...) Já tem 27 anos que não faço e tenho vergonha também. (...) Eu não participo de nada. Eu só vou naquele postinho para passar no médico, só isso. Não participo de nada, de nada. (...) Eu acho que lá não tem nada para melhorar, porque aqui tem dentista, tem psicóloga, fono que eu to passando meu neto. (...) Nunca aconteceu nada assim de eu não entender. Quando foi passar o remédio da pressão, ela falou: “toma um de manhã e um a noite”. Só isso, eu pego lá mesmo. Quem da o remédio, já explica. Nunca aconteceu problema assim de eu não entender não.”

Matias:

“Foi a Enfermeira 2 que começou todo o processo de vir visitar a minha mãe que é de cama e por conta acabou me conhecendo e me colocando nesse programa. Eu acabei entrando por causa da minha esposa. Minha esposa conversando, pedindo informação, alguma orientação, comentou do meu problema de pressão. Eles se interessaram de me acompanhar. Começaram uma conversa comigo. A Enfa 2 tomou a frente de tudo, me encaminhou, marcou uma consulta, conseguiu exame, conseguiu tudo para mim. Quando começou eu tava relaxado no meu cuidado com a pressão. Mas depois elas vindo aqui facilitou demais, então não perdi mais a chance de pelo menos cuidar da pressão. Os exames como eu te falei, eu acabei perdendo duas chances de fazer por causa do serviço. (...) Vou só na consulta, não frequento nenhum grupo não. Elas tinham a intenção de me passar em algum grupo com a nutricionista e com a psicóloga, eu acho. Mas não chegou a ser marcado não, mesmo porque eu não fui lá também, não dei o acompanhamento direitinho nem com a Dra. Márcia, que dirá nos grupos. Então essa parte é culpa até minha pela falta de condição de ir lá as vezes e até de interesse”.

Os usuários se referem ao tratamento e controle da hipertensão pelo atendimento médico e utilização de medicamentos, não explicitam a necessidade de mudança no estilo de vida, seja pela realização de atividades físicas ou mudança no padrão alimentar.

É como se o indivíduo não conseguisse se perceber como alguém portador de doença crônica e, por isso, não precisasse seguir as orientações em saúde. Há uma dissociação entre as atitudes tomadas e o processo de adoecimento do corpo. O corpo possui uma forma “abstrata”, como se não houvesse um limite suportável.

Outro aspecto notável é que eles não participam das atividades grupais realizadas na unidade, nem realizam acompanhamento com a equipe multiprofissional, como nutricionista ou psicólogo; essas atitudes são justificadas pela falta de interesse pessoal, tempo, outras prioridades decorrentes da vida e paciência para aguardar o atendimento na unidade.

Existe uma dificuldade em se adaptar às regras institucionais de seguir em acompanhamento individual, mas também nas atividades grupais. O hipertenso é um indivíduo que resiste, é alguém que do seu modo está sempre resistindo, mantém-se em guerra e está sempre relutando, encontrando maneiras de contrariar (THALENBERG, apud PIERIN, 2001).

A pesquisada Lúcia recusa-se a fazer exames ginecológicos, mesmo com insistência e orientação dos profissionais. A mesma prefere utilizar serviços variados da unidade, como atendimento odontológico, fonoaudiológico e psicológico a fim de

cuidar do neto, todavia, não utiliza os serviços oferecidos para cuidar de si mesma. Percebe-se aqui um processo de baixa autoestima no cuidado consigo mesma, pois a usuária se recusa em acompanhar a HAS, mas também não se permite ser cuidada no que se refere à saúde da mulher.

Através do trabalho de busca ativa realizado pelos profissionais da unidade, é possível captar novos usuários do território para a inclusão no Programa de Hipertensos, agilizando as consultas médicas, de enfermagem e realização de exames, sendo essa uma prerrogativa da ESF. No entanto, em muitos casos as orientações não são seguidas como foi apontado pelos sujeitos entrevistados. Essa situação inviabiliza o cuidado da HAS, porque:

“Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados da pressão arterial.” (HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2006, p. 07).

3.3 O usuário e as percepções sobre o gerenciamento dos seus cuidados consigo mesmo

Everaldo:

“O meu tratamento é tomar os remédios, um dia sim, um dia não, fazer o cateterismo e medir a pressão. (...) Eu tomo os meus remédios, eu tenho o aparelho.(...) Mas isso aí não tem jeito, emagrecer eu não emagreço. Não tem como emagrecer. Eu já fiz de tudo, comer salada, ficar sem comer na madrugada, o estômago roncar. Chega na madrugada eu não consigo dormir, o estômago fazendo barulho, aí eu tenho que levantar para comer, não consigo. (...) Eu como arroz, feijão. Fazer o que, eu não como na janta. Eu como salada na janta, aí chega na madrugada não tem nada dentro do estômago. Aí tem que comer, fazer o que? To com fome.(...) Não bebo, não fumo, não tenho vício. (...) Não bebo, só vendo. É engraçado, porque eu bebia, quando não tinha bar. Agora eu tenho bar e não bebo. (...) Gordura, comida forte que eu não como mais, nem carne de porco eu como. Costela, eu gostava de costela, carne gorda. Agora eu parei. Tenho que me tratar. (...) Tenho que tomar o medicamento e comer pouco. (...) Eu não como muito. Eu como assim, eu almoço, 15h eu acho que tem que tomar um café, comer um pão, procuro não comer muito, quem gosta de mim, sou eu. (...) Eu vejo a pressão. Tá boa, eu não vou anotar, não precisa anotar. Nunca está boa, nunca está. (...) Não estava baixando a minha pressão. Minha pressão tava alta, aí tava tomando 02 desse genérico. Dois eu tomo dois desse aqui depois do almoço para afinar o sangue. Tomo 2 captopril, 2 genérico para abaixar a

pressão. Só assim para abaixar. Se não, não abaixa. Eu tive que dar uma mexida, se tomar um não abaixa não, a não ser se colocar um chumbo para ver se abaixa a pressão. Então eu já tomo logo dois para ver se abaixa a pressão.”

Lúcia:

“Fumo, bebo. Tem dias que esqueço de tomar o remédio, passo 15 dias sem tomar o remédio da pressão. (...) Eu esqueço e quando eu quero beber então, aí eu não tomo mesmo. Hoje ainda não tomei. Agora que eu lembrei que ia tomar. É que eu esqueço, esquecidinha. (...) Outro dia o rosto estava queimando, eu rapidinho tomei dois. Mais tarde, tomei mais dois, aí melhorei. (...) Esqueço que tem consulta, quando tem consulta esqueço de ir. Era para eu fazer caminhada, não tenho tempo. (...) A hipertensão dá derrame, dá infarte, mas no dia que me der vai ser de uma vez. Eu não vou ficar encima de uma cama não. Tenho certeza que um dia que me der um derrame, um infarte, já o primeiro eu vou. (...) Eu tenho certeza porque minha mãe quando deu um enfarte nela o primeiro foi, meu avô, a minha avó ainda deu primeiro, segundo, no terceiro ela... (...) É de sangue, eu tenho certeza porque eu já estou começando a ficar fraca. Antigamente eu era mais forte para conseguir fazer as coisas. Agora já não estou agüentando mais, da canseira, canseira. Eu sei que no dia que der... (...) Eu vou ver se consigo não esquecer mais de tomar o remédio. Vou ver o que eu posso fazer comigo mesmo. Eu acho que já vivi muito e minha vida foi mais para sofrer. Nunca tive muita coisa boa na minha vida não. (...) A única coisa que eu não posso tomar, que minha pressão sobe mesmo, é se eu tomar vinho. Aí eu parei, vinho eu não tomo não. Uma cachacinha para quebrar o cheiro da outra eu tomo. Agora se eu tomar vinho a bicha sobe mesmo. Agora cervejinha não faz mal não. Ontem eu tomei umas 10, não ontem eu tomei mais de 10 latinhas, sozinha. É gostoso demais, aí eu durmo. Aí eu falo: “Meu Deus do céu, o dia que eu durmo mais gostoso é quando eu bebo”, eu durmo, apago de uma vez”.

Matias:

“Eu sou o machão, eu tenho que deixar a minha casa em ordem e andar de cabeça erguida, não tenho tempo para me cuidar. (...) Eu sou muito descuidado comigo, embora o remedinho da pressão, todo dia eu tomo de acordo com a prescrição médica, então eu tomo minhas dosagens certinhas todo dia. Mas nunca tenho tempo para fazer o exame de sangue. (...) Entre um exame e chegar no serviço no horário certo, eu prefiro chegar no serviço do que fazer o exame. E o remedinho ela busca para mim, eu tomo o remedinho da pressão e esta bom. Eu tenho o aparelhinho em casa e não tenho sentido nada. (...) Até que nada aconteça esta indo tudo bem e infelizmente essa é a realidade. Se dependesse da minha esposa, ela procura marcar tudo, correr atrás e eu acabo ate brigando com ela: “Mas por que você marcou? “Eu não vou.” Não dá para ir, hoje eu não posso porque a cabeça fica voltada para o serviço, voltada para as necessidades. Não fico pensando em mim. (...) Nesse trabalho eu estou comendo na rua, mas pretendo levar de casa. (...) Uma vez o médico falou se eu andava, eu falei assim: “ando muito, tem dia que ando 600 quilômetros, no caminhão”. (...) Tenho um pouco de falta de vergonha de me cuidar, muita cara de pau, mas a verdade é essa.”

A compreensão do autocuidado se faz pela utilização dos medicamentos; mais uma vez se percebe que não há uma alteração acerca dos hábitos de vida relacionados à

realização de atividades físicas e controle mais efetivo da alimentação. Os entrevistados afirmam a dificuldade em seguir uma reeducação alimentar, seja pela diminuição da quantidade de alimentos, controle dos horários ou impossibilidade de realizar as refeições no domicílio justificada pela questão do trabalho.

O controle da HAS está diretamente relacionado ao controle dos aspectos ligados ao estilo de vida, como evidencia Lessa (1998):

“O estilo de vida compreende hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupos. Incluem-se entre eles: tabagismo, padrões inadequados de consumo (calorias, álcool, sódio, potássio, medicações, etc.), inatividade física, não utilização dos serviços de saúde, etc. No estilo de vida pressupõe-se que o indivíduo tenha controle dos seus hábitos e atitudes.” (LESSA, 1998, p. 36)

O Sr. Everaldo mostra, ainda, uma compreensão inadequada sobre o gerenciamento do seu cuidado quando se refere à realização de cateterismo, sendo esse um procedimento realizado apenas por indicação médica, e tomar a medicação dia sim, dia não.

Embora ele afirme durante a entrevista realizar as orientações médicas adequadamente, ele não observa a melhora em seu quadro de saúde, como por exemplo, o fato da pressão ao ser medida nunca apresentar os níveis satisfatórios, o que lhe provoca certo desânimo. No entanto, com relação ao medicamento, quando a pesquisadora desligou o gravador ele afirmou que “mexe” na quantidade de medicamentos, toma uma quantidade maior por conta própria, pois do contrário, estaria morto.

Aqui existe uma crença nos resultados do remédio como se a sua utilização fosse a única responsável para controlar a HAS. Assim, o usuário exime-se de sua responsabilidade no controle dos níveis pressóricos.

“A(s) razão (ões) do fracasso terapêutico representa(m) um grande desafio para médicos e epidemiologistas. Médicos e pacientes frequentemente discordam quanto ao responsável por esse fato. Em geral, os médicos acreditam que o fracasso terapêutico deu-se porque os pacientes, principalmente, não aderiram ao tratamento. Por outro lado, os pacientes creditam o mau controle pressórico à insuficiente eficácia do medicamento ou, secundariamente, aos seus efeitos adversos.” (OIGMAN, 2001, p. 38)

Os usuários desse grupo não realizam as orientações relacionadas às atividades coletivas e educativas. Eles justificam a ausência de cuidados consigo mesmo devido à

necessidade de assumir a responsabilidade de assistir outras pessoas da família. Como por exemplo, a necessidade de cuidar da esposa doente, a importância de arcar com as necessidades financeiras, o papel do homem como provedor familiar. Para SARTI (2005),

“Na moral do homem, ser *homem forte para trabalhar* é condição necessária. (...) À moral do homem, que tem *força e disposição para trabalhar*, articula-se a moral do provedor, *que traz dinheiro para dentro de casa*, imbricando-se para definir a autoridade masculina e entrelaçando o sentido de trabalho a família”. (SARTI, 2005, p.95)

Outro aspecto se refere ao fato da entrevistada afirmar a suspensão de medicamentos, principalmente nos finais de semana que pretende fazer a ingestão de bebida alcoólica. Toma cuidado apenas com a ingestão de vinho, pois percebe a elevação da pressão quando toma esse tipo de bebida alcoólica. Segundo LESSA (1998), consumo excessivo de calorias e de bebidas alcoólicas se configura como um dos principais fatores de risco para a HA.

A mesma sugere ‘ser esquecida’ e tomar a medicação apenas quando apresenta algum mal estar. Justifica a ausência de cuidados consigo mesma por nunca ter vivido nada de bom em sua vida, ao contrário, ter a vida marcada por muito sofrimento. A entrevistada Lúcia expõe claramente que não vai realizar mudanças na sua vida para o controle da doença. No que se refere ao controle da HAS:

“Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos. (HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2006, p. 07)

Em paralelo, temos o entrevistado Matias que, mesmo recebendo o incentivo da esposa para gerenciar os seus cuidados, ainda briga com ela, quando a mesma insiste que ele siga as orientações e controle dos exames conforme orientação dos profissionais de saúde. Aqui o Sr. Matias explicita de uma maneira que remete a certa culpa em não participar das atividades na unidade, todavia, o processo do autocuidado implica em ser co-responsável no seu processo saúde-doença.

Os sujeitos apresentam uma grande dificuldade em seguir as orientações necessárias aos portadores de doença crônica que requerem mudanças no estilo de vida. Fica evidente, através dos relatos, uma falta de instrução, mesmo quando apresentam o conhecimento dos riscos que a doença pode desencadear, mas fazem a opção de seguir a vida e as orientações à maneira deles, sem o compromisso em mudar o comportamento, as atitudes e seguir as orientações oferecidas pelos profissionais da unidade de saúde.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto nacional de Saúde dos Estados Unidos, entre 1977 e 1987, revelou que:

“As barreiras mais frequentes que contribuíram para o fracasso terapêutico foram: dificuldade em mudança no estilo de vida (p. ex., redução de peso), incapacidade dos pacientes em cumprir e/ou compreender ordens médicas, custo de consultas e dos remédios, além dos efeitos colaterais.” (OIGMAN, 2001, p. 38).

No relato dos sujeitos ficou evidente a resistência em seguir as orientações oferecidas na USF Ibirajá. Apesar de todas as dificuldades vivenciadas pelo SUS, o cidadão brasileiro tem a garantia de acesso aos medicamentos e insumos para hipertensão arterial e diabetes mellitus, tendo como base a Política de Assistência Farmacêutica do SUS, conforme a Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Entretanto, há situações em que os medicamentos não são disponibilizados pelo município, implicando na qualidade e continuidade da assistência.

3.4 Construção e vivência do vínculo entre os usuários e os profissionais

Everaldo:

“O vínculo mesmo é só eu. O vínculo com essa UBS é só eu. Eu e minha mulher, ela acabou de vir de lá. Era para eles vir aqui porque ela operou e elas falaram: “ah, não precisa ir lá não”. Nasce uma criança aqui e eles vêm ver. Custava vir ver ela aqui? Que tirou o útero, o ovário. Umas coisas ai que me deixa meio nervoso. Só isso (...) A doutora é a minha doutora que me afastou, eu conversei com ela. Falo um monte de coisa para ela, como eu me sinto, que eu não sinto, quando eu estou bem, quando não estou. Eu estava sentindo umas dores no coração. (...) Eu não gosto de ficar passando a minha história de vida para ninguém não. (...) Eu falo para a minha agente. Para a ACS eu falo e para a doutora eu falo. Mas para mais não, já sabem até demais.”

Lúcia:

“Eu não gosto muito de falar não. Da minha vida eu começo a falar, mas não gosto muito não. Chega. (...) Mas de lá, a única pessoa de lá, daqueles funcionários que eu tenho mais assim é a ACS. As outras nem sei o nome direito. E a Doutora só. (...) Vou no posto só para pegar o remédio de pressão e passar na médica. E agora estou levando o menino na fono e na psicóloga.”

Matias:

“É como se fosse uma amizade perfeita. Porque o único interesse que elas demonstraram, foi de me ajudar e não pediram nada em troca. E lá, elas vieram, sem saber quem eu era, me fizeram perguntas, puderam falar alguma coisa de imediato a meu próprio respeito. Me ofereceram ajuda, que é o tratamento médico. Me serviu muito bem e pronto. Então foi assim o vínculo que eu vi, porque a minha esposa pode se aproveitar também desses atendimentos, de alguma forma, com algum exame para ela, para os meus filhos, para o tratamento dentário deles três. Saiu tudo dali, daquele postinho, da UBS ali. E foi uma coisa muito legal, um vínculo muito interessante. De repente, do nada apareceu e nos ajudou muito. A gente não imaginava que existisse isso, que quando se fala em atendimento público, já pensa numa porqueira. E não foi assim que aconteceu, nós fomos muito bem tratados.”

Os usuários entrevistados referem-se à utilização dos serviços de saúde de modo vertical, ou seja, modelo curativo (consulta, exame, medicamento), pois não demonstram interação com os profissionais da Unidade, mesmo considerando satisfatório o atendimento.

Essa situação indica que o vínculo fica comprometido quando o usuário não se responsabiliza pelo seu cuidado ativamente, então, para não receber as “cobranças” da equipe de saúde, ele assume uma postura mais distante e utiliza o serviço de saúde apenas para a realização de necessidades pontuais, como passar em consultas médicas para aquisição de receitas e retirada de medicamento. Para PIERIN (2001, p.27), “a cronicidade da doença e ausência de sintomas específicos, bem como complicações em longo prazo, exercem influência no processo de adesão”.

Ainda, de acordo com CANGUILHEM:

“A saúde é um conjunto de seguranças e seguros (...), seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro. Assim, como há um seguro psicológico que não representa presunção, há um seguro biológico que não representa excesso, e que é saúde. A saúde é um guia regulador das possibilidades de reação.” (CANGUILHEM, 2011, p.140).

Outro aspecto foi a falta de vontade de compartilhar os seus problemas pessoais com a equipe de saúde e por esse motivo o usuário acaba não conversando com os profissionais. Fica evidente a resistência do usuário portador de HAS quando ele não se

compromete com as mudanças necessárias para a obtenção de uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, não existe a produção de vínculo, pois isso implica na relação entre dois protagonistas e não apenas de um indivíduo. Para CAMPOS (1997),

“A ideia do vínculo prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como a noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Ou seja, só há vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do paciente à condição de sujeito que fala e deseja e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas.”(CAMPOS, 1997, P. 53)

4 Significados da construção do vínculo com a ESF na Unidade Ibirajá

Mediante a apresentação das narrativas foi possível depreender a construção do vínculo, ou seja, desvelar o significado desses vínculos na relação saúde, doença, cuidado e produção de vida. O vínculo constitui-se à medida que o usuário frequenta a unidade, acompanha com os profissionais e circula pelos serviços de saúde do município. Essa relação é tecida no reconhecimento dos usuários como portadores de doenças crônicas, os quais necessitam de acompanhamento regular.

No que se refere aos profissionais, existe um entendimento de que a atenção básica realiza o acompanhamento satisfatoriamente. Para eles, a construção de vínculo se faz em captar o indivíduo portador de HAS para realizar o tratamento continuado na unidade. Dessa maneira, ocorre a materialização do vínculo, favorecendo futuramente a construção de autonomia dos usuários e melhoria de qualidade de vida.

Quando o usuário se vincula à Unidade, os profissionais conseguem ampliar o entendimento da função da atenção básica, desconstruindo a cultura hospitalocêntrica, em cuja dependência o usuário procura o serviço apenas quando apresenta algum agravo de saúde. Nesse sentido, a USF consegue se colocar como a porta de entrada do serviço de saúde, pois ao realizar um tratamento e acompanhamento regular, o usuário vincula-se aos profissionais e, através da relação de confiança, faz-se presente a produção do cuidado continuado.

No entanto, o trabalho pautado na construção de vínculo também apresenta alguns dilemas. A atuação profissional baseada no vínculo, ou seja, no reconhecimento das necessidades dos usuários implica numa sobrecarga emocional do trabalhador da

saúde, principalmente quando o sofrimento dos usuários está relacionado a fatores sociais, econômicos, quando os trabalhadores sentem-se incapazes de desenvolver algum tipo de intervenção ou quando o profissional generalista apresenta dúvidas na investigação prognóstica, o que implicará na conduta terapêutica a ser indicada.

Os profissionais sentem-se frustrados quando utilizam todo o arsenal de conhecimento e ainda assim não conseguem modificar padrões comportamentais, voltados para a co-responsabilidade do sujeito; essa situação se torna ainda mais difícil quando eles acompanham o agravamento da doença dos sujeitos atendidos.

A equipe de saúde percebe, ainda, a ausência de vínculos com a rede complementar de saúde; assim o profissional da atenção básica propõe uma aproximação com os serviços especializados e hospitalares para que haja uma complementaridade no cuidado do indivíduo, ampliando os laços terapêuticos no cuidado com os usuários.

Entretanto, notou-se a ausência de autoquestionamento por parte dos profissionais com relação aos usuários que apresentam vínculo insatisfatório. É como se as orientações técnicas, a insistência dos profissionais, fossem suficientes para “conquistar” os usuários.

Quando se refere a vínculo, faz-se premente pensar na importância em desenvolver a sensibilidade para captar as reais necessidades do usuário, pois somente desse modo serão alcançados resultados satisfatórios no processo saúde-doença.

Em relação aos usuários com acompanhamento regular, o vínculo se configura como um laço, ou seja, como aquilo que une os usuários à Unidade. Sentem-se cuidados e acolhidos. Procuram a unidade quando apresentam qualquer problema de saúde, assim, a unidade consegue desempenhar satisfatoriamente o seu papel, quando atua como a protagonista no cuidado dos sujeitos.

A relação é mediada pelo processo assistencial, terapêutico, mas também através das ações educativas que fazem sentido na vida dos sujeitos. Deste modo, a relação é levada para a vida cotidiana, seja através das orientações relacionadas não somente com a doença, mas também com o processo de cuidado e desvelo com a vida.

Os usuários sentem-se atendidos em suas necessidades, quando são acolhidos pelos profissionais de saúde frente a qualquer necessidade, tanto que referem orientação para procurarem a unidade mesmo se estiverem fora do horário de atendimento.

Para esses sujeitos o vínculo se constrói numa relação objetiva e subjetiva. Objetiva ao seguir as orientações adequadas para o tratamento da doença, fazer o acompanhamento; estar em contato com as pessoas e comunidade; corresponder às cobranças das famílias com relação ao autocuidado - uma relação assistencial e coletiva. Subjetiva, no que se refere à importância que o indivíduo imprime no cuidado consigo mesmo, pois implica em estabelecer regras internas, negociação consigo mesmo para controlar a doença e alcançar resultados satisfatórios.

Todos os usuários com vínculo satisfatório ressaltam a preocupação dos familiares em fazer a manutenção do cuidado com a saúde – o vínculo é permeado pelas relações familiares – e depois se estende para os profissionais. Uma extensão de ser olhado, de ser cuidado e reconhecido como sujeito.

Apenas a Sra. Gilda apresenta-se como alguém que não identifica um familiar para cuidar dela. Ela encontrou recursos pessoais, internos, para cuidar de si, enfatizando que não quer sentir dor física e, por isso, se cuida.

Os usuários com vínculo satisfatório negociam, lidam com a doença de modo a conviver com as limitações impostas, mas encontrando maneiras e alternativas de controlar os efeitos nefastos da doença. O autocontrole e o policiamento com a doença implica em olhar para si a todo momento, bem como conviver com as fragilidades inerentes ao corpo.

Nos usuários com vínculo insatisfatório é possível perceber a inexistência de vínculo, ou fragilidade nessa relação, uma vez que os usuários não se comprometem com o processo de autocuidado.

Identifica-se, pelos relatos, uma baixa tolerância emocional, postura rígida, personalidade resistente e nervosa. Eles procuram a unidade para resolver questões pontuais e se recusam a realizar acompanhamento nas atividades coletivas. Nenhum dos usuários colocou alguma situação de desagrado ou incômodo com a Unidade. A opção em não seguir o tratamento em sua totalidade se refere a aspectos pessoais.

Eles não conseguem estabelecer esse contato subjetivo do autocuidado. Assim, se relacionam com a USF através de uma relação superficial e imediatista. Na relação subjetiva individual, vivem conforme a sua vontade pessoal, pelo prazer de comer a qualquer hora ou de fazer uso de cigarro e bebida alcoólica

A percepção sobre o adoecimento pela HAS ocorre pelas sensações de dores, nos incômodos sentidos através do corpo.

A entrevistada Lúcia apresenta uma vida sofrida e fragilizada. Sempre cuidou dos filhos sozinha. Sente-se responsável pelo cuidado e custeio dos netos. Assume a responsabilidade do cuidado e, por isso, fica inviável cuidar de si.

Não se sente acolhida pelos familiares; nas poucas vezes que tenta conversar, sente-se tolhida pelos parentes - situação que aumenta a sua raiva. É como se o velado, as emoções não pudessem ser verbalizadas.

Como alguém que nunca se sentiu cuidada, nunca ninguém a valorizou pode compreender o valor de cuidar de si e de sua saúde? Alguém que durante toda a sua formação conviveu com a privação, dor e sofrimento vai encontrar motivo para cuidar de si? Não aparecem pessoas que a ajudem a cuidar de si mesma, a não ser os profissionais de saúde; mas será que eles conhecem suas dificuldades e sofrimentos emocionais? Nesse caso, a bebida, remete a algo que lhe oferece prazer. “Dorme bem quando faz uso de bebida”, sendo este um veículo para aliviar a dor e o sofrimento da vida.

O grupo de sujeitos em acompanhamento irregular mostra-se intransigente, rígido, constituído por pessoas que se estressam facilmente, principalmente quando as coisas não saem conforme o planejado.

O Sr. Everaldo ressalta insatisfações no atendimento da USF, como demora no atendimento e ausência de visitas domiciliares. Coloca o processo de adoecimento como algo estanque, de fora; havia um sentimento de vergonha em sua fala, como se tivesse perdido a sua capacidade de trabalhar. “Foi inviabilizado de trabalhar pelo patrão”, uma situação que lhe foi imposta. No entanto, o mesmo não se identifica como alguém co-responsável nesse processo.

O Sr. Matias não aceita os cuidados da esposa e acaba se desentendendo com ela quando a mesma tenta “obrigá-lo” a cuidar de si. Relata ter tido depressão, ter ficado um tempo sem trabalhar, situação que lhe causou vergonha e sentimento de humilhação. Hoje resgatou a sua profissão, consegue ser o provedor, superou o pânico... Ele conseguiu se recuperar de uma doença que o deixou tão impossibilitado de trabalhar, comprometendo assim o sustento familiar.

Esse relato deflagra uma das principais dificuldades do acompanhamento da doença crônica. Pelo fato da HAS ser assintomática, não provocar danos diários, os usuários convivem como se ela fosse perigosa, mas “não tão perigosa assim”. O usuário Matias viveu uma doença que o incapacitou, o impossibilitou de levar dinheiro para a

casa. Como conseguiu superar, hoje, não pensa no cuidado com o corpo, pensa em fazer valer o compromisso com o trabalho. Embora cite os danos causados pela HAS, é como se ter resgatado a identidade masculina de provedor fosse mais importante.

Durante a realização da entrevista houve dificuldade em depreender as particularidades do Sr Everaldo. O mesmo conduziu uma conversa superficial, uma fala discursiva. Em alguns momentos havia os deslizos, aclarando os descuidos do usuário consigo mesmo, situação expressa de maneira visível com o agravamento da doença, observado através da respiração ofegante, obesidade, erisipela. Fica notório que não há modificações dos hábitos alimentares, possivelmente faz uso de bebida alcoólica e o único controle ocorre através dos remédios.

Posteriormente à indicação dos usuários pelos profissionais da USF Ibirajá, verificaram-se algumas características no grupo de sujeitos que seguem acompanhamento regular: este foi representado por pessoas de mais idade, as quais já são consideradas idosas, além de se constituir por maioria feminina. Podem ser apontadas como pessoas que não estão mais em atividade laborativa, condição que sugere uma maior facilidade de acessar o serviço de saúde.

Já o público que realiza o acompanhamento de modo irregular foi formado em sua maioria por homens. O Sr. Matias atua como caminhoneiro. O Sr. Everaldo, mesmo afastado por auxílio doença, possui um bar. A usuária Lúcia se divide entre os afazeres e os “bicos” com vistas a arcar com o orçamento doméstico.

As narrativas se deram de modo extenso, pois todos os usuários mostravam muito “fôlego” para a realização das entrevistas. Tendo em mãos o material coletado foi uma tarefa árdua selecionar as falas com maior contribuição, pois todos os entrevistados traziam relatos, cenas, experiências repletas de conteúdos e significados. Verificou-se um sentimento de reconhecimento tanto pelos trabalhadores, como pelos usuários. Os trabalhadores são os sujeitos responsáveis pela realização e promoção do cuidado em saúde. Já os usuários deixam de ser sujeitos anônimos e se colocam como responsáveis do seu processo saúde-doença.

O estudo do vínculo mostrou a importância da relação humanizada entre trabalhadores e usuários; o resgate do humano no cuidado da saúde e, principalmente, a troca de afetos possibilitada por este tipo de relação, contribuindo diretamente na singularidade da vida dos sujeitos assistidos, mais ainda, produzindo indicadores de saúde no território e, conseqüentemente, no Município de Guarulhos.

Mãos Dadas

*Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.
Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,
não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,
não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,
a vida presente.*

(Carlos Drummond de Andrade)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado foi motivado pelo interesse da pesquisadora em aprofundar o conhecimento sobre as ações desenvolvidas na atenção básica relacionada ao cuidado dos usuários portadores de hipertensão arterial.

A partir do projeto de pesquisa, formulou-se como hipótese que os usuários hipertensos e os profissionais da Unidade de Saúde da Família Ibirajá constroem e vivenciam o vínculo principalmente pelas relações interpessoais estabelecidas durante o processo terapêutico, pela percepção do adoecimento produzido pela HAS, pela concepção do direito à saúde e pelo modo de vida do usuário segundo suas diferentes faixas etárias e gênero.

Os resultados da análise mostraram que a construção do vínculo entre trabalhadores e usuários ocorre de modo variado. O vínculo acontece entre duas pessoas. Um sujeito que oferece o cuidado e o outro sujeito que deseja recebê-lo. Quando o usuário recebe, também se compromete em apresentar uma resposta, uma devolutiva. Esse retorno se configura como o resultado do investimento realizado pelo profissional da saúde, mas também como a maneira pela qual o usuário se apropria e utiliza esse investimento.

Constatou-se uma maior interação com os usuários em acompanhamento regular, os quais se sentem contemplados com as informações oferecidas pelos profissionais. Essas orientações estão relacionadas ao autocuidado, controle da medicação, compreensão do que seja uma doença crônica, seus efeitos no corpo, bem como o tratamento e à realização de atividades voltadas para a promoção e prevenção da saúde, entre outras ações desenvolvidas no território.

Esses sujeitos em sua maioria eram mulheres, pessoas com idade acima de 60 anos, que não exercem atividade laborativa. Verificou-se uma interação entre esses sujeitos, uma sintonia de interesses entre trabalhadores e usuários. Os trabalhadores querem concretizar sua prática, ou seja, operacionalizar o cuidado em saúde; e os usuários desejam receber o cuidado, o afeto, a atenção e educação em saúde.

Já os usuários em acompanhamento irregular foram mais resistentes em efetivar o vínculo, na medida em que não se comprometem no controle e acompanhamento da HAS. Procuram o serviço de saúde frente a necessidades pontuais, não demonstram

interesse pelas ações educativas e priorizam outras atividades em prejuízo do cuidado consigo mesmo.

Nesse grupo se sobressaíram os usuários do sexo masculino, que exercem atividades laborais e possuem idade abaixo de 60 anos. Esse dado mostrou que o público adulto prioriza as funções e compromissos do dia a dia em detrimento do acompanhamento na Unidade de Saúde, com vistas a internalizar ações de autocuidado e co-responsabilidade na atenção de sua saúde. O controle da doença crônica ocorre prioritariamente pelo tratamento medicamentoso.

No que se refere à concepção de direito à saúde, a hipótese se confirmou parcialmente. Foi verificada uma incipiente compreensão do acesso ao serviço de saúde, por se tratar de uma política pública nacional, tanto que alguns dos sujeitos referiram a necessidade de utilizar o SUS devido à impossibilidade de arcar com o convênio médico.

Existem ainda as dificuldades dos profissionais realizarem as atividades no território com famílias com maior poder aquisitivo. Nesse sentido, percebeu-se que a ESF não consegue abranger as diversas classes sociais, ao contrário, alcança melhores resultados na produção de vínculo com as famílias economicamente menos favorecidas. O grupo denominado pelos profissionais da saúde como “elite” questiona a demora no atendimento, a dificuldade em agendar consultas com o médico e utilizar a rede de contra-referência. Entretanto, sente-se satisfeito quando usufrui das ações de educação em saúde oferecidas na Unidade. Percebeu-se, assim, que os usuários muitas vezes fazem a opção de arcar com serviço de saúde particular devido às dificuldades em acessar os serviços públicos de saúde.

Nesse aspecto, verificou-se uma fragilidade na compreensão da política de saúde enquanto um bem público; frente às limitações do Estado em garantir a integralidade do sistema de saúde, alguns usuários optam por comprá-los como se fossem uma mercadoria, já a população carente convive cotidianamente com as agruras produzidas pelos serviços de saúde.

Apesar das inúmeras dificuldades vivenciadas nos serviços de saúde local, observam-se as conquistas a partir da atenção básica. A diretriz operacional constituída pelo vínculo contribuiu para o resgate da dimensão cuidadora na atenção à saúde, ou seja, os profissionais sentem-se responsáveis pelos usuários e território, criam estratégias individuais e coletivas de intervenção.

No entanto, oferecer o cuidado em saúde para os variados ciclos de vida gera muitas vezes insegurança nos profissionais, seja pela amplitude da responsabilidade ou também dificuldades na relação com os serviços de contra-referência.

O vínculo é mediado pela relação interpessoal, pela troca de afetos e ação humanizada, mas também se configura como a capacidade do profissional em oferecer respostas satisfatórias às necessidades dos usuários, o que, na impossibilidade de fazê-lo, pode gerar o rompimento de vínculos.

O profissional da atenção básica se apresenta como o responsável pela continuidade e realização do cuidado. Contudo, ele também sofre as consequências por atuar em um sistema de saúde incompleto, inconcluso, insuficiente para atender as demandas e necessidades produzidas no território.

É possível verificar os avanços da atenção básica, devido à grande cobertura recebida nessa área determinada pelo processo de descentralização dos serviços de saúde. Sendo assim, identifica-se a necessidade de ampliar o investimento para os níveis de média e alta complexidade, com vistas a contribuir para a realização do cuidado em rede. É necessário humanizar não só a relação do profissional e usuário, mais ainda, humanizar a relação entre os profissionais, de modo que os trabalhadores de saúde possam compartilhar condutas, experiências e modos de intervenção. Isso contribuiria para um movimento constante de formação entre os trabalhadores.

Vale ressaltar, ainda, a necessidade de investimento na educação continuada, pois quando se pretende interferir nos modos de produzir saúde de uma determinada comunidade se faz importante compreender a diversas determinações do processo saúde-doença, situação que implica numa “leitura” contínua da realidade.

Inegavelmente houve uma ampliação do acesso à saúde através da criação do SUS, do movimento de descentralização e regionalização dos serviços de saúde, do investimento da atenção básica e da implantação da ESF. Entretanto, percebeu-se pela presente pesquisa que a produção do cuidado efetivado pelos serviços de saúde ainda se configura como um processo inacabado da Reforma Sanitária iniciada no país. Existem, portanto, muitos caminhos ainda a percorrer...

Entre esses, sugere-se novos estudos que aprofundem as contribuições e importância do trabalho multiprofissional no campo da saúde, no qual se insere o Serviço Social. Enquanto uma área atuante na produção do cuidado, na efetividade do direito à saúde e das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio. Contribuição à implantação do SUS: Estudo do Processo com a Estratégia Norma Operacional Básica 01/93. Tese para Concurso de Livre-Docência – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

ANDRADE, Luis Odorico Monteiro. Atenção Primária a Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (et. al.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BAPTISTA, Tatiana Vargas Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito a saúde. In: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, V. 3, 2007.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BEHRING. Elaine Rosseti, BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 3º ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Ciência e Saúde Coletiva, 5(1): 163-177, 2000.

BRASIL, Clínica Ampliada e Compartilhada. Ministério da Saúde, 2009.

_____. Redes de Proteção de Saúde. Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria N° 154 de 24/01/2008 – Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Ministério da Saúde, 2007.

_____. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Avaliação para a melhoria de qualidade – qualificação da Estratégia de Saúde da Família. Resumo Executivo, Brasília: 2005.

_____. Clínica Ampliada. Ministério da Saúde, 2004.

_____. Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____.SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____.Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Norma Operacional Básica – NOB 96 – NOB-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

_____.Constituição Federal. Brasília, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete (org.). Serviço Social e Saúde. 3º ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 7º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa de. Debate sobre o artigo de Conil. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

_____, AMARAL Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências técnico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (4): 848-859, 2007.

_____. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso saúde. In: CECILIO, Luis Carlos de Oliveira (org.). Inventando a mudança na saúde. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CESSE, Eduarda, FREESE, Eduardo. Características e determinantes do padrão brasileiro da ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE (org.) Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

CHAZAN, Luiz Fernando. Trabalhando com as famílias na atenção primária. In: FILHO, Júlio de Melo e BURD, Mirian (org.). Doença e Família. Sao Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

COSTA, Nilson do Rosário. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

CRUZ, Marly Marques. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: GONDIM, Roberta (org.). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. OMS: 1978.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godói. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa de campo em serviço social. In: MARTINELLI, Maria Lucia (org.). Pesquisa Qualitativa: um desafio instigante. São Paulo: Veras Editoras, 1999.

DOWBOR, Tatiana Plucieniik. O Trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FRANCO, Túlio Batista, MERHY Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado a mudança no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Elias (et al.). O Trabalho em Saúde: Olhando as Experiências do SUS no Cotidiano. 4º ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____, JUNIOR Helvécio. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Elias (et al.). O Trabalho em Saúde: Olhando as Experiências do SUS no Cotidiano. 4º ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FOUCAULT, Michael. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa. 23º ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (6):1171-1181, jun, 2006.

HARTS, Zulmira M. de Araujo, CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2:S331-S336, 2004.

GUARULHOS, Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013. Prefeitura Municipal de Guarulhos/ São Paulo.

JARDIM, Paulo Cesar B. Veiga, Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, Fernando. Adesão ao Tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

LESSA, Inês. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não- transmissíveis. São Paulo- Rio de Janeiro, 1998.

MARTINELLI, Maria Lucia (org.). Pesquisa Qualitativa: um desafio instigante. São Paulo: Veras Editoras, 1999.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. 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 (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECILIO, Luis Carlos de Oliveira (org.). Inventando a mudança na saúde. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MYNAIO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9º edição revista aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

NEGRI, Barjas. A Política de Saúde no Brasil nos anos 1990: Avanços e Limites. In: NEGRI Bargas e D'AVILA Ana Luiza (org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobrevime, Cealag, 2002.

OIGMAN, Wille. Métodos de Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: NOBRE, Fernando. Adesão ao Tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

PIERIN, Ângela M.G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, Fernando. Adesão ao Tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

RIBEIRO, Elisete Maria. Análise da Atenção a Saúde em Curitiba: Enfoque nos Atributos das Equipes de Saúde da Família. Tese de Doutorado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 2009.

RODRIGUES, Paulo Henrique. Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SANTOS, Wanderley Guilherme. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 3º ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SOUZA, Heloísa Machado. Saúde da Família: Desafios e Conquistas. In: NEGRI Bargas e D'AVILA Ana Luiza (org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobrevime, Cealag, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Arq. Bras Cardiol 2010; 95 (1 supl.1):1-51.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, Maria Cecília. A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento. Tese de Doutorado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 3º ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila, POZ, Mario Roberto Dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 Sup: 225-264, 2005.

Yin K. Robert. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. 4º ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXOS

Guarulhos, de de 2011.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu: _____

RG: _____ CPF: _____

Abaixo assinado, estou devidamente esclarecido (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada “O "coração" na atenção básica: percepções dos hipertensos na construção de vínculos com a Estratégia de Saúde da Família - Guarulhos/SP”. Realizada pela pesquisadora Karina Vieira, aluna do mestrado em Serviço Social, realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Profa Dra. Maria Lucia Carvalho da Silva, concordo em participar da pesquisa e divulgar a minha imagem, cujo nome não será revelado, tanto na coleta de dados, como no tratamento e divulgação da pesquisa áudio e textual.

Assinatura do entrevistado (a):

Assinatura da pesquisadora: