

HIPERDIA: PRÁTICAS DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE BELÉM, PARÁ

HIPERDIA: care practices in a health facility in Belém, Pará

HIPERDIA: prácticas de atención en un centro de salud en Belém, Pará

Isabella de Oliveira Feitosa, Adelma Pimentel

Universidade Federal do Pará, Brasil

Resumo

O Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (HIPERDIA) é um conjunto de ações que integra os serviços oferecidos em unidades de saúde; enquanto, o cuidado em saúde conjuga uma ontologia e um conjunto de técnicas e procedimentos para cuidar do outro. Este escopo foi considerado nesta pesquisa de abordagem qualitativa orientada pelo método fenomenológico e pela hermenêutica da linguagem. Quais os modos de cuidados produzidos por uma equipe multiprofissional atuante no Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus de um Centro de Saúde Escola foi a pergunta norteadora, realizada através da observação participante e de entrevistas semiestruturadas com a equipe. A análise dos dados se deu através da leitura e reflexiva dos discursos e da experiência articulando-se com o referencial teórico pesquisado. Entre os resultados, verificou-se que o cuidado produzido pelos profissionais traduz uma atuação humanizada, e um modo de trabalho individualista. Concluímos que é necessário superar o modo de atuar pautado na lógica biomédica para que o HIPERDIA tenha efetivado os princípios da integralidade, humanização, diálogo e interdisciplinaridade entre a equipe.

Palavras-Chave: Hiperdia; Produção de Cuidado; Equipe Multiprofissional; Atenção Primária.

Abstract

The *Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus* (HIPERDIA) is a set of actions that integrates the services offered in health care centers; while the health care combines an ontology and a set of techniques and procedures to take care of each other. This scope was considered in this qualitative research approach guided by the phenomenological method and by the hermeneutics of language. Which modes of care produced by an active multi-professional team in the HIPERDIA of a *Centro de Saúde Escola* was the guiding question, performed through participant observation and semi-structured interviews with the team. The data analysis was done through the reflective reading of speeches and experience, articulating itself with the theoretical framework searched. Among the results, it was found that care produced by professionals translates a humanized action, and an individualistic work mode. We conclude that it is necessary to overcome the way to act guided by the

biomedical logic to that the HIPERDIA has effected the principles of comprehensiveness, humanization, dialogue and interdisciplinary team.

Keywords: Hiperdia; Care Production; Multiprofessional Team; Primary Attention.

Resumen

El *Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus* (HIPERDIA) es un conjunto de acciones que compone los servicios ofrecidos a una unidad de salud; en cuanto, el cuidado a la salud conjuga una ontología y un conjunto de técnicas y procedimientos para cuidar del otro. Esta intención fue considerada en esta pesquisa de carácter cualitativo orientada por el método fenomenológico y por la hermenéutica del lenguaje. Cuáles los modos de cuidados producidos por un equipo multiprofesional actuante en el HIPERDIA de un *Centro de Saúde Escola* fue la pregunta guiadora, realizada por medio de observación participativa y de entrevistas semiestructuradas con el equipo. El análisis de los datos ocurrió por medio de lectura reflexiva de los discursos y de la experiencia, articulándose con el referencial teórico investigado. Entre los resultados, se verificó que el cuidado producido por los profesionales traduce una actuación humanizada y un modo de trabajo individualista. Se concluyó que es necesario superar el modo de actuar pautado en la lógica biomédica para que el HIPERDIA tenga efectuado los principios de la integralidad, humanización, diálogo e interdisciplinariedad entre el equipo.

Palabras Clave: Hiperdia; Producción de Cuidado; Equipo Multiprofesional; Atención Primaria.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como foco de estudo o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (HIPERDIA), a partir da interlocução entre as proposições do ministério da saúde (MS) para a política pública e a experiência do serviço realizada na atenção básica, em uma unidade mista de saúde no município de Belém, Pará, localizado na Região Norte do Brasil.

A interlocução entre a análise das referências teóricas e documentais das diretrizes programáticas, a concepção e as práticas do cuidado, na percepção dos profissionais e dos usuários do serviço foram as principais balizas que permitiram elaborar uma compreensão mais abrangente do campo pesquisado.

O cuidado em bem-estar é um tema importante em debate no campo da saúde coletiva, na perspectiva dos modos de se produzi-lo, que é de acordo com Anéias & Ayres, (2011) “ora baseado na instrumentalidade, com ênfase nos procedimentos e nas intervenções técnicas, ora com foco na relação de encontro entre profissionais e usuários dos serviços de saúde” (p. 651).

Deste modo, esta escritura abordou a questão: quais as formas de cuidados produzidas pelos profissionais que atuam no programa Hiperdia, especificamente na unidade mista de Saúde de Belém/Pará? Vinculado à interrogação principal, desmembrou-se o questionamento: qual a relevância do cuidado no âmbito dos atendimentos cotidianos na promoção de saúde?

Para demonstrar o raciocínio desenvolvido pelas pesquisadoras na composição do texto, apresentamos as seções que o integram: a) concepções sobre o cuidado; b) caracterização do programa Hiperdia: O que é? Como se dá? E ao que se propõe? c) Método; d) Resultados e Discussão; e) Conclusões.

CONCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO

Para o senso comum, o termo cuidado exprime o ato ou ação de promover o bem-estar do outro. A consulta à literatura científica evidenciou que o signo “cuidado” advém do latim cura (Cardoso, 2013) e o seu sinônimo cogitare-cogitatus “envolve pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar atitude de desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada.” (Pimentel, Gutierrez et al., 2014, p. 304). Atualmente, o verbo “cuidar” contido no dicionário Michaelis (versão digital UOL, 2009) refere-se a “Zelar pelo bem-estar ou pela saúde de; tratar da saúde de; sustentar: Cuidar de um enfermo.” (p.1).

As significações que circulam no senso comum e na ciência sobre o cuidado transcendem a racionalidade mecanicista, organizada em práticas voltadas para sanar um mal-estar. Conforme Cardoso (2013) “Cuidar está intrinsecamente ligado à presença e a relação”, ou seja, o cuidado só existe com a existência do outro, na relação dos pares, como apontado por Heidegger em sua obra “Ser e Tempo” (1889-1976). Assim, ao configurar-se a concepção do cuidado como estrutura existencial pode-se superar o ponto de vista da instrumentalidade da técnica.

Merhy (2000) argumenta que ao se fixar em processos produtivos ligados somente a aparatos tecnológicos o profissional impossibilitará o encontro com a pessoa – usuário de um serviço em saúde – e do empoderamento da mesma em relação a sua saúde. E levando em consideração a concepção de sujeito de Lalande (1993) o indivíduo é detentor de qualidades e executor de ações, tornando-se sujeito de sua própria saúde.

Ayres (2004) organiza nas classes: ontológica, genealógica, crítica, e reconstrutiva os pontos de vista a respeito do cuidado. A categoria ontológica é fundamentada na obra

“Ser e Tempo” (1889-1976) elaborada pelo filósofo Martin Heidegger, em que o cuidado é simultaneamente: “Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica.” (p.74). Esta concepção de cuidado aponta para o existenciário ser-com, aquele que tem que ser cuidado, e também, aquele que detém o cuidado de si, sendo o cuidado proveniente da interação (Cardoso, 2013). Cuidar é um ato relacional que possibilita o cumprimento da autonomia e do bem-estar.

Por sua vez, a compreensão conceitual genealógica é inspirada na obra de Foucault (1985) em que, o cuidado de si faz parte da existência humana, inerente da condição humana. Já a concepção crítica de cuidado esta relacionada as práticas de saúde contemporâneas. Ayres (2004) observou que essas práticas, antes tidas como higiene pública e higiene social, cederam lugar para um desempenho regulado em uma higiene cientificista e “individualmente centrada nas tecnologias de cuidado em saúde” (p. 82).

Se por um lado, obtiveram-se importantes avanços no processo de diagnóstico, tratamento, prevenção de doenças, assim como maior segurança nos e dos processos realizados; por outro, o cuidado em saúde passou a ter limitações, por exemplo, na medicina tecnológica, o profissional acaba por reduzir a sua atuação e a si mesmo a um mero cumpridor e produtor de procedimentos técnicos (Merhy, 2000). O autor afirma que em uma postura de cuidado em saúde, é necessário ocorrer uma sinergia entre as tecnologias competentes a cada um dos profissionais de saúde e as formas ontológicas de cuidar. Por fim, o Cuidado enquanto categoria reconstrutiva refere que através da integração entre a teoria e a práxis é cunhado o espaço privilegiado do Cuidado, amalgamado nas “interações terapêuticas, na práxis, ou na atividade prática.” (Ayres, 2004, p. 85).

A sinergia ou cooperação de saberes tecnológicos com o cuidado pode ser entendida como um movimento cada vez mais frequente nas práticas de saúde, o que significa, que além do comprometimento ético com a adequada execução de procedimentos tecnológicos, o profissional se prepara para encontrar com o outro se disponibilizando para compreendê-lo em sua totalidade.

No serviço público, o Sistema Único de Saúde é o organizador das políticas, sendo que os princípios de Equidade, Universalidade e Integralidade (Brasil, 1990), somados a introdução do acolhimento fazem parte da intervenção em saúde (Brasil, 2010). Assim, a prática do acolhimento e de cuidado, igualmente humanizadas, têm sido cada vez mais requisitadas aos trabalhadores de saúde. Neste bojo foi inserido o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – HIPERDIA, a próxima seção deste estudo.

Tabela 1
Classes de cuidado

Concepção	Características
Ontológica (Hiedegger)	- Interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento; - Resgate da autonomia do outro: aquele que é cuidado, mas que também detém o cuidado de si.
Conceitual genealógica	- Para Foucault o cuidado de si faz parte da condição humana e da interação entre os sujeitos.
Crítica	- As práticas de saúde contemporâneas; - Higiene cientificistas (Tecnologias); - Reduccionismo de si, do outro e da atuação prática (Merhy, 2000).
Reconstrutiva	- Interação e Sinergia: Comprometimento ético técnico e o encontrar-se com o outro, compreendendo sua totalidade; - Acolhimento.

Fonte: Ayres (2004)

CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA: O QUE É? COMO SE DÁ? AO QUE SE PROPÕE?

O programa Hiperdia é oriundo do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, criado em 2001 pelo Ministério da Saúde (Assis et al., 2012). A meta principal é garantir “acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços.” (Brasil, 2002, p. 5).

O Hiperdia se constitui como uma estratégia: “De acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF) (Figueiredo Junior et al., n.d, p. 2).

Ocorre no nível primário de atenção a saúde, conjuntamente com o apoio dos profissionais da estratégia Saúde da Família, visando, além de acompanhar e tratar, recuperar a autonomia do usuário, e a sua responsabilidade em seu processo de saúde (Figueiredo Junior et al., n.d, p. 2). Fazem parte da proposta do programa estabelecer vínculos entre usuários e equipe e considerando sua realidade social (Assis et al., 2012), convergindo com a perspectiva de um cuidado mais integrador, e voltado para uma dimensão mais holística do ser (Pimentel, Vale et al., 2014).

Arquitetada como uma política pautada na prevenção, no empoderamento e no cuidado das pessoas com Hipertensão e Diabetes, os profissionais atuantes neste programa demandam uma educação continuada para relacionar-se com o outro e com o contexto social que o mesmo vive; e, uma postura de respeito pelo outro, considerando suas experiências de vida e a autonomia do usuário inserido no serviço de saúde.

MÉTODO

Participantes

Os interlocutores que colaboraram com a pesquisa foram: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um médico generalista, uma nutricionista e um assistente social. Esta equipe responde não apenas por atender os pacientes do programa Hiperdia durante o turno da manhã no CSE, mas pelos programas da instituição.

Lócus da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Escola (CSE) uma instituição de assistência, ensino, e pesquisa, que presta serviços a comunidade pelo SUS, oferece serviços de atenção primária vinculado a Universidade Estadual do Pará (UEPA) localizada no município de Belém.

Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizamos inicialmente a observação participante seguida de entrevistas semiestruturadas. Como aponta Gil (2008) estas técnicas possibilitam aos pesquisadores chegarem "ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele." (p.103).

Com relação a entrevista, Manzini (2004), assegura que a entrevista semiestruturada, com perguntas de padrão mais descritivo, favorece a descrição dos fenômenos sociais e a compreensão de sua totalidade. Além disso, traz flexibilidade ao entrevistador e ao mesmo tempo um norte para se basear.

Procedimentos

Durante todo o percurso da pesquisa foi realizado o levantamento bibliográfico e a revisão de literatura para fundamentação teórica e delimitação do tema. Por ser uma pesquisa com seres humanos o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará ICS/UFPA.

Posterior à obtenção da autorização do comitê de ética deu-se início a coleta de dados. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: integrar a equipe que atua no Hiperdia no CSE (médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e nutricionista); ter disponibilidade de tempo para participar das entrevistas e concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O primeiro contato com a equipe se deu através da observação participante, em que a pesquisadora ficava dentro do consultório ou sala de cada um dos profissionais, acompanhando o atendimento, devidamente autorizado pelo usuário atendido. As observações duraram em torno de dez dias distribuídos em duas semanas, com o total de 20 horas no período de Dezembro de 2015 a Janeiro de 2016. As entrevistas foram realizadas na sala onde cada profissional atendia durante o seu expediente, e compostas por quatro perguntas norteadoras: 1) Como você compreende o Cuidado?; 2) Diante disso, como você pauta a sua atuação?; 3) O que você acredita ser imprescindível para uma boa atuação profissional em uma unidade de atenção primária?; e 4) O que você julga importante dizer a respeito do programa Hiperdia e de seu funcionamento nesta unidade?

Solicitou-se aos entrevistados o consentimento para a gravação das entrevistas visando garantir qualidade de escuta e percepção mais plena da realidade apresentada pelo entrevistado. Após a gravação, o texto foi transcrito. Para preservar a identidade dos participantes, optou-se por utilizar pseudônimos.

O adentrar no CSE se deu através do termo de cooperação assinado entre o Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas (NUFEN) e a instituição. Deste modo, iniciamos a pesquisa realizando observações e conversas informais para aproximação com os profissionais e o contexto de trabalho. O programa da unidade é coordenado (de modo informal) por uma enfermeira, pois não há coordenadoria nomeada, bem como os demais profissionais fazem parte de uma equipe multiprofissional que atua em todos os demais programas na instituição, não havendo uma equipe própria e específica ao HIPERDIA. A seguir, descrevemos de forma mais detalhada o funcionamento da equipe e do HIPERDIA, a partir das observações, conversas informais e das entrevistas, situando a percepção de cada interlocutor.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Observações e conversas informais

A observação da equipe que atua no HIPERDIA permitiu identificar que havia ainda uma prática individualista dos profissionais, nos referimos as especialidades, ou seja, cada um exerce o cuidado dentro de seu consultório, não há um cuidado “compartilhado” em equipe de fato. Por estar situado em um CSE, o HIPERDIA funciona de forma diferente, não há uma equipe de saúde da família que vá até esses usuários e faça o atendimento de forma interdisciplinar, como deveria ser originalmente. Por isso o que se vê, é cada um exercendo o que lhe é competente por formação.

Apreendemos que existia, também nas práticas de saúde resquícios do modelo biomédico pautado na racionalidade que reduz o sujeito em partes (Guazina, 2009), porém, igualmente notamos em alguns discursos uma esperança de atuação mais humanizada, integral e dialógica como por exemplo, quando a enfermeira e a nutricionista relatam a necessidade de interação entre a equipe ou reuniões em que possam discutir o caso daquele usuário.

Entendemos, portanto, haver uma preocupação da equipe de se considerar o contexto do usuário, sua situação financeira, suas relações interpessoais, o quanto essas questões podem influenciar no estado de saúde ou de doença daquela pessoa. Todos os integrantes: o médico generalista, a nutricionista, e a enfermeira, nomeados de Augusto, Bianca e Luiza, respectivamente, em diversos momentos, demonstraram preocupação em estabelecer um diálogo com os seus pacientes, perguntando sobre familiares ou mencionando fatos relacionados a encontros passados, além da visível inquietação em receitar medicação acessível para eles, no caso do médico.

No entanto, em uma conversa informal com a enfermeira Luiza, a mesma pontuou que o HIPERDIA na unidade não funciona com uma equipe de saúde da família, pois, a unidade ainda não possui esta equipe. Portanto, não há um coordenador formal do programa na unidade, assumindo ela a responsabilidade relacionada a ele.

Não tem um coordenador formal do hiperdia, porém sou eu que tomo a frente das coisas, mas eu não gosto dessa denominação por que por exemplo, eu não tenho autonomia para mudar nada se eu quiser, então eu não sou a coordenadora por que eu não posso mudar nada. (Luiza)

Esta narrativa sugere uma queixa velada, de que existe algo nessa estrutura que ela gostaria de mudar, mas não tem autonomia para isso. Elaboramos a conjectura de que seria uma queixa de sobrecarga de trabalho. Posteriormente, Luiza apontou que na sua experiência ela já havia trabalhado no HIPERDIA dentro de uma equipe de saúde da família, forma em que o trabalho funciona de forma efetiva, há uma melhor aproximação com os usuários, resultando na proximidade dos profissionais com a realidade deles, o que auxilia na qualificação do cuidado para com os mesmos.

No CSE de acordo com Luiza: *“O atendimento do hiperdia é difuso para todos os profissionais, e não há esse acompanhamento direto com os usuários do serviço e que isso prejudica um pouco.”*

O controle de usuários é feito de modo informal por Luiza, que anotava em um livro de ocorrências as informações dos usuários e seus respectivos diagnósticos, a data das últimas consultas, o início do tratamento; deste modo ela elaborava o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo turno da manhã.

O HIPERDIA na unidade contava, até o período da coleta de dados, com um número total de 190 usuários, sendo 94 deles diagnosticados com Hipertensão Arterial, 20 com Diabetes Mellitus, e 76 diagnosticados com ambas as doenças. Os dados, de acordo com a enfermeira, podem não representarem a realidade da demanda da população atendida pela unidade, pois a amostra decorre das anotações dos atendimentos matutinos, em um livro de registros, já que o sistema de estatística estava desatualizado.

Diante disso, podemos entrever a criatividade que foi exigida desta profissional diante das necessidades que emergiram em sua prática, criando novas tecnologias de cuidado para lidar com a realidade que se configura a todo o momento em uma unidade de saúde (Mehry, 2000). Verificando que mesmo com os avanços já conhecidos, como o SUS e melhorias de currículos para os cursos da área de saúde, ainda podemos perceber certos entraves que perduram, como por exemplo, os citados por Dimenstein (2006), a fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre as diferentes formações e profissionais, e a predominância de um modelo de assistência voltado para a queixa-consulta.

As entrevistas

A escuta e a transcrição das entrevistas, destacou algumas categorias nos discursos dos interlocutores que emergiram como temas semelhantes entre eles. Com relação à compreensão de cuidado, as preocupações que surgiram foram: **a) cuidado enquanto assistência e ajuda; b) cuidado enquanto perspectiva de encontro com o outro e de consideração do social; c) cuidado integral.**

Durante a leitura e as análises fenomenológicas identificamos queixas e questões mais profundas nos discursos da equipe; portanto elaboramos mais uma categoria: d) os efeitos do cuidado nas práticas de saúde produzidas pelo Hiperdia no CSE.

a) Cuidado enquanto assistência e ajuda:

O acolhimento apareceu como um ponto em comum na atuação dos profissionais, tanto como uma atitude ou um modo de ser de cada um, como de modo ilustrativo destacado nos discursos como algo imprescindível para um profissional da saúde.

O acolhimento é muito importante pra mim, por que se você saber acolher um cliente, você será, ele será bem atendido, ele até melhora, as vezes até depressão o paciente chega aqui depressivo, ele só quer que tu escute, ele se sente melhor só tu escutando o que ele esta falando. (...) (Joana, Técnica de enfermagem).

E agora também cada um na sua área dar aquele olhar mais cuidadoso pra pessoa por que também na minha prática eu vejo isso que o paciente tá com algum problema as vezes não é tão difícil de você perceber, mas em alguns lugares ele passa despercebido, por que a pessoa se quer é olhada, sequer é escutada e aí vai ficando com aquele problema cada vez se agravando mais, por que a pessoa se quer olhou pra ele, então, quando eu observo essas coisas, eu corro atrás pra vê o que é possível fazer pra melhorar (Bianca, Nutricionista).

O acolhimento é muito importante, como esse paciente tá sendo recebido? Isso vem desde a recepção, como eles estão atendendo essa pessoa (Luiza, Enfermeira).

Acolher é compreendido como um ato de dar acolhida, de dar escuta é “uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (Brasil, 2010). Acolher o outro é uma prática destacada na política nacional de humanização. Nas falas pudemos perceber a preocupação de dar escuta e atenção como algo primordial até mesmo à frente de um atendimento tido como mais convencional. Neste caso, podemos dizer que o acolhimento enquanto prática de saúde transita nessa equipe como um exercício espontâneo, estando dentro do ato de consulta desses profissionais,

mas também, operando na ação de todos os outros profissionais envolvidos dentro da unidade.

b) Cuidado enquanto perspectiva de encontro com o outro e de consideração do social:

A autonomia do sujeito enquanto usuário, também foi a mencionada durante a pesquisa, principalmente na fala da Nutricionista.

O que eu gosto de fazer dentro do meu trabalho é que a gente faça com que ele se torne independente e avalie isso e aprenda como fazer, que qualquer momento que ela esteja precisando fazer alguma melhoria ele sabia como fazer isso (...) (Bianca, Nutricionista).

A autonomia se encontra relacionada com o diálogo com o paciente visando o empoderamento do usuário para com sua saúde, em que a partir do momento que ele compreende como o seu processo de adoecimento se dá, ele poderá exercer sua autonomia diante de sua saúde. Então, cuidado aqui está relacionado na perspectiva relacional entre profissional e usuário, considerando o sujeito de forma não limitada, levando em conta sua experiência de vida daquela pessoa, considerando que naquela pessoa há um potencial e um contexto que precisam ser respeitados.

c) Cuidado integral:

O ato de dar assistência apareceu como uma forma compreender, acompanhar o usuário, ajudá-lo e protegê-lo. Uma visão de cuidado ligada ao senso comum e também ao fazer do profissional da saúde. Dar assistência, portanto, neste sentido estava relacionado a utilização de meios técnicos para 'cuidar' do paciente que chegava até a unidade de saúde (Merhy, 2000; Guazina, 2009; Ayres, 2004).

Quando eu falo em cuidar... é assistir o paciente, é dar assistência, proteger, contribuir para que essa pessoa possa desenvolver suas necessidades, por que ninguém vem aqui por que esta bem né?! (Luiza, Enfermeira).

Assim, o cuidado assim, é fazer com que aquele paciente chegue naquele local e resolva o problema dele, entendeu, para ele não ir sem... pra casa dele. Ele já vai com aquele... pra ter uma ajuda, pra chegar e ter um não na cara dele é difícil entendeu, eu acho assim, um formato pra ajudar uma pessoa isso é um eco meu, o que tiver de ajudar eu vou ajudar (Joana, técnica de enfermagem).

d) *Os efeitos do cuidado nas práticas de saúde produzidas pelo Hiperdia no CSE:*

Durante os discursos notamos que para a enfermeira Luiza e a nutricionista Bianca, vincular o cuidado ao atendimento era parte tão importante quanto exercer os protocolos.

Eu tô aqui pra isso... pra me preocupar... por que o cuidar não esta direcionado apenas ao paciente. Eu procuro investigar o social (...). E eu faço o que eu posso! O que tiver ao meu alcance. Eles se sentem a vontade quando chegam aqui, a gente tem aquele vínculo. A vinculação e o diálogo são importantíssimos, por que aquela consulta formal é horrível! Eu tento ao máximo promover um ambiente confortável, como um diálogo mesmo (Luiza, Enfermeira).

Pode ter a fila imensa que tiver aí, mas se eu tiver um paciente que precisa de uma atenção a mais, eu vou dar essa atenção a mais e o que eu não der conta de atender, eu boto pro dia seguinte ou então eu fico até mais tarde pra atender todo mundo, mas eu não vou deixar de dar atenção pra aquele que eu sei que tá precisando mais. Tem gente que não faz isso... (Bianca, Nutricionista).

Não só a parte medicamentosa, a gente abrange vários outros fatores, problema social, problema familiar, problema financeiro, o que pode tá fazendo com que agrave aquele quadro que o paciente tá (...) (Augusto, Médico).

Nestes discursos, podemos notar que a concepção de cuidado toma proporções mais abrangentes, saindo do âmbito apenas individual (ligada a uma enfermidade específica do paciente) para uma esfera social, em que os profissionais demonstram preocupação em saber em que contexto o paciente esta inserido. Podemos considerar que o cuidado produzido nas práticas de saúde destes profissionais está regulado em uma concepção de

cuidado integralizadora próxima ao que preconiza o Sistema Único de Saúde. (Guazina, 2009).

A entrevistada Luiza também apontou que manter um vínculo e diálogo são importantes para sua prática profissional, o que é proposto por Heidegger (1995) quando o mesmo afirma que o cuidado existe em uma perspectiva relacional com o outro, e dizer isso, também reverbera no que é proposto por Merhy (2000) em que o autor afirma que se prender a apenas às tecnologias duras, o profissional impedirá o encontro com o sujeito, e se colocara em um papel de detentor do conhecimento, ficando o usuário subjugado ao saber do profissional.

A Interdisciplinaridade e o diálogo são suportes da prática multiplicadora de cuidado, entretanto, no cotidiano do trabalho, os diferentes modos de cuidados e as distintas formações dos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, por vezes podem ser entraves na constituição de uma equipe integrada. Pode contribuir também para esse quadro, a falta de reuniões, de momentos de encontro, e também de uma gestão que incentive esse tipo de prática.

Bom assim, dentro da minha experiência aqui perto do que eu já ouvi falar dos outros locais, aqui é um dos lugares que ainda funciona melhor tanto que desde que eu entrei aqui disseram que aqui era a unidade de referência nesse programa só que mesmo sabendo disso, eu percebi que começou a diminuir a qualidade do serviço e isso me incomoda, e o que eu tô querendo é isso, chamar as outras pessoas (profissionais) pra vê o quê que a gente pode fazer pra que volte a ser como já foi. Por que assim, qualquer paciente que a gente percebesse que tava evoluindo de uma maneira negativa, que não é essa a intenção do programa, a gente ia e chamava os outros 'olha, vamos conversar com essa pessoa' chamar a família, quem puder se envolver nisso e tentar ajudar (Bianca, Nutricionista).

A interação entre os profissionais da equipe do Hiperdia é uma coisa importantíssima, por que quando eu trabalhei na ESF em um outro local nós fazíamos reuniões, tá certo que era uma equipe menor, éramos eu, o médico, técnico em enfermagem e a ACS, essas reuniões eram frequentes. Aqui nós temos de tudo pra fazer um trabalho perfeito, porém, a demanda é muito grande, nós recebemos até pacientes de outros bairros, e pra poucos profissionais. Há uma falta de diálogo, falta de fluxo, nós não temos um fluxo montado, as vezes é preciso que o paciente se consulte com um cardiologista ou um endócrino e não tem vaga, por

que não há um espaço para os pacientes do hiperdia, então há uma falta de comunicação com a direção das especialidades (Luiza, Enfermeira).

Para Cavalcante e Carvalho (2010) a interdisciplinaridade compõe uma exigência interna dos processos de trabalho, “Uma vez que a saúde e a doença, em seus múltiplos aspectos envolvem concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos.” (p. 194).

Consideramos que a atuação interdisciplinar é uma condição necessária e fundante quando se pensa em saúde pública no Brasil; entretanto na pesquisa notamos que a inclinação para sua ocorrência derivava de uma postura de cunho pessoal não pensada como parte estruturante do trabalho em saúde. Além disso, compreendemos a necessidade de um diálogo entre os profissionais desta equipe para ampliar o cuidado exercido para com os usuários e melhorar a qualidade do serviço prestado.

Questionamos os motivos que, diante de valiosos benefícios que a interdisciplinaridade alcançaria, os profissionais ainda continuam agindo como se trabalhassem sozinhos? Para Cavalcante e Carvalho (2010) a forte tradição positivista e biocêntrica e a compartimentação de saberes sobre o ser humano seriam os principais entraves, o que não parece ser muito longe da realidade que ocorreu no programa HIPERDIA na instituição estudada.

CONCLUSÃO

Consideramos que os profissionais, Bianca, Luiza e Augusto demonstraram práticas mais humanizadas e buscaram a sua maneira, contextualizar a existência dos usuários no mundo da vida para compreenderem o processo de saúde-doença de uma forma holística.

Entre os limites desfavoráveis identificados na dinâmica do programa HIPERDIA estão: a) a equipe não é formalmente designada pela gestão para o serviço, funcionando de modo segregado, com poucas ou nenhuma reunião para a discussão de casos; b) atuação disciplinar de cada integrante do atendimento; c) não realização de ações educativas para prevenção de agravos ou de promoção de saúde, uma ação realizada apenas dentro de cada consultório de modo individual, o que se revela como um reflexo da falta de diálogo entre a equipe, principal ponto abordado por alguns participantes.

Participar do cotidiano do programa HIPERDIA na unidade básica, mesmo que em curto período nos permitiu contatar com a realidade em suas dimensões vivas, o que

mobilizou muitos sentimentos e reflexões críticas, ressaltando, a exemplo perceber a necessidade dos usuários em ter alguém que lhes dessem atenção, seja respondendo suas dúvidas, ou ouvindo suas histórias. Eles não queriam apenas medicamentos, queriam ser ouvidos, e percebidos como humanos iguais ao profissional da saúde que os atendia.

Como vimos, cuidar do outro vai muito além do que se pode fazer tecnicamente, é um ato de doar-se para o encontro, de tecer diálogos e construir uma relação com esse sujeito (Merhy, 2000; Ayres, 2004; Pimentel, Vale et al., 2014). Identificar os modos de cuidados que estão sendo produzidos por uma equipe multidisciplinar que atua na atenção primária de saúde na atual configuração demonstrou-se muito mais necessário do que o esperado. Conseguimos vislumbrar que conceitos importantes para uma atuação mais humanizada como a autonomia, o acolhimento, o diálogo e a necessidade de uma interdisciplinaridade que apareceram nesses discursos desempenham papéis cada vez mais presentes nessas práticas.

No entanto, podemos verificar que ainda há reptos a serem superados, provocações de longa data que perduram como fantasmas de um passado não tão distante, como o modelo biomédico individualizante ainda presente em algumas formações, por exemplo. Os profissionais de saúde entrevistados parecem transitar nesses distintos modelos: individualizante versus holístico, no entanto, podemos considerar que, mesmo em meio as dificuldades de uma saúde pública brasileira, há uma força que impulsiona para uma atuação coerente com os princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde.

Destacamos a importância da interdisciplinaridade e do diálogo entre os profissionais que atuam no HIPERDIA. O cuidado em saúde requer uma dimensão ontológica, holística e integradora, assim como as práticas dos profissionais que atuam na área da saúde também solicitam ser pautadas nessa compreensão.

Concordamos com as reflexões elaboradas por Luiza no trecho “uma andorinha só, não faz verão” demonstrando que para um programa de fato funcionar é preciso que todos os envolvidos estejam comprometidos com o seu funcionamento, interligados e presentes.

Concluindo, para que se alcance a integralidade e modos de cuidados humanizados, é necessário reformular a formação dos profissionais de saúde. É necessário que as instituições de ensino superior empenhem-se cada vez mais para inserir as concepções de humanização, integralidade, autonomia e cuidado, de modo que os futuros profissionais trabalhem em um contexto de clínica ampliada comprometidos com a promoção de saúde, com a equidade, e que invistam na troca de experiências entre profissionais e usuários (Sundfeld, 2010). Além disso, é necessário que os gestores dessas unidades de saúde participem do mesmo percurso formativo.

Referências

- Anéas, T. V. & Ayres, J. R. C. M. (2011). Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 15(38), 651-62.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 8(14), 73-92.
- Assis, L. C., Somões, M. O. S. & Cavalcanti, A. L. (2012). Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saude*, 14(2), 65-70.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (1990). Ministério da saúde. Secretário nacional de assistência à saúde. *ABC do SUS: Doutrinas e Princípios*. Brasília: DF.
- Cardoso, C. L. (2013). A face existencial da Gestalt-terapia. In: Frazão, L. M. & Fukumitsu, K. O. (Orgs.). *Gestalt-terapia fundamentos epistemológicos e influências filosóficas*. (v.1). (pp.59-75). São Paulo: Summuns.
- Cavalcante, P. B & Carvalho, R. N. (2010). A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos?. *Sociedade em Debate*, 16(2), 191-208.
- Dicionário de português online - MICHAELIS (2009). Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=cuidar>.
- Dimenstein, M. (2006). A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*, v.1, pp. 8-16.

- Figueiredo Junior, A. G., Carvalho Filha, F. S. S., Nogueira, L. T., Santana, J. V. & Mesquita, A. F. (n.d.). *Programa Hiperdia: do preconizado ao realizado- Interfaces com a ética na enfermagem*.
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.
- Guazina, F. M. N. (2009). *A psicologia nos espaços públicos de saúde: discussões sobre integralidade e cuidado*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RS.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Lalande, A. (1993). *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Heidegger, M. (1995). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes.
- Manzini, E. J. (2004). *Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros*. In Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos. pp. 1-10.
- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 4(6), 109-116.
- Pimentel, A., Vale, K. & Flores, R. (2014). Práticas de cuidado na atuação da psicologia clínica e da saúde: uma revisão crítica da literatura. In Moreira, A. C. G., Oliveira, P. T. R., & Piane, P. P. F. (Orgs). *Cuidado e saúde: práticas e sentidos em construção*. (pp.285-298). Belém: Para-Tatu.
- Pimentel, A., Gutierrez, D. M. D, & Minayo, M. C. S. (2014). Cuidado: perspectivas e implicações em psicologia clínica e da saúde. In Moreira, A. C. G., Oliveira, P. T. R., & Piane, P. P. F. (Orgs). *Cuidado e saúde: práticas e sentidos em construção*. (pp. 299-314). Belém: Para-Tatu.
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097.

Nota sobre as autoras

Isabella de Oliveira Feitosa: Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará.

Adelma Pimentel: Coordenadora do Programa de Pós-graduação em psicologia da UFPA: Mestrado e Doutorado. Associada III na Universidade Federal do Pará. E-mail: adelmapi@ufpa.br

Recebido em: 10/08/2016.
Aprovado em: 18/10/2016.