

Saúde da Família em análise: estudo de caso sobre a produção da atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2

Reviewing Family Health Strategy approach: a case study about health care for people with diabetes mellitus type 2

Thiago Dias Sarti

Doutor. Departamento de Medicina Social.
Universidade Federal do Espírito Santo. Av.
Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória - ES,
Brasil. CEP 29.043-900.

Contato: tdsarti@gmail.com ou 3335-7225

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Doutora. Faculdade de Saúde Pública.
Universidade de São Paulo.

Contato: laura.macruz@gmail.com

Resumo

Propõe-se a problematização da modelagem assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir do estudo de um caso de produção de cuidado a uma pessoa com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no contexto de uma equipe de ESF atuante em um serviço de saúde de Vitória-ES. Este é um estudo de natureza cartográfica e micropolítica no qual foram observados em profundidade os processos de trabalho de uma equipe de saúde e o cotidiano de vida de um usuário com DM2 indicado como caso analisador por um ano. O caso é característico das dificuldades que os profissionais encontram em cuidar de usuários com condições crônicas: múltiplas comorbidades, terapia medicamentosa complexa, descontrole dos níveis glicêmicos e baixa adesão ao tratamento, sendo que a usuária se vinculava intensamente com a rede suplementar de saúde. Neste contexto, os profissionais da ESF assumiram um papel marginal no cuidado, operando uma agenda biomédica de controle da doença e prevenção

de complicações, reforçando o cuidado despotencializado que ela recebia nos serviços privados de saúde, significando que a equipe não operava suas ações a partir da centralidade da usuária no cuidado. Desta forma, a ESF opera como dispositivo de saber-poder que reforça, ao invés de reorientar, o modelo hegemônico de atenção à saúde.

Palavras-chave: Saúde da família; Diabetes Mellitus; Percepção; Pesquisa qualitativa.

Abstract

It is proposed the critical analysis of the Family Health Strategy (FHS) from a case study about the health care for a person with type 2 diabetes mellitus (DM2) in the context of health team work in a health center in Vitória-ES. This is a cartographic and micropolitic study in which were observed in

depth the work of a health care team and a user's everyday life with DM2 for one year. The case is typical of the difficulties that professionals are taking care of users with chronic conditions: multiple comorbidities, complex drug therapy, difficult blood sugar control and low adherence to treatment. In addition, the user is strongly tied with the private health services. In this context, the FHS professionals assumed a marginal role in the care, operating a biomedical agenda of disease control and prevention of complications, reinforcing the medical care she received in private health services, meaning that the team did not operate its shares from a person-centered care. Thus, the FHS operates as device power-knowledge that strengthens, rather than reorient, the hegemonic biomedical model of health care.

Keywords: Health Family Strategy; Diabetes Mellitus; Perception. Qualitative research.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a modalidade prioritária para consolidação da atenção básica em todo o país, propondo o cuidado integral e a coordenação da atenção à saúde, de modo a assegurar a universalidade, a integralidade e o acesso a serviços de saúde resolutivos enquanto porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde.¹

Após duas décadas de implantação, a ESF alcançou resultados relevantes em termos de melhoria de acesso a serviços e ações básicas de saúde²⁻⁴ e melhoria de indicadores populacionais de morbimortalidade.⁵⁻⁸ Contudo, vários trabalhos indicam um conjunto de dificuldades que a ESF enfrenta para a concretização de seus propósitos. Em linhas

gerais, essas análises mostram que, apesar dos avanços obtidos, há a manutenção de processos de trabalho reativos à demanda, fragmentados e de pouca reflexão e mediação com o contexto social, cultural e existencial.⁹⁻¹²

Numa análise crítica da modelagem de atenção posta em prática na ESF, observa-se o espaço secundário ocupado pela Clínica e a normatização excessiva das práticas das equipes a partir do conhecimento epidemiológico da situação de saúde da população, o que restringe a liberdade de ação dos profissionais e limita sua possibilidade de conexão com os problemas e necessidades dos usuários, resultando em uma ESF simplificada que reproduz o modelo médico hegemônico, imperando o trabalho compartimentalizado e burocrático ancorado nas ações programáticas.¹²⁻¹⁴

É neste sentido que parte-se da necessidade de interrogarmos a ESF enquanto modelagem assistencial com vistas à sua qualificação e transformação. Os arranjos assistenciais propostos são eficazes em certa medida. Mas no manejo das condições crônicas, em que usuários vão conviver ao longo de sua vida com os problemas e com os serviços de saúde, há muito a se debater. Tais condições representam no Brasil a primeira causa de morbimortalidade, resultando em crescentes

gastos do SUS e dos usuários que sofrem com esses problemas. Esta importante situação epidemiológica fez com que alguns autores enxergassem aí um dos principais gargalos do SUS, o que aponta para complexos desafios de estruturação de redes de atenção e organização de serviços de saúde, incluindo os de atenção básica.¹⁵

A cronicidade de algumas doenças coloca em questão tanto saberes e práticas dos profissionais de saúde quanto à vida do indivíduo. Em uma perspectiva biomédica essa cronicidade implica na impossibilidade de cura, exigindo o manejo e a gestão contínua e por longos períodos de tempo (em muitos casos, por toda a vida) do problema, envolvendo hábitos, práticas, desejos, gostos, interações sociais, uso de medicamentos, monitoramento do estado de saúde e uso intensivo de serviços de saúde. A instabilidade dos sintomas e a incerteza do futuro, a possibilidade de sérios comprometimentos da autonomia dos indivíduos, o impacto e as interferências no cotidiano de vida e as exigências sociais para que as pessoas adiram a estilos e modos de vida cientificamente adequados ao controle da doença resultam em enorme complexidade para sistemas e serviços de saúde e para os próprios usuários, que são convocados a “empoderar-se” e reforçar sua capacidade de autocuidado.^{16,17}

Tais questões evidenciam a necessidade de organização integrada de serviços de distintos níveis de complexidade tecnológica, bem como da produção de práticas de saúde ancoradas no vínculo, na escuta e na centralidade do sujeito no cuidado, o que ainda é um desafio a ser enfrentado em todo o sistema de saúde. Assim, este trabalho assume o desafio de problematizar a Saúde da Família a partir das interfaces produzidas por profissionais de saúde e usuários com condições crônicas de adoecimento, em particular o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), identificando e analisando os dispositivos de saber-poder que opera-se no cotidiano dos serviços em sua tarefa de cuidar.

Metodologia

Este estudo é um recorte de um trabalho mais abrangente realizado junto a equipes e Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Vitória-ES. Neste recorte, apresentamos alguns dos resultados da primeira fase do projeto, que se trata de um estudo de caso de natureza cartográfica e micropolítica^{18,19} realizado no contexto de uma equipe de saúde que atua em uma das 27 USF do município.

Para a escolha do serviço, foram feitas reuniões com diretores de USF e gestores da atenção primária que compõem um dos conselhos de

gestão regional do município. Os critérios de seleção da USF foram (a) a intencionalidade do pesquisador principal deste estudo, tendo como base sua experiência anterior à pesquisa junto a diversas USF; (b) ser uma USF e estar de acordo com as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica,¹ ou seja, máximo de 4000 pessoas adscritas, máximo de 750 pessoas sob responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e cumprimento da carga horária de 40h semanais por todos os profissionais; (c) ter interesse e já contar com ações com o objetivo de problematizar e melhorar a atenção a usuários com condições crônicas; e (d) a concordância da direção do serviço com o protocolo de pesquisa.

A escolha da equipe de saúde contemplou os seguintes critérios: (a) organizar-se de acordo com os princípios da ESF; (b) ter o quadro de profissionais completos de uma equipe mínima de ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS suficientes para atingir a totalidade da população adscrita); (c) ser composta por profissionais que, em sua maioria (principalmente o médico e o enfermeiro), tem longa experiência com ESF e estão inseridos no mesmo território há mais de dois anos; e (d) concordância com os termos do estudo.

Para alcançar o objetivo de compreender as relações que são produzidas entre profissionais

de saúde e usuários com diagnóstico de DM2, interrogando saberes e práticas mobilizadas no processo de cuidado destas pessoas, utilizamos uma ferramenta denominada casos traçadores.²⁰ Esta estratégia consistiu em convidar os profissionais da equipe a pensar nos desafios da atenção prestada a usuários com DM2 e outras condições crônicas de adoecimento e identificar casos típicos que mobilizam afetos e possibilitam analisar a dinâmica dos processos de trabalho da equipe. Em linhas gerais, a análise dos casos traçadores pode evidenciar distintas formas de atuação e interação da equipe, incluindo a configuração do conjunto de tecnologias do cuidado utilizado no caso, o papel ocupado pelos diferentes profissionais no ato de cuidar e a posição que o usuário ocupa na construção do cuidado.²⁰

Nesta primeira fase, a equipe de saúde foi convidada a sugerir o caso de um usuário com DM2. Este caso, então, foi acompanhado por um dos pesquisadores (TDS) durante um período de aproximadamente um ano (entre 2013 e 2014). Neste acompanhamento, utilizou-se uma caixa de ferramentas metodológicas que incluía observações e participações no cotidiano do usuário que alimentavam um diário de campo, incluindo algumas visitas domiciliares feitas junto com uma ACS; discussões do caso com a equipe de

saúde; e entrevistas com os profissionais responsáveis diretamente pelo caso.

Neste trabalho, os dados foram trabalhados no sentido de construir uma narrativa que incorpora elementos da cartografia, buscando evidenciar as estratégias de subjetivação produzidas no campo social, criando e dando sentido aos movimentos do desejo de forma a favorecer o fluxo de intensidades que atravessa os corpos do pesquisador e de todos os sujeitos da pesquisa em seu encontro, não atrelando a pesquisa a nenhum empreendimento de representação ou revelação de verdades encobertas.¹⁸ Interessa neste processo micropolítico interrogar processos de subjetivação que formatam realidades e identidades, produzindo certas formas de visibilidade do outro em sua relação com o político, o social e o cultural.¹⁸ Com isso, foram identificados alguns núcleos de sentido que nortearam a produção da narrativa e a apresentação dos resultados.

Foram consideradas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a partir da aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Parecer

286.497/2013). Todas as informações relacionadas à privacidade dos sujeitos da pesquisa foram mantidas em sigilo absoluto. Os nomes de todos os que participaram da pesquisa foram alterados de forma a dificultar ao máximo possível qualquer identificação. Participaram da pesquisa apenas os sujeitos que concordaram com as premissas do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A equipe de saúde, na dinâmica de construção dos casos traçadores, sugeriu que eu acompanhasse Rita (nome fictício), 65 anos. Para a equipe, o caso de Rita sintetiza todos os desafios postos aos profissionais de saúde no cuidado de pessoas que vivem com condições crônicas de adoecimento, particularmente o DM2. O caso de Rita desafiava a equipe, sendo observada uma longa trajetória de encontros desconfortáveis e por vezes conflituosos dos profissionais com ela.

Nas conversas com os profissionais, expressões como “rebelde”, “paciente difícil”, “briguenta”, “pessoa complicada”, “vida difícil, cheia de problema”, “família complicada”, “tem todas as complicações do diabetes que você pode imaginar”, dentre outros, permeavam suas narrativas. Foi neste contexto que, quando

apresentada a metodologia dos casos traçadores em uma reunião de equipe, o caso de Rita foi unanimidade.

A complexidade do caso de Rita: a visão da ACS

Inicialmente, o contato com Rita foi feito com o auxílio da ACS que acompanhava o caso de Rita há muitos anos, desde que iniciou seu trabalho na ESF há aproximadamente 8 anos. Sua relação com Rita apresentou, ao longo dos anos, diversos movimentos de aproximação e afastamento, principalmente por causa do seu “gênio difícil”. Ao mesmo tempo, a ACS afirma que Rita é sua “paciente que mais precisa de ajuda”.

Na narrativa da ACS sobre o caso de Rita, nos deparamos com uma pessoa que sofre há muitos anos com as consequências do DM2, já tendo sido internada inúmeras vezes (“já perdi as contas”) por causa de “problemas do rim” (“ela faz diálise três vezes por semana”) e “falta de circulação nas pernas” (“já amputou vários dedos dos pés”). “Não sei como Rita tá viva ainda”, diz a ACS. A complexidade da situação de Rita provoca empatia:

Fico com dó. Ela mal consegue andar. Acho que ela não toma a insulina direito. E é muita perturbação na cabeça dela. Os filhos se aproveitam dela às vezes. Moram tudo junto, no mesmo terreno, uma em cima e outro

embaixo. Ela fica o dia inteiro assistindo televisão. Não tem o que fazer.

A ACS também aponta as dificuldades que a equipe encontra em abordar Rita, já tendo ocorrido episódios nos quais Rita não concordou em receber a enfermeira e a médica da equipe:

Ela já fechou a porta na nossa cara várias vezes. Diz que não sabe para que a gente vai lá na casa dela porque a gente não resolve o problema dela. Eu nem ligo mais. Vou lá e chego entrando. Já conheço o jeito dela então não me ofendo. Mas é difícil. Ela não vai na unidade por causa dos pés dela, que estão bem afetados, bem feios. Daí quer que a gente leve tudo para ela, os curativos, os remédios. E ela não aceita o que a gente fala. Ela tem plano [*de saúde*] e vai num monte de médico. Daí fica nessa. Tem que ter paciência. Mas ela precisa muito. Então a gente faz tudo que está ao nosso alcance.

Rita se apresenta para os encontros

O primeiro mês de visitas e encontros com Rita foi de descobertas. Ela sempre se apresentava para os encontros com uma postura muito questionadora, apesar de receptiva e acolhedora. Comentários como o abaixo eram comuns:

Para que vai servir esse trabalho? Você me quer como cobaia então nesse seu

experimento? Você não vai ficar perguntando da minha vida, não, né? Não gosto de falar da minha vida. Ninguém tem nada a ver com isso. As pessoas que querem saber de você geralmente são falsas. Cansei das pessoas falarem em me ajudar, pois não vejo resultado.

Com o tempo, esta postura ativa e desafiadora foi dando lugar a outras expressões, permitindo visualizarmos outras Ritas. Contudo, ficou evidente que uma parte do desconforto sentido pela equipe no cuidado de Rita residia nesta forma de se colocar, que em certa medida problematiza posições de autoridade nas quais os profissionais de saúde frequentemente se colocam.²¹

A partir dessa conversa inicial, os encontros passaram a ocorrer com regularidade, sempre levando em consideração o fato de que Rita fazia hemodiálise três vezes por semana. Segundo seu próprio desejo, visitas nunca ocorriam nesses dias, pois ela dizia “sentir-se cansada, mal, sem vontade de conversar”. A clínica onde realizava as sessões ficava em outro município e ela precisava de auxílio de uma ambulância do plano de saúde para se deslocar para o serviço. Rita se queixava com frequência de seus filhos, que segundo ela não se dispunham a acompanhá-la ou mesmo levá-la em seu carro particular.

Rita, hoje divorciada, manteve relacionamento estável por duas vezes, tendo quatro filhos do segundo casamento, Penha (40 anos), Pamela (37), Paola (28) e Paulo (27). A renda de Rita advém de uma barraca de alimentos vendidos em uma feira da cidade que é gerenciada por um dos filhos e de uma pensão de seu pai, que seguiu carreira militar. Esta renda custeia os gastos com a alimentação de Rita, os gastos rotineiros da casa, o salário de sua funcionária (que cuida de Rita), os medicamentos, os dois carros e permite ajudar os filhos.

Contudo, mesmo com essas duas fontes de renda, a família de Rita e ela mesma passam frequentemente por problemas financeiros, o que torna difícil manter o padrão de vida da família. E isto tem grande importância para Rita, tanto que a questão financeira foi citada em praticamente todos os encontros. De forma emblemática, sintetiza essa questão uma das falas de Rita:

A doença é cara! E o Estado não me dá tudo! Até consigo alguma coisa no posto, como curativo para o meu pé e alguns remédios. Também pego remédio caro na farmácia do Estado. Mas não dá para fazer tudo que tenho que fazer. Ainda bem que tenho esse plano [de saúde] do exército, que cobre tudo. Eles [do exército] vivem querendo mudar a cobertura dele, mas não conseguem.

A rede de cuidados na qual Rita está imersa

Para além de seu vínculo com a equipe de saúde da família, o plano de saúde de Rita possibilita que ela esteja inserida em uma grande rede de atenção à sua saúde. Além dos cuidados que recebe da equipe de ESF, faz hemodiálise e é acompanhada por nefrologista de um serviço de Terapia Renal Substitutiva privado, tem consultas regulares com uma endocrinologista que atende pelo plano de saúde e mantém contato frequente com uma equipe de cirurgia vascular, também pelo plano de saúde, que cuida de seu grave problema vascular em membros inferiores (motivo de diversas intervenções cirúrgicas nos pés e de internações, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva). Além disso, durante as conversas, Rita enumerou uma enorme lista de médicos com os quais já havia mantido contato ao longo de sua vida.

Essa extensa rede de cuidados torna problemática a relação da equipe de ESF com os demais pontos de atenção. A demanda que Rita apresenta para a equipe de ESF concentra-se na questão de curativos em seus pés e na disponibilização de parte significativa dos medicamentos usados por ela. Além de receber da USF praticamente todos os materiais utilizados em seus curativos, a enfermeira da equipe contribui muito na realização destes,

principalmente em momentos de agravamento do quadro, quando surgem novas feridas ou quando lesões anteriores se agravam. Por outro lado, a médica da equipe de ESF participa desse cuidado com suas visitas mensais ou bimensais à casa de Rita, mas participa pouco na definição das medicações em uso e nos procedimentos a serem realizados [o que é feito com maior frequência pelos médicos especialistas que a acompanham]. Além disso, inexistem canais de comunicação entre os profissionais nesta rede de cuidados. Todas as informações que a equipe de ESF dispunha sobre as condutas realizadas nos demais serviços eram fornecidas por Rita e por seus filhos.

Há uma nítida divisão de funções entre a equipe de ESF e os demais profissionais com os quais Rita se vincula. A ESF se responsabilizava por procedimentos “menos nobres” ou secundários do cuidado, conforme os critérios utilizados pela própria Rita e pela equipe. E de certa forma, a equipe de ESF, a partir de determinado momento, sentiu-se confortável nessa posição, sendo que algumas questões trazidas para a cena pela própria Rita contribuíram significativamente para essa configuração.

Rita se relaciona com o universo da medicina a partir de uma valorização de suas especialidades. Em diversos momentos,

demonstrou valorizar substancialmente “o conhecimento do médico”, entendendo que este conhecimento é mais “confiável” e “ajuda mais” quando situado no contexto das (sub)especialidades médicas e na “excelência da formação” do profissional.

Você conhece o Doutor Marcio, cirurgião vascular? Excelente médico. Sabe muito. Muito bem formado. Estudou em São Paulo. Famoso aqui. Conhece não? Todo mundo conhece. O Doutor Adão também é muito bom. Estudou no Rio [de Janeiro], acho. O consultório dele vive lotado. Gosto do Doutor Ricardo, meu nefrologista. Esse você conhece, né? Novinho mas é excelente. O Dr. Ricardo é doutor mesmo, fez doutorado ou mestrado, não sei direito, lá em São Paulo. Sabe muito. Porque para mim tem que entender, tem que saber o que está falando e fazendo. Não adianta vir com “mimimi” para o meu lado que não vai dar certo. Tem que falar com segurança.

Assim, não é de se estranhar a forma como Rita se refere à equipe de ESF. Ela não demanda a mesma “ajuda” por parte da equipe de ESF e dos demais profissionais. Foi recorrente expressões, ao se referir à equipe de ESF, como: “gosto deles, mas não podem me ajudar”; “eles vem aqui e ficam de conversa, querendo saber da minha vida, e isso não me ajuda”; “eu tenho que agradecer a eles, pois me ajudam com os curativos, com alguns exames, com umas

visitas, mas nem vou muito lá, não tenho o que fazer lá [na USF]”.

Os comentários positivos e elogiosos eram muito mais frequentemente direcionados aos médicos e serviços privados quando comparado com a equipe de ESF. O que não quer dizer que Rita desvalorizasse por completo a atuação da equipe de ESF. Mas era evidente que as esperanças de uma redução no sofrimento causado pelas “doenças”, “essa praga da diabetes”, estavam depositadas primordialmente no saber dos especialistas e na tecnologia médica disponível nos serviços e nos hospitais do sistema privado.

E, neste caso, a disputa pelo território das doenças era francamente desfavorável à ESF. E diz-se isso, pois boa parte das ofertas de cuidado feitas pela equipe de ESF observada ao longo do trabalho de campo situava-se neste território, o das tecnologias duras e leve-duras.^{22,23}

O trabalho de campo progride: novas Ritas surgem nos encontros

Foi interessante observar como que as temáticas inseridas em nossos encontros ganhavam novos contornos ao longo do tempo. Inicialmente, Rita falava muito sobre seus problemas de saúde em uma perspectiva médico-centrada: quais eram seus [muitos]

problemas de saúde, qual médico cuidava de cada problema, os procedimentos que estavam agendados [troca do cateter utilizado na hemodiálise, por exemplo], a história de suas [traumáticas] internações, comentários sobre os medicamentos que estava utilizando [principalmente a insulina], as dificuldades que enfrentava na rotina da hemodiálise [transporte até a clínica, longa duração das sessões, mal-estar que sentia após o procedimento, etc], seu desconforto com o fato de alguns profissionais buscarem conhecer mais sobre sua “vida particular”, que na visão dela era desnecessário por não se relacionar com seus problemas de saúde, dentre outras questões.

Com o tempo, a dureza das conversas foi tornando-se permeável a outras coisas, como família, história de vida, potência de vida, relações pessoais, rede social e morte, embora a doença ainda fosse central nas falas. Nos primeiros encontros, esses assuntos apareciam, até mesmo porque fazem parte do roteiro de questões da pesquisa, mas eram tratados de maneira superficial, desconfiada, vacilante e logo davam lugar a outros pontos. Mas outra(s) Rita(s) se apresentara(m) no decorrer dos encontros.

Eu gosto de viver. Eu gosto de ser útil.
Mas a minha vida é uma rotina e a rotina é um saco. A vida não é tão

simples. Eu tô cansada dessa coisa chata de ir para hemodiálise, esse monte de remédio, esse meu pé desse jeito [bastante alterado por causa nas amputações, cirurgias e feridas]. É uma rotina chata demais. E essa bagunça que é essa casa, os problemas dos filhos, dinheiro. Tô de saco cheio. Mas eu não desisto. Vamos ver onde isso vai dar.

Foi aos poucos que Rita sentiu-se a vontade e começou a falar de sua vida familiar, por exemplo. A partir de certo momento, Rita passou a falar muito sobre as relações conturbadas com seu pai, militar, falecido há mais de 20 anos, de quem ainda recebe uma pensão; sobre a separação traumática de seu segundo marido, pai de seus filhos, devido uma “traição com uma mulher da vida”; dos problemas conjugais de sua filha, que resultou em conflitos violentos, separação e sofrimento psíquico de sua neta; da “descoberta” da homoafetividade de seu filho, fato traumático e de grande sofrimento para Rita; dos problemas financeiros dos filhos e dela mesma; da ausência dos filhos no seu cotidiano e a “sensação de vazio” que isso lhe trazia; e das brigas judiciais com o ex-marido pela posse da casa onde mora. Rita dizia que tudo isso a deixava “de cabeça cheia com tanta preocupação” e que isso fazia com que fosse “difícil controlar a diabetes com tanto estresse”.

Todas essas questões eram de conhecimento da equipe de ESF, oriundas principalmente da ACS. A ACS conhece a família de Rita há muitos anos e sabe de muitos detalhes da vida de seus membros. Com frequência, os problemas familiares de Rita eram discutidos nas reuniões da equipe. Os filhos buscavam com relativa frequência o contato com a equipe (médica ou enfermeira) para discutir alguma mudança na prescrição de medicamentos feita pelos demais profissionais, bem como para solicitar materiais para os curativos, medicamentos ou solicitar visitas domiciliares em caso de algum problema. A equipe, durante o trabalho de campo, também relatou ter ocasionalmente procurado a família para discutir alguns aspectos do cuidado de Rita, com particular ênfase na dificuldade que os profissionais frequentemente encontravam em acessar Rita e propor intervenções.

Desta forma, percebe-se que há em certa medida uma consideração do ambiente familiar no projeto terapêutico de Rita produzido pela equipe de ESF, o que não foi observado nos relatos de Rita em relação aos contatos que mantem com outros profissionais e serviços privados. Contudo, apesar do profundo conhecimento de fatos importantes da vida familiar de Rita, da estrutura da família e da influência que este contexto familiar exerce

sobre sua vida, não se observou ofertas da equipe de ESF para a família de Rita que objetivasse uma discussão mais aprofundada e ampliada de seus problemas de saúde e formas de a família apoiar Rita no enfrentamento do sofrimento psicossocial associado a seu adoecimento.

A equipe produziu uma narrativa interessante onde parte das dificuldades que Rita encontrava no seu cotidiano de vida estava fortemente relacionada a estas questões familiares. Por exemplo, relatavam que os problemas financeiros de Rita tornavam-se mais graves devido ao fato desta assumir dívidas dos filhos. Além disso, o isolamento social de Rita poderia ser parcialmente resolvido com uma maior participação dos filhos em sua vida promovendo maior interação social (p. ex. idas à igreja e feira de artesanatos, que foram interrompidas após as várias cirurgias nos pés). Mas essa narrativa, apesar de significar uma compreensão ampliada do processo de adoecimento, não resultou em estratégias e ofertas de cuidado que operassem em outros territórios para além do controle da doença e adesão ao tratamento.

As angústias de Rita com a hemodiálise e com a morte

Outra questão que começou a aparecer no

decorrer dos encontros, de forma mais ou menos explícita, é a relacionada à morte. Em diversas ocasiões, Rita verbalizou “não tenho medo de morrer”, apesar de sua vontade de viver, de ser útil e ter outras experiências de vida. Arelado a isso, em duas visitas observou-se que Rita havia ficado muito sensibilizada com a morte de duas pessoas famosas: “Dizem que a morte é normal e que faz parte da vida, mas não tem nada de normal nisso, gente! É muito triste ver uma pessoa jovem como essa morrer. Sei lá. Não aceito isso, não”.

A questão da morte também aparecia com frequência quando Rita falava das sessões de hemodiálise. Em determinado momento, referiu-se à clínica onde fazia o tratamento como um lugar onde “as pessoas entram e às vezes não voltam”. Um momento particularmente traumático foi a morte de uma pessoa, a quem se referia como “grande amiga”, que realizava sessões de hemodiálise nos mesmos horários que ela.

Olha, hoje eu tô mal. Não quero conversar muito. Tô mal mesmo. Você acredita que uma amiga da hemodiálise morreu essa semana?!?! Eu não tô acreditando. [Tom de voz alto]. Ela tava bem. Conversei com o Dr. Ricardo. Ele disse que não teve jeito. Essa coisa de hemodiálise é um saco. Não sei para que a gente faz isso. Deixa a gente mal e não serve para nada.

Olha aí o resultado [referindo-se à morte da amiga]. Não sei para que eu continuo fazendo isso. Cara, ela não merecia isso. Pessoa de bem, companheira. Fazia o tratamento certinho. Ela não merecia. De vez em quando um vai embora lá. Mas essa foi demais para mim. Não acredito. A minha hora tá chegando. Só Deus mesmo para salvar a gente disso.

A dureza das sessões de hemodiálise sempre esteve muito presente nas falas de Rita. Na sua visão, era “uma rotina pesada, cansativa, dolorosa, que deixa a gente mal”. Para Rita, “se soubesse que era tão ruim assim, tinha me cuidado melhor antes”. Não por acaso, como já dito, ela se recusava a receber qualquer pessoa em dias de sessões: “nesses dias eu fico mal, muito cansada, de saco cheio”. Demonstrava empatia pela equipe da clínica onde realizava o tratamento, principalmente em relação ao médico que a acompanhava. E mostrou que existia certa ligação afetiva entre as pessoas que frequentavam o serviço nos mesmos horários. Todos sabiam os detalhes da vida e do adoecimento de cada um e, segundo os relatos de Rita, havia uma rede de suporte frágil, pois se limitava ao momento da sessão, mas importante no processo de enfrentamento dessa situação. Mas apesar da negatividade presente nesse discurso, este era poroso à esperança de se ver “livre das sessões”.

Falei para o Dr. Ricardo que estava urinando bem. Mas aí ele disse: “disso [hemodiálise] não tem saída”. Pô!!! Ele não pode dizer isso não. Ele tira nossa esperança! A mesma coisa foi na época que eu tinha 140Kg e falaram que meu coração estava ruim e que eu ia enfartar. Fiz os exames e eu não tive nada até agora. Mas eu falei com o Dr. Rodrigo que eu vou sair dessa. Aí ele falou que se os exames estiverem bem, ele me tira da hemodiálise na hora. E eu acredito que vão estar. Você vai ver. Às vezes dá vontade de abandonar o tratamento, deixar tudo isso pra lá e viver minha vida. Mas eu lido com isso com fé. Eu não sou fanática, não vou abandonar o tratamento, mas acredito que esse livramento pode acontecer. Eu vou ficar livre desse cateter aqui [aponta para o pescoço]. Pode confiar.

O isolamento de Rita: a televisão é a janela para o mundo

Com tantos problemas de saúde (em termos biomédicos, ela tinha diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, doença arterial periférica, pé diabético com amputações de diversos dedos e retinopatia diabética), Rita via-se com sua rede social fragilizada. Parte significativa do dia era ocupada no sofá assistindo televisão. Raramente saía de casa com um de seus filhos para resolver algum problema.

Não realiza nenhuma atividade de lazer com

regularidade. Parou de frequentar a feira de artesanatos e a igreja. Ainda mantinha contato com as pessoas que frequentavam a igreja por causa de visitas esporádicas que alguns fiéis faziam. Mas a rede de contatos de Rita ficava mais restrita a sua própria família. Seus filhos sempre estavam na casa, produzindo os produtos para a feira, almoçando ou apenas circulando. Alguns irmãos a visitavam também, mas eram momentos pouco frequentes e rápidos. Contudo, mesmo com essa presença familiar o sentimento de solidão era marcante: “meus filhos estão sempre aqui comigo, mas a gente briga muito, é muito problema, então a gente conversa muito pouco”. E realmente os contatos com os filhos eram permeados de conflitos e contatos superficiais.

Os desafios do cuidado com o diabetes mellitus

Durante as visitas, Rita sempre oferecia uma grande quantidade de comida, como bolos, pudins, gelatinas, biscoitos doces, tortas e refrigerantes, em grandes quantidades. Estes alimentos eram produzidos por seus filhos para serem vendidos na barraca. Eram nestes momentos que surgiam alguns diálogos sobre alimentação (“dieta”) e medicamentos.

Rita na maior parte do tempo afirmava não ingerir esses alimentos, com exceção da

gelatina “light”, que consumia diariamente em “moderada quantidade”. Para Rita, “é um saco fazer dieta”, mas buscava seguir algumas, não todas, recomendações da endocrinologista. Sua alimentação era rica em peixes e saladas. O almoço era feito pela funcionária da casa, que seguia rigorosamente as orientações dos filhos e da médica. Contudo, o turno de trabalho dessa pessoa terminava às 15 horas, momento a partir do qual Rita ficava sozinha. Era quando ela cometia “alguns deslizes”. “Me reservo o direito de levar a vida que eu quiser aos 65 anos”, dizia. Assim, evitava o consumo de alimentos “ricos em açúcar e glicose”, mas quando tinha vontade comia alguma “coisa doce”.

Eu como mesmo. Tá vendo essas feridas do meu pé? Elas abriram porque comi bala de coco. E eu falo sem cerimônia com o médico que eu comi doce. Eu não como aquelas coisas que estão lá na geladeira. Mas às vezes eu não aguento. Esses médicos acham que é fácil. Falar é fácil. Quero ver eles aqui vivendo como eu. Às vezes eu me arrependo, fico me sentindo culpada. Mas eu não vou ficar aqui me limitando. Não adianta. Mesmo eu fazendo a dieta, não consigo sair da hemodiálise. Essas feridas não saram. Então entreguei para Deus. E como mesmo. Eu nunca consegui fazer dieta.

Por outro lado, Rita tinha uma visão muito negativa da insulina. Dizia sentir “pavor

daquilo” por ter medo da agulha utilizada para aplicação e que a insulina era uma das responsáveis pelas mudanças em seu corpo (Rita apresentava algumas alterações no corpo que alteravam a forma dessas regiões - lipodistrofia seria o termo consagrado pela medicina). Apesar das orientações médicas, Rita dizia que “nem Cristo faz eu tomar isso”. Mas a verdade era que Rita utilizava a medicação de forma irregular. A funcionária da casa contribuía na aplicação de algumas doses da medicação no horário estipulado pela endocrinologista. Mas Rita não concordava com o uso da insulina: “Eu não concordo com a insulina. Dizem que eu preciso, mas acho que não”.

Além da insulina, Rita usava uma grande quantidade de medicamentos: clonidina, losartan, sinvastatina, ácido acetilsalicílico (AAS), eritropoietina, dentre outras. Rita utilizava regularmente essas medicações com o auxílio da funcionária da casa. E aqui uma aparente contradição. A eritropoietina também requer uma aplicação subcutânea, semelhante à insulina. Mas Rita não tinha a mesma visão sobre essa medicação em relação à insulina, o que sugere o fato de que sua aversão à insulina não residir exatamente na dor da aplicação do medicamento.

A potência de vida de Rita

A partir de todas essas questões trabalhadas ao longo do trabalho de campo, outras Ritas foram aparecendo. A imagem cristalizada de início, de uma mulher de difícil trato, intransigente, resistente e até mesmo hostil a qualquer iniciativa da equipe de ESF, que havia “desistido de tudo e se entregado à doença”, como disse em certo momento a enfermeira da equipe, foi cedendo lugar a outros contornos, outras nuances da vida.

Algumas questões não podem se esquecer: Rita tinha uma forma particular de se colocar diante dos profissionais da equipe de ESF, às vezes de forma ríspida e intransigente, que provocava desconforto; frequentemente a demanda que Rita fazia à equipe - curativos e medicamentos - criava um quadro de certo utilitarismo ou de uma desvalorização da potência da equipe em cuidar dela, como já havia sido feito em diversas ocasiões; Rita encontrava-se muito fragilizada em seu cotidiano de vida, “desanimada e desgostosa com a vida” e com pobre interação social; Rita não “aderia bem à rotina de dieta e uso de medicamentos preconizada para uma paciente com diabetes mellitus” (Enfermeira), o que levava a taxas de glicemia e outros parâmetros biológicos estarem constante fora das metas

previstas pela equipe médica; e essa complexa situação em diversas ocasiões provocava um “sentimento de trabalho desperdiçado que poderia estar sendo empregado com outras pessoas que desejam viver”, como chegou a dizer a médica em uma reunião de equipe.

Mas para além dessa narrativa, havia potência de vida.^{24,25} Onde víamos resistência a nossos protocolos e condutas, havia um desejo de produzir vida. Um desejo que frequentemente se expressa justamente por resistir às normas e aos ditames dos profissionais de saúde que não necessariamente dialogam com a vida da pessoa. Apesar do sofrimento provocado por sua frágil condição de saúde, que impõe uma relação intensa com a biomedicina, talvez seja essa potencia de vida que se expressa numa frase de Rita já citada acima: “Me reservo o direito de levar a vida que eu quiser aos 65 anos”. Em uma perspectiva presente na obra de Canguilhem,²⁶ pode-se dizer que Rita assumia o risco, mesmo que isso significasse um agravamento de alguns de seus problemas de saúde.

Vale a pena sentir o gosto de uma bala de coco e ter as feridas dos pés agravadas? Mas independente disso, os pés não continuariam a incomodá-la? É nesse constante balanço entre agravar ainda mais sua condição de saúde, talvez a um ponto irreversível, e a ousadia de

poder decidir o que e quando comer que Rita produzia sua vida. Sua potência de vida talvez estivesse justamente em sua resistência, em sua recusa a aceitar de imediato e sem mediações tudo aquilo que prescreviam a ela. Ato de resistência. Ato de rebeldia. Ato de vida. Atos que desconcertam e angustiam profissionais acostumados a se relacionarem com *pacientes*, no sentido de pessoas dóceis e obedientes, que se submetem aos atos profissionais como se ali estivesse sua única opção de viver.

Alguns apontamentos finais

O caso de Rita traz importantes contribuições para analisarmos o cuidado prestado a usuários com condições crônicas, em particular DM2, no âmbito da ESF. A complexidade do seu problema de saúde, os problemas oriundos de um fragilizado suporte familiar e social e sua forte conexão com a rede suplementar de saúde e com o aparato biomédico possibilita discutirmos alguns pontos em relação ao trabalho da equipe de ESF.

A equipe via Rita como uma paciente de difícil manejo: múltiplas comorbidades, terapia medicamentosa complexa, descontrole dos níveis glicêmicos e baixa adesão ao tratamento tradicionalmente estabelecido para o DM2 (dieta - atividade física - medicamentos).²⁷ Além

disso, havia relevantes problemas na relação dos profissionais com Rita. Cristalizou-se desta forma a identidade de paciente rebelde e difícil em Rita.

Neste contexto, os profissionais da SF assumiram um papel marginal no cuidado de Rita. Mais que isso, a equipe também operava a partir da agenda biomédica de controle da doença e prevenção de complicações, reforçando o cuidado hierárquico, burocrático, descontextualizado e despotencializado que ela recebia em toda a sua interface com os serviços de saúde. A equipe não produziu estratégias que visavam, para além da disciplinarização do estilo de vida e controle do corpo de Rita,²⁸ o enriquecimento de suas conexões de vida e o fortalecimento de sua capacidade de ser normativa em sua própria existência.^{24,26} Diante de uma pessoa que sofre com sérias consequências do diabetes, a equipe atuou no sentido de reforçar uma dinâmica de culpabilização do indivíduo pelo seu estado de saúde, baixa auto-estima, estresse e sofrimento psicossocial, que dentre outras coisas dificulta ainda mais a capacidade da pessoa em cuidar de si.^{29,30}

Por outro lado, percebe-se certa impotência da equipe em operar no terreno biomédico no momento em que um conjunto de especialistas médicos ocupa esse espaço legitimados pela

própria usuária. Isso significa que, ao perder espaço no campo do modelo médico hegemônico, desnuda-se o fato de que a equipe não operava suas ações a partir da centralidade de Rita no cuidado.²⁴

Mesmo tendo muitas informações sobre os problemas de Rita, a equipe não agenciava os encontros de forma a produzir uma potente circulação de afetos nessa relação de forma a permitir a expressão da autonomia de Rita na produção de sua vida enquanto força instituinte de formas mais inventivas de viver, a construir projetos terapêuticos de maneira compartilhada e contribuir para a promoção de maiores e mais intensas conexões de vida.²⁴ Do contrário, a equipe mantinha uma pauta previamente definida para Rita.

E Rita encontrava linhas de fuga destas tentativas de controle e disciplina resistindo às recomendações e construindo seu próprio modo de cuidar de si, o que incluía a possibilidade de piorar seu estado de saúde.^{23,24,26,29,30}

Questiona-se então em que medida a ESF produzida desta forma é capaz de problematizar e superar os limites da biomedicina e reorientar o modelo de atenção à saúde, particularmente quando estamos diante do problema das condições crônicas de

adoecimento, que exige a centralidade da pessoa no cuidado e sua participação na construção do projeto terapêutico como eixos para seu enfrentamento. Pelo que se apresentou aqui, a ESF opera como dispositivo de saber-poder que reforça, ao invés de reorientar, o modelo hegemônico de atenção à saúde. Uma modelagem com tantas possibilidades de produção - equipe

multiprofissional, proximidade com os usuários, facilidade de acesso, diversificação de cenários assistenciais, participação dos usuários na gestão dos serviços, etc - não pode se ver aprisionada em processos de trabalho burocratizados, programados em excesso, médico e procedimento centrados, higienistas, disciplinadores, normalizadores, violentos. Este é o imperativo ético que se coloca.

Referências

- ¹Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- ²Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1):87-93.
- ³Guimaraes TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4):868-876.
- ⁴Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Goncalves MR, Trindade TG, Oliveira MMC, Pinto MEB. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:156.
- ⁵Lourenço EC, Guerra LM, Tuon RA, Silva SMCV, Ambrosano GMB, Corrente JE, Cortellazzi KL, Vazquez FL, Meneghim MC, Pereira AC. Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. *Cien Saúde Colet* 2014; 19(7):2055-2062.
- ⁶Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J Public Health* 2013; 103(11):2000-2006.
- ⁷Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101(10):1963-1970.
- ⁸Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 3(349):g4014.
- ⁹Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm* 2009; 62(3):424-429.
- ¹⁰Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto contexto-enferm* 2009; 18(2):313-320.
- ¹¹Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev esc enferm USP* 2008; 42(2): 256-261.
- ¹²Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(18):489-506.
- ¹³Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.
- ¹⁴Favoreto CAO, Camargo Jr. KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis*. 2002; 12(1):59-75.

- ¹⁵Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- ¹⁶Canesqui AM, organizadora. Adoecimentos e sofrimentos de longa duração. São Paulo: Hucitec; 2013.
- ¹⁷Canesqui AM, organizadora. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec; 2007.
- ¹⁸Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; 2011.
- ¹⁹Bertussi D, Baduy RS, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 461-486.
- ²⁰Feuerwerker LCM, Merhy EE. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 439-460.
- ²¹Filc D. Power in the Primary Care Medical Encounter: domination, resistance and alliances. *Soc Theory Health*. 2006; 4(3):221-243.
- ²²Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- ²³Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
- ²⁴Merhy EE, Feuerwerker LM, Cerqueira P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-74.
- ²⁵Cerqueira MB. Pobres, resistência e criação: personagens no encontro da arte com a vida. São Paulo: Cortez; 2010.
- ²⁶Canguilhem G. O normal e o patológico. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.
- ²⁷American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care* 2014; 37(Suppl 1):S14-80.
- ²⁸Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 40. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
- ²⁹Naemiratch B, Manderson, L. Control and adherence: living with diabetes in Bangkok, Thailand. *Social Science Medicine*. 2006; 63(5):1147-1157.
- ³⁰Broom D, Whittaker A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science Medicine*. 2004; 58(11):2371-2382.