

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS
ICICT/ FIOCRUZ

ALEXSANDRO DA SILVA EVANGELISTA

**“Fluxos de Informação no SisHiperdia:
um estudo de caso”**

ORIENTADOR
Maria Cristina Guimarães Soares

2º ORIENTADOR
Mariana Bertol Leal

Rio de Janeiro
2012

ALEXSANDRO DA SILVA EVANGELISTA

**“Fluxos de Informação no SisHiperdia:
um estudo de caso”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadores:

Primeira Orientadora: Dr^a Maria Cristina
Guimarães Soares
Bertol Leal.

RIO DE JANEIRO

2012

E92 Evangelista, Alexsandro da Silva

Fluxos de informação no SisHiperdia: um estudo de caso / Alexsandro da Silva Evangelista. – Rio de Janeiro, 2012.

xi, 73 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2012.

Bibliografia: f. 76-79

1. Gestão da informação. 2. SisHiperdia. 3. Tecnologia leve. 4. Educação permanente. I. Título.

CDD 362.1

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Maria Cristina Soares Guimarães – 1º Orientador
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Doutoranda Mariana Bertol Leal – 2º Orientadora
Universidade de São Paulo (USP).

Prof.º Dr. Josué Laguardia – Membro Titular
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Prof.º Dr. Alcindo Antônio Ferla – Membro Titular
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Rosa Maria de Souza – Suplente
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Cícera Henrique da Silva
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

*Dedico este trabalho
a minha esposa Camila Maria Moraes
e aos meus Pais,
pelos momentos de dedicação e paciência.*

Agradecimentos

A minha esposa, Camila Maria Moraes, pela paciência e pelas incansáveis revisões dos meus textos, sempre com boas dicas e conselhos para a minha pesquisa.

Aos meus pais, Antônia Evangelista e José Evangelista, que durante toda a minha formação foram meu porto seguro nos momentos de insegurança.

A Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz por disponibilizar toda a estrutura para a minha formação acadêmica e a realização da minha pesquisa.

A coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, na figura da professora Inesita Araújo, pelos momentos de conversa e dedicação com a minha formação.

A minha orientadora, Maria Cristina Soares Guimarães, que não só orientou o meu trabalho de mestrado como também a minha vida, mostrando um caminho para a realização de uma vida profissional e pessoal de sucesso. Obrigado pela oportunidade e pela construção da rede de amigos que contribuíram no meu trabalho.

A minha segunda orientadora, Mariana Bertol Leal, que contribui com sua experiência na construção do meu olhar durante a pesquisa e na realização do trabalho.

As minhas amigas, posso dizer mães acadêmicas, Cícera Henrique e Rosane Abdala, que me acolheram no curso de especialização e me guiaram até o fim em meu trabalho no mestrado.

Aos participantes do Laboratório de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Licts), em destaque a Denise Nacif Pimenta, pela ajuda na organização do projeto para aprovação no conselho de ética e pela revisão do texto da dissertação e a Michele que contribuiu com a realização do grupo focal na Unidade de Saúde.

A secretária acadêmica do PPGICS pela dedicação e paciência durante todo o curso, sempre tentando facilitar a nossa caminhada pelas burocracias necessárias em nossa formação.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo pela disponibilização de suas Unidades de saúde para a realização desta pesquisa.

Aos profissionais da Unidade de Saúde da Família do Parque Esperança pelo acolhimento e pela colaboração durante o período de observação e no grupo focal.

Aos colegas do mestrado, pela convivência no decorrer do curso. Sempre lembrarei as nossas divertidas aulas.

Aos meus amigos por todos os momentos de incentivos e força para a construção de meu trabalho.

A minha família pela compreensão sobre minha ausência em momentos de reunião.

RESUMO

O aumento de pessoas acometidas por doenças crônicas na sociedade contemporânea tem orientado mudanças na forma de gestão dos serviços de saúde. O cuidado e a atenção às doenças crônicas pedem por intervenções mais complexas o que, entre outros pontos, abre um espaço para que novos dispositivos e estratégias possam auxiliar na mediação dos usuários com os profissionais de saúde, e com o próprio sistema de saúde. Estudos recentes apontam que as tecnologias de informação e comunicação (TICs) podem contribuir nesse processo, com potencial para auxiliar na formulação de políticas de atendimento integral à população. Enquanto um estudo exploratório, a presente pesquisa focou no sistema de cadastramento e acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos (SisHiperdia). Avaliado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia que ficou aquém da adesão e dos resultados esperados, objetiva-se aqui analisar, junto aos profissionais de saúde, como uma tecnologia da informação participa e potencialmente pode participar na construção dos processos de trabalho de uma unidade de atenção à saúde. A perspectiva epistemológica segue a abordagem da Educação Permanente, e as estratégias metodológicas utilizadas para alcance dos objetivos são: análise documental, observação e grupo focal. Os resultados apontam que a baixa adesão às tecnologias não é apenas resultado de despreparo do profissional, mas é também influenciada por fatores que envolvem o significado do trabalho e o agir em saúde.

Palavras Chave: Gestão da Informação, SisHiperdia, Tecnologia leve, Educação Permanente.

ABSTRACT

The increase of people suffering from chronic diseases in modern society has driven changes in management of health services. The care and attention to chronic diseases call for more complex interventions which, among other things, opens a space for new devices and strategies that can assist in mediation between users and health professionals, and the health system itself. Recent studies indicate that the information and communication technologies (ICTs) can contribute to this process, with the potential to assist in formulating policies for the comprehensive care for the population. To discuss this perspective, this research focused on the registration system and monitoring and Hypertensive Diabetics - SisHiperdia as an exploratory study. Reviewed by the Ministry of Health as a strategy that fell short of membership and the expected results, aims at analyzing, from health professionals, information technology as a part and can potentially participate in the construction of the work processes of a unit health care. The epistemological perspective follows the approach of Continuing Education, and the sum methodological strategy document analysis, participant observation and focus group. The results indicate that poor adherence to technology is not just a result of lack of preparation work, but is influenced by other factors involving the meaning of work and act on health.

Keywords: Information Management, SisHiperdia, Light Technology, Continuing Education.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	CAPÍTULO I: O DESAFIO DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITUS	17
3.	CAPÍTULO II: INFORMAÇÃO, TECNOLOGIA LEVE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	27
4.	CAPÍTULO III: METODOLOGIA	40
5.	CAPÍTULO IV: O CONTEXTO, O PROCESSO E A VISÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O SISHIPERDIA	48
5.1	A Entrada no campo	48
5.2	A unidade	54
5.3	A entrada dos usuários na Unidade de Saúde da Família	55
5.4	Consulta de diagnóstico	58
5.5	Consulta de Confirmação	60
5.6	Cadastro do usuário	61
5.7	Acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos	65
5.8	Solicitação da medicação	69
5.9	Digitação dos dados na parte online do SisHiperdia	69
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7.	REFERÊNCIAS	77
	ANEXOS	81

LISTA DE SIGLA e ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertação

CadSUS – Cadastro de Usuários do SUS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HA – Hipertensão Arterial

HIPERDIA – Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SisHiperdia – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

TICS – Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde

1. INTRODUÇÃO

O aumento de pessoas acometidas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na sociedade contemporânea tem orientado uma necessária mudança na gestão dos serviços de saúde. A transição das doenças agudas para as crônicas abriu o espaço para um amplo leque de práticas e estratégias de gestão do cuidado, onde despontam pelo menos três perspectivas marcantes: 1) cuidado que demanda a integralidade e a organicidade do tratamento, dado o grau de complexidade envolvido; 2) papel ativo e autônomo desempenhado pelo paciente/usuário da saúde, que passa a ser mais participativo e responsável pelo sucesso das intervenções e; 3) chegada de uma plethora de dispositivos tecnológicos, móveis e estáticos, simples e sofisticados, que cumprem vários papéis – facilitar o compartilhamento de serviços (por exemplo, registros eletrônicos, prestação de serviços de saúde a distancia) para a gestão do conhecimento (regras e protocolos do cuidado, diretórios de informação em saúde, facilitando também o acesso às bases de dados referenciais em saúde), bem como em ações de educação em saúde (BASILAKIS, GELLER, LOVELL, 2003). De forma clara, a informação (seus fluxos, seus registros, sua guarda e sua gestão) reafirma seu lugar chave no processo do cuidado a saúde.

Estudos prévios apontam também que o efetivo gerenciamento da rede de serviços orientados para doenças crônicas demanda uma estreita parceria entre o paciente e os profissionais da saúde. A unidade de atenção primária é apontada como o território privilegiado onde se passa essa ação. É aí, no espaço da atenção básica, que os vários saberes e as várias práticas devem interagir e se complementar, somando generalistas com especialistas, com serviços laboratoriais, dispensa de medicamentos, acesso ao hospital, acesso ao cuidado domiciliar, ações de educação em saúde, dentre outras atividades. A gestão dos fluxos de informação entre esses diferentes atores envolvidos na atenção à saúde é, portanto, necessária. As tecnologias de informação e

comunicação (TICs), ou, os dispositivos tecnológicos são situados como uma solução natural para auxiliar em tais desafios (BELLAZZI, LARIZZA, PANZARASA e STEFANELLI, 2003).

As diversas iniciativas e estratégias onde as tecnologias de informação podem atuar são várias: as primeiras ações recorreram ao uso de fax e e-mails para garantir a coordenação e transferência de dados. Mais recentemente, busca-se a interação dos atores por uso de *groupware*. Entretanto, o que se discute na literatura é que mesmo o uso de *softwares* de gestão não é suficiente para tratar com a complexidade da atenção primária. Toda ou qualquer solução deve ser orientada para que todos os atores envolvidos na atenção primária possam, inicialmente, comunicar entre si.

A definição de uma infraestrutura tecnológica que permita um melhor fluxo de informação e comunicação nas perspectivas inter e intra-organizacionais devem, necessariamente, ser resultado de uma ampla discussão e colaboração entre os vários atores envolvidos. Só assim será possível transformar as tecnologias de informação em instrumentos efetivos de orientação para novas estratégias de cuidado, contribuindo para o aprendizado em saúde individual e coletivo (BELLAZZI, LARIZZA, PANZARASA e STEFANELLI, 2003).

Assim, na medida em que os dispositivos tecnológicos podem proporcionar o conhecimento das condições de vida da população, além de contribuir com as trocas de informação entre diferentes profissionais e instituições, eles podem auxiliar fortemente na construção de redes de cuidados necessárias para o atendimento das demandas dos usuários acometidos pelas doenças crônicas. Nessa perspectiva, as TICs, ou, um dispositivo tecnológico pode ser orientado por uma tecnologia leve, contribuindo na construção de um processo de trabalho “paciente centrado”, onde as ações em saúde são focadas no acolhimento e na construção de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários (MERHY, 2002). Esta tecnologia dá oportunidade para a criação de um diálogo, onde os usuários apresentam a informação sobre suas condições de vida, suas demandas e a sua satisfação com o tratamento, como também recebem informação dos

profissionais sobre seu tratamento, as condições de patologias e sobre sua condição de saúde.

Essa realidade de mudança na gestão do sistema de saúde não é diferente no Brasil, que vem apresentando nas últimas décadas o aumento da morbimortalidade provocada pelas DCNT. O aumento destas patologias é justificado por três importantes transições ocorridas na população mundial: a transição demográfica, nutricional e a epidemiológica (BRASIL, 2008).

A transição demográfica é o resultado do aumento da expectativa de vida da população, decorrente da queda da mortalidade nos jovens e da fecundidade no mundo. Com isso, temos o progressivo envelhecimento da nossa sociedade, o que aumenta os riscos das DCNT, já que a população idosa é o grupo populacional de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2008).

Já a transição nutricional está relacionada às mudanças no consumo de alimentos, com o aumento no consumo de produtos industrializados que possuem maiores teores de gorduras, açúcares e sódio. Os baixos custos destes produtos também contribuíram para o aumento de seu consumo. Com isso, há uma preocupação dos gestores em saúde com a população de menor poder aquisitivo, pois esta muitas vezes tem como sua base alimentar os produtos industrializados, o que aumenta sua vulnerabilidade para as DCNT (BRASIL, 2008).

Por último, a transição epidemiológica, apresenta-se como uma mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas. Contudo, a transição epidemiológica não ocorreu de forma igual em todos os países. Nos países desenvolvidos, a transição ocorreu de uma forma mais gradual, já nos países em desenvolvimento, esta transição se deu de uma forma rápida, ocorrendo ainda muitos casos de doenças infectocontagiosas e também das doenças crônicas, demandando respostas imediatas dos sistemas de saúde, em função de seu impacto na economia do país e na qualidade de vida da população.

Estes impactos na economia são decorrentes do aumento dos custos

com os tratamentos das DCNT, que podem ser diretos e/ou indiretos. Os gastos diretos estão relacionados aos custos provenientes das internações, medicamentos e os tratamentos ambulatoriais. E os gastos indiretos, estão relacionados, por exemplo, à diminuição da população economicamente ativa, em função das aposentadorias precoces por invalidez, causada pelo agravamento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2008).

Com a proposta de diminuição destes custos e melhoria da qualidade de vida da população, especificamente no caso da Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA), o Ministério da Saúde (MS) implantou o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia). Este plano busca a promoção, vigilância, prevenção e assistência em saúde com planejamento baseado na informação como instrumento de gestão, respeitando as especificidades de cada região de saúde (BRASIL, 2001a).

A reestruturação do atendimento aos diabéticos e hipertensos foi dividida em quatro etapas: 1) atualização dos profissionais da atenção básica; 2) a detecção dos suspeitos; 3) a confirmação do diagnóstico e, finalmente; 4) o início da terapêutica foi junto com o cadastramento do usuário na unidade de saúde responsável pela sua região. O plano também previu a realização de uma avaliação de impacto na etapa de detecção dos casos suspeitos, com a proposta de aferir como o plano influenciou na organização dos serviços e na situação clínica dos portadores (BRASIL, 2001b).

Esta avaliação foi realizada pela secretaria de políticas públicas do MS no ano de 2001, logo após a implantação da campanha de detecção de casos suspeitos de diabetes. Aquele momento foi avaliado e analisado todos os municípios do Brasil, em relação ao número de casos desta patologia cadastrados no sistema de informação ambulatorial, sistema onde era efetuado o cadastro de pessoas suspeitas de estarem acometidas pela DM.

Com relação à avaliação da etapa da campanha de detecção dos casos suspeitos de diabetes, realizada em 2001, foram identificadas dificuldades no alcance da meta de usuários detectados, especialmente em municípios de

mais de 100 mil habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c), o não alcance das metas ocorreu devido a dois fatores: à capacidade limitada dos profissionais da atenção básica de realizar uma busca ativa da população de risco; e devido à dificuldade de uso das tecnologias de informação.

Desta forma, a proposta aqui apresentada toma como foco de análise algumas declarações encontradas na literatura, em específico às que atribuem à baixa capacitação dos profissionais no uso das tecnologias de informação como uma das causas para a baixa adesão ao SisHiperdia. Objetiva-se iniciar uma discussão sobre como essas tecnologias podem contribuir, efetivamente, na gestão do cuidado, atuando principalmente no processo do pensar e do agir crítico na saúde, contribuindo para produzir o que Merhy (2002), com base na discussão de trabalho vivo apresentado por Marx, chama de trabalho vivo na saúde.

Portanto, o foco da análise buscou mapear e discutir, junto aos profissionais de uma unidade básica de saúde, o fluxo de informação no âmbito do SisHiperdia, mais especificamente, partir das orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde. Almejou-se também compreender a forma como os profissionais da atenção básica se apropriam da informação gerada pelo SisHiperdia para a construção de suas ações.

A pesquisa aqui descrita, um piloto de caráter exploratório, toma como território de análise o município de Belford Roxo, na Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro. Esse município foi escolhido por ser o contexto de atuação profissional do presente autor, e especialmente por apresentar um grande índice de óbito por doenças provocadas pelos agravos da HA e DM.

O caminho metodológico assume a pesquisa qualitativa como lente de análise, somando análise documental, observação e grupo focal. A Educação Permanente, colocada como um processo educativo que problematiza as relações envolvidas na construção de espaços coletivos de reflexão e avaliação dos atos de cuidar (CECCIM, 2005), é a estratégia usada para conduzir a discussão sobre a construção de novos sentidos sobre o processo

de coleta de dados, e o potencial para produção de novo conhecimento, com consequências diretas no agir em saúde.

Deste modo, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar, em caráter piloto e exploratório, o fluxo de informação no âmbito do SisHiperdia em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Belford Roxo. Neste sentido, os objetivos específicos são:

1. Situar e descrever a inserção do SisHiperdia no âmbito do processo de trabalho.
2. Descrever o fluxo de informação do SisHiperdia em uma Unidade Básica de Saúde enquanto trabalho vivo em ato.
3. Identificar potenciais intervenções no fluxo de informação com vistas a contribuir para o uso mais efetivo das tecnologias de informação.

Cumpridos seus objetivos, a pesquisa problematiza a forma de avaliação da adesão dos profissionais da atenção básica ao SisHiperdia, entendendo que a mesma não pode ser mensurada apenas a partir da quantidade de usuários cadastrados, mas sim deve levar em consideração as tensões que envolvem o processo de trabalho de toda a equipe.

A partir da problematização do processo de construção e implantação dos dispositivos tecnológicos de coleta dos dados, abordando as tensões apresentadas no processo de trabalho e no uso das tecnologias, esta pesquisa proporciona um olhar diferenciado sobre o uso das TICs na construção de uma atenção integral às DCNT. Atenção que visualiza o uso dos instrumentos de informação como aliados no processo de construção de ações em saúde paciente-centrado; contribuindo assim para um maior envolvimento do profissional com as demandas dos usuários, como também o aumento da autonomia dos usuários na construção da sua linha de cuidado.

2. CAPÍTULO I: O DESAFIO DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITUS

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre estas doenças se destacam também o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2006 o Brasil tinha cerca de 17 milhões de portadores de HA, o que correspondia a 35% da população de 40 anos ou mais. A carga de doenças representadas pela morbimortalidade devido à doença é muito alta e, por isso, a HA é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Os agravos desta patologia são responsáveis por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a).

A DM atingiu em 1995, cerca de 4,0% da população adulta mundial e tem uma estimativa de alcançar em 2025, 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. O Ministério da Saúde (MS) destaca que no Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras (BRASIL, 2006b). De acordo com o sítio do DataSUS, o número de óbitos por residência no ano de 2010 no estado do Rio de Janeiro foi de aproximadamente 130.000, deste total os óbitos tendo como causa as doenças relacionadas aos agravos da HA e DM foram de 45.951, sendo a principal causa de óbito no estado (DATASUS, 2010).

O aumento destas patologias nas últimas décadas levou a mudança no cenário epidemiológico do país. No entanto, no início dos anos 2000, o MS ainda não possuía dados que embasassem a construção de ações de prevenção e recuperação da população em risco e/ou acometida pelas patologias (BRASIL, 2004a). De fato, conforme registra Pereira (2007),

somente em 1992, com o surgimento da proposta de uma vigilância à saúde, foram ampliados os objetivos da vigilância epidemiológica. Estas incorporaram investigações e montagens de banco de dados sobre agravos, como doenças crônicas, acidentes e violências, bem como aspectos relativos à organização e produção dos serviços de saúde visando à reorientação das ações de prevenção de risco e de recuperação da saúde.

A vigilância em DCNT, como proposta em 2004 no Congresso Brasileiro de epidemiologia em Recife, foi definida com o objetivo de:

(...) conhecer a magnitude, os determinantes sociais, econômicos, comportamentais e monitorar tendências, para subsidiar políticas e estratégias de promoção da saúde e prevenção e avaliar o impacto das intervenções, orientando a continuidade das ações (BRASIL, 2004d).

Com a proposta de diminuição dos agravos provocados pelas HA e DM, e de coleta de dados que possibilitassem conhecer a realidade da população acometida pelas patologias, o MS publicou a portaria 235/GM de 22 de fevereiro de 2001, que determinou a criação de um Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia) (BRASIL, 2001a).

O plano criado teve como objetivo estabelecer diretrizes e metas para esse novo cenário de gestão da rede de atenção, que seriam alcançadas através “da atualização dos profissionais da rede básica e da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades básicas de saúde para tratamento e acompanhamento” (BRASIL, 2001a, p.10). Esta reestruturação visava à ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade de vida dos portadores da HA e DM na rede pública de saúde (BRASIL, 2001b).

A proposta de reorganização da atenção a HA e ao DM foi estruturada em quatro etapas, tendo ao final de cada uma a avaliação de seu impacto na atenção ao usuário hipertenso e diabético. As etapas são as seguintes (BRASIL, 2001a):

1. Atualização dos profissionais da atenção básica, tendo como público-alvo os profissionais de nível superior;

2. Identificação da população de risco, etapa essa dividida em dois momentos: o primeiro, com foco na população acometida ou suspeita de DM, e o segundo, com a população acometida ou suspeita de HA;
3. Seguir-se-ia uma etapa dedicada à confirmação do diagnóstico e início da terapêutica dos pacientes;
4. A etapa final era dedicada à realização do cadastramento e vinculação dos pacientes portadores de HA e DM junto às Unidades Básicas de Saúde.

A etapa de atualização dos profissionais teve como sua primeira ação a formação de multiplicadores que ficariam responsáveis pela atualização das equipes da atenção básica. Esta primeira ação teve como público-alvo os profissionais de nível superior da atenção básica, e a metodologia utilizada para a formação dos multiplicadores foi de estudos de casos clínicos e de treinamento em serviço. Estes estudos deveriam discutir os principais sintomas das patologias, os exames disponíveis para o diagnóstico e as medicações a serem utilizadas no tratamento.

O plano apresentou a proposta de atualização dos profissionais como uma atividade de Educação Permanente em saúde, dividida em dois momentos, o primeiro na modalidade presencial, e o outro na modalidade à distância.

Os materiais didáticos para formação dos multiplicadores foram elaborados através de uma parceria entre a Secretaria de Políticas de Saúde/MS e as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes. Tinham como proposta dar condições para que os profissionais da atenção básica identificassem os sintomas, solicitassem os exames laboratoriais adequados para confirmação das patologias, e prescrevessem as medicações do plano (BRASIL, 2001b).

A segunda etapa do plano de reorganização direcionou-se à identificação da população de risco. Nesta etapa, ocorreu a divulgação de

informação sobre os fatores de riscos, e uma campanha de identificação de suspeitos de DM e HA, através de testes de glicemia e a aferição de pressão arterial respectivamente. Quando a medição apresentasse alguma alteração nos valores encontrados o usuário era encaminhado para a etapa seguinte, a de confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2001b).

A confirmação do diagnóstico e o início da terapêutica dos usuários identificados nas campanhas correspondiam à terceira etapa do plano de reorganização. Nesta etapa, os municípios cadastrariam os casos suspeitos em formulários específicos para a campanha, sendo os dados consolidados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Os casos suspeitos deveriam ser encaminhados para a realização de um diagnóstico de confirmação. Só quando confirmado o diagnóstico, cadastrava-se e vinculava-se o paciente a uma Unidade de saúde, esta etapa se caracterizava como a quarta e última (BRASIL, 2001b).

Na perspectiva da descentralização das ações de saúde, aos municípios foi creditada maior autonomia nas duas últimas etapas, que ficaram responsáveis pela confirmação dos casos suspeitos, pelo início do tratamento, pelo cadastramento e pelo vínculo dos pacientes que apresentaram diagnóstico positivo (BRASIL, 2001b).

Para as equipes das unidades básicas de saúde e das gestões municipais as duas últimas etapas são as mais complicadas do plano, pois o tratamento e a prevenção dos agravos destas patologias exigem uma mudança nos estilos de vida da população. Além disso, a necessidade de um período prolongado para aparecimento da doença e seu tratamento, já que estas patologias são, por muito tempo, assintomáticas. (BRASIL, 2001b)

Na proposta apresentada pelo plano, o público-alvo era a população com idade acima de dezoito anos. Contudo devido às dificuldades da realização do rastreamento em uma população tão ampla, a fase de detecção de casos suspeitos do plano teve como foco principal as campanhas para a população com idade igual ou superior a quarenta anos, devido ao seu maior risco de desenvolver os agravos das patologias (BRASIL, 2001b).

A escolha da Atenção Básica como locus dessa estratégia justifica-se pela proposta de atuação desse nível de atendimento, enquanto um espaço de atuação de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Nessa perspectiva as ações na atenção básica têm a proposta de serem desenvolvidas por práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, com lógica de trabalho em equipe dirigido a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006a).

Portanto, os profissionais de saúde da atenção básica tem um papel estratégico no desenvolvimento do controle da HA e da DM, tanto no diagnóstico clínico e na definição da terapêutica, quanto nas ações desenvolvidas para informar e educar o paciente hipertenso e/ou diabético, partindo sempre das características locais da população atendida.

O Plano tinha como objetivo um diagnóstico de grande parte do país, pois o vínculo entre os portadores de HA e DM e as unidades de saúde da atenção básica se dava de forma bastante precária, ocorrendo de modo não continuado nos serviços de urgência e emergência. Não havia garantia da identificação de lesões em órgãos- alvo e do tratamento adequado; também não eram realizadas, de forma sistemática, atividades de promoção da saúde, buscando a redução de fatores de risco. O plano trouxe também algumas implicações, quando não, modificações no processo de trabalho dos profissionais da atenção básica em sua estratégia de prevenção e controle das patologias.

Com a proposta de auxiliar na construção de ações de cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos conforme os territórios, as demandas da população destes espaços, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria de Políticas de Saúde publicaram a Portaria Conjunta N.º 02, de 05 de março de 2002.

Esta portaria institui na atenção básica um instrumento de cadastro e

acompanhamento dos portadores de HA e DM, denominado de Sistema de Informação do Hiperdia (SisHiperdia), para utilização dos municípios e controle do MS. O objetivo era controlar o número de usuários acometidos pelas patologias no país, com a finalidade de auxiliar a organização e disponibilização de serviços para a população acometida por estas patologias (BRASIL, 2002).

A adesão ao SisHiperdia ocorreria de forma voluntária, ou seja, os municípios não seriam obrigados a aderem ao uso do sistema. Para estimular a adesão, o MS condicionou a participação dos municípios ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus à adesão ao SisHiperdia (BRASIL, 2002).

Dessa forma, o recebimento das medicações, por parte dos municípios, ficava condicionado ao uso do SisHiperdia, fornecendo dados da população atendida no Hiperdia. Este estímulo advém da crença do MS que o SisHiperdia tem um grande potencial na construção de um atendimento integral dos hipertensos e diabéticos, e na construção das políticas de saúde voltadas para HA e DM. (BRASIL, 2002)

Os materiais de apresentação e orientação de uso do SisHiperdia disponibilizados pelo Ministério da Saúde apresentam algumas metas como: a criação de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde; a contribuição para que os profissionais construam um atendimento integrado; e o embasamento das ações da gestão em relação a HA e DM.

O processo de trabalho seria reestruturado com base nos dados disponibilizados no SisHiperdia aos profissionais das Unidades de Saúde. Esta proposta foi apresentada pelo MS como um grande avanço na prevenção e recuperação da saúde dos pacientes acometidos pela HA e DM, pois é a partir da análise destes dados, que os profissionais construirão informação sobre as demandas da população de sua responsabilidade. (BRASIL, 2005).

Para a gestão municipal os dados do sistema são importantes por dois motivos em especial: o primeiro, para aferir o número de pessoas em risco, acometidas, e/ou que possuem agravamentos provocados pela HA e DM, o

que contribuíra na construção de políticas de saúde. O segundo motivo, se divide em três ações: 1) conhecer as demandas dos profissionais de saúde para a realização de um atendimento integral aos hipertensos e diabéticos; 2) aferir a qualidade do atendimento de cada unidade aos portadores da HA e DM e; 3) possibilitar a todos os usuários do Hiperdia acesso às medicações preconizadas pelo MS nas Unidades de Saúde (BRASIL, 2006b).

De acordo com a apresentação do SisHiperdia no sítio do Datasus, todas as esferas do SUS, Municipal, Estadual e Federal, têm responsabilidade sobre a implantação e uso do SisHiperdia. A esfera federal, representada pelo Ministério da Saúde, tem em suas funções a coordenação nacional da atenção integral e a prevenção da HA e DM; o acompanhamento do usuário através do SisHiperdia; a realização da pactuação tripartite de ações voltadas para atenção dos hipertensos e diabéticos; e a construção de rotinas e soluções técnicas de informática através do DataSUS em nível nacional, que tem a função de desenvolver, disponibilizar e apoiar tecnicamente os municípios no uso do sistema (DATASUS, 2006c).

A esfera Estadual fica responsável pela coordenação estadual do sistema, acompanhando e assessorando os municípios em relação à implantação das ações de atenção a HA e DM nos municípios e na implantação do SisHiperdia.

Já a esfera Municipal fica com algumas atribuições mais executivas da parte dos SisHiperdia, como a execução das ações acordadas na Tripartite: O fornecimento dos dados e a manutenção dos sistemas locais.

Na apresentação disponível no sítio do DataSUS, o SisHiperdia é dividido em três subsistemas: os subsistemas Municipal, Estadual e Federal. É importante registrar que no Manual de orientação do SisHiperdia, são apresentados apenas dois subsistemas: o Municipal e o Federal. Os três subsistemas apresentados pelo Datasus são assim descritos (BRASIL, 2006b):

O Subsistema Municipal é formado pelos seguintes módulos:

- ◆ Unidade de Saúde/Equipe: função de cadastrar e registrar os atendimentos dos hipertensos e diabéticos; realizar relatórios operacionais, gerenciais e de indicadores de qualidade; e de exportar e importar dados para o módulo Distrito Sanitário (quando o município possuir), caso não, direto para o Centralizador.
- ◆ Distrito Sanitário: Possui uma função muito semelhante à da unidade de saúde, contudo fica responsável por concentrar o registro de mais de uma unidade.
- ◆ Centralizador: Função de cadastrar e registrar os atendimentos dos hipertensos e diabéticos quando o município não possui unidades com computadores e não tem distritos. O centralizador digita e lança todos os usuários cadastrados, de forma manual, no sistema informatizado do SisHiperdia; emite relatórios operacionais, gerenciais e de indicadores de qualidade; exportação/importação dos dados do módulo Unidade de Saúde ou Distrito Sanitário; exportação/importação de dados para o módulo Estadual/Federal; geração de arquivo para o centralizador Cadastro de Usuários do SUS (CadSUS); e ação que permite entrada de dados de Unidades de Saúde de instituições não governamentais, hospitais, sob gestão municipal (por adesão).
- ◆ O Subsistema Estadual é formado pelos módulos Regional ou Território Sanitário; Centralizador Estadual, mas na apresentação disponibilizada no sítio do DataSUS apenas a função do centralizador estadual é ativada. De acordo com o DataSUS, o centralizador estadual tem a função de realizar o monitoramento dos Cadastros e dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos do Estado; realizar relatórios operacionais, gerenciais e de indicadores de qualidade; realizar exportação/importação dos dados do módulo Municipal para Regionais ou Territórios Sanitários definidos, e de dados para o módulo Federal;
- ◆ O Subsistema Federal não possui módulo, é responsável pelo cadastro nacional e dos registros de atendimentos dos hipertensos e diabéticos atendidos na rede básica do SUS; disponibiliza informação para acesso

público (com exceção da identificação do usuário); disponibiliza relatórios com indicadores de qualidade, integra os dados do SisHiperdia com o CadSUS Federal, e exportação/importação dos dados do módulo Centralizador Estadual.

Como anteriormente mencionado, o SisHiperdia tem como face central as atividades realizadas no âmbito municipal, o que pressupõe mudanças no processo de trabalho das unidades básicas. Como apontado por Franco e Magalhães Júnior (2004, p.5):

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo assistencial de uma Unidade Básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho neste caso, carece de uma interação de saberes e práticas, necessária para o cuidado integral à saúde. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário. (MERHY; 1998). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (FRANCO E MAGALHÃES JUNIOR, 2004, p.5).

Em um informe técnico, o MS coloca que a fase de detecção e cadastros dos usuários acometidos pelas HA e DM são importantes para a construção de informação sobre a realidade dessas doenças em nosso país. Contudo, esta fase não basta para a realização de um atendimento adequado aos usuários, sendo necessário o preparo dos profissionais para realizar o acompanhamento dos casos diagnosticados (BRASIL, 2001c).

A capacitação dos profissionais também foi um ponto abordado pelos artigos recuperados na busca bibliográfica realizada por esta pesquisa. Os artigos colocam que este despreparo dos profissionais ocorre devido à falta de um sistema contínuo de treinamento, que somado a uma grande quantidade de outros formulários a serem preenchidos, leva uma sobrecarga dos profissionais. Esta sobrecarga constrói uma percepção, por parte dos profissionais, dos sistemas de informação de mera coleta de dados para

cumprimento da burocracia (JARDIM e LEAL, 2009).

A visão apresentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) tem o foco na tecnologia leve-dura, nas capacitações, nas orientações técnicas sobre as patologias, e nas formas de preenchimento dos formulários. As propostas de capacitação não trazem a problematização do processo de trabalho relacionado ao uso dos dados coletados na construção dos processos de trabalho.

Com isso, a presente pesquisa buscou, por meio da visão problematizadora da Educação Permanente, realizar uma discussão sobre a implantação da gestão, o uso e a percepção do SisHiperdia por parte dos profissionais, entendendo que as TICs são de extrema importância na construção da linha de cuidado das DCNT.

3. CAPÍTULO II: INFORMAÇÃO, TECNOLOGIA LEVE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.

Este capítulo trata sobre o debate da informação em saúde como uma importante ferramenta no planejamento das ações de cuidado dos usuários, trazendo a temática da educação permanente como pano de fundo. Objetiva, assim, formar o arcabouço teórico que permite acolher as tecnologias de informação como dispositivos importantes que podem contribuir para uma proposta de cuidado mais integral.

A informação em saúde é encarada como a principal ferramenta para a construção de uma atenção de qualidade; os discursos apresentados neste campo afirmam que a ausência e a baixa qualidade dos dados são uma das principais causas para o não funcionamento, ou, falhas das políticas de saúde (CHAKKOUR e MERHY, 1997).

A estruturação das bases de dados e o desenvolvimento dos sistemas de informação são, historicamente, apontados como alternativas para assegurar uma base quantitativa mínima capaz de descrever uma certa situação de saúde. Segundo Merhy e Santos (2006), as bases de dados nacionais constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. O fornecimento permanente e regular de dados para essas bases é fundamental para o seu aperfeiçoamento, bem como para o seu uso no processo de monitoramento e avaliação do Sistema de Saúde.

Fialho Júnior (2004) faz um pequeno histórico dos conceitos de sistemas de informação adotados e/ou discutidos no âmbito da saúde. A partir da definição apresentada pelo Informe Epidemiológico do SUS de 2002, o autor coloca que o Sistema de Informação é o conjunto de pessoas e máquinas responsáveis pela coleta, processamento, análise e divulgação de dados que construirão a informação que embasará as ações em saúde.

O autor também utiliza a definição de sistema de informação apresenta-

do por Moraes (1994) como uma síntese de todos os conceitos apresentados em sua pesquisa, com isso, os Sistemas de Informação são apresentados como instrumentos de suporte de uma determinada política, dando resposta a determinado interesse e práticas institucionais. Desta forma, é importante problematizarmos o contexto em que os sistemas de informação são estruturados.

Para Moraes, a construção de um sistema de informação deve conter as seguintes perguntas *“Por que se registra esta informação? Para que será utilizada? Quem a utilizará? Como será empregada? Por quanto tempo será útil esta informação?”* (MORAES, 1994 *apud* FIALHO JUNIOR, 2004, p.52)

Com relação à organização do Sistema de Informação em Saúde, Donalísio (1993) coloca a importância de descentralizar os sistemas de registros para os níveis locais, pois, segundo o autor a *“análise e a agregação dos dados devem responder aos objetivos definidos a priori no modelo de atendimento local”* (DONALÍSIO, 1993 *apud* FIALHO JUNIOR, 2004 p. 53).

Este nível local é apresentado pelo autor como as unidades básicas de saúde, responsáveis pelo atendimento da população. Com isso, para o Guia de Vigilância Epidemiologia (2002) o Sistema de Informação em Saúde deve dispor de um número de variáveis adequadas às demandas apresentadas pelos usuários atendidos nas unidades de saúde garantindo uma atenção integral aos problemas apresentados (BRASIL, 2002 *apud* FIALHO JUNIOR, 2004 p. 53).

Com isso, Franco (2003, p.163) coloca que a descentralização do Sistema de Informação em Saúde é:

(...) uma saída para o atual perfil de funcionamento dos sistemas de informações, em nível local, em que os seus “produtores” ficam, posteriormente à anotação e remessa de dados, alienados das análises e resultados dos seus próprios produtos. Esse distanciamento está ligado às formas de gestão, nas quais a decisão está concentrada nos níveis centrais, com baixa delegação aos níveis gestores locais (FRANCO, 2003 p.163).

A forma de gestão apresentada pelos Sistemas de Informação em Saúde leva a uma coleta de dados alienada por parte dos profissionais, sem a compreensão da realidade sanitária que estes dados representam. Com isso,

Franco afirma que:

O 'não retorno' das informações para os níveis assistenciais, lugares de produção do cuidado, cria uma certa incompreensão, por parte dos trabalhadores, quanto ao destino das informações e, conseqüentemente, à utilidade do registro de dados para o sistema de informações e programação das atividades na Unidade de Saúde (FRANCO, 2003, p.162).

Com isso, os dispositivos tecnológicos de coleta de dados vêm sendo desenvolvidos longe do contexto onde vão ser utilizados. Já chegam às unidades de saúde prontos através de normas técnicas determinadas pela gestão dos sistemas de informação, sem levar em consideração as percepções dos profissionais responsáveis pelo atendimento das demandas dos usuários.

Chakkour e Merhy (1997) destacam que quando a estruturação de um sistema de informação abraça o caminho para a qualidade da informação em saúde, emerge uma característica sistêmica-funcional. Esta característica limita a forma de pensar a saúde a fatores objetivos, bem estruturados como, por exemplo, os sintomas; que podem ser representados por indicadores e coeficientes, eleitos a partir de um determinado saber, que segundo os autores também são bem estruturados, como a demografia e a epidemiologia, que devem expressar o dia a dia do trabalho em saúde.

Os autores afirmam que, a proposta de pensar saúde a partir de fatores bem estruturados faz com que as 'falhas' e 'ruídos', em vez de serem escutados como uma oportunidade para a busca por alternativas e novas formas de atuação, são simplesmente analisados como algo que deve ser corrigido (CHAKKOUR E MERHY, 1997).

Chakkour e Merhy (1997, p.44) colocam que esta forma do uso da informação, nega *“a expressão vital e estratégica da informação como uma poderosa ferramenta que pode contribuir para os processos de intervenção institucional”*. Deste modo, prevalece na área da saúde a construção das ações do cuidado baseadas nos procedimentos, em que predomina *“o trabalho morto contido nas tecnologias leve-dura e dura, não se permitindo uma abertura para novas possibilidades de se trabalhar com outras dimensões tecnológicas”* (CHAKKOUR e MERHY, 1997, p.44).

Assim, quando se pensa na contribuição das Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TICSs) na produção das ações cuidadoras, é necessário ir além das propostas dos equipamentos e saberes técnicos colocados, e pensar nas relações humanas que são construídas durante o processo de cuidar em saúde.

De acordo com Franco (2003), o funcionamento dos sistemas de informação em saúde depende do protagonismo do profissional no momento da construção da relação entre o trabalho vivo e o morto para o alcance da meta proposta.

Franco (2003, p.69) coloca ainda que:

(...) esse relacionamento não ocorre por si só e nem mesmo se pode dizer que seja fácil de se consumir. Depende da capacidade do “sistema” de interagir com os trabalhadores, demonstrar capacidade de participar da rede de produção existente no ambiente de trabalho, enfim, impactar os trabalhadores naquilo que pode motivá-los para o seu uso (FRANCO, 2003, p.69).

A subjetividade criada a partir da relação dos profissionais de saúde com os sistemas de informação é um fator importante no processo de adesão por parte dos trabalhadores, o que levará a incorporação do sistema em seus processos de trabalho e proporcionará a sua implantação plena. (FRANCO, 2003)

Chakkour e Merhy (1997, p.44) defendem que:

Operar nestas novas possibilidades é ir além da informação como uma ferramenta que é exclusivamente possuidora de uma lógica instrumental sistêmica, pois a mesma tem que se tornar analisadora dos jogos instituintes e instituídos que atravessam permanentemente as instituições de saúde (CHAKKOUR E MERHY, 1997, p.44).

A informação não pode servir apenas para medir “funcionalidade cumprida” ou eficiência e eficácia, deve ser uma ferramenta que possibilita a análise das interações entre o trabalhador da saúde e o usuário, entre os trabalhadores da saúde com a gestão, na busca da construção de ações cuidadoras para a solução dos problemas apresentados pelos usuários de forma integral.

Com isso Franco (2003, p.39) coloca que:

Por esta perspectiva, é possível dizer que se debruçar sobre um serviço de saúde como uma arena de (e em) disputas, sob a ótica da informação, é abrir-se para a produção da informação como uma ferramenta analisadora que pode nos auxiliara para agir nos interstícios dos processos instituídos, ao mostrar os “ruídos” do mundo dos sentidos e sem sentidos sobre o das significações permitindo, a partir deste próprio mundo (o das significações), perceber os ruídos “espontâneos” e “naturais” de situações cotidianas singulares, ou mesmo os ruídos “provocados”, com pretensão analisadora, que podem possibilitar possíveis aberturas para processos mais públicos, partilháveis entre os operadores do cotidiano e nos quais se possa, através de uma certa tecnologia, atuar conformando novos sentidos para o serviço, enquanto uma certa arena institucional (FRANCO,2003, p.39).

Com isso, deve-se avançar na análise sobre a baixa contribuição dos dados apresentados nos sistemas de informação, deixando de apontar de forma simplista o despreparo dos profissionais como o principal problema para o fracasso dos sistemas de informação. É importante avaliar a proposta estruturada do sistema, que limita o uso da informação apenas para a construção de indicadores, coleta dos dados e envio para os gestores (CHAKKOUR E MERHY,1997).

Chakkour e Merhy (1997, p.44) justificam esta mudança no olhar dizendo que:

(...) no dia a dia, o conjunto dos diferentes profissionais na área de saúde, seja nos serviços públicos ou privados, hospitalares ou não, operam constantemente com a produção de dados e informações, dentro de suas lógicas “particulares” de exercerem seus autogovernos, e sem serem coletiva e publicamente interrogados sobre o sentido deste modo de operar, e em torno de uma busca de processos mais públicos e compromissados com o usuário final das ações de saúde (CHAKKOUR e MERHY, 1997, p.44).

Já Franco (2003, p. 52) aponta que:

(...) o desafio que se coloca é pensar como introduzir os sistemas de informação nos serviços de saúde, sem que os mesmos resultem na “captura” do “trabalho vivo em ato” pela proposta do trabalho morto apresentada pela sistemática de produção de dados focados em procedimentos (FRANCO, 2003, p.52).

De acordo com Chakkour e Merhy (1997) a informação em saúde que tem operado consensualmente em torno das tecnologias duras e leve-duras, deve ser girada de ponta cabeça e começar a operar com as tecnologias leves, que se realizam em processo e “comandam” os modos de incorporações das outras tecnologias se abrindo, neste caso, para repensar o processo de

produção subjetiva (e, portanto, dos sujeitos) no interior das práticas de intervenções institucionais e subjetivações (CHAKKOUR e MERHY, 1997).

Merhy (2002) propõe entender as mudanças nos processos produtivos na saúde a partir da incorporação de novas tecnologias de cuidado, nas maneiras de organização do processo de trabalho e nas mudanças das atitudes dos profissionais em relação ao seu modo de cuidar do outro. Assim, as tecnologias podem ser definidas como:

- ◆ Leve – tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. São tecnologias pautadas pelas relações entre o profissional e o usuário do sistema, que só ocorrem a partir dos trabalhos em ato;
- ◆ Leve dura – saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo. É um conhecimento bem estruturado pautado pela clínica e pela epidemiologia;
- ◆ Dura – equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais, as máquinas-ferramentas são consideradas como tecnologias duras, pois não têm uma razão tecnológica por si, dependendo do trabalho vivo em ato para construir uma razão para esta tecnologia.

Merhy (2002) considera que, das três categorias, as “tecnologias duras” e as “leve-duras” são operadas pelo trabalho morto, e as “tecnologias leves” são operadas pelo “trabalho vivo em ato”, compondo assim os processos de produção da assistência à saúde, que determinam o núcleo tecnológico do trabalho. Desse modo, o trabalho em saúde pode se apresentar de duas formas: o chamado “trabalho vivo em ato” que pode ser definido como o envolvimento do trabalhador com o processo de produção e o “trabalho morto” que se apresenta na forma de produto pronto sem nenhuma interação.

Com isso, Franco e Merhy (2005) colocam que a relação entre o trabalho em saúde e as tecnologias determina a forma do processo em saúde, que pode envolver formas mais criativas da construção do processo (a qual inclui as interações entre diferentes atores relacionados com a produção e o consumo do produto deste processo) ou apenas uma atuação limitada respaldada pela lógica do uso dos instrumentos duros.

A linha do trabalho vivo em ato opera com um contexto de criação de uma terapêutica pautada pela promoção da saúde, orientando as ações para o autocuidado e priorizando os usos das tecnologias leves na construção das linhas de cuidados em detrimento dos outros níveis de tecnologias. O trabalho em saúde é pautado pela relação entre o trabalho vivo em ato e o trabalho morto, o “poder de captura” de uma sobre a outra é que determina a forma do uso das tecnologias em saúde. Os dispositivos tecnológicos são, por certo, tecnologias duras. No entanto, podem atuar como importante auxílio na construção do plano de cuidado, a partir da percepção desenvolvida pelo trabalho vivo em ato.

Isto leva a entender o espaço que produz a saúde como um ambiente de apresentação dos desejos e subjetividades, que constroem a ação dos sujeitos trabalhadores e usuários, individual e coletivo, como o apresentado pela Política de Educação Permanente (FRANCO, 2003). Estas subjetividades impossibilitam a ação em saúde pautada pelo trabalho morto.

Por isso, o “processo de subjetivação” dos profissionais coloca-se como um dos fatores determinante no modo de produzir o cuidado. A institucionalização da “reestruturação produtiva” como um processo no cotidiano do trabalhador da saúde, pode proporcionar mudanças nos processos de trabalho.

É possível conceber várias formas de reestruturação produtiva, sempre focando em ideias que levem às mudanças nos processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado. Mas as mudanças propostas têm que ter um papel importante na alteração do núcleo tecnológico do cuidado, tendo as tecnologias leves como a principal forma de construção do processo produtivo,

pautado pelo trabalho vivo com a participação dos atores envolvidos no processo de trabalho.

Desta forma, Chakkour e Merhy (1997) utilizam a metáfora do marceneiro que fala que não só as ferramentas constroem o processo de trabalho do marceneiro, mas também a percepção de demandas sociais e a percepção de como utilizar as ferramentas.

(...) o seu trabalho vivo será não só comandado por uma parte do trabalho morto contido no seu universo tecnológico, como também pelo modo como se constroem socialmente as necessidades dos consumidores de cadeiras e as maneiras sociais de satisfazê-las. O trabalho vivo em ato será quase que plenamente capturado por forças instituídas (como as tecnologias duras, representadas pelas máquinas; e leve-duras, representadas pelos saberes estruturados – da sua caixa de ferramentas, o modo como socialmente se produz necessidades e os modos de satisfazê-las) (MERHY,1997, p. 16)

De acordo com Franco e Merhy (2005), para se operar com tecnologias leves, é necessária uma nova concepção de trabalho em saúde, a criação de um novo sentido, considerando os saberes dos próprios profissionais, seus conhecimentos e seu saber fazer, e as relações com os participantes da produção e do consumo do seu trabalho em saúde.

Contudo, para a construção desses novos sentidos os profissionais precisam demandar e considerar esta mudança como importante para as suas ações. Demanda esta que segundo Luz (2006), é construída historicamente entre as relações de poder existentes na construção das ações em saúde.

A proposta da Educação Permanente tem na problematização dessas relações de poder, a origem das mudanças do agir em saúde. Com isso, Ceccim e Ferla (2009, p.20) colocam que:

Uma condição indispensável para um aluno, trabalhador de saúde, gestor ou usuário do sistema de saúde mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto com a realidade naquilo que ela deixa a desejar de integralidade e de implicação com os usuários. A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Esse desconforto funciona como um 'estranhamento' da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente (CECCIM E FERLA, 2009, p.20).

Neste sentido, a educação permanente pode contribuir para uma mudança no trabalho em saúde, em especial uma mudança do “trabalho morto” para o “trabalho vivo em ato”. Com isso, a educação permanente em saúde se configuraria como uma ‘pedagogia em ato’. Deseja-se e opera-se pelo desenvolvimento de si e dos entornos de trabalho e atuação, estabelecendo tanto o contato emocionado com as informações como movimentos de transformação da realidade (CECCIM e FERLA, 2009).

As relações estabelecidas durante os encontros entre os trabalhadores da saúde e os usuários devem ser um momento assistencial, fazendo com que ocorra uma troca, um diálogo. Este diálogo proporcionará a troca de expectativas e produções que serão constituídas através de falas, escutas e interpretações que os atores envolvidos terão sobre o processo de saúde; criando uma responsabilização por parte dos profissionais sobre os problemas apresentados pelos usuários e uma confiabilidade e esperança por parte do usuário.

Nesta linha de pensamento sobre o uso da tecnologia leve como orientadora do processo de trabalho em saúde, Merhy (1998) coloca que devemos enxergar o cenário da saúde como um espaço de produção: da produção de produtos/bens e das relações. Os produtos não são necessariamente os que se apresentam em um formato material, antes, podem ser simbólicos, de forma a satisfazer as demandas apresentadas pelos usuários. Para que ocorra essa captura, o “encontro” apresenta-se como um importante momento para que os trabalhadores da saúde compreendam as necessidades dos usuários, e proporcionem um cuidado integral à saúde.

Esse é também o espaço da integralidade, que só pode ser realizada a partir de uma integração entre diferentes atores no processo de cuidar, formando uma rede compromissada como um cuidado integral. Desta forma, o trabalhador da saúde isolado na construção de ações cuidadoras para a solução de problemas dos usuários não consegue dar conta da complexidade que é a saúde, necessitando de uma permanente troca de conhecimentos e tecnologias na construção de um fazer saúde (MERHY, 1998).

A pactuação do processo de trabalho não ocorre apenas em espaços construídos para negociar, mas também pelos conflitos ocorridos em espaços de construção de produtos para saúde, que podem ser nos espaços de gestão ou na própria assistência. Desta maneira, conhecer as tensões e seus espaços contribuem com o avançar do processo de reestruturação da ação produtiva em saúde apresentada pelo SUS (FRANCO E MERHY, 2005).

A partir da construção deste plano de cuidado, pode-se avaliar se o plano proposto ao paciente está sendo realizado de forma efetiva e de que forma o paciente está tendo acesso às diferentes tecnologias para a resolução de seus problemas. Além disso, avaliar as formas de acesso do paciente aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção e como estas características estão influenciando em seu tratamento.

A proposta desta ação é que tenhamos profissionais que acompanhem os processos e construam ações importantes para o cuidado do paciente, em especial nas situações que estes apresentarem um maior risco para sua saúde, sempre pautando a reconstituição da sua autonomia.

Malta e Merhy (2010) colocam que um bom exemplo seria o cuidador da atenção básica realizar um diálogo com os diferentes níveis de atenção construindo um grande debate sobre as terapêuticas propostas para o cuidado do paciente. Os autores falam da importância deste diálogo para a construção de um potente elo entre os diferentes atores envolvidos no processo de cuidar. Isto leva a entender o espaço onde se produz a saúde como um ambiente de apresentação dos desejos e subjetividades, que constroem a ação dos sujeitos trabalhadores e usuários, individual e coletivo, como o apresentado pela Política de Educação Permanente. Estas subjetividades impossibilitam a ação em saúde pautada pelo trabalho morto.

Por isso, o processo de subjetivação dos profissionais coloca-se como um dos fatores determinante na reestruturação produtiva, pois este pode ter impacto no modo de se produzir o cuidado. Tendo a reestruturação produtiva, como processo, podendo ocorrer de forma desigual e em diversos graus de

mudança, no interior dos processos de trabalho.

Uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como estes sujeitos se interseccionam, permite-nos realizar uma nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, ao se tomar como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações.

Tendo nestas ações de capacitação o objetivo de transformar e estruturar as práticas profissionais e a organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho (CECCIM, 2005). Contudo, esta atualização não se limitará ao campo técnico-científico, mas também a uma formação e desenvolvimento dos profissionais para aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Desta forma, para Ceccim (2005), a Educação Permanente reconhece os diferentes valores, saberes e desejos do coletivo e a partir desse reconhecimento que vem o entendimento do cotidiano e demanda das pessoas. Apresenta-se como uma proposta de educação que rompa com a hegemonia da imposição de valores e conhecimentos.

Para implantar esta proposta de Educação Permanente e incluir os profissionais neste processo como sujeitos ativos de sua formação, Ceccim (2005) destaca a necessidade de modificar a lógica dos serviços em saúde, saindo dos serviços pautados por procedimentos e ir para uma produção individual, porque de acordo com autor são as ações em cena que nos modificam, afetam e produzem abalos no ser sujeito do trabalhador. Com esta visão da formação para saúde, os profissionais tornam-se atores que são frequentemente desafiados pelo convite da criação e da construção conjunta. Este desafio, leva ao desenvolvimento de habilidades e formas de visualizar e de realizar suas ações, demandando uma maior escuta, solidariedade, gestos, “o poder de afetar e ser afetado”, trabalhando com as diferenças e construindo pactos (CECCIM e FERLA, 2008).

A “micropolítica do trabalho vivo em ato” é um conceito que se abre para

um espaço onde se produz a saúde em meio a desejos e subjetividades, que constroem a ação dos sujeitos trabalhadores e usuários, individual e coletivo, (CECCIM, 2005), um novo processo de trabalho que orienta uma transição tecnológica (MERHY, 2002).

A transição tecnológica que Merhy (2002, p.55) coloca como:

A transição tecnológica traz em si a ideia de que há mudanças de sentido na produção do cuidado, há de fato uma nova forma de conceber o próprio objeto e a finalidade do cuidado. (...) Muda o núcleo tecnológico. Em vez de procedimento-centrada, passa a ser relacional-centrada, olhando sempre e se subordinando ao mundo das necessidades de saúde, individuais e coletivas. Ela ocorre a partir dos mesmos dispositivos que provocam a reestruturação produtiva, aos quais são acrescentados processos de subjetivação, que redefinem um modo de agir no mundo do trabalho em saúde, diferente do anterior, com hegemonia do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves no processo produtivo [grifo adicionado] (MERHY, 2002, p. 55).

Com esse potencial de produzir uma transição tecnológica, a Educação Permanente pode contribuir, de forma decisiva, na mudança do agir dos trabalhadores em saúde em relação ao uso das tecnologias de informação no seu dia a dia, orientando uma reflexão sobre o processo de trabalho (BRASIL, 2005).

A partir deste desafio, o de criar ações integrais de saúde em seu dia a dia, o profissional visualizará a informação como parte do processo da qualidade da atenção à saúde e não apenas mais uma etapa burocrática que muitas vezes atrapalham o bom andamento do atendimento. É dentro dessa perspectiva que se buscou refletir, na presente pesquisa, sobre os desafios da incorporação do SisHiperdia no processo de trabalho de uma unidade básica de saúde, procurando situar como a Educação Permanente pode contribuir na transformação do processo de trabalho e no agir dos profissionais de saúde.

4. CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Nesse capítulo a abordagem metodológica utilizada para empreender a pesquisa e descreverá as etapas que foram cumpridas para o alcance dos objetivos propostos.

Com a proposta de compreender a construção do processo de trabalho relacionado ao uso do SisHiperdia, identificando as dificuldades e as soluções apresentadas pelos profissionais de uma unidade de saúde da cidade de Belford Roxo, a proposta metodológica envolveu uma triangulação de métodos.

De acordo com Schutz (1982 *apud* MINAYO, 2008) a triangulação de métodos proporciona uma maior visão sobre a realidade estudada. Combina diferentes tipos de métodos numa mesma investigação, com vista a ultrapassar as limitações de cada método. Desta forma, estas diferentes abordagens levam a ampliação das discussões sobre o problema da pesquisa proporcionando uma melhor visão do mesmo.

Tomado como um estudo de caso, a presente pesquisa não almeja uma generalização de dados, mas procura fazer análises locais com maior grau de detalhamento, esclarecendo fatores que interferem em determinados processos, podendo alcançar a concepção de modelos de análise replicáveis em situações semelhantes (MINAYO, 2008).

Desta forma, a pesquisa foi realizada em três etapas:

1ª etapa: Busca e análise documental de materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) relacionado à orientação do fluxo de informação do SisHiperdia. Esta análise foi realizada com vistas a identificar quais são os dados coletados, quais as orientações para a comunicação com a população e a forma de utilização destes dados para construção de informação na sustentação das ações integrais aos hipertensos e diabéticos.

Nesta etapa de análise documental, foram usados dois importantes sítios da *internet*, do MS (portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/) e o do DataSUS (www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php).

O site do MS foi selecionado porque disponibiliza orientações sobre os procedimentos para os profissionais de saúde, gestores e usuários. O site do DataSUS, por ser o repositório de dados de todos os sistemas de informação em saúde do SUS.

No *site* do MS, no *link* Biblioteca (portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/11/biblioteca.html) foi realizada uma busca no dia 24 de outubro de 2011, com a palavra **Hiperdia**, onde foram encontrados 204 resultados. Como a proposta da pesquisa era buscar os materiais de orientação sobre o SisHiperdia, foi realizado um refinamento na busca colocando as palavras **orientação e hiperdia**. Analisados os resultados, percebeu-se que ainda destoavam de nossos objetivos. Foi então realizada uma nova busca com o descritor *Manual do Hiperdia*, com esta estratégia se obteve dois resultados: a versão 1.5¹ do Manual do Hiperdia, e a outra a versão 2.7², sendo esta encontrada em um link que direcionou a busca para a página do DataSUS.

Na busca realizada na página do DataSUS, foi acessado a Caixa de Diálogo denominada *Acesso Rápido* disponível na página. Neste espaço foi selecionada a opção Hiperdia. Após a seleção, fomos encaminhados para o espaço da página com vários itens, entre estes a apresentação do SisHiperdia e a opção *Downloads*, onde encontramos o Manual de Operação do Hiperdia 2.7, o mesmo encontrado na busca no sítio do Ministério da Saúde.

Nos documentos encontrados foi realizada uma comparação entre as duas versões dos manuais de orientação do Hiperdia, buscando visualizar as principais modificações realizadas na versão 2.7.

1

1. http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_833_arq_522_ManualAdoAHiperDiaASistemaAd eACadastramentoAeAcompanhamentoAdeAHipertensosAeADiabeticos.pdf

2. http://hiperdia.datasus.gov.br/manuais/M_OPER_HIPERDIA_V2.70.zip

2

Num segundo momento, foi analisada a forma de apresentação das orientações de uso do sistema de informação no manual, com foco nas orientações direcionadas para os profissionais da atenção básica. Nesta parte, buscou-se as orientações em relação ao fluxo dos formulários e dos dados do sistema; a forma de preenchimento; os profissionais responsáveis; e a utilização da informação como instrumento importante na construção dos planejamentos das ações locais em saúde.

2ª etapa: Foi realizada uma busca retrospectiva na literatura especializada para identificar como o Hiperdia e o SisHiperdia vêm sendo tomados como objetos de pesquisa, e o que já se produziu de conhecimento sobre essa estratégia.

O ponto de partida como fonte de informação foi a Bireme (www.bireme.org), que faz um redirecionamento direto para Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. A BVS é um portal composto por fontes de informação em ciência da saúde para atender às necessidades de informação técnico-científico de profissionais e estudantes da área. Na biblioteca apresenta-se algumas fontes de informações como: a LILACS, MEDLINE e Localizador de Informações em Saúde (LIS).

A Lilacs faz parte do sistema Bireme, configurando-se como uma base de dados cooperativa que trabalha com a literatura relacionada à ciência da saúde da América Latina e do Caribe. Apresenta em sua base aproximadamente 670 revistas conceituadas da área da saúde entre outros documentos tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, que possui referências bibliográficas e resumos de títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Possui registros da literatura das áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins.

Outra fonte de informação onde se realizou uma busca foi na *Scientific*

Electronic Library Online (SciELO). O SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Tem o objetivo de desenvolver uma metodologia comum para armazenar, preparar, disseminar e avaliar as produções científicas em formato eletrônico. Almejou-se aumentar o número de trabalhos científicos sobre o tema. Utilizou-se as mesmas estratégias empregadas na BVS, contudo essa busca apresentou resultados parecidos com os encontrados na BVS.

Com a proposta de complementar a pesquisa foram realizadas buscas visando à identificação de dissertações e teses sobre o tema na Biblioteca Digital de Teses e Dissertação (BDTD), no Portal da Capes e Biblioteca Nacional. A estratégia de busca realizada na base de teses e dissertações foi a mesma empregada na BVS. A BDTD realiza a integração dos sistemas de informação de teses e dissertações das instituições de ensino e pesquisas brasileiras, e também estimula o registro e a publicação de teses e dissertações em meio eletrônico.

Já na Biblioteca Nacional do Brasil realizou-se uma busca em seus acervos trabalhando com a mesma estratégia adotada nas buscas anteriores. Contudo, na busca realizada no catálogo de teses da Biblioteca Nacional não obtivemos nenhum resultado.

Outra fonte de dados foi o *Google Acadêmico*. Na base foi realizada uma busca com uma estratégia diferente. Utilizou-se o termo Hiperdia. Foram encontrados seiscentos e oitenta e seis resultados. Como encontramos um grande número de resultados e repetição dos mesmos, que apenas se apresentavam como citação, elaboramos uma nova estratégia de busca: entramos no campo pesquisa avançada do *google acadêmico* e utilizamos a palavra Hiperdia no campo **com todas as palavras** e no campo **sem as palavras** colocamos o termo [citação], esta nova estratégia apresentou resultados mais qualificados.

A estratégia de busca utilizou o termo Hiperdia*, trabalhando com asterisco (*) com o objetivo de truncar a palavra, realizando uma busca por termos com radicais próximos, podendo aumentar o número de itens nos

resultados. Outro ponto de destaque, é que a escolha do termo Hiperdia foi de acordo com a demanda da pesquisa para a dissertação, que não busca discutir as patologias, mas sim o programa em si.

Optou-se também pela pesquisa integrada devido à possibilidade de busca simples nas fontes de informação, pesquisando o termo nos campos do título, resumo, assunto/descritor de assunto e dos autores dos artigos e documentos incluídos nas bases de dados.

A busca teve como resultado final a identificação de 12 referências bibliográficas sobre o Hiperdia. Destacamos que algumas referências se repetiram nas bases de dados onde foram realizadas as buscas anteriores. Desta forma, a presente pesquisa teve como resultado final 10 artigos de periódicos 2 dissertações de mestrado. Não houve recuperação de nenhuma tese de doutorado que abordassem a análise do SisHiperdia. Os artigos encontrados estão organizados em uma tabela no Anexo I.

A próxima etapa, portanto, foi a ida a campo, com o objetivo de descrever e analisar a organicidade do SisHiperdia com os processos de trabalho da unidade de saúde, na perspectiva dos fluxos de informação. Seguiu-se, então, esta etapa final, dividida em duas atividades:

- 1) A primeira atividade envolveu observação do processo de trabalho na unidade, com vistas a identificar o fluxo de informação do Hiperdia. Observou-se como ocorre a coleta dos dados e o uso destes dados no planejamento das ações da unidade. A observação foi pautada pelas orientações apresentadas nos documentos divulgados pelo MS, obtidos na primeira etapa da metodologia.
- 2) A segunda atividade envolveu a realização de um grupo focal em uma unidade básica de saúde no município de Belford Roxo. O grupo focal é um tipo de entrevista ou conversa planejada e aplicada em grupos pequenos e homogêneos, onde são postas em discussão questões com o objetivo de analisar convergências e divergências do grupo estudado sobre determinado tema (MINAYO, 2008).

Os participantes do grupo focal foram os profissionais de nível superior e médio que trabalham na unidade básica do Parque Esperança que conversaram sobre o processo de trabalho relativo ao Hiperdia. Esta unidade possui duas equipes de saúde da família.

Os enfermeiros e médicos foram selecionados devido a sua responsabilidade de coleta dos dados clínicos para o SisHiperdia, já a dentista foi selecionada com a proposta de entender como um profissional, que não tem uma interação direta com o sistema utiliza os dados para a construção de uma atenção integral aos seus pacientes. Os técnicos de enfermagem participaram da pesquisa por serem os responsáveis pela organização e distribuição das medicações do programa Hiperdia. A participação dos Agentes Comunitários em Saúde ocorreu devido ao fato de serem responsáveis pelo preenchimento da ficha de cadastramento dos diabéticos e hipertensos.

Todos os profissionais aceitaram o convite para participar da pesquisa. A dinâmica do grupo focal envolveu a explicação do objetivo principal da pesquisa, a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II) aprovado pelo Comitê de Ética, por todos os participantes do grupo. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO/ FIOCRUZ para permissão de realização da pesquisa em uma unidade básica de saúde do município de Belford Roxo.

Para a realização do grupo foi elaborado um roteiro de perguntas aprovado pelo comitê de ética (Anexo III). Esta etapa foi gravada e seu conteúdo, transcrito e analisado em conjunto com as anotações das observações realizadas durante o grupo focal.

Caracterização do local do estudo

Belford Roxo, emancipada no início da década de 90, tem hoje população estimada de aproximadamente 470 mil habitantes, sendo a quinta

maior cidade do estado e a sétima em número de habitantes com idade igual ou maior de 40 anos. Outro dado que tornou relevante a realização do presente trabalho neste município é que, segundo levantamento do IBGE em 2003³, Belford Roxo apresenta uma alta taxa de pobreza, chegando à marca de 60 por cento da população residente (IBGE, 2003).

De acordo com o DataSUS⁴, no ano de 2010, o município apresentou um total de 9,98% da população cadastrada na estratégia de Saúde da Família e 3,36% hipertensos cadastrados no programa Hiperdia no período entre 2000 e 2007, sendo que o preconizado pelo Pacto pela Vida é um percentual de 35% da população acima de 40 anos.

Em relação ao cadastramento dos diabéticos no programa, o município apresentou uma taxa de 3,28% de diabéticos cadastrados, sendo que o Pacto pela Vida⁵ preconiza um total de 11% da população acima de 40 anos⁶. Com relação às internações no município de Belford Roxo 34,2% são relativas a Acidentes Vasculares Cerebrais e 21,8% por insuficiência Cardíaca Congestiva, agravo relacionado à HA. As internações relacionadas aos agravos do DM foram de ordem 1,29%.

No ano de 2010, o município de Belford Roxo apresentou 235 óbitos relacionados às doenças endócrinas e 868 óbitos relacionados a doenças cardiovasculares. O número alto de mortes provocadas pelos agravos da HA e DM e o baixo número de cadastramento apresentado pelo sítio do DataSUS destaca a importância da realização desta pesquisa.

Segundo informação obtidas no campo, com a secretaria municipal de saúde, o município conta com 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis pela atenção básica no seu território, cada uma atende vinte mil pessoas. É importante destacar que o preconizado pela política de atenção básica em 2006, é que uma UBS atenda 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da

³ <http://www.ibge.gov.br/home/>

⁴ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2006/cnv/pacrj.def>

⁵ O Pacto pela Vida é uma reunião de acordos criados para o desenvolvimento de consensos e atribuições de responsabilidade ratificando a autonomia dos estados da federação.

⁶ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprj.def>

Atenção Básica (BRASIL, 2006d).

Na busca por amenizar as dificuldades de financiamento da saúde e de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a cidade de Belford Roxo compôs, em 2000, com mais 11 municípios o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF)⁷. O CISBAF tem como meta captar recursos para promover investimentos regionais, buscar inovações na gestão da saúde, reestruturar a Rede Regional de Saúde e capacitar recursos humanos, gestores, gerentes e profissionais de saúde (CISBAF, 2010). A presidência do consórcio é ocupada por um dos prefeitos das cidades envolvidas, com uma metodologia cíclica entre as cidades e duração de dois anos para cada mandato, o que não difere dos secretários municipais de Saúde que assumem o Conselho Técnico.

É neste contexto que está localizada a pesquisa de análise do fluxo do SisHiperdia, dentro de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família de Belford Roxo. Almejou-se contribuir com a gestão municipal de saúde, fornecendo informações relacionadas à realização da coleta de dados no cadastramento e acompanhamento do hipertenso e do diabético.

⁷ <http://www.cisbaf.org.br/institucional.html/>

5. CAPÍTULO IV: O CONTEXTO, O PROCESSO E A VISÃO DOS PROFISSIONAIS

5.1. A Entrada no campo

O início do trabalho de campo ocorreu com um primeiro contato com Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo para apresentar a proposta do projeto e autorização para realização da pesquisa. O pesquisador foi recebido pelo Secretário Municipal de Saúde na presença da Superintendente da Atenção Básica, com solicitação para auxílio nos trâmites burocráticos e na escolha da unidade de saúde a ser utilizada para a realização da pesquisa. A proposta foi apresentada, e foi demonstrado interesse sobre as possíveis contribuições dos resultados da pesquisa.

Na ocasião apresentou-se à Superintendente uma proposta de elaboração de uma política de educação permanente para o município, onde o setor de recursos humanos estruturou algumas propostas para a capacitação dos profissionais de saúde. Foi ressaltado que a pesquisa poderia contribuir para a construção dessa política de educação permanente, especificamente no tocante à qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Teoricamente, o passo seguinte seria o registro formal da proposta de pesquisa em banco de dados que reuniria um conjunto de registros sobre as pesquisas realizadas no município. Este passo não foi concretizado uma vez que o município ainda não possuía um instrumento de cadastro exclusivo para este tipo de atividade. Foi então solicitado que o autor se registrasse fazendo uso do cadastro de funcionários, o que além de não solucionar o problema, mas criou outros.

Seguiu-se um processo de tentativas de registro que tomou quase um dia de trabalho. Foi possível conseguir um consentimento formal da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa, documento necessário para submissão do projeto no Comitê de Ética da Fiocruz. Nessa etapa, ficou evidente a fragilidade da infraestrutura tecnológica e o desafio relacionado das atividades que envolvem o registro de dados. Um fato ocorrido explicita como as tecnologias de informação se apresentam exógenas ao processo de trabalho: o presente autor se dispôs a compartilhar um modelo de autorização para pesquisa de campo, que se encontrava em formato digital, e se dispôs a passar o arquivo digital que, supostamente, facilitaria a correção e ajustes necessários para adequar ao formato da Secretaria. Entretanto, a opção foi imprimir a proposta, levar para que um funcionário fazer uma nova digitação do texto para, em seguida, levar para assinatura do Secretário.

Conseguida a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, o autor voltou à Secretaria Municipal para a aprovação final da pesquisa e início das atividades. Soube-se lá de mudanças ocorridas na gestão, e inquiriu-se sobre a necessidade de novo início para tramitação da aprovação, o que foi dito não ser necessário. Seguiu-se toda uma negociação para indicação da Unidade a ser campo da pesquisa em reunião com a coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Belford Roxo. Aqui, o solicitado pelo autor é que se escolhesse uma unidade que tivesse uma equipe ampliada de saúde de família. A equipe ampliada, segundo o MS (BRASIL, 2006b), deve ser constituída por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Assim, procurar-se-ia uma perspectiva de a integralidade no cuidado aos pacientes de DM e HA.

A coordenação optou pela Unidade Parque Esperança, unidade que possui duas equipes de ESF, sendo uma ampliada e uma equipe mínima, formada por médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Ainda na coordenação, foi solicitado à supervisora de enfermagem da coordenação de ESF que um relato genérico fosse feito sobre como o SisHiperdia estava incorporado no processo de

trabalho.

A supervisora de enfermagem da coordenação da ESF informou que o cadastramento e o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos estavam passando por uma reorganização na parte de sua gestão, e que os formulários de registros não estavam devidamente organizados. A supervisora explicou que até pouco tempo os prontuários não passavam por qualquer procedimento de organização, e também não eram acessíveis aos profissionais da coordenação da ESF do município de Belford Roxo. Relatou-se que estes formulários eram de responsabilidade de apenas de uma pessoa que os organizava de acordo com sua compreensão, sem compartilhar com os outros profissionais.

Sobre o preenchimento do formulário do Hiperdia, foi esclarecido que era enviado apenas uma via deste documento para as Unidades pela Coordenação da ESF, apesar do Manual de orientação do Hiperdia preconizar o cadastramento em duas vias, sendo uma anexada ao prontuário do usuário e a outra enviada para a Coordenação da ESF, para digitação dos dados.

No primeiro contato com a Unidade de Saúde da Família (USF) do Parque Esperança, conversou-se com a enfermeira responsável pela equipe I da unidade com o objetivo de apresentar a proposta da pesquisa, as atividades da observação e do grupo focal. Em um primeiro momento, houve um certo cuidado no acolhimento do projeto, e foi preciso afirmar que não se tratava de uma atividade de avaliação. O interesse era conhecer o processo de trabalho na Unidade relacionado ao sistema de informação do Hiperdia. Foi marcado o início da observação, que ocorreu no período entre 15 de outubro a 02 de dezembro de 2011, e a definição da data para a realização do grupo focal, o que ocorreu no dia 01 de dezembro de 2011.

A atividade de observação foi orientada para acompanhamento das seguintes etapas:

Foram observados o processo de entrada do usuário na unidade, a detecção dos casos suspeitos, o processo de confirmação do diagnóstico, o cadastramento, o acompanhamento, a solicitação de medicação, o envio dos dados para a Coordenação de ESF e a digitação dos dados.

O objetivo da observação foi de identificar como ocorre o fluxo de informação na Unidade; focando nos profissionais responsáveis pelo preenchimento do formulário de cadastramento e acompanhamento; na forma de envio dos dados para o setor de digitação; e no uso dos dados na unidade de saúde.

O grupo focal foi agendado para o dia da semana que reúne grande parte dos profissionais da unidade, o que, como anteriormente registrado, ocorreu no dia 01 de dezembro 2011, no horário do almoço, para que não interferisse no trabalho cotidiano da Unidade.

O grupo foi composto pelo enfermeiro da equipe II, especialista em saúde coletiva, com uma atuação de dois anos na equipe; pela enfermeira da equipe I, especialista em saúde da família, que faz parte da Unidade do Parque Esperança há seis anos; pela médica da equipe I, que está cursando a residência em dermatologia e faz parte da equipe há um ano; pela dentista, mestre em Saúde da Família, que faz parte da equipe I há dois anos. O médico da equipe II não pôde participar, pois ia fazer uma visita domiciliar e achava que não ia contribuir “em nada” por não trabalhar com o sistema.

Também fez parte do grupo a auxiliar de saúde bucal, formada em técnico de saúde bucal, com um curso de atualização em saúde bucal, que faz parte da equipe I há um ano. O técnico de enfermagem, que está cursando a faculdade de biologia e faz parte da equipe II há um ano; uma agente comunitária, que está concluindo o nível fundamental e faz parte da equipe I há seis anos; e a agente comunitária, técnica de patologia, que faz parte da equipe II há seis anos.

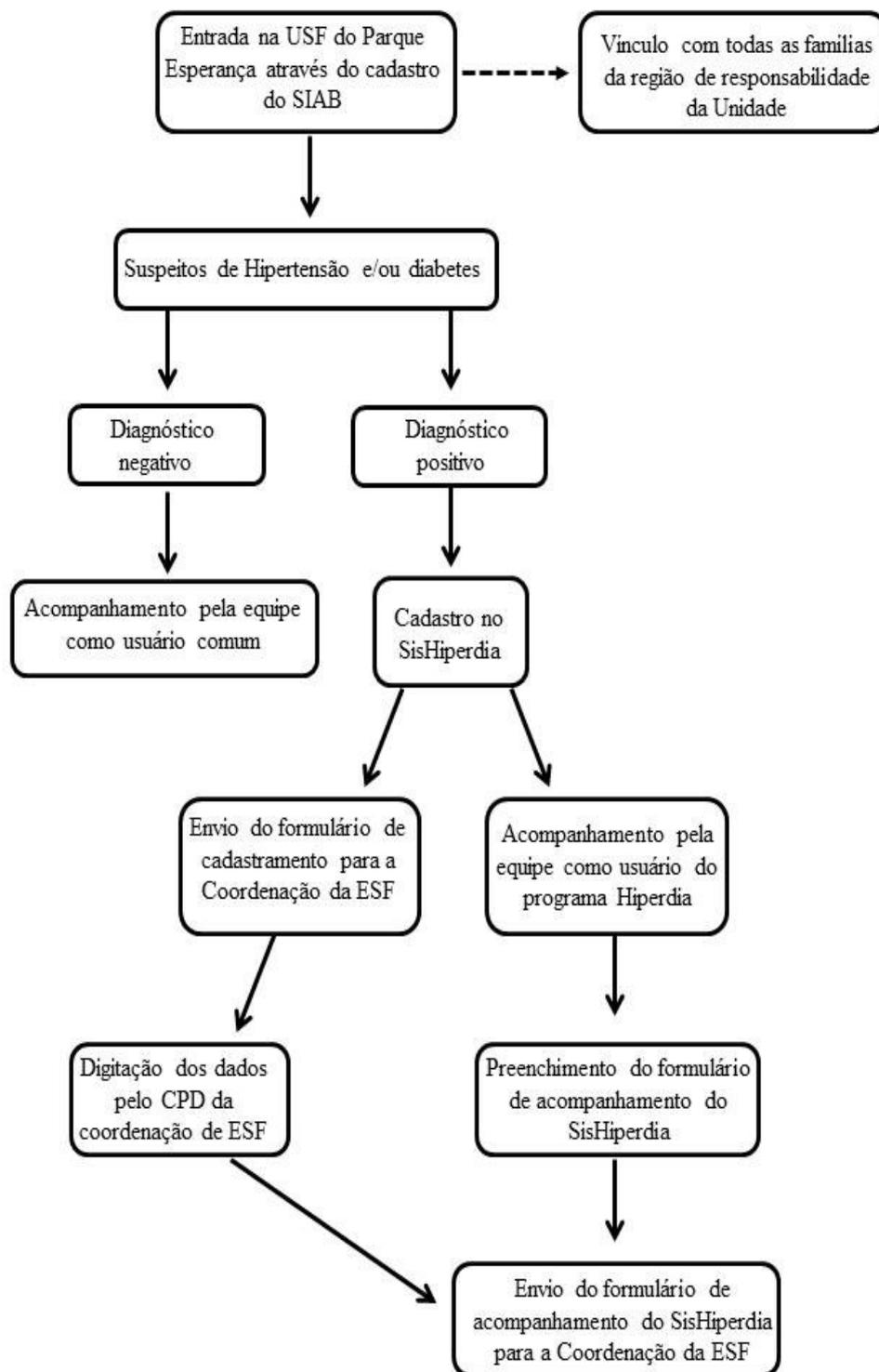
O espaço para a realização do grupo foi escolhido pela própria equipe, uma casa de eventos próxima a unidade de saúde, pois a unidade não possui um espaço adequado para o encontro de um grupo tão grande. O espaço da casa de eventos era amplo, mas com infraestrutura pouco adequada para tal.

A composição do grupo focal foi um mediador e dois observadores. No início da atividade foram apresentados o objetivo da pesquisa e a dinâmica de trabalho. O grupo focal teve o objetivo de entender como ocorre o

cadastro e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos; como ocorre o fluxo dos dados do SisHiperdia na unidade; quais as facilidades e dificuldades na interação do profissional com o SisHiperdia; como os profissionais avaliam o seu papel na intermediação entre o SisHiperdia e os hipertensos e/ou diabéticos; de que forma, os dados são coletados no SisHiperdia e como estes dados reorientam o processo de trabalho da equipe.

As discussões do grupo foram gravadas e anotações foram feitas também pelos observadores para a construção de uma análise das discussões apresentadas.

Para orientar a técnica de observação, partiu-se do fluxograma das atividades do Hiperdia apresentado em seguida.



Fonte: Alessandro Evangelista

Segue-se, abaixo, a descrição e discussão das atividades desenvolvidas.

5.2. A unidade

A unidade de saúde do Parque Esperança foi inaugurada em 2005, passou por uma reforma de reestruturação e ampliação em 2009. A Unidade fica entre uma escola e uma creche da rede municipal de ensino, mas não foi possível identificar se há e quais são as atividades complementares ou sinérgicas entre as mesmas.

A unidade é responsável por aproximadamente 2.200 famílias totalizando aproximadamente 4.900 pessoas. O território de responsabilidade da unidade é dividido entre duas equipes I e II, cada equipe é responsável por uma área dividida em microáreas, e via de regra, cada uma deve ter um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que faz a intermediação entre a comunidade e a unidade. A escolha da microárea de atuação dos agentes ocorreu a partir de um acordo entre os mesmos na implantação da unidade em 2005.

As equipes I e II tem sob sua responsabilidade um total de nove e de sete microáreas, respectivamente. O número total de ACS's na unidade é de sete sendo cinco na equipe I e dois na Equipe II, apesar do MS preconizar o número mínimo de 06 (seis) ACS's por equipe de saúde da família. Além de possuir um número menor de ACS's do que seria necessário a demanda, os mesmos se revezam na recepção da unidade realizando as marcações de consulta e orientação aos usuários de onde fazer seus exames.

A estrutura física da unidade é organizada em uma área de recepção e diferentes salas divididas em: uma de consulta ginecológica com banheiro; três consultórios de clínica geral; um consultório odontológico; uma sala de curativo, uma de imunização e acolhimento; uma farmácia; três banheiros; e uma cozinha para uso dos profissionais. A estrutura favorece as ações pautadas pelas tecnologias leve-dura e duras, concentradas em consultórios, não possuindo uma área de integração, que favoreça as discussões entre os

profissionais que poderiam contribuir para a elaboração dos planos de cuidados, como é o proposto pelas tecnologias leves (CHAKKOUR e MERHY, 1997).

5.3. A entrada dos usuários na Unidade de Saúde da Família.

Os usuários são vinculados à unidade a partir de uma busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), que cadastram todas as famílias residentes no território de responsabilidade da Unidade de Saúde da Família do Parque Esperança. Este cadastro é realizado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que tem como objetivo vincular as famílias do território adscrito da Unidade para a realização do acompanhamento das famílias pela ESF.

Para representar a área de atuação da Unidade, os profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família do Parque Esperança desenharam um grande mapa da região, que fica exposto na recepção da Unidade. Neste mapa foram representadas todas as ruas, toda a infraestrutura existente na região, e as casas dos ACS's.

Todas as famílias residentes nesta região possuem um cadastro e são acompanhadas pela ESF. Foi observado que na Unidade visitada, algumas microáreas que não tinham acompanhamento da equipe devido ao baixo número de agentes.

Durante o período de observação na Unidade o discurso do trabalho das equipes com foco em um território determinado esteve presente nas falas dos profissionais, e na forma de se relacionar com os usuários da Unidade. No grupo focal, as falas dos profissionais indicaram que o trabalho voltado para um território adscrito é o diferencial de atuação de uma Unidade de Saúde da Família, como mencionado abaixo:

“(...) a unidade de estratégia de saúde da família ela é baseada no território, a gente trabalha com o território, vinculado a área adstrita, as famílias, a unidade básica tradicional não trabalha desta forma, ela trabalha com uma demanda que chega (...) aqui temos usuários cadastrados na Unidade (...)”.

“(...) a diferença também é que, nas outras é livre demanda e nós trabalhamos com as consultas agendadas, vamos nas casas realizamos o cadastramento e agendamos as consultas”.

“(...) na estratégia trabalhamos com a questão territorial, você tem os ACS's tem uma acessibilidade muito maior aos pacientes o que facilita, trazendo uma aproximação dos pacientes com os profissionais (...)”

O conhecimento da região e de seus moradores proporciona uma melhor troca de informação entre a unidade de saúde, principalmente entre os ACS's e a comunidade. Isto ocorre porque os profissionais da Unidade entram nas casas dos usuários, e com isso, conseguem dados importantes sobre a realidade das famílias, como por exemplo, acesso a condições adequadas de saneamento básico e alimentação, como foi destacado durante o grupo focal:

“(...) quando o agente vai nas casas, o agente faz uma filtragem de tudo que está acontecendo naquela família, aí então o agente tá passando para os enfermeiros, tá passando para os médicos a situação daquele usuário”.

De acordo com a equipe, o objetivo destas visitas é de prevenção de agravos ocasionados por algumas patologias. Em uma fala durante o grupo focal, utilizou-se como exemplo os agravos provocados pela hipertensão e diabetes:

“A tentativa que nós fazemos é de prevenir um AVC, porque quando os usuários chegam a ir para as unidades básicas ele já tá no pico da doença. Na Estratégia de Saúde da Família não, a gente tenta o tempo todo fazer com que o usuário se olhe no espelho e fale: eu posso vencer, eu não preciso chegar a esse ponto”.

E ainda:

“Outra vez tivemos uma palestra que eles fizeram uma dinâmica com um bonequinho e mandaram a gente idealizar como seria aquele usuário, até onde ele chegaria. E mediante tanta gente, nós chegamos ao comum acordo que aquele usuário não iria no médico se não houvesse o agente comunitário ali sempre orientando (...) a saúde da família é mais humano do que as unidades básicas, que os usuários chegam lá para se tratar da doença e não para prevenir a doença”.

A proposta de vínculo da Unidade com os usuários foi notada durante a observação na unidade. Os usuários buscavam os ACS's apresentando suas demandas e pedindo orientações sobre qual o caminho seguir. A informação

sobre as demandas dos usuários não é apresentada de uma forma sistematizada pelo ACS, é feita em geral através de uma conversa informal, realizada muitas vezes feitas no próprio corredor da Unidade. Não há um momento de encontro da equipe para a realização de conversas sobre as demandas apresentadas e qual a forma de atuação da mesma.

No grupo focal, o papel de interlocutor dos ACS's foi destacado:

“Nada funciona se não tiver o agente comunitário de saúde, eu costumo dizer que eles são os meus olhos lá fora, é ele que traz tudo o que está acontecendo, eu tenho áreas descobertas que estão perdidas, o usuário vem procurar a Unidade, mas eu não sei o que está acontecendo com ele.”

Contudo, apesar da não sistematização da troca da informação, a atuação dos ACS's junto às famílias é uma das formas das equipes da Unidade identificarem os casos suspeitos de Hipertensão e/ou Diabetes. Durante as visitas dos profissionais às famílias, são feitas perguntas e uma avaliação superficial das condições clínicas dos usuários, em busca de características ou queixas que levem à suspeita de HA e a DM. Quando um caso suspeito é encontrado, é agendada uma consulta com o médico para a realização da confirmação do diagnóstico.

Outra forma de identificação de casos suspeitos é o atendimento dos técnicos de enfermagem, antes da consulta dos enfermeiros ou médicos. Neste atendimento, o profissional afere a pressão do usuário; Quando o paciente apresenta um índice considerado anormal, anota-se no prontuário do paciente para avaliação do médico ou enfermeiro. Já os suspeitos de diabetes dificilmente são identificados neste atendimento do técnico de enfermagem, pois a Unidade não possui aparelho para medição da glicemia, exame que ajuda a identificar os casos suspeitos de diabetes.

Apesar das falas apresentadas pelos profissionais de que a Unidade não trabalha com a proposta de demanda espontânea, a falta de ACS's nas equipes faz com que algumas microáreas fiquem descobertas, e com isso, a procura pela unidade é feita a partir da demanda do próprio usuário.

5.4. Consulta de diagnóstico

A Unidade do Parque Esperança possui uma área de recepção composta por um balcão onde ficam os ACS's e as cadeiras para os usuários aguardarem as consultas. Os ACS's que agendam as consultas; arquivam os prontuários que ficam no espaço da recepção.

Na data da consulta, a ordem de atendimento dos usuários é estabelecida através da distribuição de senhas, e isto faz com que os usuários cheguem cedo para pegarem as primeiras senhas, e aguardem algumas horas pela chegada dos profissionais para o atendimento. Como ocorrem diferentes atendimentos no mesmo horário, geralmente a recepção fica com uma grande quantidade de pessoas aguardando as diferentes consultas da unidade.

Há que registrar que a Unidade vivencia problemas de abastecimento de água. O espaço não possui sistema de refrigeração de ar o que faz com que as janelas fiquem abertas comprometendo a privacidade nas consultas e outros procedimentos. Percebeu-se durante o período de observação, que os problemas apresentados acima têm como reflexo a impaciência dos usuários na recepção, que gera uma cobrança aos ACS's, sobre o horário e a qualidade do atendimento na unidade. Outra consequência é a demanda por uma consulta rápida, pois o paciente quer terminar logo para ir pra casa, que ficou claro em uma fala no grupo focal:

“(...) ele só vai querer chegar à consulta, pegar o remédio e ir embora, ele não vai ficar ali perdendo o tempo dele, que ele podia dormir em casa. Ele vai ali passando calor, escutando 'abobrinha' (...) eu quero ir embora, eu tenho que trabalhar (...)”.

Foi possível observar que, por conta dos problemas apresentados na Unidade é comum a expressão de desagrado dos usuários, especialmente no que diz respeito ao acolhimento, colocado pelos usuários como pouco cuidadoso. De acordo com Merhy (1998) devemos enxergar o cenário da saúde como um espaço de produção, que apresenta dois importantes sentidos: o da produção de produtos/bens e o das relações. De forma clara, a organização espacial da Unidade não favorece a produção das relações entre

os profissionais de saúde e os usuários, contribuindo para gerar alguns conflitos que se refletem no atendimento e na construção do vínculo com a Unidade.

Os dias de consulta na Unidade do Parque Esperança são divididos pelos programas de saúde presentes na Unidade. Na consulta de diagnóstico de HA, o médico ou o enfermeiro solicita alguns exames laboratoriais, cuja orientação é dada pelo ACS da recepção. É solicitado ainda um “mapa de pressão”, que é feito a partir da ida do usuário à Unidade de saúde todos os dias durante uma semana para aferição de sua pressão. Os valores encontrados nas aferições são anotados pelo técnico de enfermagem em uma folha de prescrição de medicações, e após uma semana é solicitado o agendamento de uma nova consulta para entrega do “mapa de pressão” e dos exames solicitados para confirmação do diagnóstico.

Nos pacientes com suspeita de DM são solicitados exames laboratoriais para a confirmação do diagnóstico e são encaminhados para receber orientações do ACS responsável pela recepção. O ACS orienta sobre os procedimentos necessários para cada exame e sobre os locais de realização. Com os resultados em mãos, o usuário retorna à Unidade para agendar uma consulta para confirmação do diagnóstico e início da terapêutica.

5.5. Consulta de Confirmação

Com os resultados dos exames solicitados, os usuários retornam para a consulta de confirmação. O atendimento é feito pelos profissionais médicos, que a partir dos resultados dos exames laboratoriais e do “mapa de pressão”, no caso dos suspeitos de HA, confirmam ou não o diagnóstico.

As consultas obedecem a uma rotina que consiste em: transcrição dos resultados dos exames para o prontuário; preenchimento da ficha de acompanhamento do Hiperdia; preenchimento da ficha de produção do profissional; prescrição das medicações; e relato do atendimento no prontuário

do paciente.

Em uma fala no grupo focal, considera-se repetitivo o preenchimento de todas as fichas durante a consulta:

“(...) além de eu fazer a minha produção, ainda tenho que preencher a ficha do Hiperdia. Aí, eu informo na minha produção que eu atendi um hipertenso e ainda escrevo em outra ficha (...)”.

A sobrecarga de formulários também foi destacada:

“(...) é muita coisa, às vezes, a gente deixa em branco porque não conseguiu ter o dado ou porque é muito difícil fazer na consulta, você tenta ser mais ágil (...) as vezes são informações que ficam perdidas (...)”.

De acordo com Chakkour e Merhy (1997) a avaliação destes percursos do trabalho nos possibilita avaliar como o trabalho vivo está capturando o trabalho morto e vice-versa. Porém o preenchimento dos formulários toma quase todo o tempo do profissional durante a consulta.

A partir dos resultados dos exames, constrói-se uma linha de cuidado dos usuários, e o médico decide se vai encaminhar o usuário para profissionais especializados ou se o acompanhamento será realizado na própria unidade. Em Belford Roxo, as Unidades com equipe de Saúde da Família possuem policlínicas com especialistas, como suporte das UBS. No caso da Unidade de Saúde do Parque Esperança, a Policlínica do Parque São José é responsável por este suporte.

Quando os usuários são encaminhados para especialistas, o ACS é responsável pela orientação de qual unidade o usuário deve procurar. Confirmado o diagnóstico, o usuário é encaminhado para o técnico de enfermagem para recebimento das medicações, e para os ACS's para realização do cadastro do usuário no SisHiperdia. O ACS é orientado a realizar o cadastro do usuário no SisHiperdia para garantir o acesso à medicação. No caso da não confirmação do diagnóstico, o usuário continua cadastrado na Unidade como usuário, mas não é cadastrado no SisHiperdia.

5.6. Cadastro do usuário

Na unidade de saúde do Parque Esperança a responsabilidade do preenchimento do formulário do SisHiperdia é do ACS, que preenche a parte de identificação do usuário através de uma conversa e utiliza o prontuário para coletar os dados clínicos. A orientação da forma de preenchimento do formulário é realizada pelo ACS mais experiente, que aprendeu com as experiências adquiridas no dia a dia na Unidade e com outros profissionais.

Durante a observação do processo de trabalho relacionado ao SisHiperdia, pode-se constatar que a transferência de responsabilidade da coleta dos dados para os ACS's é devido à percepção que os profissionais têm de que o SisHiperdia é apenas um instrumento burocrático, como destacado na fala de um profissional, durante uma conversa no período de observação:

“o sistema de informação contribui apenas com a gestão do município”.

Como apontado por Franco (2003), a subjetividade criada a partir da relação dos profissionais de saúde com os sistemas de informação é um fator importante no processo de adesão por parte dos trabalhadores. Isto deixa claro que a percepção de que o sistema contribui apenas com a gestão realizada pela Secretaria Municipal de Saúde leva a baixa adesão destes profissionais ao sistema.

O formulário destinado para a coleta dos dados dos usuários hipertensos e/ou diabéticos são disponibilizados em apenas uma via pela Coordenação de Estratégia de Saúde da Família do município de Belford Roxo.

Apesar da orientação do Ministério da Saúde para a realização de duas vias, ficando uma na unidade e a outra enviada para a coordenação da ESF; a permanência de uma via do formulário não era uma demanda da Unidade, pois os dados relacionados às medicações e os resultados dos exames são transcritos nos prontuários, e os dados de identificação do usuário estão na ficha de cadastramento da família. Com isso, na Unidade do Parque

Esperança, os formulários do SisHiperdia eram preenchidos em apenas uma via, que eram enviados para a coordenação da ESF, uma vez por mês, como se pode verificar em uma fala durante o grupo focal:

“quando chega ao término do mês (...) são entregues todas as fichas na coordenação do ESF, é o dia do sofrimento (...).”

Contudo, a elaboração de apenas uma via gerou um trabalho a mais para a equipe, pois houve uma demanda de recadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da Unidade solicitado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do município de Belford Roxo. Para evitar a realização de outros recadastramentos, os profissionais da unidade do Parque Esperança optaram por efetuar a cópia da folha de cadastro utilizando uma folha de papel-carbono. Desta forma, após o recadastramento, a Unidade passou a enviar uma ficha para o Centro de Processamento de Dados da Coordenação da ESF e arquivar uma cópia na Unidade.

Com a demanda do recadastramento e com o número reduzido de ACS para visitar todas as famílias sob a responsabilidade das equipes, foi construída uma estratégia para verificar nos envelopes das famílias a existência da ficha B do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ficha que identifica a existência de diabéticos e/ou hipertensos na família. Encontrada esta ficha, o usuário é identificado e os dados clínicos relacionados ao Hiperdia presentes no prontuário são transcritos para a ficha de cadastramento e os dados de identificação dos pacientes são coletados em visitas domiciliares dos ACS. Contudo, como algumas microáreas não tem cobertura de ACS, algumas famílias não tiveram suas fichas B preenchidas, o que acarreta a não identificação de algumas famílias no Hiperdia.

No grupo focal foi esclarecido o objetivo do novo recadastramento, de acordo com uma fala de um profissional:

“(...) o novo cadastramento (...) é para os municípios funcionarem como a proposta do Rio de Janeiro, que é de recebimento da medicação em casa. Eu não acredito que vá acontecer, mas a gente está fazendo a nossa parte, para isso eles vão ter este controle para saber exatamente o quantitativo de hipertensos que se tem, quantitativo de medicação que se gasta (...).”

O objetivo do recadastramento vai ao encontro de um dos problemas

apresentado na unidade durante o período de observação, que se relaciona ao acesso à medicação. Apesar do manual 2.7 de orientações do Hiperdia (BRASIL,2005) colocar que um dos objetivos do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ser a distribuição dos medicamentos, o cadastramento realizado na Unidade Parque Esperança não garante aos usuários acesso à medicação. A falta de acesso à medicação leva os profissionais e os usuários da unidade a questionarem a eficiência do sistema na organização da distribuição das medicações.

Durante o grupo focal os profissionais relataram que há resistência dos usuários para etapa de recadastramento. Quando eles são informados que o cadastramento é a garantia de acesso aos medicamentos, os usuários expressam incredulidade, como mencionado abaixo:

“quando você chega para o paciente e fala que vamos preencher a ficha do Hiperdia (...) aí ele fala: de novo, para que? não tem remédio”.

“os usuários falam: 'pra que isso se não está vindo os remédios', e eu digo: é pra vir a medicação”.

Dada à dificuldade no acesso aos medicamentos, os pacientes fazem cadastro em várias unidades na tentativa de garantir a medicação. Isto faz com o que usuário não se vincule à Unidade do Parque Esperança, fato que se agrava quando a microárea do paciente não tem ACS. Estes diversos cadastros são um problema para o acompanhamento dos usuários cadastrados no sistema. A fala descrita abaixo, durante o grupo focal, mostra como esta situação já foi questionada em uma reunião:

“Quando tivemos uma reunião no Hiperdia questionamos isso, que o meu usuário do Hiperdia é meu, é do São José, ele é do Roseiral, na verdade ele quer pegar o remédio”.

Nesta fala notamos o cadastro do usuário em diferentes unidades, a primeira, é a Unidade do Parque Esperança; a segunda, da Unidade do Parque São José, e da Unidade do Roseiral.

A causa dos vários cadastros é destacada na fala descrita abaixo:

“sabe o que eu vejo como o problema disso, é o problema do cadastro (...) o paciente com outro comprovante de residência realiza

o cadastro em outra unidade e não tem como a equipe controlar isso”.

Durante a discussão no grupo focal, apresentou-se uma proposta para a solução deste problema:

“quem tem o benefício da bolsa família e está se consultando em várias unidades de saúde, vai ter o benefício cortado”

Os profissionais reconhecem que esta proposta pode ser um caminho para a organização do sistema, mas questionam se dará uma melhor qualidade de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, é interessante observar que, a despeito do SisHiperdia ainda não ser reconhecido como um dispositivo que auxilia no processo de trabalho, as tecnologias de informação são, no geral, sempre lembradas como mediadoras de possíveis soluções para os desafios atuais.

“Mas se eles conseguirem contornar todos estes detalhes (...) acho que vai ser o caminho mais tranquilo (...) se conseguir centralizar isso, pegar estas informações e alimentar o sistema de forma adequada (...) eu tenho 500 hipertensos e eu vou ter medicação para os 500 hipertensos (...)”.

A disponibilização das medicações é uma forma de garantir o estímulo dos usuários na vinda para as consultas de acompanhamento e na construção do vínculo com a Unidade. Esta percepção é apresentada em fala no grupo focal:

“(...) vai ter um fator motivacional para que ele não suma das consultas (...) que eles colocam muito assim: 'vou lá não tem remédio' (...)”.

Essa perspectiva é apontada por Franco (2003), quando menciona a contribuição dos sistemas de informação para além dos equipamentos e técnicas. Não só os sistemas de informação, para operarem bem, devem expressar uma ligação orgânica entre homens e máquinas, mas também contribuem para o fortalecimento das relações humanas durante o processo de cuidar em saúde, e dos próprios processos políticos criados na gestão.

5.7. Acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos

O acompanhamento dos usuários da Unidade de ESF do Parque Esperança é feita de duas formas, complementares entre si. Uma é realizada por meio do acompanhamento dos ACS's, e a outra forma é pelas consultas dos enfermeiros e médicos.

O acompanhamento dos ACS's é realizado na sua convivência com os usuários. Estes profissionais realizam um acompanhamento da situação clínica e quando ocorre alguma anormalidade na saúde do hipertenso e/ou diabético este é encaminhado para uma consulta com o enfermeiro ou com o médico. Nesta convivência com os usuários, os ACS's colhem dados que são repassados para os outros profissionais de saúde e para os próprios usuários.

É importante enfatizar que, nessa Unidade, o ACS é um elo muito importante no fluxo de informação que alimenta o SisHiperdia, mas é um elo frágil, na medida em que oficialmente esse papel não é reconhecido. Deste modo, quando se pensa nas “falhas” e “ruídos” nos fluxos do sistema de informação, no caso aqui relatado, elas são resultantes da não inserção dos ACS's no treinamento do SisHiperdia. Ressalte-se que não há com essa assertiva a intenção de assumir que eles deveriam ser treinados no sistema. Antes, que para a equipe de profissionais de saúde da Unidade os ACS's são um elo importante e orgânico no processo. Ao contrário do que algumas situações prévias apontam, como para Jardim e Leal (2009), o preenchimento incompleto e inadequado pode não somente ser devido à falta de qualificação no preenchimento por parte do profissional, mas, antes, devido a não inserção e treinamento de profissionais chave na Unidade.

Este papel do ACS na construção do acompanhamento dos usuários é destacado no grupo focal:

“se eu for somar hoje, eu só tenho o valor real de diabéticos e hipertensos de duas ACS's, e tenho mais sete microáreas que são descobertas (...) sem ACS. Os usuários destas áreas que vêm para o

atendimento do Hiperdia, eu tenho informação, mas aqueles que não vêm, tenho informação lá de trás (...) para informação ter qualidade, a equipe deveria estar 100% completa (...)”.

Esta dificuldade de ter dados completos ocorre em todos os programas, contudo no SisHiperdia tem um agravante, a maior parte dos cadastrados são idosos, como mencionado por um participante do grupo focal:

“isso eu acho que se estende em todos os programas, e no hiperdia fica mais complicado porque a maioria é de idosos, aí ele não vem (...) aí a gente acaba perdendo informações importantes aqui”.

O acompanhamento pelos enfermeiros e médicos é realizado através de consultas agendadas, de três em três meses de intervalo, em média. Nestas consultas são solicitados exames laboratoriais para acompanhamento das condições clínicas do paciente; são renovadas as receitas com as medicações para o paciente; e feitas orientações de hábitos de vida considerados saudáveis.

Podemos citar Chakkour e Merhy (1997) para caracterizar as consultas de acompanhamento, em relação ao predomínio do trabalho morto sobre o vivo para discorrer sobre o processo de consultas realizadas no programa Hiperdia.

Quando questionados por sua participação no programa, os médicos das equipes relataram que eles não podiam ajudar muito sobre o entendimento do SisHiperdia, pois eles não têm muito contato com o mesmo. Eles apontaram que a responsabilidade do médico situa-se apenas no preenchimento dos formulários de acompanhamento dos usuários do Hiperdia; o restante fica a cargo da Enfermagem.

Os pedidos de exames são também um elo importante no fluxo de informação do Hiperdia. Eles expressam, em certo grau, um vínculo com o paciente. Observou-se, entretanto, que os resultados dos exames não são anotados na ficha de acompanhamento do Hiperdia, mas sim no prontuário do paciente, ainda que se registre que o mesmo não fica anexado no prontuário.

Depreende-se, daqui que, diferente do que é colocado na literatura sobre a falta de preparo dos profissionais, o não preenchimento destes dados pode também ser devido à percepção do profissional de saúde sobre o

sistema.

Outro ponto de destaque observado na Unidade é a fragilidade da rede de serviços do SUS, e da falta de diálogo entre o profissional da atenção básica com os profissionais de saúde de outro nível do sistema. A pouca estruturação e o pouco conhecimento da rede por parte dos profissionais responsáveis pelo atendimento clínico, ficam claras no momento de referenciar os usuários da ESF para atendimento de especialista. Além disso, as orientações sobre onde encontrar é dada pelo ACS. Isto também foi registrado no grupo focal:

“toda Unidade de Saúde da Família é interligada a uma policlínica regional (...) então deveria ser encontrado nesta policlínica, todas as especialidades, só que a gente não encontra todas (...).”

O pouco diálogo entre referência e contra-referência não contribuem para a construção de um plano de cuidado integral, pois como as orientações dos profissionais aos pacientes são restritas devido ao curto tempo da consulta, o paciente algumas vezes não tem total clareza da situação de sua saúde. E como não há diálogo entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, a palavra do paciente é o caminho para saber o que está ocorrendo em sua vida, mas o curto tempo da consulta restringe este diálogo. Este fato foi observado pelo autor deste estudo e destacado, também, em uma das falas do grupo focal:

“(...) ele vai dar continuidade do atendimento na unidade de saúde da família e paralelamente esse acompanhamento da cardiologia, as informações que ele tem com o cardiologista lá, ele traz pra gente aqui que são anexadas no prontuário (...).”

Esta interlocução entre o profissional e o usuário é facilitada quando o paciente possui um nível de orientação maior. Pessoas com maior capacidade de discernimento utilizam as medicações de forma mais adequada. Registre-se que as orientações sobre uso do medicamento são muitas vezes padronizadas na consulta devido ao pouco tempo.

A questão do grau de instrução foi um fator importante para a construção da troca de informação entre o profissional e o usuário. Isto foi destacado no grupo focal:

“Eu acho que acima de tudo, que foi dito como problemas, uma coisa que é fundamental é o grau de instrução do paciente. Quanto menos informado ele é, mais difícil você estar colocando ele dentro do programa (...)”.

Durante a observação, a baixa escolaridade proporcionou um problema em relação ao uso da medicação por parte das pessoas que não conseguem entender de forma completa as orientações dadas nas consultas. Um usuário não tomou sua medicação por não ter entendido aonde pegar seu remédio e como tomar.

5.8. Solicitação da medicação

Apesar do preenchimento dos formulários de cadastramento e acompanhamento com os dados das medicações utilizadas pelos usuários cadastrados, a solicitação das medicações é realizada através de um mapa de medicações. Este mapa é elaborado pelo técnico de enfermagem de uma das equipes.

No grupo focal, um dos participantes esclareceu melhor como ocorre o pedido de medicações para o programa Hiperdia:

“a base das medicações é em cima do mapa que a gente monta mensalmente (...) em cima das medicações dispensadas (...) só poderíamos solicitar o que tivemos de consumo mensal, mas para isso funcionar, desta maneira, eu teria que receber todo mês na data padronizada as medicações, mas às vezes demora 60, 90 dias para chegar a medicação. Então se eu gasto um mil captopril por mês, eu vou pedir cinco mil por que eu sei que minha farmácia não vai ser entregue mensalmente, justamente para montar um estoque na minha farmácia para não faltar medicamentos.”

5.9. Digitação dos dados na parte online do SisHiperdia

A digitação dos dados no programa informatizado é realizada pelo Centro de Processamento de Dados localizado na Coordenação da ESF. A

digitação dos dados nesta parte informatizada do SisHiperdia é vista pelos profissionais como o sistema de informação.

Apesar do MS preconizar os formulários como parte do sistema de informação, os profissionais desta Unidade não enxergam a sua atuação como parte do sistema. Esta forma de enxergar o sistema ficou clara na fala de um profissional:

“Nenhuma equipe tem o contato direto com o sistema, eles enviam dados da unidade, consolidados, para o CPD alimentar o sistema. Apenas o profissional do CPD tem contato com o SisHiperdia.”

A percepção dos profissionais da Unidade é de que o processo de coleta dos dados nos formulários do SisHiperdia não faz parte do Sistema de Informação, o que leva a um preenchimento burocrático deste instrumento pautado em trabalho morto. Com isso, os profissionais não enxergam que a organização da coleta destes dados pode contribuir para a qualificação de seu processo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação, utilizando-se da visão problematizadora dos processos de trabalho na saúde sob a ótica da Educação Permanente, teve seu foco de discussão no uso dos dispositivos tecnológicos em uma unidade básica de saúde. Mais particularmente, refletindo uma linha de investigação presente na literatura sobre informação e saúde, explicita-se como um sistema de informação, aqui no caso, Sistema de Informação SisHiperdia, tem atuado de forma a aprimorar a atenção ao cuidado de usuários portadores de DM e HA.

Buscou-se identificar as diversas formas e abordagens de interação entre o profissional de saúde e o SisHiperdia ao longo da produção do cuidado, do cadastramento e à dispensação de medicamentos. Por meio de observação e grupo focal, foi possível ganhar indícios sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca do sistema. Indícios esses que acompanham e reforçam a discussão sobre o baixo grau de incorporação tecnológica na linha de cuidado da atenção básica.

O aporte teórico sobre o conceito de trabalho vivo em ato e trabalho morto, e as utilizações das diferentes tecnologias apresentadas nos trabalhos de Mehry (2002), Franco (2003) foram utilizados com a intenção de problematizar os processos de trabalho envolvidos no uso do SisHiperdia. A aposta é que, por meio de um compromisso com e de uma prática de Educação Permanente seja possível, em algum ponto no futuro, e pelo trabalho vivo, crítico e criativo, remodelar tecnologias duras em tecnologias leves, de forma que auxiliem no acolhimento e no vínculo entre profissionais e usuários na produção do cuidado em saúde.

Para contribuir nesse caminho, registram-se aqui algumas observações fruto dessa investigação.

Muito se discute que a orientação e treinamento pouco adequado dos profissionais são uma das principais razões que justificam a não incorporação das tecnologias de informação nos processos de trabalho. Por certo, são vários os fatores, alguns deles apresentados a seguir.

O primeiro diz respeito à documentação formal do programa, de responsabilidade do MS: o único documento apresentado pelo Ministério com orientações sobre o uso do SisHiperdia foi encontrado em duas versões, com alterações expressivas entre elas, o que já não contribui para firmar uma marca de credibilidade. Registre-se também que uma leitura geral, na perspectiva de um usuário, promove um entendimento de um sistema bastante formal e estruturado, como uma caixa-preta, com pouco espaço e/ou estímulo para adaptações locais, ou seja, antecipando pouco espaço para sua remodelagem como tecnologia leve.

O manual de orientação do Hiperdia pode ser considerado frágil, pois apresentou problemas na construção das orientações do documento. Contudo, a fragilidade do documento causada pela falta de cuidado na elaboração é superada pela falta de disponibilização do material para todos os profissionais da atenção básica. Desta forma, o impacto deste material nas ações desenvolvidas na unidade de saúde pesquisada é nenhuma, pois os profissionais da Unidade não têm acesso ao material.

Por outro lado, as análises do Hiperdia, resultados de buscas identificadas na literatura especializada são também bastante polarizadas para um mau uso do sistema. Isto se dá por força do treinamento inadequado dos profissionais, no geral, pouco cuidadosos no manuseio com os dados. Entretanto, essa literatura não problematiza as relações políticas e sociais envolvidas no processo de atenção à saúde, o que leva a uma proposta simplista de capacitação dos profissionais para o preenchimento dos formulários. Capacitação esta que, de acordo com a realidade da unidade pesquisada, tem uma baixa capacidade de mudança da realidade, devido a

seu foco na transmissão de informação sobre a coleta dos dados.

No geral, é possível afirmar que, na unidade de saúde foco da análise desse projeto, os profissionais de saúde percebem o SisHiperdia como apenas um instrumento da gestão municipal, que nada acrescenta ao seu trabalho na Unidade. O baixo grau de interação com o sistema, reduzido ao preenchimento manual de formulários, coloca o SisHiperdia como algo que está fora da esfera territorial, operacional e política do trabalho dos profissionais.

Durante o trabalho de campo, analisou-se ainda a relação construída entre os profissionais da unidade de saúde e os usuários. Apesar de uma proposta genuína de criação de vínculo, são as tecnologias leve-duras e duras que regem a construção dos planos de cuidado das unidades. A atuação dos profissionais fica, no geral, pautada pelas consultas médicas relacionadas ao programa Hiperdia, embasadas em conhecimentos técnicos bem estruturados, distanciando o tratamento e o cuidado da vida cotidiana das pessoas.

Esta forma de atuar da unidade acaba por dificultar as estratégias de prevenção das doenças crônicas, as quais têm um quadro clínico pouco claro, o que pouco mobiliza as pessoas na perspectiva da prevenção e do autocuidado. Em algumas circunstâncias não é leviano dizer que há falta de conhecimento e habilidade dos profissionais para construir estratégias “em ato” para contornar barreiras relacionadas à baixa escolaridade da população, à resistência ao tratamento e à falta de vínculo com a unidade.

O acolhimento dos usuários na unidade de saúde é outro ponto que sofre influência do foco nas tecnologias leves-duras. Com o foco nos procedimentos, os profissionais não desenvolvem estratégias que proporcionem a redução de tempo de espera, melhoria do conforto e uma conversa entre o usuário e os outros profissionais da unidade, para realizar uma escuta qualificada das demandas dos usuários, buscando caminhos para solucionar os problemas de saúde apresentados de forma integral.

Merece ainda destaque a participação da estratégia de saúde da família na construção da rede de cuidados, onde não existe uma interação entre os profissionais das equipes de saúde da família com os profissionais de outros

níveis de atenção. Esta falta de interação faz com que não aconteça uma troca de informação entre diferentes profissionais, com a proposta de construção de uma linha de cuidado que garanta um atendimento integral dos usuários hipertensos e diabéticos.

As falas presentes no grupo focal confirmam as situações apresentadas durante o período de observação. Os profissionais percebem as TICS's como parte de uma estratégia de construção da linha de cuidado dos pacientes diabéticos e hipertensos. Em suas falas destacou-se a importância da participação dos profissionais de saúde na coleta dos dados, no entanto, esta coleta não deve se restringir apenas ao preenchimento do formulário do SisHiperdia, mas deve valorizar também a construção de vínculo entre o profissional e o usuário, gerando uma relação de confiança no profissional, o que permite sua entrada na casa e na vida do usuário.

É importante destacar que o vínculo construído entre o usuário e o profissional permite um diagnóstico das condições de saúde da população. Contudo, no grupo focal, ficou claro que, esta análise tem um foco nas características clínicas das patologias, sendo o trabalho dos profissionais embasados pelas tecnologias leve-duras e duras, limitando a atuação da equipe aos procedimentos e exames.

Esta visão se repete no uso das TICS's. Para os profissionais, os sistemas contribuem com o acesso às medicações, às consultas e aos exames necessários para o tratamento da diabetes e da hipertensão. Não conseguem visualizar, como estas tecnologias podem proporcionar informação para o empoderamento do usuário, na construção de uma melhor qualidade de vida, e como pode realizar uma interação entre os diferentes profissionais.

Uma visão focada na tecnologia leve-dura não permite que os profissionais da unidade reflitam sobre as demandas apresentadas pelos usuários; sobre a forma como os dados coletados no sistema de informação pode superar uma proposta de gestão para passar a uma proposta de conhecimento da realidade do usuário; e como uma estruturação da unidade pode contribuir com um cuidado integral.

O uso da Educação Permanente como uma proposta de mudança na atenção dos usuários e na transição tecnológica deve ser uma decisão política da gestão em saúde. Com a intenção de reestruturação de todo o processo de saúde. Com isso, a implementação das TICS's como uma proposta de tecnologia leve que guiará o plano de cuidados dos usuários de responsabilidade da unidade pode ganhar fôlego e acabar por se realizar, se compartilhada pela gestão municipal e pelos profissionais de saúde.

O resultado desta pesquisa confirmou a percepção do profissional sobre o uso das TICS's como apenas um processo burocrático. Há predominância das tecnologias leve-duras em suas atuações, com baixa adesão dos profissionais na construção de uma atenção voltada para solucionar as demandas dos usuários das unidades de saúde.

A educação permanente, se fosse uma estratégia utilizada na gestão e na atenção, poderia auxiliar na valorização dos trabalhadores e do trabalho em saúde. Assim, o processo de gestão deveria dialogar com essa perspectiva do trabalho produtivo de cuidado e se estruturar, inclusive com suas ferramentas de informação e comunicação, para poder dialogar com a lógica de inserção do usuário de forma ativa em seu tratamento.

Como exposto na fundamentação teórica, a proposta de educação permanente deve ser construída no serviço, uma construção em ato, com a participação dos próprios profissionais. Com isso, a proposta deste trabalho, para a Unidade estudada é a de constituir encontros entre os profissionais para uma conversa sobre as condições de vida da população da região sob sua responsabilidade, apresentação das demandas individuais dos próprios profissionais, e da demanda coletiva da Unidade, para apresentação à gestão municipal.

As apresentações construídas pelas Unidades devem ser estimuladas pela gestão municipal, sendo vistas como uma proposta de melhoria do processo de trabalho e não como reclamações esvaziadas. Construindo desta forma um estreito diálogo entre os profissionais da Unidade e os da gestão.

Merece destaque um dialogo entre a gestão e os profissionais da

unidade, em especial no que se trata da diminuição do número de fichas utilizadas durante as consultas, o que contribuiria na redução da resistência dos profissionais da Unidade aos sistemas de informação.

Portanto, é necessário que, a gestão escute os profissionais no serviço para entender como as variáveis apresentadas pelo formulário contribuem com a construção da gestão da saúde, e como estas variáveis contribuem com o processo de trabalho do profissional, na tentativa de construção de um sistema de informação que dê conta das demandas apresentadas pela gestão e pelo serviço em saúde.

7. REFERÊNCIAS

BASILAKIS, J; CELLER, B.G; LOVELL, N. H. “Using information technology to improve the management of chronic disease”. *Medical Journal of Australia*. 179 (5) (pg242-246). Sidney, 2003. Disponível em: https://www.mja.com.au/public/issues/179_05_010903/cel10001_fm.pdf
Acessado em: 20 de janeiro de 2012.

BELLAZZI, R. PANZARASA, S., LARIZZA, C. & STEFANELLI, M. “A Careflow Management System for Chronic Patients”. *Medinfo* (pp. 673–677). Pavia, 2004. Disponível em: <http://knowledgetranslation.ca/sysrev/articles/project21/RefID2653-Panzarasa-20090624010004.pdf> Acessado em: 20 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>
Acessado em: 20 de janeiro de 2012

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006a .58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em : http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf
Acessado em: 20 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf
Acessado em: 20 de janeiro de 2012

_____. Ministério da Saúde. *Sistema Hipertensão: Manual de Instalação e Operação*. Rio de Janeiro/ DATASUS, 2006c. Versão 2.7 Disponível em: <http://hipertensao.datasus.gov.br/> . Acessado em 10 de jan. 2012.

_____. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d, 60p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acessado em: 20 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem; análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro/ Fiocruz, 2005. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_orientacoes.pdf Acessado em 15 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a. Disponível em: www.opas.org.br/sistema/fotos/diab.pdf Acessado em 24 de jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Síntese da Oficina de Vigilância em Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*. 2004b Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a16v9n4.pdf> Acessado em: 20 de janeiro de 2012.

_____. Portaria Ministerial Nº 235/GM de 20 de fevereiro de 2001 a. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8242-235.html?q=> Acessado em: 20 janeiro 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília, 26 p. 2001b. Disponível em: http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/4/1/114-Plano_de_Reorganizacao_da_Atencao_a_Hipertensao_Arterial_e_Diabetes_Mellitus_2001.pdf Acessado em 20 janeiro 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Fase de detecção de casos suspeitos de DM”. *Revista Saúde Pública*, 35(5): 490-3. 2001c. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000500014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acessado em 20 de janeiro de 2012

CECCIM, R. B. “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. *Interface*, Botucatu, v.9, n.16, fev. 2005. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf> Acessado em 25 jan. 2011.

CHAKKOUR, M; MERHY, E.E. “Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos” In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC (pg..35-78) 1997. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>. Acessado em: 10 de jan. 2012.

FIALHO JÚNIOR, R.B. *Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e da microárea – como (o) usar mesmo?*. Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. SP, 2004. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000353666&fd=y> Acessado em 20 de janeiro de 2012.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. “Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado”. In: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; Hucitec, 2004-2ª. Edição; São Paulo, SP. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CANCIA%20%C0%20SA%DADE%20-%20T%FAlio.pdf> Acessado em 20 de janeiro de 2012

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. *Trabalho em Saúde*. Material produzido para a EPJV / FIOCRUZ, em novembro de 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>. Acessado em 15 dez. 2010.

FRANCO, T. B. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde*. Tese de Doutorado defendida na Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas em 2003. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/proc_trabalho_e_transicao_tecnologica_o_cartao_nacional_de_saude_tulio_franco.pdf. Acessado em: 10 de jan. 2012.

LUZ, M.T. “Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva” In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (Org). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na Saúde*. Rio de Janeiro, Cepesc, 2006, 484p.

MALTA, D.C; MERHY, E.E. “O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis”. *Interface (Botucatu)* 2010 volume 14 593–606 <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acessado em 20 de janeiro de 2012.

MERHY. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E; SANTOS, F.P. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface – Comunicação, Saúde, Educ*, v.9, n.18, p.25-41, jan/jun 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf> Acessado em 20 de janeiro de 2012.

MERHY, E.E. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma

discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”. In: CAMPOS, Cesar Rodrigues et. al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xama, p.1829-1941, 1998. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract> . Acessado em: 10 de jan. 2012.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p.393.

PEREIRA, P.M.H. *Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família*. 2007. Dissertação defendida em 2007 no programa de pós-graduação stricto sensu de mestrado em saúde pública pelo CPqAM/Fiocruz/MS. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007pereira-pmh.pdf> Acessado em 20 de janeiro de 2012.

Anexo I

BASE	TIPOLOGIA	Autor	TITULO	ANO	FONTE
BIREME/LILACS; GOOGLE ACADÊMICO	ARTIGO	ANA CLÁUDIA CHAZAN; EDSON AGUILAR PEREZ	AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS (HIPERDIA) NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	2008	REV. APS; 11(1): 10-16, JAN.-MAR. 2008.
BIREME/LILACS/MEDLINE	ARTIGO	CELMA LÚCIA ROCHA ALVES FERREIRA; MÁRCIA GONÇALVES FERREIRA.	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DIABÉTICOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE: ANÁLISE A PARTIR DO SISTEMA HIPERDIA	2009	ARQ BRAS ENDOCRINOL METAB [ONLINE]. 2009; VOL.53; N.1; PP. 80-86.
BIREME/LILACS	ARTIGO	ALEXANDRA CRISPIM BOING, ANTONIO FERNANDO BOING	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: O QUE NOS DIZEM OS SISTEMAS BRASILEIROS DE CADASTRAMENTOS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE	2007	REV. BRAS. HIPERTENS; 14(2): 84-88, ABR.-JUN. 2007.
BIREME/LILACS/MEDLINE	ARTIGO	ANA PAULA CONTIERO; MARIA PAULA SOARES POZATI; ROSEMEIRE IBANEZ CHALLOUTS; LÍGIA CARREIRA; SONIA SILVA MARCON.	IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: DIFICULDADES DE ACOMPANHAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	2009	REV GAÚCHA ENFERM.; PORTO ALEGRE (RS) 2009 MAR;30(1):62-70.
BIREME/LILACS; GOOGLE ACADÊMICO	ARTIGO	ALINE DANIELLE IEZZI JARDIM; ANGELA M. O. LEAL	QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS REGISTRADA NO SISTEMA HIPERDIA EM SÃO CARLOS-SP; 2002-2005	2009	PHYSIS [ONLINE]. 2009; VOL.19; N.2; PP. 405-417.
BIREME/LILACS; GOOGLE ACADÊMICO	ARTIGO	CARLOS APARECIDO DE OLIVEIRA; PEDRO FREDERICO PALHA.	SISTEMA DE INFORMAÇÕES HIPERDIA, 2002-2004, ADEQUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	2008	COGITARE ENFERM; 13(3): 395-402, JUL.-SET. 2008.
IBICT/BDTD; BT/CPES	DISSERTAÇÃO	CARLOS APARECIDO DE OLIVEIRA	O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HIPERDIA EM GUARAPUAVA/PR 2002-2004; IMPLANTAÇÃO E QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES	2005	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
BT/CPES	DISSERTAÇÃO	VIVIANE LIMA DE SENA.	PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA HIPERDIA: ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN.	2008	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

GOOGLE ACADÊMICO	ARTIGO	GEOVANA HAGATA DE LIMA SOUZA THAINES; ROSENEY BELLATO; ANA PAULA SILVA DE FARIA; LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO;	PRODUÇÃO, FLUXO E ANÁLISE DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: UM CASO EXEMPLAR	2009	TEXTO CONTEXTO ENFERM, FLORIANÓPOLIS, 2009 JUL-SET; 18(3): 466-74.
GOOGLE ACADÊMICO	ARTIGO	LEILA OLIVEIRA ALMEIDA; DAMIANA GUEDES-SILVA	HIPERDIA: PLANEJAMENTO E MÉTODOS	2008	CEULJI/ULBRA
GOOGLE ACADÊMICO	ARTIGO	ALVIMAR BOTEGA; CLAUDIA FÁTIMA MORAIS	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E O PROGRAMA HIPERDIA	2006	DAF/SCTIE/MS
GOOGLE ACADÊMICO	ARTIGO	NATÉRCIA GOMES DE CASTRO, EDEANE RODRIGUES CUNHA, MARIA DAS DORES SOUZA DOS SANTOS, ROSILDA SILVA DIAS	HIPERDIA: CONHECIMENTO DA COBERTURA DO PROGRAMA NO MARANHÃO	2010	CAD. PESQ., SÃO LUÍS, V. 17, N. 2, MAIO/AGO. 2010.

ANEXO II

1. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE PESQUISA

PROJETO: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO NO HIPERDIA PELO OLHAR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE.

INFORMAÇÃO AO VOLUNTÁRIO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) na pesquisa “**Análise do processo de trabalho no Hiperdia pelo olhar da Educação Permanente**”. A qualquer momento, você poderá desistir ou encerrar sua participação no estudo. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

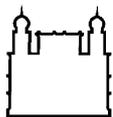
O Objetivo principal do estudo é analisar, em caráter piloto e exploratório, o processo de trabalho relativo ao Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia), em uma Unidade com Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sua participação na pesquisa será em um grupo focal, tendo como meta entender qual a percepção dos profissionais sobre: o seu papel no programa Hiperdia, a função do sistema de informação para o programa Hiperdia e de como os dados coletados contribui para atenção integral à saúde.

Este estudo não trás nenhum risco para a sua participação e como benefício, o projeto almeja contribuir com a melhora do processo de trabalho da unidade pesquisada.

A divulgação dos resultados desta pesquisa será realizada em formato de uma dissertação de mestrado e por publicações em periódicos científicos. O grupo focal será gravado em áudio e as fitas gravadas serão mantidas em sigilo, dentro dos limites legais. Os participantes terão códigos de identificação nas fitas de áudio, ao invés de seu nome próprio.

Antes de assinar este termo, você deve informar-se plenamente sobre o mesmo, não hesitando em formular perguntas sobre qualquer aspecto que julgar conveniente esclarecer. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa na DA ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO/ FIOCRUZ, podendo tirar dúvida sobre o projeto e sua participação, agora ou qualquer momento.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Alexsandro da Silva Evangelista

Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde -
PPGICS

Instituto de comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde -
ICICT

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Av. Brasil, 4365, Pavilhão Haity Moussatché, Manguinhos

Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21045-900

Telefone: (21) 3865-3245

CEP DA ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO/ FIOCRUZ

Av. Brasil, 4365 - Manguinhos

Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21040-900

e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br

Tel.: (21) 3865 9710.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Declaro estar ciente do inteiro teor do Termo de Consentimento para participação no projeto **Análise do processo de trabalho no Hiperdia pelo olhar da Educação Permanente** decidindo-me a participar da investigação proposta depois de ter formulado perguntas e de ter recebido respostas satisfatórias a todas elas, e ciente de que poderei voltar a fazê-las a qualquer tempo.

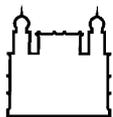
Nome do participante (letra de forma):

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante

(Assinatura do pesquisador)

(Data)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ANEXO III

Roteiro de Questões para o grupo focal

- 1ª – Como vocês foram treinados para o cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos?
- 2ª – Como ocorre o fluxo dos dados do sistema de informação do Hiperdia (SisHiperdia) na unidade?
- 3ª – Quais as facilidades e dificuldades na sua interação com o SisHiperdia?
- 4ª – Como você avalia o seu papel na intermediação entre o SisHiperdia e os hipertensos e/ou diabéticos?
- 5ª – De que forma, você usa os dados coletados no sistema de informação do Hiperdia (SisHiperdia)?
- 6ª – Como estes dados reorientam o seu processo de trabalho?