

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU* EM
EDUCAÇÃO FÍSICA

**INTEGRALIDADE E ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO
AO DIABETES: PERCEPÇÕES DOS COORDENADORES
DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO E CONTROLE DO
DIABETES DO DISTRITO FEDERAL**

Gisele Balbino Araujo Rodrigues

BRASÍLIA

2012

INTEGRALIDADE E ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO AO PORTADOR DE
DIABETES: PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES DO PROGRAMA DE
EDUCAÇÃO E CONTROLE DO DIABETES DO DISTRITO FEDERAL

GISELE BALBINO ARAUJO RODRIGUES

Dissertação apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

ORIENTADOR: JÚLIA APARECIDA DEVIDÉ NOGUEIRA

DEDICATÓRIA

A Deus, fonte de toda inteligência e sabedoria.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Manoel e Janete, que sempre investiram nas filhas o seu melhor. Agradeço por todo o suporte espiritual, emocional e financeiro na minha trajetória pessoal e acadêmica. Pelo amor incondicional e pelas palavras carinhosas de apoio e encorajamento que, mesmo a distância, trouxeram fôlego e esperança nos momentos mais difíceis dessa caminhada. Pai, obrigada pelas infinitas leituras do manuscrito me confirmando sua inteligibilidade. Mãe, obrigada pelas ligações fora de hora para saber como eu estava. Essas pequenas coisas me faziam lembrar que o que eu tenho de mais importante na vida não tem nada a ver com meu currículo.

À minha irmã, Giuliana, fiel companheira dos momentos bons e ruins, que de perto e de longe acompanhou os altos e baixos desses últimos dois anos. Obrigada por enxugar lágrimas e me fazer rir de um jeito que só você sabe fazer. “A friend is someone who helps you up when you're down, and if they can't, they lay down beside you and listen.” Thanks for laying down beside me so many times, você vai ser sempre meu peculiar treasure and best friend forever.

Ao Igor, que me incentivou a tentar o mestrado mais do que qualquer outra pessoa, agradeço por todo o apoio nesta (e várias outras) etapas da minha vida, pela paciência e compreensão com a falta de tempo, com as variações de humor e com todos os efeitos colaterais dos últimos dois anos. Obrigada por acreditar em mim mais do que eu mesma e comemorar comigo as pequenas vitórias como se fossem suas também. Obrigada, especialmente, por todas as vezes que você pegou na minha mão para orar e colocar as coisas na mão da Pessoa certa.

Aos meus avós, tios, tias e primas que, constantemente, me ensinam o significado de ser família. Agradeço pelas orações, carinho, preocupação e proteção durante todo o processo. Temos vivido vários desafios, mas com vocês eu aprendi que “se um ri, todo mundo ri junto e se um chora, todo mundo chora junto”, assim, vocês fizeram essa caminhada menos solitária, amo vocês.

À professora Júlia Nogueira, que me apresentou novos olhares sobre a saúde e a educação física e oportunizou a aquisição de novos conhecimentos na área. Agradeço todas as contribuições feitas ao longo do processo e o voto de confiança frente ao desafio de construir este trabalho.

À professora Jane Dullius, que acompanha desde a graduação minha jornada acadêmica e que despertou em mim o interesse por estudar tudo o que diz respeito ao diabetes. Agradeço o apoio e estímulo sempre presentes e, especialmente, o exemplo de como colocar o saber a serviço das pessoas.

À professora Dais Rocha, que acolheu minhas limitações e angústias neste processo de mudança de paradigma e oportunizou encontros essenciais para o resultado final deste trabalho. Agradeço por sua sensibilidade e consideração, sempre trazendo perspectivas novas e otimistas frente aos desafios.

Ao professor Alexandre Rezende, agradeço pelos incontáveis *insights* das aulas de metodologia. Sua postura ética, sensível e comprometida, dentro e fora da sala de aula, tornou o semestre mais prazeroso e nos ofereceu um exemplo do tipo de profissional que gostaríamos de ser.

À Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e ao PECD/DF, especialmente à dra. Hermelinda Pedrosa, dra. Helena Maria, dra. Eliziane Leite e a todos os coordenadores que participaram desta pesquisa, agradeço a receptividade e disposição para contribuir com este trabalho.

À Dalila Tuset, queridíssima companheira das descobertas, inseguranças, superações e todos os momentos emocionantes desse mestrado. Nêga, obrigada por ser aquela que entendia exatamente o que eu queria dizer. Não foi coincidência que nossos caminhos tenham se cruzado dois anos atrás, sua companhia e amizade têm sido um grande presente. Você é um exemplo de esforço, dedicação e excelência em tudo que faz, agradeço a Deus por ter te colocado comigo nessa caminhada.

À Emiliane Guedes e à Débora Oliveira, que em momentos extremos, quando achei que havia chegado no meu limite, souberam dizer exatamente o que eu precisava ouvir. Vocês não têm ideia do quanto me abençoaram e me levantaram com suas palavras.

À Nice, que me fez companhia nos longos dias sem sair de casa, sentada na frente do computador, sempre solícita e solidária, me motivando a continuar. Agradeço de coração pela sua presença em nossas vidas.

A todos os amigos e amigas que, de perto ou de longe, me apoiaram, compreenderam e abençoaram ao longo dessa etapa. Dalila e Cleilton, a companhia de vocês na biblioteca central fez a vida mais divertida. Fred e Ju, obrigada pela leitura do manuscrito, com todas as contribuições. Xu, nem consigo expressar como sua amizade e apoio são importantes para mim. Mara, obrigada por me sustentar em oração e ser uma amiga e, definitivamente, uma irmã. Mário Henrique e Milla, que por Skype ou ligações surpresa foram fonte de encorajamento e amizade sincera. Meus amadíssimos da reunião de sábado... uau... não poderia ser mais grata pela vida de vocês, obrigada por tudo!

Aos funcionários e professores da Faculdade de Educação Física, que direta ou indiretamente, contribuíram para este trabalho. Especialmente à Alba e Quélbia, vocês são nota dez!

Ao Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade de Brasília e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro da bolsa de mestrado.

A Deus, minha fortaleza, pela saúde, força e cuidado constante, obrigada por trazer sentido a cada detalhe do que vivo.

“Não há saber mais ou saber menos, há saberes diferentes.”
Paulo Freire

“O saber ensoberbece, mas o amor edifica. Se alguém julga saber alguma
cousa, com efeito, não aprendeu ainda como convém saber.”
I Coríntios 8.1-2

RESUMO

INTRODUÇÃO: A integralidade é um dos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e visa superar a fragmentação das práticas de saúde, garantindo uma atenção holística às necessidades de saúde da população. Reduzir a crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma das prioridades de saúde no Brasil e um dos principais desafios dos SUS é garantir uma atenção integral a seus portadores, incluindo a oferta de atividades físicas/práticas corporais. No Distrito Federal (DF), o Programa de Educação e Controle do Diabetes (PECD/DF) organiza a atenção ao DM no SUS. No entanto, há escassez de trabalhos acerca da integralidade e inserção de atividades físicas/práticas corporais no PECD/DF. **OBJETIVO:** Analisar as percepções dos coordenadores regionais do PECD/DF sobre a integralidade na atenção ao portador de DM, incluindo o papel da atividade física/práticas corporais. **METODOLOGIA:** O estudo possui caráter exploratório e utilizou uma abordagem qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas individuais foram realizadas com uma amostra de 10 médicos e 4 enfermeiros que coordenam o PECD/DF. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra com a utilização do software NVivo8. Os dados qualitativos foram analisados através de análise temática baseada em Bardin (1994). **RESULTADOS:** A análise de conteúdo identificou quatro categorias: Integralidade; Elementos para atenção integral; Atividade Física; e Atuação do professor de Educação Física. Oito coordenadores percebem “Integralidade” enquanto abordagem integral dos sujeitos, três coordenadores enquanto atenção nos três níveis de complexidade e outros três como articulação entre ações de assistência e prevenção. Na categoria “Elementos para atenção integral”, o atendimento multiprofissional, o atendimento humanizado, as atividades educativas e a integração profissional foram apontados como necessários para a integralidade. Na categoria “Atividade física”, esta é percebida pelos coordenadores como parte importante da atenção ao DM, com predomínio do discurso biologicista que relaciona a prática física a benefícios fisiológicos para a doença/corpo; e em menor frequência com a promoção de vivências de socialização e apoio social. Na categoria “Atuação do professor de Educação Física”, aulas práticas, palestras e consultorias foram apontadas como possibilidades de atuação do profissional nos serviços. **CONCLUSÃO:** A integralidade não é compreendida em todas as suas dimensões pelos coordenadores do PECD/DF. Os elementos apontados como necessários para uma atenção integral correspondem à integralidade em sua dimensão de abordagem integral das necessidades do usuário. A atividade física e a atuação do professor de educação física são percebidas como parte importante da atenção ao DM pelos coordenadores, porém com predomínio de uma visão biomédica.

Palavras-chave: Diabetes, Integralidade, Atividade Física, Serviço Público de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Comprehensive care is one of the guiding principles of the Brazilian Health System (SUS) and aims to overcome the fragmentation of health practices, ensuring a holistic attention to the health needs of the population. To reduce the increasing prevalence of chronic noncommunicable diseases (NCDs) and type 2 diabetes mellitus (DM2) is a priority for health in Brazil, and one of the main challenges of SUS is to ensure comprehensive care to users, including the provision of physical activity/corporal practices. In the Federal District (DF), the Diabetes Education and Control Program (PECD/DF) organizes DM health care at SUS. However, there are few studies about the comprehensiveness of care and inclusion of physical activity/corporal practices in PECD/DF. **OBJECTIVE:** To analyze the perceptions of the regional coordinators of PECD/DF on the comprehensive care of people with DM, including the role of physical activity/corporal practices. **METHODS:** The study is exploratory and used a qualitative approach. Individual semi-structured interviews were conducted with a sample of 10 doctors and four nurses who coordinate the PECD/DF. The interviews were audio taped and transcribed using the software NVivo8. Qualitative data were analyzed using thematic analysis based on Bardin (1994). **RESULTS:** Content analysis identified four categories: Comprehensive care; Elements for comprehensive care; Physical Activity; and Role of the physical education teacher. Eight coordinators perceive "Comprehensive care" as holistic approach to the subject, while three coordinators see it as attention on the three levels of care and another three as a linkage between healthcare and prevention. In the category "Elements for comprehensive care," the multidisciplinary care, humanized care, educational activities and professional integration were identified as necessary for comprehensive care. In the category "Physical Activity", it is perceived by the coordinators as an important part of DM care, with a predominance of the biological paradigm that relates physical practices to the physiological benefits for the disease/body; and with less frequency to the promotion of social experiences and social support. In the category "Role of the physical education teacher", practical classes, lectures and consultancies have been identified as work possibilities for the professional. **CONCLUSION:** Comprehensive care is not understood in all its dimensions by the coordinators of the PECD / DF. The elements identified as necessary to comprehensive care correspond to a holistic approach of user's needs. The role of physical activity and the physical education teachers are perceived as an important part of care for DM by the coordinators, but with a predominance of biomedical view.

Keywords: Diabetes, Comprehensive Care, Physical Activity, Public Health Service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide dos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde.....	23
Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	25
Figura 3: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead	30
Figura 4: Regiões administrativas do Distrito Federal	56
Figura 5: Expressão das subcategorias da categoria Integralidade de acordo com o número de coordenadores que a relataram	71
Figura 6: Expressão das subcategorias da categoria Elementos para Atenção Integral de acordo com o número de coordenadores que a relataram.....	83
Figura 7: Expressão das subcategorias da categoria Atividade Física de acordo com o número de coordenadores que a relataram	108
Figura 8: Modelo ecológico dos determinantes da atividade física.....	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definição do referencial de codificação e categorização de “Integralidade”	62
Quadro 2: Definição do referencial de codificação e categorização de “Atividades/Ações para atenção integral”	63
Quadro 3: Definição do referencial de codificação e categorização de “Atividade Física”	63
Quadro 4: Definição do referencial de codificação e categorização de “Atuação do professor de educação física”	64
Quadro 5: Caracterização dos participantes	68
Quadro 6: Categorias e subcategorias da análise de conteúdo	69

LISTA DE SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DIAPS	Diretoria de Atenção Primária a Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DM 1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM 2	Diabetes Mellitus tipo 2
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FH/DF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GEAPE	Gerência de Áreas Programáticas Estratégicas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NAISA	Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adulto
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PECD/DF	Programa de Educação e Controle do Diabetes
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde
SES/DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO:	14
2 - OBJETIVOS:	17
2.1 – OBJETIVO GERAL:	17
2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17
3 - REVISÃO DE LITERATURA:	18
3.1 – AS DCNT, O DM E A ATENÇÃO AO PORTADOR DE DM:	18
3.1.1 – A atenção ao portador de DM pelo PECD/DF:.....	19
3.2 - INTEGRALIDADE E ATENÇÃO AO DM:	20
3.2.1 Integralidade como atenção nos diferentes níveis de complexidade: ... 22	
3.2.1.1 – Atenção ao portador de DM2 nos diferentes níveis de complexidade: ... 26	
3.2.2 – Integralidade como primazia de ações de promoção da saúde: 29	
3.2.2.1 – Políticas de promoção à saúde e atenção às DCNT e DM:..... 32	
3.2.3 – Integralidade como abordagem integral dos indivíduos e coletivos: .. 37	
3.2.3.1 – Abordagem integral dos portadores de DM:..... 39	
3.2.4 – Integralidade como articulação entre ações de prevenção, promoção e assistência: 42	
3.3 – ATIVIDADE FÍSICA/PRÁTICAS CORPORAIS COMO PARTE DE UMA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS DCNT:..... 47	
4 - METODOLOGIA:	54
4.1 - ASPECTOS ÉTICOS:.....	54
4.2 - NATUREZA DO ESTUDO:	54
4.3 - INSERÇÃO DO PESQUISADOR NO CONTEXTO DA PESQUISA:.....	55
4.4 - CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO:.....	56
4.5 - ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO:.....	58
4.5.1 - Entrevista semi-estruturada:	58
4.5.2 – Diário de campo:	59
4.6 - ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE:.....	60
4.7 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO:.....	65
5 - RESULTADOS:	67
5.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO:.....	67
5.2 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO ESTUDO:	68
6 - DISCUSSÃO:	71
6.1 - INTEGRALIDADE:	71

6.1.1 – Integralidade: Acesso a serviços em diferentes níveis:.....	73
6.1.2 – Integralidade: Articulação entre assistência e prevenção:	75
6.1.3 – Integralidade: Abordagem integral das necessidades do usuário:	79
6.2 – ELEMENTOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL:.....	83
6.2.1 - Atendimento por equipe multiprofissional:	85
6.2.2 - Integração entre profissionais da equipe:	90
6.2.4 – Atividades educativas:	101
6.3 – ATIVIDADE FÍSICA:.....	107
6.3.1 - Atividade Física para a doença/corpo:.....	108
6.3.2 - Atividade física para o sujeito:.....	114
6.4 - ATUAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA:.....	117
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS:	126
8 - PERSPECTIVAS FUTURAS:	128
9 - REFERÊNCIAS:	130
APÊNDICE 1	164
APÊNDICE 2	165
ANEXO A.....	166
ANEXO B.....	167

1 - INTRODUÇÃO:

O termo integralidade designa um dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988a, art. 198) e engloba uma multiplicidade de sentidos que, oriundos das reivindicações do movimento sanitário brasileiro, indicam um conjunto de características e valores desejáveis para o sistema de saúde e suas práticas (MATTOS, 2004).

Giovanella et al.(2002) sinaliza a complexidade do conceito da integralidade e aponta quatro dimensões para o mesmo: a primazia das ações de promoção da saúde; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação entre ações de promoção, prevenção e assistência e; abordagem integral do indivíduo e coletivos.

Vinte anos após a implantação do SUS é possível observar avanços significativos no que diz respeito às diretrizes de descentralização e universalização do acesso à saúde (PAIM et al., 2011). Porém, o princípio da integralidade ainda encontra muitas barreiras para ser incorporado nas práticas do sistema (MATTOS, 2004). Nesse sentido, dentre os motivos pelos quais a integralidade ainda não se traduz plenamente no cotidiano dos serviços destaca-se a herança histórica de uma lógica médica tradicional que, dentre outros aspectos, caracteriza-se por práticas de saúde fragmentadas e descontextualizadas da realidade dos cidadãos (CAMPOS, 2003a; PINHEIRO; MATTOS, 2009).

Diversos autores reportam as dificuldades do SUS em prestar serviços de maneira integral (PINHEIRO; MATTOS, 2010). Portanto, é necessária uma reflexão crítica sobre a natureza do processo de trabalho e a formulação de propostas alternativas de organização dos serviços que propiciem novas relações entre profissionais de saúde e a população, estando a produção do cuidado voltada para o usuário e suas necessidades (MALTA et al., 2004; MACHADO et al., 2007; PINHEIRO; MATTOS, 2010).

As discussões sobre a integralidade devem incluir, particularmente, a atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tendo em vista sua elevada prevalência, fatores de risco multicausais e efeitos inter-relacionados. Nos últimos anos, o Brasil tem adotado medidas que incluem o desenvolvimento e implementação de políticas públicas para prevenção e controle das DCNT e seus

fatores de risco, e o fortalecimento dos serviços de saúde para o atendimento de portadores. Por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, o Ministério da Saúde vem definindo e priorizando ações e estratégias que preparem o país para enfrentar e deter o crescimento das condições crônicas (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a).

Neste contexto de enfrentamento das DCNT, a atenção ao portador de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constitui uma agenda relevante devido a crescente prevalência da doença, a complexidade exigida para seu manejo e a necessidade de integração entre profissionais de diferentes áreas que constituem as equipes de saúde nas unidades básicas e especializadas do SUS (SILVA et al., 2010). Na população brasileira, cerca de 6% é portadora de diabetes mellitus (DM) e este percentual chega a mais de 20% entre indivíduos acima de 65 anos. As estimativas indicam que 12,6 milhões de brasileiros possuem DM2, com expectativas de aumento para 16,3 milhões até 2030 (BRASIL, 2011b; IDF, 2010).

Em conformidade com a PNPS e o Plano de Enfrentamento, ações voltadas para a adoção de modos de vida saudáveis, incluindo a promoção de atividades físicas/práticas corporais para a população são reconhecidas como fundamentais na atenção às DCNT. No Distrito Federal (DF) o Plano Distrital de Promoção da Saúde também preconiza a promoção de atividades físicas/práticas corporais como um de seus eixos estruturadores (BRASIL, 2007). Em adição, cabe destacar que, de acordo com as principais instituições em DM, a adoção de um estilo de vida saudável, com alimentação balanceada e prática regular de atividades físicas é terapia de primeira escolha para o controle da doença, especificamente do DM2 (IDF, 2005; SBD, 2007; ADA, 2012).

Deste modo, entende-se que o cuidado integral ao portador pelos serviços de saúde deve envolver, necessariamente, a inclusão de atividades físicas/práticas corporais regulares. Por outro lado, estudos indicam que o SUS ainda não está organizado para oferecer adequadamente programas de atividades físicas/práticas corporais (CARVALHO, 2006; MORETTI et al., 2009; COTTA et al., 2009).

No DF, o Programa de Educação e Controle do Diabetes (PECD/DF) é o programa responsável pela coordenação das atividades de atendimento aos portadores de diabetes em centros de saúde e hospitais. Criado em 1988, o

PECD/DF possui o intuito de fortalecer a atenção básica ao DM através de equipes multiprofissionais implantadas nas diferentes regionais do DF. Até o presente momento, não foram encontrados estudos sobre como se organizam as atividades do PECD/DF e, particularmente, sobre a inserção de atividades físicas/práticas corporais no programa. Assim, o presente trabalho pretende investigar questões relacionadas à integralidade da atenção ao portador e à atividade física/práticas corporais entre atores tomadores de decisão, a saber, os coordenadores locais do programa.

2 - OBJETIVOS:

2.1 – OBJETIVO GERAL:

Analisar as percepções dos coordenadores regionais do Programa de Educação e Controle do Diabetes do Distrito Federal acerca da integralidade na atenção ao portador de DM.

2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 – Identificar os documentos que fundamentam e caracterizam as ações do PECD/DF.
- 2 – Analisar as percepções dos coordenadores acerca das atividades para atenção integral ao portador de DM.
- 3 – Apreender a percepção dos coordenadores acerca do papel da atividade física/práticas corporais na atenção ao DM.
- 4 – Verificar a percepção dos coordenadores acerca das possibilidades de atuação do profissional de educação física no serviço público de saúde.

3 - REVISÃO DE LITERATURA:

3.1 – AS DCNT, O DM E A ATENÇÃO AO PORTADOR DE DM:

As DCNT são reconhecidas mundialmente como um dos principais problemas de saúde pública por sua alta prevalência e destaque como causa prioritária de morte em diversos países. Mais de 60% das mortes e 47% dos agravos à saúde são atribuídos às DCNT, com estimativas de aumento expressivo até 2030 (MATHERS; LONCAR, 2006; OMS, 2011a). As DCNT incluem obesidade, DM, doenças cardiovasculares, respiratórias, hipertensão arterial e neoplasias. Por possuírem um curso prolongado, estão entre as doenças que mais demandam procedimentos e serviços de saúde, exercendo grande impacto econômico nos países, em especial os de baixa e média renda (OMS, 2011b; PARADIS; CHIOLERO, 2011).

Dentre as DCNT, o DM representa um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados pela hiperglicemia mantida (SBD, 2007). O DM do tipo 1 (DM1) resulta da destruição das células beta pancreáticas e representa de 5% a 10% dos casos totais da doença, enquanto o DM2 é caracterizado por defeitos na secreção e/ou ação da insulina e representa 90% a 95% dos casos (ADA, 2010).

No Brasil, o avanço do DM se deu principalmente a partir da década de 70 e, ao final da década de 80, a prevalência de DM2 no país era de aproximadamente 7,6% na população com idade entre 30 e 69 anos (SARTORELLI; FRANCO, 2003). Dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) do Ministério da Saúde registraram em 2010 uma prevalência de 6,3% de DM2 auto-referido na população adulta nas 26 capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2011b). No entanto, em vista da dificuldade de diagnóstico da doença e do alto nível de desconhecimento da mesma pela população, estima-se que a prevalência de casos não diagnosticados chegue a 14,6% (BARBOSA et al., 2001; SCHMIDT et al, 2009).

O DM2 está associado ao sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade e fatores genéticos (SBD, 2007). Quando não tratado adequadamente, resulta em graves prejuízos no sistema nervoso e cardiovascular, sendo a principal causa de amputações de membros inferiores, falência renal e cegueira adquirida no Brasil (BRASIL, 2005). O DM2 gera um significativo impacto social e econômico devido à

elevada frequência de complicações agudas e crônicas, hospitalizações, aposentadorias precoces, invalidez e morte prematura decorrentes do tratamento impróprio. Em diversos países, estima-se que os recursos financeiros destinados ao cuidado de seus portadores chegam a até 15% dos gastos nacionais em saúde (BARBOSA et al., 2001; BRASIL 2005; ADA, 2010; CODOGNO et al. 2011).

O enfrentamento do DM exige a organização dos serviços de saúde para atenção adequada da população. Nesse sentido, o PECD/DF, enquanto *lócus* de investigação do presente estudo constitui uma proposta local de organização dos serviços e reorientação das práticas de atenção ao DM, conforme apresentado a seguir.

3.1.1 – A atenção ao portador de DM pelo PECD/DF:

Em 1988, a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FH/DF), atualmente, Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), desenhou uma Proposta de Descentralização da Assistência ao Diabético no Distrito Federal visando reorganizar o atendimento aos portadores de DM no DF. A proposta buscava redirecionar a assistência ao DM que, na época, era primordialmente centrada nos níveis secundário e terciário para o nível primário de atenção. A partir desta iniciativa, foram estabelecidos os fundamentos para a criação do Programa de Educação e Controle do Diabetes (PECD/DF), vinculado à SES/DF.

Apesar dos quase 25 anos de existência, documentos que descrevem ou fazem referência ao programa são escassos e de difícil acesso. Por esse motivo, na etapa inicial de pesquisa foi feito contato com a coordenação geral do PECD/DF para compreensão de como o programa está atualmente organizado. Também foi realizada entrevista com uma profissional já aposentada que participou da implantação do PECD/DF e disponibilizou, para maiores esclarecimentos, uma cópia da Proposta de Descentralização da Assistência ao Diabético no Distrito Federal.

Atualmente, o PECD/DF está implantado em 14 das 30 regiões administrativas do DF e sua coordenação central pertence ao Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adulto (NAISA), subordinado à Gerência de Áreas Programáticas Estratégicas (GEAPE) da Diretoria de Atenção Primária a Saúde (DIAPS) da SES/DF. As regionais que possuem Centros de Saúde e/ou hospitais

com PECD implantado são: Asa Sul, Asa Norte, Brazlândia, Candangolândia, Ceilândia, Gama, Guará, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Samambaia, São Sebastião, Sobradinho e Taguatinga.

O PECD/DF engloba todos os níveis de atenção. A formação básica das equipes de atendimento primário deve incluir no mínimo 1 médico clínico geral, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 agente comunitário de saúde ou auxiliar operacional de serviços diversos de enfermagem, 1 assistente social e 1 nutricionista. Segundo a coordenação geral, as atividades do programa incluem a capacitação profissional/matriciamento, a realização de atividades educacionais, o diagnóstico de novos casos e o tratamento de portadores. Contudo, no presente, nem todos os PECD/DF dispõem de equipe completa e capacidade de realização de todas as atividades previstas.

Apesar das limitações de equipe e operacionalização do trabalho apontadas pela coordenação geral, sendo o PECD/DF um programa que integra a rede de atendimento do sistema de saúde, entende-se que sua organização e os trabalhadores que nele atuam, a saber, coordenadores e equipes, tenham suas práticas fundamentadas nos princípios que regem o SUS, incluindo a integralidade. Assim, os próximos capítulos apresentam uma revisão da literatura sobre a integralidade, suas diferentes dimensões e relação com a atenção ao DM.

3.2 - INTEGRALIDADE E ATENÇÃO AO DM:

Os debates em torno da integralidade da atenção se remetem ao movimento da medicina integral, surgido nos Estados Unidos em resposta à fragmentação da medicina exercida no modelo flexneriano. O movimento criticava o reducionismo da abordagem em saúde centrada na dimensão biológica em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais, defendendo a necessidade de se resgatar a percepção do todo para atender adequadamente às necessidades da população (MATTOS, 2009).

No Brasil, a discussão sobre a integralidade da atenção surge nos anos 70 como uma das bandeiras de luta da Reforma Sanitária por um sistema de atenção à saúde mais justo, universal e igualitário (MATTOS, 2009). A Constituição de 1988 institui o Sistema Único de Saúde tendo o atendimento integral como um de seus

princípios: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988a, art.198).

Entretanto, a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas faz parte de uma “imagem objetivo” que expressa um conjunto de valores desejáveis ao sistema e que, segundo MATTOS (2009), é utilizada para diferenciar o que existe do que se almeja construir, partindo de um pensamento crítico que não aceita reduzir a realidade ao que existe. Ao mesmo tempo, uma “imagem objetivo” não constitui uma utopia porque os atores que a defendem julgam que ela pode se tornar real em um horizonte temporal definido.

O entendimento acerca do conceito da integralidade e de sua expressão prática é pré-requisito para sua operacionalização e avaliação, além de possibilitar reflexões sobre a qualidade dos serviços que devem ser coerentes com este princípio (CONILL, 2004). Contudo, apesar de sua inclusão no arcabouço ético-doutrinário e institucional do SUS a diretriz da integralidade teve seu conceito pouco trabalhado na reorientação do modelo assistencial (GIOVANELLA et al., 2002).

Para Campos (2003a), o princípio da integralidade se refere à integração e articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco, assistência e reabilitação de acordo com a dinâmica do processo saúde-doença.

Mattos (2009) amplia a discussão e aponta três possibilidades de definição para o termo. Um primeiro conjunto de sentidos diz respeito às políticas de saúde frente a determinados problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos populacionais. O segundo se refere às formas de organização das práticas de saúde que deveriam articular a assistência e a prevenção. O terceiro se relaciona à capacidade dos profissionais de saúde de sustentar uma visão integral do usuário no exercício de suas atribuições.

Alguns estudos buscaram identificar os sentidos da integralidade entre gestores, profissionais de saúde, estudiosos e usuários do sistema encontrando compreensões distintas e complementares do termo (CARVALHO, 1991; FURTADO; TANAKA, 1998; SILVA; SENA, 2008; LEONELLO; OLIVEIRA, 2010; MONTENEGRO et al., 2010; FREITAS et al., 2010; LINARD et al., 2011). Porém, acerca dos múltiplos sentidos apresentados nos diferentes trabalhos sobre o tema, Mattos (2009) contribui sabidamente com a reflexão de que:

Talvez não devemos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa. (MATTOS, 2009, p.46)

Portanto, a integralidade segue sendo um conceito em construção que independentemente de ser compreendido como princípio orientador das práticas, da organização do trabalho ou da organização de políticas, implica em uma negação ao reducionismo dos sujeitos e na ampliação das percepções das necessidades de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

No presente trabalho, o referencial teórico adotado para a discussão sobre integralidade é o proposto por Giovanella et al.(2002), constituído por quatro dimensões: I) garantia de atenção nos níveis de complexidade; II) primazia das ações de promoção da saúde; III) articulação entre ações de prevenção, promoção da saúde e assistência; e IV) abordagem integral de indivíduos e coletivos.

No trabalho de Giovanella et al. (2002), os autores procuram operacionalizar a integralidade no contexto de uma avaliação no nível da gestão de sistemas municipais, porém, neste estudo, o referencial é utilizado apenas para delimitar diferentes olhares sobre a integralidade. Os subcapítulos a seguir são desenvolvidos conforme as quatro dimensões supracitadas, apresentando os diferentes sentidos da integralidade e sua relação com a atenção ao DM.

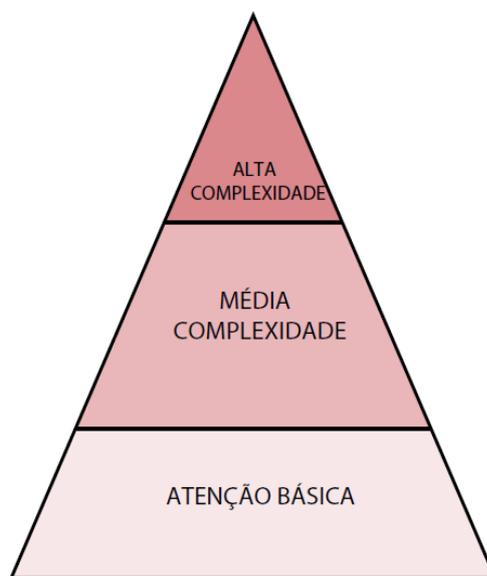
3.2.1 Integralidade como atenção nos diferentes níveis de complexidade:

A garantia da atenção nos três níveis de complexidade do SUS como uma das dimensões da integralidade se remete à integração dos serviços, visando um “sistema sem muros” onde se eliminam as barreiras de acesso aos diferentes níveis de atenção - do domicílio ao hospital (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A implantação do SUS utilizou a figura da pirâmide para representar um modelo técnico-assistencial hierarquizado, segundo diferentes níveis de complexidade (Figura 1). O modelo prevê a racionalização do atendimento através do fluxo ordenado de usuários, se movendo da base ao topo e do topo à base da pirâmide pelo mecanismo de referência e contrarreferência, tendo suas

necessidades assistidas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997, FRATINI et al., 2008).

Figura 1 – Pirâmide dos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde



Fonte: Mendes, 2011.

A atenção primária, como ampla base da pirâmide, se caracteriza por uma extensa rede de unidades de saúde e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), formando a porta de entrada para os níveis superiores. A parte intermediária da pirâmide abarca a atenção secundária, com os serviços ambulatoriais, suas especialidades clínicas e cirúrgicas, um conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns atendimentos de urgência e emergência, e os hospitais gerais, também pensados como distritais. Finalmente, o topo da pirâmide se ocupa dos serviços hospitalares de maior complexidade, com hospitais terciários ou quaternários regionais, estaduais ou nacionais (CECÍLIO, 1997).

Apesar desta proposta de organização ter em vista os princípios da universalidade do acesso e a integralidade da atenção, o que ocorre na prática não corresponde à imagem projetada na pirâmide. Há concentração de demanda nos serviços de emergência e ambulatoriais; dificuldade de acesso aos serviços especializados e cirurgias eletivas; pouca resolutividade dos problemas da

população nos níveis correspondentes às demandas; e fragmentação do atendimento (CECÍLIO, 1997; PAIM et al., 2011; MENDES, 2011). Deste modo, a integralidade da atenção prestada se encontra gravemente comprometida e o usuário:

[...] tenta furar os bloqueios de todas as formas, acessando aos cuidados de que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isto. Nesta medida, a concepção do sistema como uma pirâmide está muito distante da realidade do usuário real. (CECÍLIO, 1997, p.474)

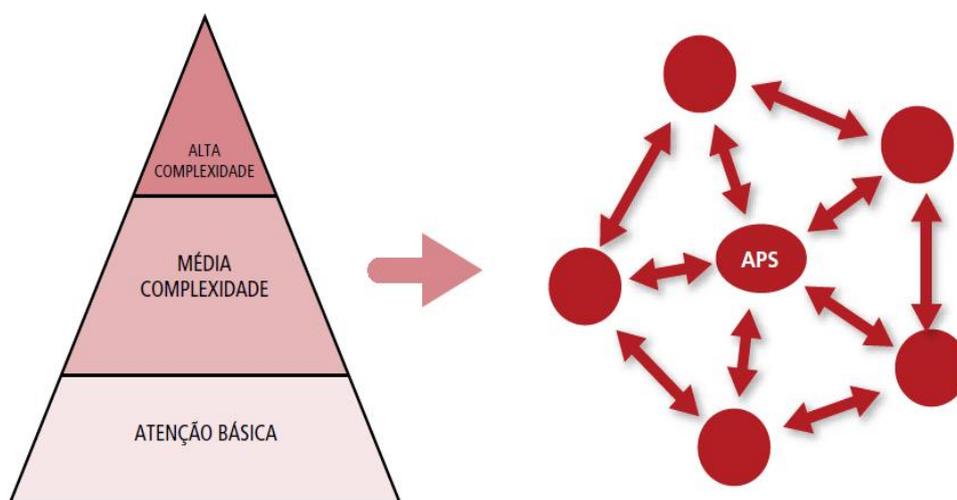
Uma das explicações apontada por Cecílio (1997) para o fracasso da proposta de organização no modelo de pirâmide é a que a missão designada para cada nível de atenção não corresponde à realidade do usuário. Para o autor, são necessários novos fluxos e circuitos dentro do sistema, pensados a partir dos movimentos, desejos e necessidades reais da população. Propondo a imagem do círculo para substituir a pirâmide, o autor sugere que o sistema se organize com múltiplas portas de entrada, qualificadas para garantir o acesso de cada usuário ao atendimento mais adequado à sua necessidade. Por não hierarquizar, o modelo de círculo abre possibilidades e viabiliza a construção de um sistema mais acolhedor, humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECÍLIO, 1997).

Para Mendes (2011), a organização hierárquica e piramidal do sistema de saúde vem acompanhada da concepção de que os níveis de complexidade se organizam conforme ordem e grau de importância e tal concepção acarreta no entendimento equivocado de que a atenção primária é menos complexa do que a atenção secundária e terciária, conduzindo à supervalorização, material ou simbólica, dos níveis secundário e terciário e à banalização da atenção primária. Na realidade, os níveis secundário e terciário se constituem de maior densidade tecnológica, o que não significa maior complexidade. A atenção primária, com a missão de atender mais de 85% dos problemas de saúde, deve ofertar, preferencialmente, procedimentos de alta complexidade – por exemplo, aqueles relativos ao contexto social e comunitário - mesmo que por outro lado necessitem

recursos tecnologicamente menos densos (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d; MENDES, 2011).

Mendes (2011) afirma que as organizações hierárquicas e piramidais também estão sujeitas a pontos de estrangulamento, já que os fluxos e as conexões entre os serviços do sistema são limitados e fragmentados, não abrindo caminhos alternativos e impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Portanto, propõe a organização do sistema no modelo de redes de assistência à saúde, um arranjo poliárquico e integrado, no qual os pontos de atenção à saúde se conformam em uma rede horizontal, de distintas tecnologias, sem ordem ou grau de importância entre eles (Figura 2).

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2011.

Em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde, reconhecendo a necessidade de superar a fragmentação do sistema (BRASIL, 2010). Segundo o documento:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010, p.4)

Assim, o documento propõe um arranjo integrado dos serviços, no qual, para se atingir os objetivos da rede, todos os pontos de atenção são igualmente importantes, diferenciando-se apenas pela densidade tecnológica que utilizam e tendo como centro de comunicação a atenção primária (BRASIL, 2010).

Para viabilizar o acesso universal e equânime aos serviços, utiliza-se a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI) como instrumento de gestão que define e quantifica as ações de saúde para populações residentes em territórios delimitados e fornece subsídios para regulação do acesso aos serviços (BRASIL, 2006e). Com base na análise de situação de saúde e estimativas das necessidades da população, a PPI busca integrar as áreas de atenção, estabelecendo parâmetros para a atenção das condições de saúde na atenção básica e de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Um dos desafios que a reorganização da rede pretende responder é o enfrentamento do quadro epidemiológico atual de hegemonia das condições crônicas (BRASIL, 2010). A configuração do modelo de atenção atual ainda se baseia na lógica de atenção às condições agudas, e a assistência e uso de tecnologias voltadas para os momentos agudos de complicações prevalece sobre a atenção contínua, voltada para os momentos em que as condições crônicas evoluem silenciosamente (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Assim, o Ministério da Saúde tem buscado fortalecer ações de enfrentamento das DCNT, valorizando a reorganização do fluxo e contra fluxo do usuário dentro da rede de serviços (BRASIL, 2010). Essa organização, por sua vez, interfere diretamente na integralidade da atenção ao portador de DM2, como apresentado a seguir.

3.2.1.1 – Atenção ao portador de DM2 nos diferentes níveis de complexidade:

As Diretrizes e Recomendações para o Cuidado das DCNT (BRASIL, 2008a) ressaltam a importância de se integrar os diversos níveis de atenção através das chamadas linhas do cuidado. A linha do cuidado se refere à noção de integralidade

na organização dos serviços, como um caminho a ser percorrido pelo usuário e que passa pelos diferentes serviços de sorte a completar o leque de cuidados adequados ao seu problema de saúde (MALTA; MEHRY, 2010; BASTOS et al., 2011). Para Malta e Mehry (2010), a linha do cuidado, particularmente, do cuidado às DCNT:

[...] é alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/atenção básica, em serviços de urgência, nos consultórios, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros. (MALTA; MERHY, p.595)

No que se refere ao manejo do DM2, cerca de 80% dos casos podem ser controlados no nível primário de atenção (OMS, 2006; BRASIL, 2006b). Estudos demonstram que intervenções de modificação no estilo de vida são efetivas para melhorar o controle glicêmico, reduzir a massa corporal e os fatores de risco cardiovascular em portadores (PI-SUNYER et al., 2007; BELAUCAZAR et al, 2010). Intervenções primárias de educação e aconselhamento em DM também apresentam efetividade no controle glicêmico, redução de peso e melhora nos sintomas de depressão, na aceitação da doença e qualidade de vida dos indivíduos (DAVIES et al., 2008; SALINERO-FORT et al., 2011).

Por outro lado, o manejo inadequado do DM2 no nível primário leva a aumento da incidência de hospitalizações e internações evitáveis que sobrecarregam os níveis secundário e terciário (ROSA et al, 2007). Desse modo, a atenção primária de qualidade constitui elemento chave para o enfrentamento do DM2, evitando a sobrecarga nos demais níveis do sistema e reduzindo encargos econômicos e custos pessoais (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d; ROSA et al, 2007).

Por outro lado, as evidências indicam que a linha do cuidado ao DM2, como um conjunto articulado e contínuo de ações nos três níveis de complexidade, ainda permanece um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro. (GIL, 2005; PAIVA et al., 2006a; BRASIL, 2006c; GUIDONI et al., 2009).

Bersusa et al. (2010) investigaram características do processo de atendimento a portadores de DM e hipertensão na rede de assistência do SUS em cinco municípios da Baixada Santista e encontraram grande distância entre a realidade local e o preconizado pela legislação referente à atenção básica. Dentre cerca de 600 portadores de DM entrevistados, 29,8% realizaram exame de glicemia apenas uma vez na vida, e apenas 49,6% haviam realizado exame de sangue nos seis meses pregressos ao estudo. 90,7% dos sujeitos não participavam de nenhum tipo de grupo educativo e mais de 80% não praticavam atividade física e nem controle de peso. Os autores ressaltam que a PPI recomenda quatro exames de glicemia paciente/ano e dois exames paciente/ano de hemoglobina glicosilada, além de um mínimo de seis encontros educativos anuais com grupos de paciente, concluindo que ações elementares de controle e acompanhamento dos pacientes não estavam ocorrendo rotineiramente, indicando um déficit na atenção integral.

Silva et al. (2010) investigaram a integralidade da atenção a uma amostra representativa de 300 diabéticos em 26 unidades básicas de saúde de Belo Horizonte sob o viés do atendimento odontológico. A organização fragmentada do trabalho foi demonstrada pelo número de locais que utilizavam prontuários separados (76,9%), pelo número reduzido de usuários atendidos na atenção básica (27,3%) e encaminhados para atendimento especializado (3,6%), e pela participação incipiente de outros profissionais de saúde, além do médico, no atendimento aos pacientes (3,4%). Os autores também chamam atenção para o “desencontro de saberes” dentro das equipes de saúde, já que o conhecimento específico de cada especialidade, centrado no profissional, não era compartilhado no espaço de trabalho.

Bastos et al.(2011) analisaram o cuidado a portadores de DM sob a ótica da integralidade em um centro de saúde de Feira de Santana, revelando o acesso restrito dos usuários à procedimentos da atenção básica e também a exames, consultas e internações nos outros níveis de atenção. O acesso a especialistas se mostrou dificultoso, com esperas de até cinco meses para atendimento, quando um

agendamento era possível. O estudo também evidenciou a abordagem fragmentada por parte da equipe de saúde, centrada no atendimento médico e intervenções curativas e individualistas, sem continuidade da atenção, concordando com o apresentado por outros trabalhos (SOUZA et al., 2008; ROSA et al. 2009).

A fragmentação da atenção, a centralidade da assistência na atenção médica e a falta de integração entre as áreas de conhecimento refletem a lógica da história natural da doença no modelo de prestação de serviços (SILVA JUNIOR, 2006). Tal lógica pressupõe uma sequência biologicamente determinada do aparecimento e desenvolvimento das enfermidades, que termina por centrar a assistência na prática clínica e no uso de tecnologias apropriadas aos momentos específicos do curso da enfermidade (CAMPOS, 2003a; MARCONDES, 2004; SILVA JUNIOR, 2006).

Porém, é essencial que os conhecimentos e tecnologias de intervenção individual e comunitária estejam articulados e integrados na organização do sistema de saúde, reconhecendo-se que, isoladamente, nenhum nível de intervenção ou classe profissional possui a totalidade de recursos e competências necessários para solucionar todos os problemas de saúde de uma população em seus diferentes ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Nesse sentido, destaca-se que a reorientação das práticas e serviços demanda que a saúde e o processo saúde-doença sejam situados no modelo dos determinantes sociais. Assim, cria-se uma nova lógica de enfrentamento das doenças, com incorporação de ações de promoção da saúde, que interferem no contexto sócio-econômico e político por meio de políticas de saúde que extrapolam o campo da medicina e não apenas previnem e controlam doenças, mas também promovem saúde (BUSS, 2000; MARCONDES, 2004). Deste modo, é necessário que o princípio da integralidade seja contemplado também no nível das ações políticas, orientadas na direção da promoção da saúde. Essa dimensão da integralidade é abordada no próximo tópico.

3.2.2 – Integralidade como primazia de ações de promoção da saúde:

A primazia de ações de promoção da saúde como uma das dimensões da integralidade se refere à maior efetividade de ações no plano das políticas públicas para atuar integralmente nas condições de saúde da população (GIOVANELLA et al.

2002). Ao mesmo tempo, visto que a integralidade também se traduz como articulação entre ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, essa primazia não significa colocar a promoção como superior aos outros campos, mas sim indicar que a gestão do sistema e o eixo condutor do modelo assistencial devem ser orientados para a promoção da saúde (GIOVANELLA et al., 2002).

As concepções sobre promoção da saúde e suas propostas de intervenção podem ser divididas em duas vertentes principais (BUSS, 2002). A primeira vertente tem como referencial teórico o “Informe Lalonde” (1974), primeiro documento oficial a utilizar o termo promoção da saúde. Nesta linha, adota-se uma abordagem comportamental e preventivista da saúde, com ações direcionadas a mudanças de hábitos e estilos de vida. As estratégias enfatizam intervenções educativas e focam o indivíduo e seus comportamentos de risco (PEREIRA *et al*, 2000; HEIDMANN et al., 2006). A segunda vertente, por sua vez, reconhece o papel primordial dos determinantes e condicionantes sociais nas condições de saúde das populações (Figura 3). A saúde é vista como produto do contexto político, econômico e social, determinada por fatores como renda, habitação e educação, que se encontram além da governabilidade dos indivíduos (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; HEIDMANN et al., 2006).

Figura 3: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Buss e Pellegrini Filho, 2007.

A Carta de Ottawa (1986) constitui um marco de referência para a promoção da saúde, definindo-a como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986). A Carta propõe a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, a reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento de ações comunitárias e o desenvolvimento de habilidades pessoais como estratégias para a promoção da saúde (OMS, 1986; HEIDMANN et al., 2006).

As estratégias da Carta de Ottawa são referência para o desenvolvimento da promoção da saúde em sistemas de saúde de diversos países (BUSS; CARVALHO, 2009). No Brasil, os ideais da reforma sanitária incorporados no SUS dialogam com o movimento da promoção da saúde no que tange ao conceito ampliado de saúde, à necessidade de políticas públicas voltadas para promovê-la e ao reconhecimento de que o setor sanitário não responde sozinho aos determinantes e condicionantes de saúde da população (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006a). Essa aproximação entre os princípios do SUS e a promoção da saúde favoreceu a entrada do tema nas discussões e encaminhamentos das políticas de saúde brasileira, particularmente após a segunda metade da década de 1990 (ROCHA, 2001).

O desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil vem acontecendo gradualmente (BUSS; CARVALHO, 2009). No esforço de consolidação do SUS, pautando-se na Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), foram priorizados investimentos na atenção primária, com a implantação do Programa de Saúde da Família, criado em 1994 para funcionar na perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 1997). Em 1998, o projeto “Promoção da Saúde: um novo modelo de atenção” foi desenvolvido em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, conferindo alguma institucionalidade para o conceito no país. Em 2002, Carvalho et al. (2007) reportam que a participação expressiva de brasileiros na III Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, realizada em São Paulo, evidencia a formação de uma massa crítica para a promoção no país. Ainda em 2002, formula-se um documento preliminar para a Política Nacional de Promoção da Saúde, que apesar de não ter entrado em vigência, é um registro de proposta formal para uma política na esfera federal (BRASIL, 2002b; BUSS; CARVALHO, 2009).

Diante do quadro epidemiológico de DCNT e após o lançamento da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (OMS, 2004), o Brasil passou a formular políticas no sentido da prevenção, promoção da saúde e ação intersetorial (SCHMIDT et al., 2011). Em 2006, a PNPS foi aprovada com diretrizes para organização das ações de promoção da saúde nos serviços do SUS, prevendo ações de articulação intersetorial e desenvolvimento de políticas, educação em saúde, monitoramento de doenças e fatores de risco, com ênfase na promoção de alimentação saudável, atividade física, redução do tabagismo e do consumo de álcool (BRASIL, 2006a).

No contexto do Distrito Federal, a criação do Plano Distrital de Promoção da Saúde representa o compromisso político assumido entre os gestores locais para o fortalecimento das ações de promoção da saúde (GDF, 2007). O documento busca atender as diretrizes da PNPS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir da identificação de necessidades locais, tendo como um de seus objetivos a diminuição do impacto de doenças e agravos não transmissíveis no DF. Em adição, o Plano Distrital prevê a criação de um Comitê Central de Promoção da Saúde com a finalidade de desenvolver, fortalecer e implementar ações que qualifiquem e consolidem a promoção da saúde no DF, tendo como base a integralidade, a descentralização de ações, a educação, a comunicação e a sustentabilidade (GDF, 2007; TINOCO et al., 2009).

Visto que a integralidade como primazia das ações de promoção da saúde se remete ao conjunto de providências sobre fatores determinantes das condições de saúde, principalmente no campo das políticas públicas, buscou-se identificar as principais propostas políticas para a atenção às DCNT e, especificamente, ao DM.

3.2.2.1 – Políticas de promoção à saúde e atenção às DCNT e DM:

Conforme a PNPS, o Plano Distrital de Promoção da Saúde e o Plano de Enfrentamento das DCNT, as estratégias centrais são voltadas ao controle do tabagismo, promoção de alimentação saudável, promoção de atividade física e combate ao consumo excessivo de álcool (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a; SCHMIDT et al., 2011).

As políticas de controle do tabagismo no Brasil recebem destaque internacional e são possivelmente responsáveis por grande parte da diminuição das DCNT no país (CAVALCANTE, 2005; SCHMIDT et al., 2011). No ano 2000, foi criado um Comitê Nacional para o Controle do Tabaco envolvendo diversos setores, propagandas de produtos do tabaco foram proibidas e fotos de alerta para consumidores foram estampadas nas embalagens de cigarros (SCHMIDT et al., 2011). Em 2005, o Brasil ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual dispõe sobre medidas como aumento de preços e impostos, proteção contra exposição à fumaça do cigarro, restrição de publicidade, entre outras (MEIRELLES, 2006). Praticamente todas as proposições da Convenção vêm sendo cumpridas no país (MEIRELLES, 2006). O governo passou a disponibilizar nas embalagens de cigarro um número de telefone para ligações gratuitas, oferecendo orientações sobre como parar de fumar, em sete estados o fumo foi proibido em ambientes coletivos fechados, públicos e privados, máquinas automáticas de venda de cigarro foram proibidas, entre outras medidas regulatórias contra o tabaco (IGLESIAS et al., 2007; BIALOUS; MARTINS, 2009).

Atualmente, a prevalência de tabagismo no Brasil está entre as mais baixas do mundo (OMS, 2009). O consumo de cigarros entre adultos caiu significativamente nos últimos anos e entre 1980 e 2004, as taxas de câncer de pulmão em homens também diminuíram. Nas regiões metropolitanas, o percentual de família com indivíduos fumantes caiu de 34% para 27% entre os anos de 1995-1996 a 2002-2003. Entretanto, medidas adicionais, como a elevação do preço de cigarros e impostos sobre o tabaco, investimento em ações que evitem a iniciação, especialmente em populações de baixa escolaridade, e o combate às vendas ilegais são recomendadas para o fortalecimento dos programas de combate ao tabagismo (IGLESIAS et al., 2008).

Em relação ao consumo de álcool, ações de regulamentação de propaganda e venda, intensificação da fiscalização de vendas a menores de idade, capacitação de profissionais da rede pública de ensino para ações de prevenção nas escolas, entre outras, fazem parte da Política Nacional do Álcool, aprovada em 2007 (BRASIL, 2007b). Por outro lado, apesar do consumo excessivo de álcool estar associado a mais de 60 tipos de doenças e a comportamentos de risco, no Brasil,

cerca de 18% dos adultos residentes nas capitais fazem uso abusivo da droga e as políticas de controle têm recebido pressão negativa pelo *lobby* das indústrias, com a manutenção, por exemplo, de propagandas de cerveja em eventos esportivos (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007; BRASIL, 2011a; SCHMIDT et al., 2011).

No campo da alimentação saudável, o principal avanço da última década foi a incorporação da alimentação como um direito social, com o compromisso estabelecido pelo Estado de atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção de alimentação saudável e adequada (BRASIL, 2006g; BRASIL, 2011d).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada em 1999 em resposta à transição epidemiológica e nutricional do país, com a convivência de situações de desnutrição extrema juntamente com o aumento da prevalência de obesidade e doenças associadas à alimentação inadequada (RECINE; VASCONCELOS, 2011). A PNPS e a PNAB somam-se aos princípios da PNAN e vêm norteando ações políticas importantes no campo da saúde e segurança alimentar. Nesse sentido, recebem destaque ações no campo da regulação da propaganda de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sal; a obrigatoriedade da rotulagem de produtos industrializados para garantir o direito à informação do consumidor na seleção e aquisição de alimentos; o direcionamento de 30% do orçamento do programa nacional de alimentação escolar direcionado a alimentos frescos de produtores agrícolas locais; e a publicação e distribuição do Guia Alimentar para a População Brasileira (BUSS; CARVALHO, 2009; ANVISA, 2010; BRASIL, 2011d; SCHMIDT et al., 2011).

Quanto à promoção de atividade física/práticas corporais, Malta et al. (2008) agrupam em cinco eixos as ações desenvolvidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde nos últimos anos: priorização da atividade física na PNPS; indução de ações de promoção de atividade física através de financiamento de projetos em municípios; avaliação e monitoramentos dos mesmos; organização da vigilância de fatores de risco e protetores das DCNT; e ações de educação em saúde e capacitação de profissionais e gestores. Os autores reconhecem que um avanço significativo foi feito no sentido de institucionalizar o tema da promoção de atividade física/práticas corporais, porém ainda é necessária a consolidação desse compromisso nos diferentes níveis de gestão (MALTA et al., 2008; MALTA et al., 2009).

Programas que oferecem aulas supervisionadas e gratuitas vêm sendo implantados e avaliados em algumas cidades do país (HALLAL et al., 2009; HALLAL et al., 2010; REIS et al., 2010; PRATT et al., 2010). Por exemplo, o Programa Academia da Cidade foi implantado em 2002 pela secretaria de saúde do Recife com o objetivo de requalificar espaços públicos para a prática de atividades físicas, estimular a população ao uso desses espaços e estabelecer um diálogo maior entre a sociedade e a rede de saúde. O programa foi considerado modelo para outras cidades e, atualmente, está estabelecido como política de atenção básica no SUS (HALLAL et al., 2010).

Em 2008, a portaria nº 154, de 25 de janeiro criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), prevendo a inserção de professores de educação física e o desenvolvimento de atividades físicas/práticas corporais no âmbito do SUS (BRASIL, 2008b; MALTA et al., 2009). Em seguida, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o programa Academias da Saúde, com meta de construção de 4.000 academias até 2014 para aumentar o acesso da população à prática de atividade física/práticas corporais (BRASIL, 2011a).

Em relação às políticas específicas de atenção ao DM, em 2001, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001), propondo a reorganização da atenção básica a essas condições. As estratégias do Plano foram: capacitação e treinamento de profissionais de saúde; campanhas de identificação de casos suspeitos de DM e hipertensão; confirmação de diagnóstico e início de terapêutica; e cadastramento e vinculação de portadores às unidades básicas de saúde.

O Plano de Reorganização proporcionou diversos avanços. Foram publicados os cadernos de atenção básica ao DM e outros materiais para serem utilizados em cursos de capacitação (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002d; BRASIL, 2011a). A campanha de rastreamento levou à incorporação de mais de 320 mil portadores ao sistema de saúde, sendo a primeira iniciativa mundial de campanha populacional em massa para rastreamento de DCNT (TOSCANO, 2004). O HIPERDIA, sistema informatizado nacional para cadastro e acompanhamento dos casos diagnosticados também foi instituído juntamente com o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que garante a oferta de

medicamentos antidiabéticos orais e insulinas na rede básica de saúde (BRASIL, 2002c).

A expansão da assistência farmacêutica e distribuição gratuita de medicamentos é um dos destaques das políticas de atenção ao DM e outras DCNT no Brasil (BRASIL, 2011a). Em 2004, foi criado o programa Farmácia Popular para ampliar o acesso da população a medicamentos considerados essenciais a custo reduzido. Em 2006, o programa foi estendido à rede privada de farmácias e drogarias através do Aqui Tem Farmácia Popular, quando o Ministério da Saúde passou a subsidiar 90% do valor de diversos medicamentos, inclusive para o DM. Ainda em 2006, foi decretada uma lei para garantir a distribuição gratuita de medicamentos, materiais e insumos para monitoramento da glicemia aos portadores de DM inscritos em programas para diabéticos na atenção primária. O Ministério da Saúde passou a financiar também a aquisição de alguns tipos de insulina. Em 2007, foram definidos medicamentos gratuitos disponibilizados apenas para diabéticos que utilizavam a rede básica de saúde e, em 2011, o governo federal ampliou o acesso através do programa Saúde Não Tem Preço, pelo qual as farmácias e drogarias conveniadas passaram a oferecer onze medicamentos gratuitos para hipertensão e DM, com cerca de 17.500 farmácias privadas já cadastradas no programa (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006f; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2011c).

As políticas de medicamentos beneficiam, atualmente, mais de 2.500 municípios, atingindo cerca de 1,3 milhão de brasileiros e cerca de 300 mil portadores de DM (BRASIL, 2011a). A legislação federal também prevê a isenção de impostos para portadores de DM com complicações da doença como cegueira, nefropatia e cardiopatias graves (BRASIL, 1988b).

É importante reconhecer que um avanço expressivo foi feito no campo das políticas públicas que favorecem a integralidade da atenção ao portador de DM no SUS (BRASIL, 2004b). Porém, permanece ainda o desafio de implementação concreta das ações previstas e ampliação das políticas para contemplar fatores ainda críticos, como os relacionados ao estilo de vida e aos determinantes sociais. Em adição, no que se refere à integralidade enquanto primazia de ações de promoção da saúde, destaca-se que as ações de saúde pública que têm se mostrado mais eficazes são aquelas legislativas ou regulatórias direcionadas a toda

população, sendo, portanto, imperativas para a atenção integral ao DM e outras DCNT (SCHMIDT et al., 2011).

3.2.3 – Integralidade como abordagem integral dos indivíduos e coletivos:

Para Giovanella et al. (2002) a integralidade enquanto abordagem integral dos indivíduos diz respeito a intervenções nas esferas biológica, psicológica e social, garantidas pela integração dos serviços e pelo vínculo entre usuários, profissionais e unidades de saúde. Nesse sentido, atender com integralidade significa compreender o usuário como sujeito histórico, respeitar seus saberes e organizar práticas centradas em suas necessidades. Trata-se de um modo de atuar democrático, onde o cuidado se estabelece em uma relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança (COSTA et al., 2004; GOMES; PINHEIRO, 2005).

Mattos (2004) afirma que defender a integralidade é lutar para que as práticas de saúde sejam sempre intersubjetivas, que os profissionais de saúde se relacionem com os usuários compreendendo-os como sujeitos, não como objetos. Para isso o autor destaca a importância do diálogo no encontro entre o usuário e o serviço, apontando a necessidade de que as práticas de saúde sejam um exercício de conversação, de ouvir a necessidade do outro para dar resposta às necessidades apreendidas nesse ouvir. O profissional de saúde, com a compreensão de que os processos de adoecimento não se reduzem a um fator biológico, mas estão vinculados à história de vida dos sujeitos, de suas famílias e da sociedade e detendo o conhecimento sobre as doenças pode, então, identificar as intervenções mais adequadas para atender as necessidades do usuário (COSTA et al., 2004; MATTOS, 2004).

Gomes e Pinheiro (2005) entendem o acolhimento e o vínculo como avanços importantes para a construção da integralidade no SUS. Para as autoras, sem acolher e vincular é impossível construir relações de responsabilização entre os serviços e usuários na prática clínica e sanitária.

O acolhimento se relaciona ao direito de acesso universal garantido à população e se traduz na relação humanizada, acolhedora, que deve ser

estabelecida pelos profissionais de saúde e pelos serviços com os diferentes tipos de usuário (GOMES; PINHEIRO, 2005). Para Tesser et al. (2010), o acolhimento envolve interesse e abertura humana, empática e respeitosa ao usuário e, ao mesmo tempo, implica em avaliação de riscos e vulnerabilidades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais e eleição das prioridades de atendimento.

O acolhimento estimula o vínculo entre comunidade e serviços na medida em que eleva o grau de comunicação, interpretação e negociação interdisciplinar entre profissionais e usuários frente às demandas de saúde (TESSER, et al., 2010). Para Merhy (1994):

[...] criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal. (MERHY, 1994, p.138)

Assim, o vínculo aproxima aquele que oferece o serviço de quem o recebe, personalizando a relação. Esse processo, por sua vez, deve ser fruto de uma construção social, de um esforço que envolva profissionais de saúde, instituições e comunidade (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Centralizar as práticas no sujeito e não na doença, superando o paradigma de cuidado hospitalar onde o usuário se submete ao profissional de saúde e aprende deles o saber científico é um dos desafios para garantir a integralidade da atenção (TESSER, 2006a). Nesse sentido, é importante que o acolhimento e o vínculo às equipes de saúde ocorram no sentido da desmedicalização social e da gestão compartilhada das propostas terapêuticas, produzindo autonomia no usuário (TESSER, 2006b).

A medicalização social é um processo que transforma culturalmente as vivências, sofrimentos e dores em problemas médicos, gerando uma dependência excessiva dos serviços de saúde e levando ao consumo abusivo, desnecessário, e muitas vezes prejudicial, de serviços biomédicos. A medicalização leva à desvalorização da abordagem dos modos de vida, de fatores subjetivos relacionados ao processo saúde-doença e da possibilidade de administrar as condições de saúde

no próprio ambiente familiar e comunitário (NOGUEIRA, 2003; TESSER, et al., 2010).

A ação profissional nesse ambiente de ideias e valores tende a transformar toda queixa em síndrome, “transtorno” ou doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente, considerando-a realidade distinta e independente. Em doenças crônicas, cada vez mais frequentes, ocorre o isolamento de fatores de risco que se destacam da vida e passam a ser considerados causas isoladas combatidas através de comportamentos “saudáveis” prescritos do mesmo modo que drogas e cirurgias. Estas últimas, mais o fetiche dos exames complementares, são o carro-chefe da cultura medicalizada. (TESSER, et al., 2010, p.3617)

A perda da autonomia para enfrentar o adoecimento e dores cotidianas é umas das principais consequências da medicalização. Em adição, a saúde das populações diminui à medida que estas perdem a capacidade de agir sobre sua própria vida, ambiente, suas experiências, sofrimentos e saúde (NOGUEIRA, 2003). Segundo Costa (2004) a dependência ao médico é tão perversa quanto complicações medicamentosas ou por procedimentos médicos equivocados e a autonomia do sujeito só pode ocorrer quando o profissional de saúde atua deixando o outro em liberdade.

Em seguida, apresenta-se a importância de uma abordagem integral a indivíduos com DM, especialmente no que se refere à produção de autonomia dos mesmos, ao acolhimento e ao vínculo com a equipe de saúde como fatores que influenciam positivamente o prognóstico da doença.

3.2.3.1 – Abordagem integral dos portadores de DM:

O diagnóstico de DM, em geral, vem acompanhado de uma abundância de dúvidas, preocupações e medos, fazendo do acolhimento um momento chave de suporte psicossocial, para acalmar ansiedades e iniciar a busca de soluções (PEEL et al., 2004). O acolhimento constitui um momento privilegiado para se estabelecer vínculo entre portador e equipe de saúde, iniciando-se o processo de educação e

empoderamento que, por sua vez, conduz ao manejo adequado da doença, com aumento da qualidade de vida do sujeito (TRENTINI; BELTRAME, 2004).

Desenvolver o empoderamento em DM exige um vínculo de coresponsabilização do portador e serviços de saúde, reconhecendo que o primeiro é o principal responsável pelo manejo da doença e o segundo é responsável por desenvolver conhecimentos e recursos para o exercício da autonomia (FUNNEL; ANDERSON, 2002; FUNNEL; ANDERSON, 2005). O empoderamento é o resultado da educação em DM, e ocorre quando o portador adquire o conhecimento, as habilidades, atitudes e autoconsciência necessárias para influenciar o próprio comportamento e o de outros (FUNNEL; ANDERSON, 2003).

Vale destacar aqui que o processo de empoderamento é sempre uma via de mão dupla. Como afirma Paulo Freire (1996):

[...] ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. [...] Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. (FREIRE, 1996, p.23)

Para Funnel e Anderson (2002) a produção da autonomia de portadores de DM deve preconizar três princípios básicos. Em primeiro lugar, no DM, cerca de 98% do manejo deve ser feito pelo próprio portador, de modo que este se torne o centro do controle e tomadas de decisão no cuidado diário da doença. Em segundo lugar, é função das equipes de saúde fornecer a base de educação e expertise, além de suporte psicossocial, para que os sujeitos sejam capazes de tomar decisões esclarecidas no autocuidado cotidiano. Por último, a probabilidade de modificação de hábitos e comportamentos, e sua manutenção se torna maior quando a mudança possui um significado pessoal e é feita de livre e espontânea vontade.

Assim, pode-se dizer que o objetivo do tratamento do DM, muito além de controlar os níveis glicêmicos e prevenir complicações, é levar o sujeito ao mais alto grau de autonomia em relação à sua condição. Com autonomia, o portador não apenas possui condições de fazer escolhas que o conduzam a um bom controle glicêmico e à prevenção de complicações, mas, principalmente, é livre para encontrar modos de viver com qualidade, construindo seu próprio caminho.

No Brasil, é comum o trabalho de educação com grupos de pessoas com diabetes e/ou hipertensão, entre outros, realizados por equipes multiprofissionais em

unidades básicas de saúde (FERNANDES, et al., 2011; ALVES; AERTS, 2011). Entretanto, frequentemente os métodos de intervenção empregados não valorizam os sujeitos na sua integralidade e não produzem o efeito esperado, sendo necessário aos profissionais de saúde modificar suas abordagens, buscando novos modos de se relacionar com portadores de doenças crônicas (TRENTINI; BELTRANE, 2004; FERNANDES et al, 2011).

Funnel e Anderson (1999 apud Dullius, 2007) propõem uma analogia para que se reflita o papel da equipe de saúde frente ao desafio da educação em DM: assemelha o profissional de saúde a um excelente treinador de natação o qual, ao transmitir todo conteúdo teórico que detém a seus alunos, percebe que estes, ao se descobrirem, inesperadamente, com água sobre a cabeça, direcionam seu interesse em não afundar e não a entenderem cada aspecto científico do que é estar afundando. Tal imagem demonstra a importância de que as equipes de saúde proponham ações de tratamento que respondam não apenas à patologia, mas aos sentimentos e expectativas do usuário.

Para Fernandes et al. (2011) o uso adequado de tecnologias do trabalho é aspecto determinante da efetividade de intervenções em grupos de portadores de DM. As tecnologias leves remetem a relações entre sujeitos estabelecidas no momento em que o trabalho está sendo produzido. As tecnologias leves-duras se referem à aplicação de conhecimentos e saberes constituídos para produção do cuidado, enquanto as tecnologias duras são aquelas inscritas nos instrumentos, materializados para oferecer produtos em saúde (MERHY, 2007).

O estudo de Trentini e Beltrane (2004) identificou o diálogo, o acolhimento, o vínculo e a produção de autonomia como tecnologias leves necessárias ao cuidado em DM. Por outro lado, foi possível observar que o não uso ou o uso inadequado dessas tecnologias gerou dificuldades de aceitação do diagnóstico e tratamento, insegurança em relação aos profissionais de saúde e busca aleatória de tratamentos alternativos entre usuários.

Fernandes et al. (2011) afirmam que o uso de tecnologias leves deve buscar romper com estratégias comunicacionais informativas em prol de uma comunicação que valoriza o diálogo. Em adição, alerta para a utilização simplista e banalizada de dinâmicas de grupo, as quais, como facilitadoras do processo educativo devem ser sempre contextualizadas e vinculadas às características do grupo, permitindo aos

participantes assumir uma atitude madura e produtiva diante das atividades. Sobre a utilização de tecnologias leves-duras, os autores apontam a prevalência do uso de recursos pedagógicos, como os audiovisuais, cartazes e panfletos, e ressaltam a importância de que sua aplicação pelas equipes seja criativa e pessoal, produzindo significado para os participantes. Por fim, indicam que o encontro entre profissional e usuário, mesmo no uso de tecnologias-duras, como medidas de glicemia e pressão arterial, presentes no cotidiano dos portadores, também podem contribuir para aprendizagem se permeados por aspectos relacionais que construam sentidos.

A abordagem integral, pois, exige integração de saberes e tecnologias de modo a conduzir os sujeitos a algo além da representação física da doença, que é o aprender a cuidar-se (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007). Dessa forma, aumenta-se a possibilidade de satisfação e conseqüentemente adesão às propostas terapêuticas. A abordagem integral do indivíduo, no seu contexto de vida é, talvez, a dimensão da integralidade mais próxima da prática cotidiana, da rotina do profissional de saúde, porém, ainda assim, observa-se a dificuldade de tradução prática de seu conceito nas relações entre equipe de saúde e usuários. Como sugere Fernandes et al. (2011, p.1338):

O primeiro passo é a sensibilização para a necessidade de se respeitar as diferentes dimensões socioculturais que formatam a visão de mundo de cada pessoa. Não obstante, o cuidado se efetivará na cumplicidade entre profissional de saúde e cliente, utilizando-se do conhecimento popular e científico e da interatividade com o outro.

3.2.4 – Integralidade como articulação entre ações de prevenção, promoção e assistência:

Um quarto sentido atribuído à integralidade no sistema de saúde diz respeito à oferta de um conjunto de práticas que articulem a prevenção, a promoção da saúde e a assistência, intervindo nos diferentes estágios e dimensões do processo saúde-doença (GIOVANELLA et al., 2002).

No referencial adotado para o presente estudo, Giovanella et al. (2002) discutem essa dimensão da integralidade no nível da gestão do sistema, porém,

neste trabalho, optou-se por um enfoque na organização das práticas individuais e coletivas, conforme propõe Mattos (2004). Assim, a proposta de uma clínica ampliada é apresentada mais adiante tendo em vista suas aproximações com esta dimensão da integralidade.

Até a criação do SUS, o arranjo institucional da saúde no Brasil se caracterizava pela divisão entre a assistência médica e a saúde pública. Enquanto o Ministério da Previdência Social era encarregado dos serviços assistenciais demandados pela população, os quais estavam concentrados nos hospitais, ao Ministério da Saúde cabia a identificação de necessidades de saúde pública, não diretamente demandadas pela população, tendo suas atividades centradas em práticas preventivas localizadas nos centros de saúde (MATTOS, 2009).

Tal proposta de organização refletia as práticas sanitárias marcadas pelo paradigma flexneriano, no qual a saúde é conceituada negativamente como ausência de doença e a resposta social às enfermidades se organiza com ênfase na atenção clínica e em serviços médicos que valorizam a medicina científica, biomédica. A lógica do modelo biomédico entende que para resolver um problema de saúde basta ao profissional detectar sua causa e eliminá-la ou corrigi-la pela intervenção médica. Nesse paradigma, concebe-se que quanto mais serviço médico disponível, menor as disparidades de saúde em uma população. Na realidade, isso não ocorre e uma maior disponibilidade de serviços médicos não se relaciona a maiores níveis de saúde (COELHO, 2010).

Segundo Mendes (1996), a equidade de atenção médica não garante equidade em saúde quando a clínica se dissocia da epidemiologia, no que diz respeito à exclusão dos componentes coletivos e da socialidade da saúde. Para o autor, a resposta social aos problemas de saúde deve se organizar fundamentada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma de que esta é socialmente produzida. Nesse contexto, a prática sanitária deve:

[...] recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial. (MENDES, 1996, p.243)

A unificação entre os campos da assistência médica e da saúde pública foi formalizada pela criação do SUS e consolidada pela extinção do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Assim, a integralidade como articulação das práticas de prevenção, promoção da saúde e assistência corresponde, justamente, à crítica da dissociação entre as práticas assistenciais e de saúde pública (MATTOS, 2009).

Mattos (2009) afirma que, neste sentido, a integralidade constitui um princípio de organização do processo de trabalho, de modo que os serviços não se limitem exclusivamente a responder à demanda de doenças, mas realizem uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população que atende, associando uma dimensão preventiva à prática assistencial.

Primeiramente, é preciso reconhecer que o campo de atuação das ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e assistência não se confunde e deve estar bem definido. A prevenção de doenças e agravos diz respeito a ações que se antecipam a eventos ou surgimento de enfermidades específicas, reduzindo sua incidência e prevalência. Visam alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou se acidentar e costumam se estruturar mediante divulgação de informações científicas e recomendações normativas voltadas para a mudança de hábitos de risco (CZERESNIA, 1999). As intervenções no campo da promoção da saúde, como mencionado anteriormente, interferem no plano das políticas públicas, sobre fatores que contribuem para a qualidade de vida, bem-estar e satisfação das necessidades básicas, nas esferas econômica, psicossocial e cultural (BUSS, 2000). Por sua vez, o campo da assistência é direcionado à recuperação ou reabilitação da saúde, dirigido a indivíduos atingidos por enfermidades ou agravos. É de caráter curativo e reabilitador e tem por objetivo fazer cessar ou minimizar o sofrimento do sujeito e prolongar a vida (GIOVANELLA et al, 2002).

Conforme Mattos (2004), a prevenção se antecipa ao sofrimento, atuando no “silêncio dos órgãos”, sendo possível pelo conhecimento acerca das doenças que permite aos profissionais de saúde, antever riscos e manifestações antes que o sofrimento ocorra. Assim, a ação preventiva ocorre a partir do profissional de saúde e seus conhecimentos. A assistência clínica, por sua vez, é demandada pelo usuário que, ao experimentar algum tipo de sofrimento, procura os serviços de saúde, entendendo que esse pode aliviar ou eliminar sua dor. A isso se denomina demanda

espontânea, gerada pela população. Para o autor, a integralidade se expressa na capacidade dos profissionais de responder ao sofrimento que gerou a demanda espontânea de modo articulado à oferta de procedimentos preventivos. Em outras palavras, ao profissional de saúde cabe, no encontro com o usuário, buscar e intervir em necessidades silenciosas, vinculadas ou não à experiência do sofrimento que traz o usuário aos serviços e às quais o mesmo se encontra alheio.

Arouca (2003), apresentando o dilema preventivista, discute a dicotomia da clínica e da prevenção, defendendo a incorporação de atividades preventivas, epidemiológicas, sociais, educativas e multiprofissionais ao cuidado médico. Ao criticar a atenção médica predominantemente clínica, defende a redefinição de uma prática que se relacione com a comunidade, com os serviços públicos de saúde, com a promoção e proteção da saúde de indivíduos e famílias. Discute a insuficiência da clínica em seu paradigma predominantemente científico e a necessidade de reflexão sobre o processo saúde-doença e as formas de intervenção na produção da saúde, propondo que prevenção e clínica sejam indissociáveis.

Para Campos (2006), a crítica de Arouca (2003) à clínica foi especialmente pertinente, no contexto da época, por chamar a atenção para a largura do campo da saúde coletiva e para a importância do paradigma da determinação social da saúde. Ao mesmo tempo, a autora retoma o papel e importância da clínica na atenção à saúde, propondo não só a superação da dicotomia prevenção e clínica, como também da separação entre clínica e promoção.

Campos (2003b) propõe uma clínica ampliada em que o atendimento responde às doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção sem desconsiderar a singularidade de cada sujeito e seu contexto. Nesse sentido, Campos e Amaral (2007) discutem a reformulação da clínica em seu modelo biomédico através da incorporação dos saberes da Saúde Coletiva, Mental, do Planejamento e da Gestão, e das Ciências Sociais e Políticas na prática clínica. Os autores consideram que as mudanças estruturais e organizacionais necessárias no sistema de saúde devem ser acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos e de sua cultura. Ao afirmarem que a prática clínica se caracteriza pela extrema variedade de situações encarnadas em sujeitos concretos, defendem a necessidade de se adaptar os protocolos e condutas

padronizadas de atenção às variações presentes em cada encontro entre usuário e profissional de saúde.

Para Campos (2006), incentivar a promoção para promover a integralidade envolve necessariamente a ampliação e qualificação da clínica. Envolve também superar uma promoção que se reduz a receitar estilos de vida e atacar fatores de risco. A clínica restrita, medicalizada, com predominância de práticas de tipo queixa-conduta deve dar lugar a uma clínica que não pense o usuário como objeto e possibilite a construção compartilhada dos projetos terapêuticos (OLIVEIRA, 2010b). Por sua vez, a promoção também não pode enxergar seus valores e “estilos de vida saudáveis” como algo a ser enxertado na população sem dela aprender e apreender em primeiro lugar, pois, como afirma Campos (2006):

[...] não há fatores de risco perambulando por aí. Há pessoas, sujeitos concretos, organizados em comunidades mais ou menos articuladas do ponto de vista simbólico e material que podem ter escolhido estratégias de vida que os expõem a maiores ou menores riscos de uma ou outra coisa. Eles não podem virar nossos “objetos” sob pena de sermos todos objetos amanhã. (CAMPOS, 2006, p.68)

Em contrapartida, se por um lado, critica-se a clínica e seu paradigma curativo em defesa de um novo paradigma médico-social, Campos (2006) relembra a importância dos serviços assistenciais tendo em vista que:

[...] nem a melhor promoção, nem a promoção “ideal”, poderiam acabar com a dor, as doenças e a morte, pois dor, doença e morte fazem parte da teia da vida. Ninguém vive sem intercorrências [...] Ninguém vive sem nunca atravessar a experiência de estar doente [...] Ninguém vive sem saber que morrerá um dia. (CAMPOS, 2006, p.66)

Assim, a integralidade enquanto combinação entre ações de prevenção, promoção da saúde e atenção curativa deve ser encarada como resposta social, organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, através de operações articuladas por diferentes estratégias de intervenção.

Nesse contexto, o quadro epidemiológico brasileiro, com crescente prevalência das DCNT, incluindo o DM, demanda a ampliação da clínica juntamente com o estabelecimento do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde (CAMPOS, 2006; CUNHA, 2010). Para tanto, a clínica ampliada trabalharia com avaliação de risco em várias dimensões (biológica, psicossocial, cultural), preocupada com a complexidade do caso a caso e do coletivo. A dimensão técnica do trabalho seria colocada a serviço da defesa da vida do usuário, trabalhando em prol da produção de saúde. A dimensão preventiva e promotora da clínica seria aquela que, por meio do vínculo, desenha um campo de propostas terapêuticas que conduzem o sujeito à autonomia e responsabilização pela sua vida, sem desconsiderar seus valores e suas formas de pensar, de conduzir a vida. Dessa forma, a ampliação da clínica pode ser uma estratégia para superar a dissociação entre clínica, prevenção e promoção, garantindo maior integralidade na atenção aos usuários (CAMPOS, 2006; CUNHA, 2010).

3.3 – ATIVIDADE FÍSICA/PRÁTICAS CORPORAIS COMO PARTE DE UMA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS DCNT:

A construção da integralidade no cotidiano dos serviços de saúde envolve a implementação de ações e atividades que contemplem suas diferentes dimensões (PINHEIRO; MATTOS, 2010). Nesse sentido, entende-se que a oferta de atividades físicas/práticas corporais, como instrumento para promoção da saúde, faz parte de uma atenção integral à população, particularmente aos portadores de DCNT (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a).

A inserção do tema das DCNT na agenda global é considerada fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em particular, as relativas à redução da pobreza e desigualdade (STUCKLER et al, 2010). Em setembro de 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou uma Reunião de Alto Nível sobre DCNT, com a participação dos chefes de Estado dos 193 países-membro. Na ocasião, o Brasil apresentou uma análise da situação nacional das enfermidades crônicas, seus fatores de risco e atuais políticas de enfrentamento, somando esforços na mobilização global contra as DCNT.

O "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022" foi elaborado como documento orientado para ação,

expressando o compromisso do Brasil em fortalecer as políticas de prevenção e controle das DCNT nos próximos 10 anos. O documento foi construído com contribuição de diferentes segmentos da sociedade e ratificado pelo governo e sociedade civil organizada (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011e).

O objetivo do Plano de Enfrentamento é promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidência que respondam aos determinantes e condicionantes das doenças e agravos crônicos. No Plano são identificados como determinantes sociais das DCNT as desigualdades sociais, as diferenças no acesso à informação, bens e serviços, a baixa escolaridade, e os fatores de risco modificáveis – tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e alimentação inadequada. As diretrizes e ações previstas para o enfrentamento desse quadro se dividem nos eixos da vigilância, informação, avaliação e monitoramento; da promoção da saúde e; do cuidado integral (BRASIL, 2011a).

Dentre as principais ações do eixo de promoção da saúde do Plano de Enfrentamento, a promoção de atividade física/práticas corporais aparece como uma das estratégias centrais, em consonância com a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde (OMS, 2004) e a PNPS (BRASIL, 2006a). As ações previstas incluem a construção e reformulação de espaços urbanos que estimulem a prática de atividade física em articulação com a atenção primária, o incentivo de ações de promoção da saúde na escola e campanhas articuladas a grandes eventos esportivos no país (BRASIL, 2011a).

Considerando as propostas do referido Plano busca-se, neste espaço, apresentar uma reflexão a respeito da promoção da atividade física/práticas corporais enquanto parte de uma abordagem integral às DCNT.

Primeiramente, é importante, esclarecer diferenças conceituais entre os termos atividade física e práticas corporais. De modo geral, a atividade física é compreendida com base na física clássica, newtoniana, como qualquer movimento ou prática com gasto energético maior que o repouso (CASPERSEN et al., 1985). Já as práticas corporais se referem aos componentes da cultura corporal do homem, ou seja, aos valores, sentidos e significados atribuídos ao movimento. As práticas corporais contemplam a racionalidade ocidental da prática de ginásticas,

caminhadas, modalidades esportivas e afins, e a racionalidade oriental de práticas como o tai-chi e as lutas, entre outros (CARVALHO, 2006).

Historicamente, a abordagem da atividade física no campo de conhecimento da educação física e da saúde é fortemente influenciada pelo modelo cartesiano de ciência, exclusivamente biológico no estudo do corpo (FREITAS et al., 2006). Como consequência, divulga-se uma relação entre atividade física e saúde que, inspirada pelas correlações estatísticas de estudos epidemiológicos, transmitem à população a ideia de que o gasto energético, o fazer atividade física, é suficiente para prevenir ou remediar doenças (NOGUEIRA; PALMA, 2003). Essa visão valoriza aspectos quantitativos e individuais em detrimento do significado da ação e seu contexto, desvaloriza o papel do sujeito que pratica a atividade física e o reduz a objeto (FREITAS et al., 2006). Como coloca Carvalho (2001):

O “lugar” destinado ao sujeito, ou o entendimento que prevalece a respeito do sujeito está caracterizado por uma “figura” que muitas vezes não pensa, não sente, não experimenta emoções, desejos, não carrega consigo sua própria história de vida. Frequentemente ele aparece escondido em um grupo de sedentários ou praticantes de atividade física; em um grupo definido pela faixa etária (adulto, idoso); em um grupo definido pela natureza da atividade física que desenvolve; atleta, não-atleta; indivíduos sadios e doentes, entre outras conotações. (CARVALHO, 2001, p.10)

Nesse sentido, o termo práticas corporais amplia a compreensão de atividade física na medida em que coloca o sujeito como centro do processo e privilegia sua subjetividade. Pensar a atividade física enquanto prática corporal significa enxergá-la como a forma pela qual os sujeitos se expressam, atribuindo a ela significados construídos no seu contexto social e mediados por suas vontades, desejos e visão de mundo (FREITAS et al., 2006). Assim, neste estudo, a atividade física não é tratada no limite da dimensão física, mas sim enquanto prática corporal dotada de valores, sentidos e significados. Portanto, optou-se pela utilização dos dois termos associados, a saber: atividades físicas/práticas corporais.

A produção científica na área da saúde e educação física evidencia uma relação entre atividade física/práticas corporais e melhora de indicadores de saúde e

não se deve negar a importância de estudos nesse campo. Entretanto, há necessidade de se questionar os conceitos implícitos nessa relação e os valores que, conseqüentemente, orientam as ações de promoção de atividade física no nível das políticas e da prática do profissional.

No Brasil, a concepção de saúde que deve nortear as políticas de promoção da saúde e atividade física é aquela ampliada, que considera os modos e condições de vida dos sujeitos (BRASIL, 2006a). Entretanto, Ferreira et al. (2011) chamam a atenção para a ambigüidade no uso da expressão promoção da saúde e a sua ampla difusão como resultado de modificações no estilo de vida. A abordagem comportamental e individual, as intervenções informativas e a centralidade no risco epidemiológico ainda prevalecem no campo da promoção da atividade física e legítimas ações e políticas que se contrapõem aos princípios do SUS, em particular, o da integralidade (MALTA et al., 2008; MALTA et al. 2009; MORETTI et al., 2009; FERREIRA et al., 2011).

A reformulação de áreas urbanas proposta pelo Plano de Enfrentamento, com a criação do Programa Calçadas Saudáveis, o Programa Academia da Saúde, a construção de praças do Programa de Aceleração do Crescimento visam à ocupação e otimização de espaços públicos, favorecendo o acesso da população a ambientes/espaços saudáveis que propiciem a prática de atividades físicas/práticas corporais. Essas propostas tem como base o movimento das Cidades Saudáveis, que propõe melhorias no ambiente físico e o fortalecimento dos recursos comunitários como formas de promoção da saúde das populações (LEFEVRE;LEFEVRE, 2004; WESTPHAL et al., 2006).

O Programa Saúde na Escola também prevê a reformulação da estrutura física nas escolas para incentivar a prática regular de aulas de educação física e de atividades físicas no contra turno (BRASIL, 2011a). Tais iniciativas se relacionam à dimensão da integralidade como primazia de ações nas políticas públicas e são de grande relevância para a promoção da saúde. Porém, nesse cenário, é imperativo que a promoção de atividade física/práticas corporais não represente um fim e que a implementação das propostas incorpore valores que não os de controle de doença, mas de direito a lazer, carregando consigo ideais de cidadania e participação/reivindicação social (WARSCHAUER, 2008; GARCIA et al., 2008).

Assim, ao se propor um programa de atividade física, não poderia ele ser um programa cujo conteúdo priorizasse a relação atividade física e saúde, a atividade física visando a saúde, mas a proposta seria fundamentada na ideia de que é o conhecimento e a experiência do homem com a cultura corporal que possibilitam a ele manifestar-se, expressar-se visando a melhoria de sua saúde. (CARVALHO, 2001, p.11)

A atenção básica constitui espaço privilegiado para a promoção de atividades físicas/práticas corporais. Segundo as diretrizes dos NASF, as atividades físicas/práticas corporais na atenção básica devem ser compreendidas na perspectiva da promoção da saúde, construídas a partir de componentes culturais, políticos e socioeconômicos, se materializando em ações de fortalecimento do controle social, construção de redes de cuidado integral, integralidade e transversalidade das políticas de saúde, acesso aos serviços e direito ao lazer. Ainda conforme o documento, o trabalho com grupos deve conduzir à compreensão sobre a forma como as comunidades entendem o lazer e se relacionam com os espaços de lazer existentes. Desse modo, é possível identificar as relações determinantes entre os sujeitos e as práticas corporais que eles realizam ou podem vir a realizar (BRASIL, 2009).

Por outro lado, Carvalho (2006) afirma que ainda falta informação e conhecimento entre profissionais de saúde na atenção básica. Segundo a autora, a grande maioria das iniciativas se limita ao fazer atividade física (caminhadas, alongamentos, ginásticas), sem ênfase em outras dimensões de cuidado com o corpo.

Indicam a atividade física, mas aquela atividade chata, impositiva, autoritária, medida, cronometrada, inserida no tempo da obrigação. As práticas que nos remetem à descoberta e à consciência do corpo, ao significado do cuidar e estar atento aos desconfortos e às diversas maneiras de perceber e exercitar a sua potência ainda são tímidas. O movimento e a gestualidade possibilitam um diálogo diferenciado entre o usuário, a comunidade e o serviço de saúde, especialmente o SUS. (CARVALHO, 2006, p.34)

Warschauer et al. (2007) analisaram fatores que influenciavam a escolha das práticas corporais em unidades básicas de um distrito de São Paulo e verificaram que o interesse e experiência individual dos profissionais em alguma modalidade e a praticidade de implantação eram os principais determinantes das atividades que ocorriam. Os autores comentam que apesar de ser possível observar a busca de caminhos para a promoção da saúde por meio da inclusão de práticas corporais no sistema, a escolha das atividades ocorria de modo unilateral, desconsiderando os desejos, as possibilidades e as necessidades da população.

Freitas (2007) identificou algumas ações de profissionais de educação física no serviço público de saúde de São Paulo e, de modo geral, observou a participação do profissional e a inserção de atividades físicas/práticas corporais no cotidiano dos serviços. Por outro lado, a autora reporta o predomínio de intervenções com foco nas atividades práticas e seus efeitos fisiológicos, e ações de orientação para a prática “adequada” e seus benefícios.

O estudo exploratório de Vicentin (2008) em uma comunidade de Campinas demonstrou que atividades físicas/práticas corporais eram reconhecidas como benéficas pelos moradores, porém a realidade local não propiciava a prática. A autora aponta que a precariedade das condições locais de vida, visto que não solucionadas pelo governo, naturalmente leva a população a priorizar necessidades básicas em detrimento de práticas físicas. Nesse sentido, a autora propõe o uso de atividade física/práticas corporais como fator mobilizador de participação social, utilizada para empoderamento e “abordagens de desenvolvimento político na busca da geração de alternativas criativas e operadoras de transformação em direção à cidadanização” (VINCENTIN, 2008, p.68).

Carvalho (2006) e Moretti et al. (2009) defendem que a adesão e participação ativa da população em atividades físicas/práticas corporais no SUS ampliam as possibilidades de encontros, escutas e observações. A natureza didático-pedagógica das atividades ampliam as possibilidades de se proporcionar uma educação permanente, que conduza ao empoderamento e desperte a cidadania. Ao mesmo tempo, favorece a construção efetiva de relações de vínculo e corresponsabilidade. Com a superação da abordagem biologicista, a prática de atividade física/práticas corporais dialoga com os princípios da integralidade do cuidado e da promoção da saúde. O vínculo criado entre usuário e serviços através destas atividades contém

elementos diferenciados do processo terapêutico tradicional, com potencial para ampliar a percepção dos participantes sobre si mesmos e sobre o universo que os cerca, levando não simplesmente a mudanças de estilo de vida, mas de posturas perante a vida (MORETTI et al., 2009).

Portanto, é preciso pensar com cuidado o uso da atividade física /práticas corporais como estratégia para a promoção da saúde, no sentido de que esta contribua efetivamente com as necessidades sociais, para além do enfoque da doença, assim como defende Moretti et al. (2009, p.353):

[...] é importante pensarmos que a inserção de um programa de prática corporal/atividade física, integrada a uma política pública de promoção de saúde e direcionada à população, deve estar fundamentada em um processo educativo que vá além da transmissão de conhecimentos, aumento no nível de atividade física e/ou aquisição de determinantes relacionados à aptidão física, como força e flexibilidade. Deve estar focado no comprometimento de todos os atores envolvidos [...] A problematização e a criação de espaços de diálogos neste fazer diário, visando o enfrentamento das dificuldades de forma coletiva, são essenciais, seja esta uma enfermidade, incapacidade e/ou limitação sócio-ambiental. O desenvolvimento da capacidade de negociação, o fortalecimento da identidade, da solidariedade, empoderamento e entendimento de sua própria vida e saúde auxiliam resoluções criativas e incorporação de saberes saudáveis individuais e coletivos.

Assim, é importante investigar o que os profissionais envolvidos nos serviços de saúde pensam sobre o uso da atividade física/práticas corporais como estratégia para a promoção da saúde e como parte de uma atenção integral. A crescente inserção do tema nas políticas de promoção da saúde e enfrentamento das DCNT demanda a ampliação das discussões sobre a promoção de atividade física/práticas corporais no SUS, incluindo a atuação do professor de educação física nos serviços e a reorientação da formação dos mesmos para contribuir efetivamente com as necessidades sociais, para além do enfoque da doença.

4 - METODOLOGIA:

4.1 - ASPECTOS ÉTICOS:

O presente trabalho foi aprovado em 16/07/11 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, FS/UnB (Anexo A), com o consentimento do Programa de Educação e Controle do Diabetes da Secretaria de Saúde do Estado do Distrito Federal (Anexo B), recebendo o número de protocolo 067/11.

Todos os participantes do estudo foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e receberam uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido TCLE (Apêndice 1), em linguagem de fácil compreensão, garantindo esclarecimentos por parte do pesquisador antes, durante e após a realização da pesquisa, confidencialidade das informações compartilhadas e liberdade para se recusar a participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo.

4.2 - NATUREZA DO ESTUDO:

O presente trabalho consiste em um estudo exploratório e descritivo, o qual é utilizado para conhecer ou aumentar o conhecimento a respeito de um dado problema, possibilitando o estabelecimento de hipóteses de investigações para outras pesquisas ou a formulação de estratégias de intervenções para situações específicas (TRIVIÑOS, 1987).

Para a realização da pesquisa optou-se pela abordagem qualitativa, já que esta possibilita a investigação de um nível de realidade que não pode ser quantificado e a identificação de dados não mensuráveis como pensamentos, percepções e significados (MINAYO, 2010). A pesquisa qualitativa permite a construção progressiva de objetos complexos de investigação, como instituições sociais e grupos estáveis e possibilita a descrição de fatos importantes da vida social (POUPART et al., 2008).

É característica do método qualitativo o empirismo e a sistematização progressiva do conhecimento até que se compreenda a lógica interna de um grupo

ou do processo em estudo (MINAYO, 2010). Os coordenadores do PECD foram considerados sujeitos-chave no planejamento das ações de atenção ao diabetes e na organização de determinadas práticas de saúde no Distrito Federal. Ao se considerar que as ações desenvolvidas por eles no programa são influenciadas por uma complexidade de fatores que incorporam também suas percepções e significados a respeito das questões de saúde, a pesquisa pretende levantar dados qualitativos sobre como os coordenadores percebem a integralidade, a atividade física e as possibilidades de atuação do professor de educação física no contexto do enfrentamento ao DM.

4.3 - INSERÇÃO DO PESQUISADOR NO CONTEXTO DA PESQUISA:

Contato com o PECD/DF:

Um contato inicial entre a pesquisadora e a coordenação do PECD na Secretaria de Saúde (SES/DF) foi feito para:

1. Identificar documentos sobre as ações do programa.
2. Esclarecer o processo de implantação do PECD no Distrito Federal, seus objetivos e sua atuação.
3. Levantar as regionais que possuem o PECD implantado.

A Proposta de Descentralização da Assistência ao Diabético no Distrito Federal, que deu origem ao PECD, e o Relatório do Programa de Diabetes, documento da implantação do primeiro PECD do DF, no Hospital Regional de Taguatinga foram cedidos à pesquisadora. Entretanto, tendo em vista que o texto original de criação não é atualmente utilizado como base de organização do programa e, conseqüentemente, há discrepâncias entre a proposta inicial e o atual funcionamento do PECD, os documentos foram utilizados apenas para compreensão do contexto de criação do programa.

4.4 - CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO:

O DF é uma das 27 unidades federativas do Brasil e está localizado na região Centro-Oeste. É onde se situa a capital do país, Brasília, e está organizado em 30 regiões administrativas: Águas Claras, Brasília, Brazlândia, Candangolândia, Ceilândia, Cruzeiro, Gama, Guará, Itapoã, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Park Way, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Setor de Indústria e Abastecimento, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento, Sobradinho, Sobradinho II, Sudoeste/Octogonal, Taguatinga, Varjão e Vicente Pires (GDF, 2012).

A figura abaixo apresenta a distribuição das regionais do DF:

Figura 4: Regiões administrativas do Distrito Federal



Fonte: Secretaria de Turismo do Distrito Federal, 2012

A população do DF é de cerca de 2.570.160 milhões de habitantes, com densidade demográfica em torno de 444,07 hab/km (IBGE, 2010). A maior parte da

população se concentra na regional de Ceilândia (16%) e a menor está localizada no Varjão (aproximadamente 1%) (GDF, 2012).

O DF apresenta a maior renda per capita do país e é caracterizado por uma marcante desigualdade social. A população com maior renda está situada no Lago Sul e apresenta renda média de 43,3 salários mínimos e a população com menor renda está situada na regional do Itapoã e possui renda média de 1,6 salários mínimos (GDF, 2012).

O DF possui 1756 estabelecimentos de saúde, e destes 148 pertencem ao serviço público (IBGE, 2010). O DF é uma das regiões com menor cobertura de equipes da ESF. A atenção primária é feita nos centros e postos de saúde e por um total de 125 equipes da ESF que acompanha cerca de 16,52% da população (BRASIL, 2012).

O presente estudo foi realizado no PECD/DF. O programa abrange 14 regionais com PECD locais implantados. Todas as regionais participaram da pesquisa. Uma lista com o contato de todos os coordenadores foi cedida pela coordenação geral do programa. Todos os coordenadores locais foram contactados pela pesquisadora primeiramente por correio eletrônico e em um segundo momento por telefone. Nestes contatos, a proposta, objetivos e procedimentos do estudo foram apresentados e, com o consentimento em participar, foram agendadas as possíveis datas para a entrevista.

Nos casos onde o coordenador indicado não mais atuava no cargo ou se encontrava afastado, foi identificado um profissional do programa que, no período da pesquisa, estava atuando como representante ou coordenador temporário do PECD local.

Antes de qualquer coleta de dados foi fornecido todos os esclarecimentos necessários a respeito do estudo e seus procedimentos e entregue o TCLE.

Os critérios de inclusão dos participantes foram:

1 – Exercer a função de coordenador ou representante regional do PECD no período do estudo;

2 – Concordar livremente em participar e assinar o TCLE.

Os critérios de exclusão foram:

1 – Não aceitar participar do estudo e/ou não assinar o TCLE.

4.5 - ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO:

4.5.1 - Entrevista semi-estruturada:

A entrevista semi-estruturada consiste em questões abertas que definem a área temática que se deseja explorar e permite ao entrevistado o detalhamento de suas respostas e ideias (POPE; MAYS, 2009). Neste trabalho, a entrevista teve por objetivo identificar as percepções dos coordenadores a respeito da integralidade da atenção, o papel das atividades físicas/práticas corporais na atenção ao DM e as possibilidades de atuação do profissional de educação física no serviço de saúde. Através das questões norteadoras, cada entrevistado pôde se manifestar a respeito do tema proposto, segundo suas experiências ou representações sobre o assunto.

Para a realização da entrevista foi utilizado um roteiro norteador que, segundo Minayo (2010), assegura ao pesquisador que todos os seus objetos de investigação sejam cobertos durante a conversa. As questões norteadoras foram testadas através de quatro entrevistas pilotos realizadas com profissionais de saúde, sendo estes uma nutricionista, um professor de educação física, uma médica e uma enfermeira. As entrevistas foram gravadas por um gravador digital, transcritas e analisadas com o intuito de identificar a melhor forma de explorar o assunto, ordenar as questões, aperfeiçoar o diálogo e verificar a melhor forma de aproveitar as informações de forma a produzir dados coerentes com o objetivo da pesquisa (DUARTE, 2004).

Após os resultados das entrevistas pilotos, as questões norteadoras foram organizadas na seguinte forma e sequência:

1 – Você poderia me falar um pouco sobre sua trajetória no SUS até chegar à coordenação do PECD?

2 – Me fale um pouco sobre o que “integralidade” significa para você?

3 – Que atividades ou ações devem ser incluídas no atendimento integral ao diabetes?

4 – Qual o papel da atividade física no atendimento ao portador de diabetes?

5 – Quais seriam as possibilidades de atuação do professor de educação física nos serviços?

Optou-se por iniciar a entrevista com uma questão aberta, que o entrevistado poderia responder com facilidade. Essa conversa inicial seria o que alguns autores denominam “aquecimento” e visa deixar o entrevistado à vontade, facilitando o processo de interação (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2010 p.264).

Sendo a entrevista um processo dinâmico em que tanto o entrevistador como o entrevistado se engajam no propósito de construir sentidos, Pope e Mays (2009) destacam que é importante manter o roteiro flexível, explorando novas áreas ou ideias não previstas no início da pesquisa e reveladas ao longo do que é discutido. A conversa deve ter o intuito de ir além da superfície do tópico e de explorar da forma mais detalhada possível aquilo que é dito pelo entrevistado. Dessa forma, neste trabalho o pesquisador teve a liberdade de inserir outros questionamentos na condução das entrevistas, de forma que estas não foram necessariamente aplicadas da mesma maneira para todos os sujeitos.

As entrevistas foram realizadas individualmente no período de outubro a dezembro de 2011 e gravadas com gravador digital. Os coordenadores eram informados do objetivo da pesquisa e do que se buscava explorar ao longo da entrevista logo antes de seu início. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 42 minutos e a transcrição foi feita na íntegra com a utilização do software para análise qualitativa Nvivo 2008. Ao final das entrevistas foi preenchida uma ficha de caracterização dos coordenadores (Apêndice 2).

4.5.2 – Diário de campo:

O diário de campo foi utilizado como técnica complementar às entrevistas, como instrumento de registro de observações e impressões do pesquisador no decorrer da coleta de dados. Foram registradas informações pertinentes ao contexto da pesquisa, como comentários/relatos dos participantes sobre fatos relacionados ao tema e características do comportamento dos entrevistados em momentos da entrevista. Os dados registrados no diário de campo foram utilizados para complementar a discussão dos resultados.

4.6 - ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE:

A técnica adotada para análise dos dados foi a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2009), a qual é “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples.” (p.199). Segundo Franco (2008), o ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, já que esta expressa necessariamente um significado e um sentido:

“As mensagens expressam as representações sociais na qualidade de elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento. Relação que se dá na prática social e histórica da humanidade e que se generaliza via linguagem.”
(FRANCO, 2008, p.12)

Para Bardin (2009) a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo das mensagens. Segundo a autora, a técnica permite ao analista lidar com grandes quantidades de dados com liberdade para desenvolver esquemas de operações analíticas adaptadas à natureza dos dados e às questões que são investigadas. A análise temática visa “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” (p.131).

A organização da análise se organiza a partir de três fases: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante das mesmas e, a partir desta leitura, utilizou-se um referencial de codificação para as unidades de registro consideradas pertinentes aos objetivos do estudo.

Para Bardin (2009), tratar o material implica em codificá-lo. Nesse sentido, o referencial de codificação é um modo sistemático de comparação que permite ao pesquisador estabelecer códigos correspondentes ao seu quadro teórico. De acordo com Holsti *apud* Bardin (2009, p.129), a codificação é o “processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”.

A codificação compreende a escolha das unidades de registro que respondem de maneira pertinente aos objetivos da análise. A unidade de registro consiste no recorte, a nível semântico, das unidades de significação que servem como base para a categorização e contagem frequencial. O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a um recorte do sentido (não da forma) comumente utilizado para o estudo de opiniões, percepções, valores e análise de dados provenientes de entrevistas, questionários abertos e reuniões de grupo. Conforme Berelson *apud* Bardin (2009) o tema pode aparecer como uma afirmação, uma frase ou frase composta que remetem a um vasto conjunto de formulações singulares.

A codificação do material foi orientada de acordo com categorias definidas *a priori* (integralidade, atividades/ações para atenção integral, atividade física, atuação do professor de educação física), orientadas pelo roteiro de entrevista. À medida que as subcategorias foram emergindo, foram estabelecidos critérios para sua classificação. Esses critérios, por sua vez, foram submetidos à análise e discussão com grupo de professoras doutoras na área da saúde e definidos conforme os quadros a seguir.

Quadro 1: Definição do referencial de codificação e categorização de “Integralidade”

PERGUNTA 2	
Fale-me um pouco sobre o que “integralidade” significa para você?	
INTEGRALIDADE	
Referencial de codificação e categorização	Critérios operacionais
Acesso a níveis de complexidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantia de atenção/articulação nos três níveis; ✓ Garantia da referência e contrarreferência; ✓ Articulação com a ESF (cobertura/encaminhamento); ✓ Acesso a medicamentos;
Primazia de ações nas políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ações no campo das políticas públicas; ✓ Ações intersetoriais; ✓ Participação social; ✓ Programas regionais de educação em saúde;
Abordagem integral do sujeito	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervenção biopsicossocial; ✓ Equipe multiprofissional; ✓ Acolhimento e vínculo; ✓ Articulação com a ESF (conhecimento de contexto); ✓ Grupos educativos locais;
Articulação entre prevenção, promoção e assistência	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programação articulada de ações de promoção, prevenção e assistência em consonância com problemas locais de saúde. ✓ Articulação entre assistência e prevenção; ✓ Clínica Ampliada;

Quadro 2: Definição do referencial de codificação e categorização de “Atividades/Ações para atenção integral”:

PERGUNTA 3	
Que atividades ou ações devem ser incluídas no atendimento integral ao DM?	
ATIVIDADES/AÇÕES PARA ATENÇÃO INTEGRAL	
Referencial de codificação e categorização	Critérios operacionais
Atendimento multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de diferentes especialidades/categorias profissionais; ✓ Equipe multiprofissional
Atendimento humanizado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acolhimento; ✓ Vínculo; ✓ Visão holística do sujeito/apreensão de necessidades
Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupos educativos locais; ✓ Ações educativas individuais;
Integração entre equipe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integração entre profissionais na organização de atividades; ✓ Integração da equipe na condução da terapêutica;

Quadro 3: Definição do referencial de codificação e categorização de “Atividade Física”:

PERGUNTA 4	
Qual o papel da atividade física no atendimento ao portador de diabetes?	
ATIVIDADE FÍSICA	
Referencial de codificação e categorização	Critérios operacionais
Atividade física para a doença/corpo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Efeitos fisiológicos da atividade física; ✓ Parâmetros/indicadores biológicos;
Atividade física para o sujeito	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implicações psicossociais da atividade física; ✓ Atividade física para necessidades não biológicas do sujeito;

Quadro 4: Definição do referencial de codificação e categorização de “Atuação do professor de educação física”:

PERGUNTA 5	
Quais seriam as possibilidades de atuação do professor de educação física nos serviços?	
ATUAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
Referencial de codificação e categorização	Critérios operacionais
Possibilidade de atuação do profº de Ed.Física	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atuação no serviço público e/ou PECD/DF com aulas práticas, palestras, consultorias; ✓ Atribuições do professor de Ed.Física no trabalho com portadores de DM e/ou comunidade; ✓ Atribuições do professor de Ed.Física na equipe multiprofissional;

A regra de enumeração utilizada para contagem das unidades de registro foi a frequência de aparição (Bardin, 2009, p.134). A categorização se deu a partir dos elementos codificados segundo o referencial teórico do estudo. Utilizou-se o procedimento por “caixas”, que consiste na organização de um sistema de categorias e posterior classificação dos elementos encontrados no *corpus* da análise. Para Bardin (2009, p.147) tal processo é “aplicável no caso da organização do material decorrer diretamente dos funcionamentos teóricos hipotéticos;”.

O critério de categorização foi semântico, produzindo categorias temáticas. Foram utilizados o agrupamento, a contagem e a divisão de variáveis como táticas para construção de sentido (MILES e HUBERMAN, 1994). As categorias foram formadas seguindo o critério de saturação do dado codificado, ou seja, a presença de um código com a mesma característica expresso por mais de um participante.

Bardin (2009) determina que um conjunto de boas categorias deve possuir as seguintes características:

1 – A exclusão mútua, de forma que nenhum elemento textual possa ser classificado em mais de uma categoria;

2 – A homogeneidade, que um princípio único de classificação governe a organização da análise;

3 – A pertinência, que a categoria esteja adaptada ao material de análise escolhido e pertença a um quadro teórico definido;

4 – A objetividade e a fidelidade, de modo que diferentes partes de um mesmo material sejam codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a diferentes análises.

5 – A produtividade, que um conjunto de categorias produza resultados férteis em índices de inferência, hipóteses novas e dados exatos.

Algumas das subcategorias de “Integralidade” e “Elementos para atenção integral” podem parecer contrárias ao critério de exclusão mútua proposto por Bardin (2009), entretanto, é necessário esclarecer que a significação das unidades de registro foi compreendida segundo o contexto da fala no decorrer da entrevista, permitindo ao pesquisador diferenciar os códigos relativos às percepções sobre integralidade e percepções sobre os elementos que devem compor uma atenção integral.

A homogeneidade das categorias foi garantida pela definição clara dos princípios de classificação, fundamentados no referencial teórico do estudo. A pertinência foi estabelecida pela relação de correspondência entre as categorias e os objetivos da investigação. Para minimizar distorções devidas à subjetividade do pesquisador e garantir a objetividade e a fidelidade das categorias foram definidos claramente os critérios que determinaram a entrada das unidades de registro dentro de cada categoria, bem como a definição de cada categoria e variáveis utilizadas. A produtividade foi observada na presença de resultados significativos e pertinentes aos objetivos do trabalho após a realização da análise.

4.7 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

É importante destacar que este trabalho possui limitações. Primeiramente, a escassez e dificuldade de acesso a documentos sobre o PECD/DF dificultou a exploração e a discussão dos resultados, no que se refere à organização atual das atividades do programa. Em adição, o estudo utilizou apenas a entrevista como instrumento de coleta de dados, sem observação das atividades de cada regional;

deste modo, os dados se originam exclusivamente do relato oferecido pelos coordenadores. Também não foram entrevistados outros profissionais que atuam nos PECD locais, os quais poderiam acrescentar outras contribuições diferentes das apresentadas aqui.

Desta forma, o presente trabalho não pretende generalizar os resultados para todas as regionais onde o PECD/DF está implantado, mas sim conhecer como a integralidade e a atividade física/práticas corporais vêm sendo percebida por atores-chave, que participam da organização da atenção ao DM no DF.

5 - RESULTADOS:

5.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO:

O estudo incluiu treze coordenadores do PECD/DF e um representante regional que respondeu na ausência de coordenador local. Do total de participantes, doze pertencem ao sexo feminino e dois ao sexo masculino.

Entre os participantes, o tempo de experiência no SUS variou de um a vinte e sete anos de trabalho. Quanto à participação no PECD, o tempo de atuação variou de cinco meses a vinte e três anos. O coordenador com menor tempo de coordenação havia assumido há um mês e o maior tempo de coordenação foi de vinte e três anos.

Dentre os coordenadores, seis participantes estavam atuando na coordenação do programa desde o início da participação no mesmo. Sete coordenadores possuem carga horária de 40 horas semanais de atuação e, entre os demais, a carga horária média no programa é de 15 horas semanais.

O quadro abaixo apresenta as características dos participantes do estudo quanto à formação, tempo de atuação no SUS, no PECD/DF, na coordenação do programa e a carga horária de trabalho no PECD/DF. Os participantes foram agrupados segundo a formação:

Quadro 5: Caracterização dos participantes:

Formação	Atuação no SUS	Atuação no PECD	Tempo de coordenação	Carga horária no PECD
Clínica Médica	27 anos	23 anos	23 anos	25h/sem
Clínica Médica	27 anos	22 anos	22 anos	40h/sem
Clínica Médica + Endocrinologia	14 anos	3 anos	3 anos	10h/sem
Clínica Médica + Endocrinologia	12 anos	9 anos	2 anos	40h/sem
Clínica Médica + Nefrologia	25 anos	1,5 mês	1,5 mês	15h/sem
Endocrinologia	1 ano	5 meses	5 meses	10h/sem
Endocrinologia	24 anos	19 anos	10 anos	40h/sem
Endocrinologia	21 anos	20 anos	20 anos	40h/sem
Endocrinologia	23 anos	23 anos	10 anos	18h/sem
Enfermagem	27 anos	11 anos	4 anos	40h/sem
Enfermagem	21 anos	12 anos	2 meses	10h/sem
Enfermagem	12 anos	7 anos	3 anos	40h/sem
Enfermagem	10 anos	-	-	-
Endocrinopediatria	26 anos	14 anos	1 mês	15h/sem
Média	19,3 anos*	12,7 anos**	7,5 anos**	26,4 h/sem

*Média aritmética do tempo de atuação no SUS dos 14 participantes.

** Média aritmética dos 13 coordenadores, não constando os dados de um participante que representava o programa na ausência de coordenador na regional.

5.2 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO ESTUDO:

A análise temática das entrevistas apresentou quatro núcleos de sentido que foram transformados em quatro categorias principais com suas respectivas subcategorias. O quadro abaixo (Quadro 6) apresenta as quatro categorias encontradas no estudo e suas subcategorias, também traz a síntese dos resultados,

representada pelos núcleos de sentido de cada subcategoria, e a frequência de aparição dos relatos, juntamente com o número de coordenadores que os expressaram.

Quadro 6: Categorias e subcategorias da análise de conteúdo:

Categoria: integralidade		Síntese dos resultados	Frequência	Participantes
SUBCATEGORIAS	Acesso a serviços em diferentes níveis	Acesso/Integração entre especialidades/serviços nos diferentes níveis de atenção	3	3
	Articulação entre assistência e prevenção	Busca de necessidades de saúde no momento da assistência, além da demanda espontânea	3	3
	Abordagem integral das necessidades do usuário	Abordagem multiprofissional do usuário e preocupação com seus modos de andar a vida	8	8
Categoria: elementos atenção integral		Síntese dos resultados	Frequência	Participantes
SUBCATEGORIAS	Atendimento multiprofissional	Atendimento por equipe multiprofissional e diferentes especialistas	14	11
	Atendimento humanizado	Práticas de acolhimento, apreensão das necessidades e criação de vínculo	8	6
	Integração entre profissionais da equipe de saúde	Trabalho integrado dos profissionais da equipe na organização das atividades e atendimento ao usuário	4	2
	Atividades educativas	Práticas de educação em saúde e/ou diabetes em encontros individuais ou de grupos	11	10
Categoria: Atividade Física		Síntese dos resultados	Frequência	Participantes
SUBCATEGORIAS	Atividade física para a doença/corpo	Atividade física para controle do DM e fatores de risco a partir de parâmetros de saúde biológica	11	9
	Atividade física para o sujeito	Atividade física para promoção de convívio e suporte social	3	2
Categoria: Atuação do profissional de educação física		Síntese dos resultados	Frequência	Participantes
Atuação com aulas práticas, palestras e consultorias para os usuários e comunidade;			12	11

A categoria “Integralidade” apresenta o que os coordenadores percebem como integralidade. As percepções identificadas deram origem a três subcategorias, sendo elas: “Integralidade como acesso a serviços em diferentes níveis”; “Integralidade como articulação entre assistência e prevenção”; e “Integralidade como abordagem integral das necessidades do usuário”. Destas, a subcategoria “Integralidade como abordagem integral das necessidades do usuário” apresentou o maior número de falas.

A categoria “Elementos para atenção integral” tem origem na questão três do roteiro de entrevista, “Que atividades ou ações devem ser incluídas no atendimento integral ao DM?”. A partir dos relatos dos coordenadores, foi possível observar que os núcleos de sentido identificados pela análise temática não se relacionavam apenas a atividades para uma atenção integral, mas também traziam percepções mais amplas, relativas a elementos necessários para uma atenção integral. Assim, nesta categoria são apresentadas as descrições de elementos, atividades, ações ou procedimentos que, segundo os participantes, são necessários para a integralidade da atenção. A partir da análise de conteúdo foram identificadas quatro subcategorias que compõem os elementos apontados para uma atenção integral, “Atendimento multiprofissional” e “Atividade educativas” apresentaram o maior número de falas, seguidos da subcategoria “Atendimento humanizado”. A subcategoria “Integração entre profissionais da equipe de saúde” apresentou o menor número de falas.

As unidades de registro que se relacionaram à atividade física, seu papel e sua utilização foram agrupadas na categoria “Atividade Física”. Os relatos foram divididos em duas subcategorias: “Atividade Física para a doença/corpo”, com maioria de falas, e “Atividade Física para o sujeito”. Na primeira subcategoria, as falas dão ênfase aos efeitos fisiológicos da atividade física/práticas corporais sobre a doença/corpo. Na segunda subcategoria, as falas se referem a vivências proporcionadas pelas práticas físicas e seus benefícios psicossociais.

As referências ao professor de educação física e sua atuação junto ao SUS ou ao PECD/DF foram agrupados na categoria “Atuação do professor de educação física”. De modo geral, nessa categoria, as falas se referem ao trabalho com aulas práticas, palestras e consultorias relativas à atividade física/práticas corporais.

6 - DISCUSSÃO:

6.1 - INTEGRALIDADE:

De modo geral, a percepção dos coordenadores do PECD/DF sobre a integralidade se refere a uma atenção abrangente, completa, tanto no nível do sistema, quanto das práticas em saúde. Os relatos concebem a integralidade enquanto atenção nos três níveis de complexidade do sistema, como articulação de ações de prevenção ao momento da assistência, e como uma abordagem integral das necessidades do usuário, constituindo três subcategorias (Figura 5).

Figura 5: Expressão das subcategorias da categoria Integralidade de acordo com o número de coordenadores que a relataram:



Na subcategoria “**Integralidade como acesso a serviços em diferentes níveis**”, os relatos associam a integralidade com a garantia de atenção nos níveis primário, secundário e terciário e a importância da articulação entre os mesmos. A atenção adequada nos diferentes níveis também é mencionada em função da movimentação do usuário para acesso a especialidades. Do total de participantes, três coordenadores compreendem a integralidade como o atendimento nos três níveis.

Na subcategoria “**Integralidade como articulação entre assistência e prevenção**”, os relatos se referem ao ato de, no momento da assistência à demanda espontânea, buscar ativamente outras necessidades de saúde que podem ser encaminhadas a outros serviços, de modo a conciliar ações preventivas ao atendimento clínico. As falas enfatizam a integralidade como a capacidade de não

concentrar a atenção no problema que traz o usuário ao serviço, mas contemplar necessidades não explícitas. Essa percepção acerca da integralidade foi relatada por três coordenadores.

Na subcategoria **“Integralidade como abordagem integral das necessidades do usuário”**, os relatos incluem a abordagem multiprofissional das necessidades do usuário e a apreensão do mesmo enquanto sujeito biopsicossocial, com diferentes modos de viver. Essa subcategoria apresentou o maior número de falas, indicando ser a percepção mais expressiva sobre a integralidade entre os coordenadores.

Tendo em vista a polissemia do termo, deve ser destacado que a integralidade não pode ser definida ou restrita a uma de suas dimensões, porém é representada pelo conjunto das mesmas. Assim, verifica-se entre os coordenadores uma limitação de conhecimento a respeito da integralidade enquanto soma de suas diferentes dimensões, com percepções que não abrangem seus diferentes sentidos. Com base no referencial de integralidade proposto por Giovanella et al. (2002), os resultados encontrados demonstram que os coordenadores compreendem a integralidade nas dimensões de atenção nos três níveis, de articulação entre ações de prevenção e assistência, e de abordagem integral das necessidades do usuário. Por outro lado, nenhum coordenador apresentou percepções sobre a integralidade como primazia de ações de promoção da saúde.

Foram encontrados alguns estudos que buscaram investigar a percepção sobre integralidade entre trabalhadores do setor saúde e encontraram resultados semelhantes aos apresentados. Nos estudos de Cardoso (2006), Linard et al. (2010) Freitas et al. (2010) e Montenegro et al. (2010), profissionais de saúde, coordenadores e gestores de sistemas locais de saúde também apontaram a integralidade como atenção adequada nos três níveis de complexidade. Nos trabalhos de Cardoso (2006) Silva e Sena (2008), Leonello e Oliveira (2010), Linard et al. (2010) e Montenegro et al. (2010), a integralidade foi percebida por estudantes, docentes e profissionais da área da saúde como abordagem holística e humanizada do usuário. Dentre os estudos encontrados, apenas nos trabalhos de Silva e Sena (2008) e Fracolli et al. (2011) a integralidade foi percebida como articulação entre práticas assistenciais e preventivas por profissionais de enfermagem.

Os estudos demonstram que a integralidade também pode ser percebida de outras maneiras por profissionais, coordenadores e gestores da área da saúde. São encontradas percepções sobre integralidade como integração profissional, interdisciplinaridade, intersetorialidade e como conceito amplo de saúde (FREITAS et al. 2010; LINARD et al. 2010; MONTENEGRO et al., 2010). No presente trabalho optou-se por analisar os resultados à luz do referencial teórico de Giovanella et al. (2002), o que pode explicar divergências entre os resultados.

A discussão de cada uma das três subcategorias da integralidade identificadas nos discursos dos coordenadores é apresentada separadamente a seguir.

6.1.1 – Integralidade: Acesso a serviços em diferentes níveis:

Essa subcategoria compreende a percepção dos coordenadores do PECD/DF sobre a integralidade como o acesso aos serviços, a atenção adequada nos três níveis de atenção, e a movimentação do usuário no sistema para ter acesso às especialidades que necessita. Isso pode ser observado nas unidades de registro a seguir:

A integralidade é [...] como sistema, [...] tentar interagir entre si [...] você tem a unidade básica e esse paciente muitas vezes tá precisando de uma assistência a um nível secundário, ou terciário... e o acesso desse paciente é difícil atualmente. (C8)

Eu acho que integralidade é [...] a atenção básica estar lá, fazendo o seu papel, o hospital também, lógico, todo mundo. Agora assim, eu acho que começa daqui da atenção básica pra evitar que o paciente vá pra lá (hospital). O dia que ele precisar a gente também tem que ter disponível [...] ele pode ter complicação e ele vai precisar do hospital, que é importantíssimo. Eu acho assim, que tudo tem que tá integralizado mesmo. (C9)

No sistema como um todo [...] a integralidade é justamente isso, é você conseguir pegar um paciente aqui, o clínico diagnostica a hipertensão, a diabetes, aí encaminha pro PECD [...] o paciente vai pro clínico, do clínico a gente consegue mandar pro endocrinologista, [...] fazer uma reavaliação bem especializada, se precisa pro pé diabético, se precisa ir pro oftalmologista, tudo isso [...] o sistema afunila muito e nesse afunilamento você tem poucos especialistas então a fila fica enorme. (C1)

Nas falas, C8 e C9 reconhecem que a atenção integral envolve a interação ou integralização dos níveis de atenção para responder às necessidades específicas do usuário. Segundo estes coordenadores, para que exista integralidade é necessário que cada nível esteja cumprindo sua função e que haja acesso do usuário ao serviço. Essa visão corresponde, segundo Cecílio (2009), à integralidade da atenção pensada em rede, com a compreensão de que ela não ocorre em um lugar só, já que as tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas numa ampla gama de serviços e, desse modo, a tecnologia de saúde mais adequada ao usuário varia de acordo com o momento que este vive.

A fala de C8 se refere principalmente ao acesso ao serviço e chama atenção para a dificuldade de encaminhamento do paciente à assistência em outros níveis. Esse relato concorda com as evidências de outros estudos que identificaram problemas no processo de referência e contrarreferência a serviços e especialidades no SUS (THAINES et al., 2009; SILVA et al., 2010; BASTOS et al., 2011). Nesse contexto, deve-se esclarecer que acesso e integralidade não são sinônimos apesar da sua estreita relação, posto que barreiras de acesso à especialidades comprometem a integralidade e a qualidade do atendimento como um todo (CONILL, 2004).

A fala de C9 apresenta a importância da disponibilidade de serviços nos diferentes níveis de atenção e, ao mesmo tempo, enfatiza a importância da atenção básica para evitar complicações que demandem procedimentos no nível hospitalar. Pode-se observar que esta fala faz referência ao papel de cada nível de atenção, e particularmente da atenção básica, aludindo possivelmente à qualidade ou eficiência da atenção oferecida por cada nível. Tal percepção de integralidade é coerente com o apresentado por Pinheiro (2009), que afirma que a capacidade resolutiva de cada nível de atenção depende também da capacidade resolutiva do nível que o antecede. Nesse caso, o nível convencionado como porta de entrada do sistema é a atenção básica e, portanto, a eficiência de suas ações interfere diretamente na eficiência dos demais níveis.

A fala de C1 apresenta a integralidade pela perspectiva da movimentação do usuário na integração do sistema e ressalta a preocupação do coordenador com a garantia de atendimento pelas diferentes especialidades que envolvem o cuidado ao

DM. De fato, a atenção integral ao portador de DM e a prevenção de suas complicações envolve a avaliação de diferentes especialistas e a garantia de exames laboratoriais, consultas e avaliações preventivas distribuídas nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2006b; SBD, 2007; ADA, 2012). No entanto, C1 parece compreender a garantia de encaminhamento para diferentes serviços como sinônimo de integralidade e, nesse sentido, é importante destacar que a referência em si não garante a integralidade do cuidado, visto que, frequentemente, ocorre de modo fragmentado, sem continuidade das ações (CECÍLIO, 1997; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

Muitas vezes o serviço de referência é visto como uma “finalização” de atendimento a demandas pontuais, descompromissado com a integralidade da atenção (CECÍLIO, 2009). Um sistema de referência e contrarreferência que funcione deve ser mais do que um fluxo e contrafluxo de pacientes e informações gerenciais e tecnocientíficas e, antes de tudo, deve difundir dentro do sistema conhecimentos necessários à melhoria da qualidade do atendimento realizado (PINHEIRO, 2009).

Em suma, identifica-se que a fala de apenas três dos quatorze coordenadores possuem convergência com a dimensão da integralidade referente a acesso ao serviço em diferentes níveis de complexidade. E que estes relatos sugerem pouca diferenciação entre integralidade e acesso aos serviços e especialidades e atenção adequada nos três níveis. Deste modo, cabe destacar que, reconhecida a importância de um fluxo eficiente do usuário no sistema, é importante que profissionais de saúde possuam criticidade para diferenciar a integralidade do princípio de acesso universal (MATTOS, 2004). É essencial que a integralidade não seja compreendida, meramente, como uma referência e uma boa contrarreferência para o serviço que encaminhou, mas que nesse processo exista sempre uma escuta cuidadosa das necessidades do sujeito e a continuidade das ações.

6.1.2 – Integralidade: Articulação entre assistência e prevenção:

Outra percepção sobre integralidade, apontada por C5, C7 e C10, é a busca ativa por outras necessidades do usuário além da condição que o leva a procurar o serviço.

Um atendimento integral ao paciente mesmo, que ele seja visto como um todo, não que ele venha a tratar só o diabetes, né? Mas como que tá a parte odontológica desse paciente, como que tá a parte de vacinação dele, como que tá a parte de nutrição, tudo. (C5)

Integralidade pra mim seria atender o paciente assim, como um todo. Não só naquele probleminha dele. Por exemplo, ele chegou com dor de cabeça aqui pra mim [...] ele vem com o problema da diabetes, mas a gente vê ele como um todo, aí a gente traz o psicólogo, a gente tenta trazer a nutricionista [...] Então integralidade pra mim é isso, é você ver ele como um todo, tá? E não só naquele problema que ele chega pra ti. (C7)

Eu vejo a integralidade quando o paciente procura um centro de saúde, por exemplo, [...] o paciente ele vai com uma queixa, aí você direciona só pra aquela queixa, mas se você analisar quanto tempo esse paciente procurou o sistema de saúde, [...] se faz uma anamnese bem feita, vai descobrir que esse paciente tem vários anos que nunca fez nenhum acompanhamento clínico, não procurou o ginecologista [...] a dentição dela precisa ser avaliada pelo odontólogo [...] Então quando eu falo a integralidade é isso, é esse trabalho em que você primeiro faria uma anamnese [...] Quando você olha com um olhar integral você vê o paciente como um todo e não é... vou olhar só o pé dele, tá com uma lesão então eu vou cuidar só dessa lesão e pronto. (C10)

Nessa subcategoria, a integralidade é compreendida como a capacidade do profissional de não centrar sua prática na assistência clínica, mas identificar outras necessidades de saúde, não necessariamente explícitas, do usuário que procura o serviço, de modo a articular procedimentos preventivos ao momento de assistência.

Os trechos acima demonstram a preocupação dos coordenadores com a detecção de outras questões de saúde que não estão necessariamente relacionadas ao DM ou ao motivo que leva o usuário ao serviço. Essa visão de integralidade é coerente com o apresentado por Mattos (2004), o qual defende que uma das dimensões da integralidade se expressa na capacidade de se realizar uma busca ativa de necessidades silenciosas no momento da demanda espontânea. Nesse sentido, a integralidade corresponde à organização das práticas, de modo que a equipe de saúde forneça uma solução imediata para o sofrimento que se manifesta e, ao mesmo tempo, intervenha sobre necessidades que podem levar a sofrimentos futuros.

É necessário, porém, analisar cuidadosamente o relato dos coordenadores. Favoreto (2007) salienta que a integralidade não se limita à sobreposição de ações

preventivas, curativas, e/ou ainda, promocionais, mas se constitui na dinâmica de valorizar sujeitos e coletivos no decorrer destas ações. Nas falas acima, os coordenadores parecem se referir a necessidades “padronizadas”, relativas a potenciais problemas de saúde que se relacionam com características conhecidas do usuário, como por exemplo, ser portador de DM ou ser mulher. Como apresenta Cunha (2010), a lógica tradicional de busca de necessidades é biologicista e pressupõe certa imutabilidade dos sujeitos. Deste modo, é preciso questionar se para os coordenadores o foco da atenção está no usuário ou na detecção de condições que podem ser prevenidas.

Adicionalmente, é interessante notar que a expressão “ver como um todo” é utilizada por C5, C7 e C10 para se referir à integralidade, todavia, nessa subcategoria, o “todo” está se referindo a condições de saúde predominantemente biológicas, não ao contexto e às condições de vida do sujeito. Isso pode indicar que os coordenadores detêm uma visão restrita do usuário e, conseqüentemente, das práticas que articulam assistência e prevenção. Nesse caso, não seria incomum que a apreensão “ampliada” de necessidades de um portador de diabetes que procura o serviço com uma demanda, se limitasse a pedidos de exame, checagem de sintomas, medicações e fatores de risco.

Mattos (2004) afirma que a integralidade na articulação entre prevenção e assistência requer dois tipos de atitude do profissional, a identificação de necessidades que extrapolem a demanda espontânea e a capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas ao usuário. Nesse sentido, a utilização de anamneses extensivas, como propõe C10 é uma das estratégias de identificação das necessidades do usuário. Contudo, Cunha (2010) adverte que apesar de útil em situações de urgência e emergência, esse tipo de instrumento é limitado para condições complexas, como é o caso do DM e outras doenças crônicas. Portanto, um dos desafios para a prática de uma clínica ampliada é que se faça bom uso das contribuições de protocolos e guidelines, sempre de uma forma crítica, não generalizada, dialógica e intersubjetiva. Antes de tudo, é essencial que os profissionais compreendam bem o contexto específico de cada encontro de modo a reconhecer a adequação (e inadequação) das propostas terapêuticas que serão oferecidas.

Nessa subcategoria, nenhum dos coordenadores fez menção a ações de promoção da saúde articuladas ao momento da assistência e/ou prevenção. Para Campos (2006), a dificuldade de se pensar a promoção da saúde no contexto da assistência individual pode ser fruto de um “olhar integral” curativo, no máximo preventivo, voltado para a doença e não para o sujeito e seus modos de andar a vida. Assim, é possível que a centralidade dada pelos coordenadores à detecção de necessidades biológicas explique a ausência de falas sobre ações de promoção articuladas à assistência e prevenção.

A partir desse resultado, destaca-se o desafio imposto a iniciativas de fortalecimento da promoção da saúde no DF para reorientação dos serviços. Tinoco et al. (2009) reportam que um dos fatores críticos identificados pelo Comitê Central do Plano Distrital de Promoção da Saúde foi a necessidade de se estabelecer bases teórico-conceituais firmes para definir estratégias de trabalho efetivas no DF, tendo em vista que um dos fatores críticos identificados pelo Comitê foi a confusão e dificuldade de distinção entre os conceitos de prevenção e promoção da saúde em meio aos profissionais de saúde.

Chama a atenção o fato de que, apesar do PECD/DF estar subordinado à DIAPS e atuar no contexto de enfrentamento das DCNT, assim como a Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis, nenhum dos coordenadores do programa mencionou o Plano Distrital de Promoção da Saúde. Isso explicita a importância de que debates sobre a promoção da saúde no contexto da SES/DF sejam amplamente divulgados entre seus diferentes setores e programas. Na busca de um alinhamento conceitual, é essencial que haja comunicação entre as diferentes iniciativas que buscam capacitar e aperfeiçoar os trabalhadores de saúde, de modo a promover, de fato, mudanças nas ações tradicionais no campo da saúde, com impacto efetivo na rede de atendimento.

Em suma, identifica-se que a fala de apenas três coordenadores possuem convergência com a dimensão da integralidade referente à articulação de intervenções preventivas às práticas assistenciais. Os relatos também sugerem que os coordenadores percebem a atenção integral como fruto da postura individual do profissional que “olha” o usuário e identifica necessidades. No entanto, para Mattos (2004) além da atitude do profissional, os serviços também devem criar dispositivos

que permitam a oferta articulada de assistência e prevenção, onde a equipe de saúde assuma uma postura de olhar ampliado em todos os contextos de encontro.

A dificuldade dos coordenadores para identificar necessidades relativas aos modos de ser e viver dos usuários também se reflete nos relatos referentes à abordagem integral das necessidades do sujeito, discutidos a seguir.

6.1.3 – Integralidade: Abordagem integral das necessidades do usuário:

A abordagem integral dos indivíduos se refere à atenção nas dimensões biopsicossociais do usuário (GIOVANELLA et al., 2002) e seu núcleo de sentido se refere à abordagem multiprofissional das necessidades do sujeito e à preocupação com seus modos de andar a vida, conforme as unidades de registro a seguir:

Acho que seria sinônimo de atendimento multidisciplinar mesmo. (C2)

Bom, a integralidade da atenção é a disponibilidade, que eu entendo, de todos os ramos de atendimento [...] o endocrinologista, que é muito importante, além do médico, a ação do enfermeiro é importantíssima nesses grupos, que você nunca vai ter médicos disponíveis, né? Então são enfermeiros capacitados, os auxiliares também [...] um nutricionista é importantíssimo que trabalhe com a gente, outro profissional que eu considero importantíssimo, que muitos dos pacientes aqui precisam é o psicólogo, porque negam muito a doença. E o educador físico que a gente não tem disponível. E a integração do PSF com o centro de saúde. (C12)

A integralidade talvez seja... a doença sendo vista como um todo, tá? Como... num sentido multiprofissional. (C3)

Integralidade [...], por exemplo, um paciente diabético, ele tem que ser avaliado por vários profissionais e várias áreas. Porque é uma doença multiprofissional, envolve vários órgãos da gente [...] a integralidade não existe por falta de profissionais mesmo. (C6)

Eu acho que é até interessante a gente falar do diabetes [...] Porque assim, muda tudo, né? [...] você vai mexer com todo mundo [...] você tem que fazer às vezes de médico, de psicólogo, de enfermeiro, de nutricionista, de tudo. Porque a sensação que eles têm é que o mundo caiu, que as coisas acabaram, que não vai ter como sobreviver àquela situação, àquela diagnóstico, entendeu? (C14)

[...] na doença crônica é diferente, se a pessoa veio porque tá com uma lesão de pele, você dá o tratamento de pele e você não vai se envolver na integralidade, até poderia, mas você pode até ficar fora desse discurso. Mas se você faz um acompanhamento de crônico, onde tudo tem interferência na doença e a doença também interfere na vida do paciente como um todo, não tem como você se preocupar com um aspecto específico da vida do paciente ou com a prescrição de um medicamento, não existe isso. [...] Você discute a vida sexual, você discute o lazer, você discute tudo! [...] não é só na relação médico e paciente. A proposta de tratamento tem que olhar a integralidade. Eu tenho que pensar no lazer do paciente quando eu vou prescrever alguma coisa. A relação familiar, ela tem que ter suporte social, na família, no grupo de trabalho, na comunidade. Então também se você não se preocupar com essa questão da integralidade nesse outro nível da vida dela, que é vida familiar, vida social, os núcleos abrindo [...] não é só dentro aqui do consultório. É naquilo que você vai discutir com ela sobre a vida dela. (C4)

De acordo com C2 e C12 a integralidade é vista como a oferta de diferentes categorias profissionais necessárias para contemplar as demandas de saúde. A oferta de um atendimento multiprofissional sinaliza a possibilidade de atenção nas esferas biológica, psicológica e social. Porém é preciso considerar que para uma atenção integral, a forma de inserção dos profissionais e a gestão do trabalho em conjunto é tão importante quanto o quantitativo de categorias disponíveis (GIOVANELLA et al., 2002).

A fala de C12 menciona a integração da ESF com o centro de saúde como necessária à integralidade. Essa posição é coerente com o que propõe Giovanella et al. (2002), sobre a existência de rede básica com adscrição populacional como indicador de integralidade. A articulação entre ESF e centro de saúde favorece a detecção das necessidades biopsicossociais da população adscrita e o estabelecimento de vínculos entre sistema e usuários (CAMPOS, 2003a). Por outro lado, a adscrição meramente administrativa não garante o vínculo e nem a integralidade desejados. É prioritário que haja uma reorganização dos processos de trabalho de modo a estimular vínculos terapêuticos que valorizem a subjetividade do usuário, estimulem a responsabilização das equipes e levem à co-produção da saúde (CAMPOS, 1999; SCHIMITH; LIMA, 2004).

As falas de C3 e C6 apresentam uma visão de integralidade associada ao atendimento multiprofissional com ênfase na doença e suas especificidades, e não no sujeito e suas necessidades de saúde, evidenciando uma atenção voltada para a enfermidade, para o componente biológico, os órgãos, sem menção do sujeito. Esse

discurso apresenta uma contradição já que a integralidade consiste em uma resposta ao sofrimento que não reduza o indivíduo a seu aparelho ou sistema biológico, criando silenciamentos (MATTOS, 2009).

Ao contrário, a integralidade está presente na valorização das demandas relativas às esferas psicossociais no momento do acolhimento do usuário por uma equipe multiprofissional. De acordo com Franco et al. (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica da organização do serviço de saúde, para que este seja organizado de forma usuário-centrado. Para isso, um de seus princípios consiste justamente no deslocamento do eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarregue da escuta do usuário e se comprometa a resolver seus problemas de saúde.

Adicionalmente, ao se analisar a afirmação de C6, de que a integralidade não existe por falta de profissionais, é possível observar a falta de referência à postura adotada pelo profissional frente ao usuário. Infere-se que há carência de criticidade quanto à qualidade da prática clínica no que se refere à necessidade de uma atitude ética, empática, de respeito e abertura humana por parte dos profissionais de saúde (TESSER et al., 2010).

Os relatos de C4 e C14 se referem a uma abordagem holística que leva em consideração os modos de vida e as experiências do usuário. É possível identificar que, na percepção de C14, a integralidade se remete ao acolhimento do sujeito, a partir da compreensão de sua experiência pessoal com o DM. Aqui o foco se desloca da doença para o sujeito, sendo coerente com o proposto por Gomes e Pinheiro (2005) e Tesser et al. (2010).

A fala de C4 apresenta uma visão semelhante com uma visão abrangente do que consiste a atenção integral. Ao reconhecer a influência recíproca da vida do sujeito na doença, aponta a necessidade de considerar os modos de viver do usuário e de pensar em conjunto com este o projeto terapêutico. Essa postura se adequa à proposta da integralidade no nível da atenção individual, refletindo uma abordagem holística das necessidades do usuário (TEIXEIRA, 2010).

Nesse sentido, Franco et al. (1999) propõe que o acolhimento do sujeito sempre possua uma expressão significativa. Todo o encontro entre profissional e usuário, no trabalho vivo em ato, deve produzir relações de escuta e responsabilização, que se articulam no estabelecimento de vínculos e compromissos

nos projetos de intervenção. “Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou produção da saúde” (FRANCO, 1999, p.346).

Ao considerar a importância de “discutir com ela sobre a vida dela”, a fala de C4 se aproxima dos princípios da clínica ampliada, para cuja prática é necessária a incorporação das fragilidades subjetivas e das redes sociais para desenvolver no sujeito maior segurança e capacidade de lidar com suas condições e seu contexto, permitindo a produção de maiores graus de autonomia e autocuidado. (CUNHA, 2010; FIGUEIREDO; FURLAN, 2010).

É interessante observar a comparação feita entre a integralidade na doença crônica e em uma lesão de pele na fala de C4. Por um lado, é fácil compreender a necessidade de uma atenção contínua, não fragmentada, que considera os modos de viver, acolhe e vincula aos serviços de saúde um sujeito portador de DM. Entretanto, demandas pontuais dificilmente constituem um momento de escuta ampliada e detecção de necessidades de saúde. Portanto, é essencial que se pense a integralidade em todos os tipos de serviço, mesmo nos mais especializados, de forma que em todo encontro entre usuário e serviço exista a preocupação, por parte dos profissionais, de escutar as necessidades além da demanda referenciada, estabelecer vínculos de confiança, mesmo que temporários (CUNHA, 2010; CECÍLIO; MEHRY, 2010; CECÍLIO, 2009; PINHEIRO, 2009).

Em suma, identifica-se que essa subcategoria da dimensão da integralidade referente à abordagem integral das necessidades do usuário apresentou a maior frequência de falas entre os participantes, sendo contemplada por oito dos quatorze coordenadores. Entretanto, alguns dos relatos estão permeados pela lógica biologicista e não fazem referência à subjetividade e modos de viver do usuário.

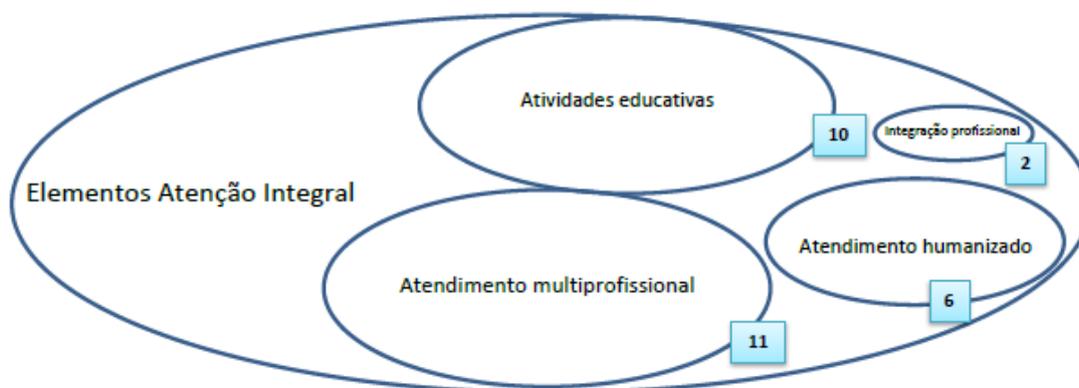
O reconhecimento de que tanto a relação médico e paciente quanto a proposta de tratamento devem contemplar a integralidade abre a possibilidade de superação da objetivação dos sujeitos e da neutralidade na relação médico paciente que predomina na racionalidade médica ocidental e seu paradigma biológico (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010). A intervenção de um especialista não alcança eficácia plena sem uma boa noção do modo de vida do usuário, incluindo seu

vínculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e compreensão de sua doença (CECÍLIO, 2009).

6.2 – ELEMENTOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL:

Esta categoria corresponde às percepções que os coordenadores possuem acerca dos elementos, atividades, ações e procedimentos que devem existir para que o serviço forneça uma atenção integral aos usuários. Após a análise de conteúdo, foram identificadas quatro subcategorias (Figura 6) que se referem ao atendimento multiprofissional, ao atendimento humanizado do usuário, à integração entre profissionais de saúde e à realização de atividades educativas como elementos necessários para uma atenção integral.

Figura 6: Expressão das subcategorias da categoria Elementos para Atenção Integral de acordo com o número de coordenadores que a relataram:



A subcategoria “**Atendimento multiprofissional**” apresentou o maior número de relatos, com falas de 11 dos 14 coordenadores. Os núcleos de sentido identificados apontam a necessidade de atendimento por diferentes categorias e especialidades profissionais como elemento essencial para a atenção integral ao DM, tendo em vista, principalmente, a complexidade da doença e seu tratamento.

A subcategoria “**Atividades educativas**” também apresentou um número expressivo de falas, incluindo 10 coordenadores. Os relatos se referem à

importância das práticas de educação em saúde e especificamente, em DM, tanto nos encontros individuais com profissionais de saúde quanto em atividades em grupo.

Na subcategoria “**Atendimento humanizado**”, os relatos se referem a práticas de acolhimento, apreensão das necessidades e criação de vínculo por parte do profissional e equipe de saúde, visando à integralidade da atenção, e os relatos foram expressos por seis coordenadores.

A subcategoria “**Integração entre profissionais da equipe de saúde**” apresentou o menor número de falas, com relatos de apenas dois coordenadores. Segundo a análise temática, o trabalho integrado entre profissionais da equipe na organização de suas atividades, práticas e ações de atenção ao usuário é percebido como elemento necessário para uma atenção integral. Apesar da pouca expressividade desta subcategoria nos resultados deste trabalho, é importante ressaltar que a integração da equipe de saúde é apontada pela literatura como fundamental para o alcance da integralidade no cotidiano dos serviços (MACHADO et al., 2007; TEIXEIRA, 2010; GONZALES; ALMEIDA, 2010).

A partir dos resultados, verifica-se que os elementos apontados pelos coordenadores como necessários para uma atenção integral são coerentes com as propostas de diversos autores para a reorientação das práticas de saúde, com vistas à integralidade (CAMPOS, 2003a; PEDUZZI, 2007; PINHEIRO; MATTOS, 2010).

No entanto, é interessante comentar que os resultados da categoria “ELEMENTOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL” não são completamente convergentes com os resultados encontrados na categoria “INTEGRALIDADE”. Todos os elementos apontados pelos coordenadores como necessários para uma atenção integral se relacionam apenas com a percepção de integralidade enquanto “**Abordagem integral das necessidades do usuário**”. O sentido atribuído à INTEGRALIDADE pelos coordenadores na subcategoria “**Abordagem integral das necessidades do usuário**” se refere à integralidade enquanto atenção multiprofissional e apreensão das necessidades do usuário como sujeito, convergindo com as subcategorias “**Atendimento multiprofissional**” e “**Atendimento humanizado**” como ELEMENTOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL.

Por outro lado, não foi possível observar convergências entre as percepções de INTEGRALIDADE como “**Acesso a serviço em diferentes níveis**” e como

“Articulação entre assistência e prevenção” e as subcategorias de **“ELEMENTOS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL”**. Essa falta de convergência entre o resultado das duas categorias sugere falta de clareza entre os coordenadores a respeito da integralidade em suas diferentes dimensões e sua tradução nos serviços e prática profissional.

A seguir, são discutidas separadamente as quatro subcategorias de **“ELEMENTOS PARA UMA ATENÇÃO INTEGRAL”**.

6.2.1 - Atendimento por equipe multiprofissional:

Essa subcategoria apresenta o atendimento multiprofissional como um dos elementos apontados pelos coordenadores para a atenção integral ao portador de DM:

Atendimento multidisciplinar no diabético é essencial. Tanto orientação psicológica, nutricional, cuidados de enfermagem, o próprio agente de saúde pra chegar na casa desse paciente, reconhecer os problemas, assistente social, então com certeza é uma abordagem complexa. (C2)

Um atendimento ideal seria ter uma equipe multiprofissional pra atender o diabético, [...] uma equipe multiprofissional. Um paciente deveria passar sempre pela enfermagem, [...] faria a triagem, depois passar pelo clínico [...] Em alguns casos devia passar pelo endocrinologista, que tem uns casos que é mais difícil, [...] que tem que ser avaliado por um profissional mais especializado. Deveria ter na equipe um profissional oftalmologista [...], deveria ter nutricionista [...] e aí vai. (C6)

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar nos serviços de saúde tem sido estimulado como caminho para a integralidade da atenção e enfrentamento da excessiva especialização na área da saúde (PEDUZZI, 2001; CECCIM; FERLA, 2010). A especialização excessiva favorece a fragmentação do cuidado pela divisão dos núcleos de conhecimento, exigindo um esforço para a recomposição do conjunto de saberes e articulação das ações sobre as necessidades de saúde (SCHRAIBER et al., 1999; PEDUZZI, 2001).

A interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional surgem como estratégia de mudança e superação das práticas fragmentadas, com iniciativas como a própria ESF e suas equipes multiprofissionais (CECCIM; FERLA, 2010). Contudo, o que se observa na prática é que a noção de equipe multiprofissional frequentemente se

limita à presença de trabalhadores de diferentes áreas no serviço, sem problematização da atuação conjunta e integração dos trabalhos especializados, e a atuação de cada profissional é apreendida como o conjunto de atribuições ou tarefas específicas da área. (PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (2001) identifica dois tipos de trabalho em equipe multiprofissional: a equipe agrupamento, na qual ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes; e a equipe integração, na qual há interação entre os agentes e articulação das ações, em consonância com o princípio da integralidade em saúde. Nos trechos extraídos das entrevistas, apesar dos coordenadores citarem as diferentes categorias de profissionais necessárias à atenção ao DM, não são apresentadas referências à forma de organização e articulação do trabalho enquanto equipe.

Fazer um trabalho onde tá tendo vários profissionais, isso é muito bom. (C7)

Eu acho que a consulta médica é importante, a consulta com o enfermeiro é importante, nutricionista é importante, uma coisa que não tem, já foi pedido na secretaria de saúde que eu acho que é importantíssimo: psicólogo. [...] a assistente social também é importante, o educador físico. (C9)

É, eu acho assim, primeiro, abertura pra todas as possibilidades que o paciente precisa, né? Atendimento médico, de enfermeira, nutricionista, educador físico, psicólogo. Então assim, tem que ter todas essas facetas pra poder ver todos os pontos que são necessários. (C14)

Para que a equipe multiprofissional atue de maneira integrada, é necessário o estabelecimento de comunicação entre os agentes de trabalho, a formulação de projetos assistenciais comuns, a flexibilidade da divisão do trabalho e a autonomia técnica dos profissionais, conforme a proposta da clínica ampliada (PEDUZZI, 2001; CECCIM; FERLA, 2010). Na busca pela mudança nas práticas de saúde faz-se necessário que o trabalho em equipe multiprofissional contemple a dimensão técnica e tecnológica do trabalho e a dimensão comunicativa, de interação social, para assegurar a assistência adequada à saúde da população (SCHRAIBER et al, 1999).

A soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de saúde favorece uma abordagem integral das necessidades dos sujeitos à medida que possibilita a complementariedade dos saberes e a troca de informações entre os profissionais (FURTADO, 2007). A fala de C10 apresenta uma visão de como o

mecanismo de referência e contrarreferência pode constituir um instrumento útil para esse processo:

Quando você faz o sistema de referência e contrarreferência é o olhar, às vezes você não vê determinada coisa, no que você encaminhou pra outro, ele enxerga. Se ele te dá a contrarreferência, aquele ponto ali que tá falho pode ser corrigido. Então eu acho que isso deve acontecer de forma mais sistemática, essa referência-contrarreferência. (C10)

A avaliação de um mesmo indivíduo pela ótica de profissionais de diversas formações pode tornar o atendimento mais resolutivo e integral, todavia, para isso é importante que haja comunicação apropriada entre profissionais e seus campos de conhecimento (CAMPOS; AMARAL, 2007). A atenção por uma equipe multiprofissional não visa à unificação dos conhecimentos, mas a troca de informações e saberes com o objetivo de solucionar as demandas de saúde do usuário. Para garantir a integralidade, é necessária a atuação das diferentes categorias interligando seus núcleos de competências e responsabilidades de maneira adequada ao contexto do usuário (PEDUZZI, 2007; SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

O trecho abaixo enfatiza a importância da atenção multiprofissional para as doenças crônicas:

O psicólogo, o serviço social, atividade física, nutrição, isso aí é básico. Eu acho que realmente começaria com a política de saúde voltada para a parte das doenças crônicas [...] as políticas tinham que ser voltadas pra realmente até organizar programas, macro-programas dentro do ministério da saúde, envolvendo todos esses profissionais. (C11)

Campos (1999) propõe que a organização do trabalho em saúde seja estruturada em equipes de referência, compostas por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de determinado problema de saúde. No caso do DM, é recomendado acompanhamento regular do portador por profissionais das áreas de clínica médica, nutrição, atividade física, saúde mental, saúde bucal, além de especialidades relacionadas às complicações comuns da doença,

endocrinologia, oftalmologia, nefrologia, cardiologia, cirurgia vascular, entre outros (SBD, 2007; ADA, 2012).

Entretanto, mais do que a oferta isolada de diversas especialidades, a proposta das equipes de referência se baseia na noção de vínculo terapêutico, interdisciplinaridade e gestão colegiada, buscando superar o modelo médico hegemônico e a fragmentação das ações de saúde. Assim, uma equipe multiprofissional de atenção ao DM, ou qualquer outra condição de saúde, deveria possuir as características a seguir: a) inclusão de profissionais de diferentes áreas; b) clientela adscrita definida, permitindo acompanhamento e vínculo entre trabalhadores e usuários; c) construção de projetos terapêuticos singulares, especialmente nos casos mais complexos e/ou de maior vulnerabilidade; d) poder de decisão no trabalho em equipe; e) apoio matricial recebido ou realizado pelos profissionais especializados quando necessário (CAMPOS, 1999; FURTADO, 2007).

Segundo SILVA JÚNIOR et al. (2010):

Há uma ideia de que as equipes de saúde produzem conhecimentos sobre o problema trazido pelo paciente a partir do ordenamento de procedimentos investigativos que, justapostos, ofereceriam uma visão integradora do caso. Na maioria das vezes, a ênfase nesses procedimentos e a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão do caso produzem visões fragmentadas, desfocando a integralidade do sujeito. (SILVA JÚNIOR, 2010, p.125)

A dificuldade de articular e integrar a multiplicidade de especialidades e profissões no setor saúde acaba dando origem a metodologias de organização que transportam para os serviços a lógica de linha de produção (CAMPOS, 1998). A articulação entre as especialidades e a transição entre as etapas de cuidado se encontra engessada pelos sistemas de regulação, definidos por protocolos, fluxogramas e outros instrumentos de padronização que não conseguem contemplar a diversidade do processo saúde-adoecimento (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O cuidado é organizado em “estações” percorridas pelo usuário em uma linha de cuidado fragmentada que cria uma falsa ideia de integralidade. Os membros das equipes de saúde atuam realizando tarefas interdependentes, porém com pouca ou

nenhuma comunicação e integração (FURTADO, 2007). Essa lógica pode ser exemplificada pela fala de C3:

Diabetes, [...] ela é multiprofissional [...] a consulta médica não é o único ponto, é uma das estações, talvez uma das estações mais importantes, mas ele vai passar por outras estações. [...] Então o técnico de enfermagem, que tá habilitado pra coletar aqueles dados, que é pressão, peso, altura, glicemia [...] aí você tem a enfermeira [...] o psicólogo e o assistente social, o educador físico [...] o nutricionista também tem que passar, é uma estação como a estação médica, tem que passar numa consulta, pelo menos duas por ano.
(C3)

Nesta lógica, o controle da equipe sobre os desdobramentos das ações de saúde é reduzido à medida que o usuário se desloca pelo sistema, tentando providenciar os procedimentos administrativos necessários para alcançar a etapa seguinte do cuidado que necessita (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Pinto e Coelho (2010) afirmam que na racionalidade gerencial hegemônica têm predominado estratégias de padronização do trabalho clínico, a formulação de protocolos de atendimento e a gestão com base em metas e resultados. Tais procedimentos compõem um conjunto de medidas para controlar “de fora” o trabalho em saúde, enquanto há pouca discussão sobre medidas para que a equipe possa singularizar a atenção.

Neste estudo, a percepção de que a atenção integral envolve o atendimento por uma equipe multiprofissional foi relatada por 11 dos 14 coordenadores e apresentou a maior frequência de aparição entre as subcategorias encontradas na pesquisa. No entanto, é importante observar que as percepções expressas pelos coordenadores não sugerem uma visão crítica do trabalho multiprofissional. Essa lacuna é de extrema relevância para o desenvolvimento do PECD/DF, tendo em vista que o gerenciamento do conjunto de ações em uma equipe multiprofissional, o planejamento e a articulação de suas atividades devem ser coordenados por profissionais estratégicos (CAMPOS, 1998; OLIVEIRA, 2010a; PINTO; COELHO, 2010). Como aponta Campos (1998), essa coordenação não deve assumir o caráter de controle e fiscalização, mas de um supervisor que “reúne a equipe para instituir processos de reflexão crítica e de educação permanente [...] como apoiador e agenciador de mudanças, alguém que ajudasse na identificação e no enfrentamento de problemas.” (p.866). Assim, o coordenador constitui um ator-chave para assumir

esse papel e estimular a organização das equipes existentes nas regionais de forma que estas não constituam apenas agrupamentos de profissionais, mas equipes integradas.

Os resultados desta pesquisa estão de acordo com Figueiredo e Furlan (2010) ao afirmarem que, no modelo hegemônico do processo saúde-doença, o conhecimento e as ações de saúde são focados em partes e funções específicas do corpo humano, aprofundando a divisão do trabalho e a fragmentação dos saberes. Deste modo, o encaminhamento do usuário a diferentes profissionais ocorre muitas vezes no sentido de transferir a responsabilidade do cuidado e não de compartilhá-lo com a equipe. A pouca comunicação entre os profissionais pode levar a ações sobrepostas, repetidas, desnecessárias ou de baixa resolutividade. Por sua vez, essa falta de articulação leva ao desgaste do usuário em suas idas e vindas a vários profissionais, sem resposta ou alívio para suas demandas (SILVA JÚNIOR et al., 2010).

6.2.2 - Integração entre profissionais da equipe:

Nessa subcategoria, a integração entre os profissionais da equipe de saúde foi apontada pelos coordenadores como elemento necessário para responder de forma mais integral às necessidades de saúde da população atendida. Isso pode ser identificado nos trechos a seguir:

Eu atendia o paciente, eu ligava no celular da médica do saúde da família [...] aí a gente discutia ou por telefone ou por bilhetinho, fosse o que fosse, e a pessoa de saúde da família dava o suporte lá no domicílio da comunidade. E quando ela tinha dúvida ela me ligava também ou me mandava um bilhetinho. Isso é integralidade. (C4)

A gente coloca muito esses lembretes no prontuário um pro outro [...] pra tá dando esse suporte, pra tá discutindo os casos junto, pro colega sentir até não tão solitário. Então até os que não gostam a gente faz isso, principalmente esses a gente fica no dia pra ter feedback [...] Então a gente trabalha junto, as sugestões também a gente discute, "Ah, eu acho que ainda não é o caso, a gente pode tentar fazer tal coisa, ainda não aumenta a insulina, vamos tentar..." A gente tem discutido. (C8)

O trabalho em equipe multiprofissional se constitui por meio da relação recíproca de interação entre os distintos profissionais, sendo a comunicação o veículo que possibilita a articulação das ações executadas (PEDUZZI, 2001). As ações de saúde não se articulam automaticamente simplesmente por serem executadas em uma situação comum de trabalho, em um mesmo espaço físico e direcionadas a uma mesma clientela. Compartilhar a mesma situação de trabalho não é suficiente para que trabalhadores formem uma equipe integrada, tampouco é suficiente que se estabeleçam relações pessoais cordiais para que seja alcançada a integração dos trabalhos especializados visando à integralidade em saúde (PEDUZZI, 2007).

Para que uma equipe alcance algum grau de integração é preciso investimento, por parte de seus integrantes, para articular de forma compartilhada as ações necessárias. Isso exige que cada profissional reconheça as conexões e nexos existentes entre as intervenções que realiza por si próprio e as executadas pelos demais integrantes de sua equipe (RIBEIRO et al., 2004; PEDUZZI, 2007). A literatura recomenda que no trabalho em equipe cada integrante assuma a postura de tomar efetivamente o trabalho do outro em consideração. Isso envolve buscar a familiaridade com as demais disciplinas e trabalhos especializados, conectar os aspectos comuns nos saberes, abordagens e atuação das diferentes áreas e compreender a transversalidade de algumas ações. Em suma, faz-se necessário o reconhecimento do papel de cada profissional e de seu trabalho, somado à dimensão comunicativa e ética da interação humana para que a tomada de decisões possa ser horizontal (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; IRIBARRY, 2003; PEDUZZI, 2007; PINTO; COELHO, 2010).

Para que a interação interdisciplinar ocorra é necessário que espaços coletivos aconteçam e que a equipe se encontre para conversar e discutir temas pertinentes a cada momento. O encontro torna possível aclarar conflitos, estabelecer consensos, pactuar compromissos e combinar formas de conviver e trabalhar (PINTO, 2010). Além disso, a organização do trabalho multiprofissional deve incluir a elaboração conjunta das agendas de seus profissionais, possibilitando a melhor utilização dos esforços tanto no atendimento individual quanto no atendimento conjunto dos profissionais a grupos de usuários (PINTO; COELHO, 2010).

A discussão conjunta dos projetos terapêuticos, elementar para a prática da clínica ampliada, pressupõe interação e comunicação entre os profissionais da equipe a respeito das necessidades dos usuários (CUNHA, 2010). Logo, a gestão do trabalho multiprofissional por parte do coordenador deve oportunizar, de forma sistemática e regular, a troca de informações e discussão dos casos e propostas terapêuticas entre os profissionais para que estas não dependam apenas da iniciativa individual, mas sejam parte da estrutura e organização das atividades do programa (SCARAZATTI; AMARAL, 2010).

Pinto (2010) acrescenta que os espaços coletivos favorecem a construção de consensos e compromissos, os quais são necessários para assegurar a capacidade de ação da equipe. A importância dessa questão para o bom andamento da equipe e suas atividades pode ser exemplificada pela segunda fala de C8.

São coisas simples que fazem a diferença e que a equipe toda tem que falar a mesma linguagem. Se não, fica aquela briga, um fala uma coisa, [...] aí chega o médico e fala que não, que a glicemia dele tá alta porque a insulina tá fora da geladeira e muitas vezes não é isso, a gente sabe. E aí chega esse conflito, então a gente tentar falar a mesma linguagem. (C8)

Construir consensos não significa um convencimento completo do outro, visto que quando duas pessoas se encontram sempre há o encontro de dois mundos e duas visões de mundo (GADAMER, 2004). Exercitar a capacidade de diálogo implica em reconhecer a alteridade do outro e se dispor a lidar com as diferenças do que se pensa, se sente e se deseja (PINTO, 2010). Portanto, o consenso possível na equipe de saúde não deve constituir a posição individual de um integrante, mas uma posição que contemple as diferentes visões discutidas durante o diálogo (PINTO, 2010). Para isso, é necessário que a participação dos integrantes não se baseie na capacidade individual de verbalização e defesa de pontos de vista, nem na capacidade de propor ideias e soluções. Na realidade, é preciso criar uma dinâmica em que os integrantes participem analisando e intervindo, produzindo momentos de escuta, de análise, de proposição de tarefas e avaliação de processo e resultados (CAMPOS, 2007; OLIVEIRA; FURLAN, 2010).

A respeito das tensões descritas por C8, provocadas pelas diferentes posições dentro da equipe, cabe salientar que encontros horizontais possibilitam

minimizar ou solucionar conflitos (CAMPOS, 1999), quanto a isso Pinto (2010) afirma que:

[...] ainda que a princípio existam discordâncias entre os membros da equipe, e por vezes, essas discordâncias estejam latentes e aflorem em ocasiões onde isso é permitido, como no caso desses encontros de equipe (...) essa é a melhor possibilidade de a equipe e de o coletivo aprenderem a trabalhar em conjunto. (PINTO, 2010, p.303)

Por outro lado, o diálogo dentro da equipe é negativamente influenciado quando alguma das partes acredita estar em posição superior em relação às outras (GADAMER, 2004). A valoração desigual dos diferentes tipos de trabalho é uma das dificuldades para o trabalho multiprofissional. A desigualdade no valor atribuído às diversas áreas de atuação se traduz nas relações hierárquicas entre trabalhadores, pois mesmo que haja um discurso crítico sobre a divisão do trabalho, a prática acaba por reiterar relações assimétricas que valorizam o modelo biomédico (PEDUZZI, 2001). Em geral, saberes e ações de natureza educativa, preventiva, psicossocial e comunicacional permanecem periféricos em relação à assistência médica individual (PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (2001) afirma que situações de trabalho coletivo onde há menor desigualdade entre as áreas e os integrantes acarretam em maior interação entre a equipe. Em adição, a abertura para um trabalho com interação social entre os profissionais, com maior horizontalidade e flexibilidade dos poderes, favorece maior autonomia e criatividade dos agente e maior integração da equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

C8 relata como a integração entre profissionais do PECD e profissionais da farmácia do centro de saúde tem favorecido uma atenção mais integral ao portador de DM que utiliza o serviço:

Na farmácia, pra liberação das tiras reagentes nós criamos um programa que é integrado o computador da farmácia com o computador do programa de diabetes [...] o pessoal da farmácia [...] eles não são uns meros entregadores de medicamento. Se não quer levar o metformina: "Ué, mas por que se é pra 30 dias? O resto acabou e o metformina não acabou?" Aí eles: "Ah, é porque tá me dando diarreia." "Não, então marca com o grupo." Aí o paciente vai lá e marca pra gente estar trabalhando isso melhor, mudando o horário,

a dosagem, a forma como ele tá tomando essa medicação. Então eles têm esse envolvimento, tá bem gostoso trabalhar com essa equipe realmente envolvida, é diferente quando você tem isso. (C8)

O trecho reflete a importância de reconhecer as potencialidades de cada área para contribuir na construção da integralidade do cuidado. O trabalho multiprofissional depende da capacidade de conjugar os processos de trabalho de cada área, preservando diferenças técnicas e especificidades ao mesmo tempo que articula as intervenções das diferentes categorias (PEDUZZI, 2007).

Em síntese, a integração profissional como condição necessária a uma atenção integral foi relatada apenas por dois dos coordenadores, e os depoimentos sugerem que as iniciativas são individuais e não representam atividades formais do programa. Estes resultados chamam atenção, pois, apesar das referências à equipe multiprofissional serem expressivas na categoria “Elementos para atenção integral”, os coordenadores não desenvolveram uma reflexão significativa a respeito da integração entre os profissionais. Nesse sentido, os relatos sugerem um desencontro de saberes entre os profissionais do programa, como também aponta o estudo de Silva et al. (2010).

É importante destacar que a falta de reflexão e diálogo em equipes multiprofissionais estimula a repetição de lógicas embasadas na divisão entre disciplinas, seus objetos de estudo e intervenção. Isso produz no profissional e, como consequência, no usuário sentimentos de dissociação e desagregação, visto que “o discurso é da integralidade, mas a prática é fragmentada e fragmentadora de processos e de sujeitos.” (SEVERO; SEMINOTTI, 2010, p.1687).

Por fim, é importante que a integração da equipe não seja induzida a partir de imposições ou prescrições da gestão (CAMPOS, 1998; PINTO; COELHO, 2010). O coordenador deve ser parte integrante da dinâmica grupal, tendo a função de propor discussões e estimular análises e reflexões (OLIVEIRA; FURLAN, 2010). Pinto e Coelho (2010) ressaltam que as decisões sempre precisarão ser negociadas entre equipe, usuários e gestão, visto que autonomia não consiste em cada um fazer o que resolve, mas formular em conjunto a melhor forma de conduzir o trabalho (PINTO; COELHO, 2010). Uma sugestão é que dentro do programa, a coordenação promova encontros regulares nos quais as equipes tenham autonomia para pensar e analisar o próprio trabalho e definir, em conjunto, modos mais adequados de trabalhar.

6.2.3 – Atendimento humanizado:

Essa subcategoria inclui percepções que se remetem à realização de práticas de acolhimento e vínculo ao usuário e à busca, por parte do profissional, por apreender as necessidades do mesmo nos momentos de encontro.

Eu acho assim, primeira coisa, o paciente tem que ter um contato pra ser visto. Ele tem que ter um grupo que o acolha nas intercorrências, entendeu? Mesmo quando ele já sabe que tem diagnóstico e tudo mais, um vínculo [...] porque o paciente vai ter "n" intercorrências na vida. Então se ele tiver um contato maior fica mais fácil. (C14)

A fala de C14 expressa a importância de que o portador de DM estabeleça uma relação de vínculo com o serviço, de modo a encontrar suporte para os momentos de intercorrências. Também menciona a necessidade de que o usuário seja acolhido, tenha um contato para “ser visto”. Embora o coordenador não forneça maiores explicações acerca desse acolhimento, é interessante comentar que, muitas vezes, ele é entendido como uma atividade de recepção e triagem que, apesar de proposto para a integralidade, ocorre vazio de sentido, sem reorientar o cuidado. Como ferramenta de reorientação da assistência, o acolhimento deve corresponder a uma atividade comunicacional, na qual a recepção do usuário é espaço de investigação e negociação das necessidades que podem ser satisfeitas. Portanto, o acolhimento não pode ser confundido e restrito ao primeiro contato do indivíduo com o serviço, mas deve se proliferar em todos os encontros nos quais o usuário busca soluções para suas demandas (TEIXEIRA, 2010).

O coordenador afirma que um maior contato com a equipe de saúde torna “mais fácil” uma atenção integral. Essa afirmação está em consonância com um dos sentidos da integralidade, na medida em que compreende o cuidado direcionado à responsabilização e compromisso por meio de vínculo entre equipe e usuário (GOMES; PINHEIRO, 2005). De modo geral, ao procurar o serviço, a falta de conhecimento tecnológico não é a principal causa de insatisfação entre usuários, mas sim a falta de interesse e responsabilização pelos seus problemas que os fazem sentir desamparados, desrespeitados e inseguros (MERHY, 1998; SILVA JÚNIOR et al., 2010). Dessa forma, o vínculo se torna um instrumento de

humanização das práticas de saúde a partir da relação de troca e confiança que se estabelece entre os sujeitos em questão.

Abaixo, C5 descreve uma estratégia utilizada para estreitar a relação entre os usuários e o centro de saúde:

A gente sempre faz um encerramento no final do ano, uma confraternização entre eles, [...] um evento aqui pra eles, voltado pro paciente diabético [...], o que a gente tem procurado fazer aqui é atender os pacientes integralmente, né? (C5)

Ao valorizar a realização de eventos e encontros alternativos para atender integralmente os usuários, a percepção de C5 está de acordo com a compreensão de que os trabalhadores e estabelecimentos de saúde precisam proporcionar espaços de trocas que fortaleçam as relações entre a população e o setor. Os eventos de socialização podem viabilizar a construção de redes entre os próprios portadores e entre estes e o serviço, indo ao encontro de uma das dimensões da atenção integral. No entanto, é necessário que haja intencionalidades, por parte da equipe, para que esses encontros também constituam espaços terapêuticos, não voltados para a doença, mas para o apoio psicológico e social, para a produção de confiança, autoestima e co-responsabilização (MERHY, 1998; SILVA JÚNIOR et al., 2010).

Segundo Silva Júnior (2010), os espaços relacionais e as vivências alternativas que proporcionam espaços afetivos são pouco explorados pelas equipes de saúde. Essa realidade, para Merhy (1998), reflete as limitações do modelo assistencial que desprivilegia o uso de tecnologias leves como forma de intervenção, as quais são capazes de promover acolhimento, responsabilizações e vínculos. Em adição, a formação e capacitação dos profissionais de saúde dá ênfase na aquisição de conhecimentos sobre doenças e agravos e carece de formação no campo das relações profissional-usuário.

Abaixo, quando questionado sobre as atividades que devem ocorrer para uma atenção integral, o coordenador descreve a relação afetiva entre os portadores de DM e a equipe do programa. O relato evidencia a percepção de que a boa-relação é indicativa de bom desempenho do programa e está associada à integralidade da atenção:

Qualquer alteração eles já vêm [...] qualquer dúvida "Eu vou viajar e lá a comida é diferente, porque lá eu só como cuzcuz, que tanto que eu posso comer?" E a gente entra naquela parte "Leva, faz suas compras de mercado aqui, leva um biscoito integral, leva o seu adoçante." [...] Então eles têm essa acessibilidade maior [...] eu posso dizer que entre o paciente diabético e os profissionais que os atendem existe um vínculo assim, de carinho, de amizade [...] uma relação mais de carinho mesmo. (C5)

O exemplo oferecido pelo coordenador demonstra como o vínculo afetivo propicia o intercâmbio de informações que favorecem maior integralidade nas intervenções realizadas. De um lado, o usuário compartilha as necessidades de seu cotidiano de vida enquanto, do outro, os profissionais elaboram soluções adequadas ao contexto das demandas que se apresentam, estabelecendo uma relação de confiança e responsabilização. Dessa maneira, o vínculo se torna mais do que a adscrição ao serviço ou, no caso do PECD, a inscrição formal ao programa, antes, significa “uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: um encontro de subjetividades.” (CECÍLIO, 2009, p.119)

A literatura científica sinaliza que a boa relação usuário/profissional e usuário/serviço interfere positivamente no sucesso do tratamento, sendo identificada como potente indicador da qualidade da atenção (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; PINHEIRO, 2009). Quando o profissional demonstra interesse por questões subjetivas, de ordem pessoal, emocional e social, abre caminho para uma relação dialógica, na qual o sujeito pode vir a compartilhar aspectos de vida pertinentes ao processo terapêutico. Isso, por sua vez, permite ao profissional intervir com maior integralidade sobre as necessidades do usuário (SILVA JÚNIOR et al., 2010).

É ouvir o paciente e ajudá-lo a encontrar alternativas viáveis pra vida dele. Porque não adianta você botar bonito no papel e falar "Faça". O paciente olha aquilo e ele fala assim "Eu não dou conta." E ao falar "Eu não dou conta" ele se culpa, ele se acha uma porcaria porque não dá conta. Então faz parte de um atendimento adequado você ajudar o paciente, pensar junto com ele, tem que escutar! Ouvir, ouvir, ouvir, ouvir e tentar achar junto com ele como é que ele pode conciliar o resto da vida dele com o diabetes. Acho que seria mais por aí. (C4)

A opinião expressa por C4 contempla o princípio da integralidade uma vez que não atribui um papel passivo ao portador do DM, mas pressupõe um “agir

cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva do usuário.” (SILVA JÚNIOR et al., 2010, p.124). No relato, é possível observar que o coordenador reconhece o usuário como sujeito, portador de uma subjetividade. Isso por sua vez leva a uma ressignificação do papel do profissional na atenção, já que o DM é compreendido como mais um aspecto da vida do usuário – não o principal. A partir dessa compreensão, as experiências, as preferências, as dificuldades do sujeito se tornam centrais no momento da assistência e cabe ao profissional ouvir e pensar em conjunto com o usuário as alternativas mais adequadas a seu contexto.

Buscar apreender as necessidades do sujeito implica, necessariamente, em individualizar as alternativas da terapêutica. A fala de C4 expõe dificuldades que podem ser encontradas pelo usuário na adesão ao tratamento e explicita a capacidade do coordenador de enxergar o processo na perspectiva “do outro”. Esse resultado é coerente com o pressuposto de que as necessidades de saúde só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual, visto que social e historicamente construídas (CECÍLIO, 2009). A racionalidade predominante entre profissionais de saúde tem se concentrado na resolução pragmática de problemas e não na produção de novos contextos e na problematização dos casos individuais (OLIVEIRA, 2010b). Nesse sentido, o relato de C4 chama atenção para a necessidade de que os trabalhadores de saúde desenvolvam competências para trabalhar *com*, e não apenas *para*, o usuário encontrando, junto a este, caminhos e soluções.

O trecho abaixo mostra que, para C2, a construção de vínculos de confiança demanda uma boa relação entre profissional e usuário:

Tem que ser uma abordagem mais ampla, não é olhar simplesmente a glicemia, você tem que educar, tem que conversar sobre um calçado, você tem que examinar o paciente por completo, tem que ver como que é a alimentação na casa dele, o quê que ele pode comprar o quê não pode, orientação de atividade física, de uma série de coisas... isso exige um relacionamento médico paciente bom, a ponto do paciente poder confiar nesse profissional que tá falando, e ao mesmo tempo o médico tem que estar capacitado pra enxergar todas essas demandas que o diabético, que ele tem que ter mesmo.
(C2)

O relato leva a entender que, para o coordenador, a confiança se associa a maiores chances de que o usuário observe as recomendações. A literatura confirma

essa percepção, demonstrando que a postura assumida pelo profissional em sua relação com o usuário influencia diretamente a credibilidade e adesão ao tratamento (CAPRARA; FRANCO, 1999; MACIEL-LIMA, 2004; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Quando comparada à C4, foi possível observar que a visão de C2 enfatiza aspectos objetivos do tratamento em detrimento dos subjetivos. O coordenador reconhece que a atenção integral exige uma abordagem ampla, que envolva o paciente por completo e expressa preocupação com as condições de vida do usuário. Tal abordagem é descrita como “além da glicemia”, envolvendo fatores como alimentação, atividade física e calçados adequados. O relato não menciona aspectos subjetivos, relacionados ao modo de ser e viver do sujeito. Ao que parece, o que o coordenador considera como “demandas que o diabético tem que ter” consiste em demandas da doença, não do sujeito.

Esse resultado parece estar de acordo com outros estudos que observaram que, apesar de reconhecerem os determinantes sociais como elementos fundamentais à compreensão do processo saúde-doença, profissionais médicos continuam centrando suas práticas na doença e não no sujeito e seus modos de andar a vida (CAMARGO JÚNIOR, 1998; PINHEIRO, 2009).

Para Silva Júnior et al. (2010), profissionais de saúde, em geral, têm dificuldade em lidar com sofrimentos, preferindo lidar com doenças. Isso faz com que os encontros assistenciais se reproduzam conforme a racionalidade da biomedicina, na qual a experiência pessoal com a dor não integra a relação que se estabelece entre profissional e usuário (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Nesse sentido, quando o profissional só consegue perceber demandas relacionadas à doença e não à vida do sujeito, acaba por centrar a intervenção em recomendações padronizadas para a enfermidade e fatores de risco relacionados. Essa perda da dimensão do outro, muitas vezes, culmina na transmissão de informações que se baseiam na visão de mundo – e doença – do profissional, descontextualizada da vida do usuário (BONET, 2010).

O trecho a seguir mostra como a compreensão de que os determinantes sociais influenciam o processo de adoecimento não pressupõe uma relação dialógica por parte do profissional:

Tem que ter essa integração da própria vida do paciente [...] saber das condições [...] tem que saber como que é a vida da pessoa no dia a dia, e isso o especialista nunca vai ter condições, mas os agentes de saúde, os PSF têm muito mais condições de ver a vida da pessoa, né? (C12)

O relato de C12 mostra que o coordenador reconhece a importância de se conhecer as condições de vida do usuário, contudo sua visão limita essa tarefa aos profissionais da ESF. A afirmação de que o especialista não possui condições de saber “como é a vida da pessoa”, revela a desvalorização da escuta e do diálogo como parte do processo terapêutico. Esse resultado corrobora o exposto por Cecílio (2009):

Temos desconsiderado que há espaço para (e necessidade de) escuta das necessidades singulares de saúde das pessoas e a criação de novas estratégias de qualificação e defesa da vida dos usuários, mesmo naqueles serviços pelos quais estão apenas de “passagem”, para consumo de um atendimento especializado. (CECÍLIO, 2009, p.122)

O relato de C12 reflete a integralidade reduzida a uma parte do serviço, no caso a ESF. Essa percepção errônea também é, muitas vezes, acompanhada do entendimento de que o *locus* da integralidade é a atenção primária. Na realidade, a atenção integral é resultado do esforço de trabalhadores e equipe, da articulação dos serviços e da organização da gestão do trabalho (PINHEIRO; MATTOS, 2010). Portanto, não se concretiza em um serviço, mas deve ser objetivo de rede (CECÍLIO, 2009).

O trecho da entrevista de C12 levanta novamente a questão da natureza da relação que se estabelece entre profissional e usuário. A consulta médica ou por outro profissional, ainda que muito especializada, não pode deixar de “ouvir” as necessidades que vão além da demanda “referenciada”. Segundo Cecílio (2009), a intervenção do especialista não possui eficácia plena se este ignora o modo de vida do sujeito, seu grau de autonomia, sua interpretação da doença, seu vínculo com outra equipe de saúde, entre outros fatores.

A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de trata-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população. (SILVA JÚNIOR, 2010, p.124.)

Logo, este ainda permanece como um dos principais problemas enfrentados pelos serviços. A formação profissional ainda é centrada na doença, no conhecimento e na objetividade e não são desenvolvidas competências relacionais. Estudos indicam que principalmente entre a classe médica, não se valoriza a escuta e as experiências do sujeito como recurso terapêutico e, frequentemente, o investimento na relação profissional-usuário depende da sensibilidade e perfil pessoal do profissional de saúde (CAMARGO JÚNIOR, 1998; PINHEIRO, 2009).

O atendimento humanizado do usuário foi reconhecido por cinco coordenadores como parte da atenção integral ao DM. Os resultados encontrados sugerem que, entre os coordenadores, as relações de vínculo e confiança são percebidas como importantes para a atenção integral. Contudo, há de se questionar a extensão em que se busca apreender as necessidades dos usuários que buscam assistência no programa. É necessário que as condições e modos de vida sejam sempre considerados de modo que as necessidades do sujeito, não da doença, orientem as intervenções propostas. Em adição, é essencial que seja consenso entre os trabalhadores de saúde, especialmente, entre coordenadores de programa, que a garantia de integralidade na atenção se faz com o engajamento de todos os atores envolvidos no SUS, em todos os níveis de atenção do sistema.

6.2.4 – Atividades educativas:

Práticas de educação em DM para a integralidade da atenção ao portador foram referidas por 10 coordenadores, constituindo uma das subcategorias mais expressivas do estudo. Essa subcategoria se refere a práticas educativas em grupos ou no contato individual com o profissional de saúde:

A reunião, a conversa durante a consulta... se você explicar o que ele tem e porquê que ele tá tomando remédio, porque que ele tá fazendo o tratamento [...] Você tem que educar. É muito importante. (C9)

Educação pra diabetes ela é essencial, tá? [...] Então o tratamento do diabetes ele começa por aí, pela parte da educação [...] Se houver esse trabalho de conscientização... a parte clínica ela já passa a ser mais secundária, entendeu? (C10)

Os resultados mostram que os coordenadores reconhecem a importância das atividades educativas na organização de uma atenção integral. Isto é coerente com o preconizado pelo Ministério da Saúde para a atenção ao DM no SUS, que prevê, da parte dos profissionais, a realização de atividades de educação para maior efetividade das ações e intervenções propostas (BRASIL, 2006b).

A educação em DM é reconhecida pela literatura como elemento essencial para o cuidado aos portadores e necessária para um bom prognóstico da doença (FUNNEL et al., 2009; ADA, 2012). A falta de educação em DM está associada a hospitalizações evitáveis e desenvolvimento de complicações (GELLER; BUTLER, 1981; ROSA et al., 2007). Ao afirmar que com um trabalho de conscientização a assistência clínica ao DM se torna secundária, a fala de C10 se remete à importância do uso de tecnologias leves e resolutivas na atenção básica para o manejo adequado da doença e prevenção de suas complicações. Os estudos de Norris et al. (2002), Torres et al. (2003), Silva et al. (2006) e Torres et al. (2009) reportam a efetividade de estratégias educativas para a atenção ao DM, corroborando a percepção de C10.

Por outro lado, faz-se necessário um pensar crítico e reflexivo acerca das características e adequação das atividades educacionais existentes no programa. É imprescindível que o sistema de saúde utilize o princípio da integralidade como eixo norteador de suas ações de educação, de modo que estas sejam, de fato, planejadas e centradas nos sujeitos, subjetividades e contextos (MACHADO et al., 2007).

Nos relatos a seguir foi possível observar a ênfase dada pelos coordenadores aos temas e conteúdos abordados nas palestras e grupos educativos:

Palestras de orientação, de reunião [...] de educação, do que é o diabetes [...] alimentação saudável, atividade física, uso correto dos medicamentos, uso correto de calçados, de higiene pessoal, frequência de ida ao médico, automonitorização da glicemia [...] a gente reúne, explica e tem vários temas, tem o mês do olho, o mês do rim, o mês do pé, então cada mês é uma abordagem diferente... o mês do coração, cada vez a gente aborda um tema e depois começa

no outro ano tudo de novo, você vê de novo a mesma orientação. (C2)

A questão educativa, que envolve toda a educação da doença, da atividade física, da higiene, dos cuidados. (C3)

A gente tem as reuniões educativas que acontecem semanalmente [...] sobre alimentação, sobre cuidados com medicação, questão da hora da tomada da medicação, a questão da insulina [...] a questão deles estarem anotando o valor da glicemia, de estarem trazendo pro médico também [...] então são realmente reuniões educativas pro paciente. (C5)

Existem programas de educação pro diabético especificamente [...] a gente faz reuniões com temas [...] primeiro você faz uma explanação teórica geral [...] você vai começar a educar, dar o conceito básico, que eles precisam dos conceitos básicos em relação ao diabetes, em relação à alimentação, atividade física, uso de medicação... (C13)

As falas apresentadas pelos coordenadores enfocam os conceitos sobre DM, seu manejo, complicações e fatores de risco como conteúdo principal das atividades educativas. Tais conteúdos estão de acordo com os temas pertinentes à educação em DM (MULCAHY et al., 2003; FUNNEL et al., 2009). Por outro lado, os relatos se concentram nos assuntos a serem discutidos nos encontros, sem referência a como as atividades são ou devem ser organizadas. Isso pode indicar que as práticas realizadas visam à transmissão de conhecimentos pré-definidos, sem adaptação às necessidades da população. Nesse sentido, apesar de reconhecida a importância da educação em DM, é preciso ponderar que a mesma pode se traduzir em uma prática considerada tradicional, centrada na doença, ou em uma prática mais dialógica, centrada nas necessidades do sujeito (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001; ALVES, 2005).

O modelo biologicista respalda práticas de educação orientadas à mudança de atitudes e comportamentos individuais, com ênfase na doença, suas complicações e fatores de risco. Na abordagem tradicional, o profissional detém o conhecimento técnico-científico e deve transmiti-lo ao usuário, carente dos saberes de saúde. A relação que se estabelece é assimétrica e vertical, na qual o profissional pressupõe que a aquisição do conhecimento conduzirá o usuário à adoção de novos comportamentos. Deste modo, as estratégias educativas adquirem caráter informativo e/ou normativo sobre o que deve ser feito para manutenção da saúde (ALVES, 2005; GAZZINELI et al., 2005; MEYER et al., 2006).

Na abordagem dialógica, o usuário é reconhecido como portador de um saber que embora distinto do conhecimento técnico-científico, é legitimado pelo profissional de saúde (AYRES, 2001). O diálogo é o instrumento principal da prática educativa e a relação entre profissionais e usuários se dá de forma horizontal. O objetivo das estratégias educativas não é o de informar, mas transformar os saberes existentes com vistas à autonomia dos sujeitos, não pela imposição de normas e recomendações científicas, mas pela construção conjunta da compreensão sobre o processo saúde-doença (ALVES, 2005; CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

A fala de C2 explicita a determinação de temas mensais a serem abordados e a repetição anual da programação educativa. Uma crítica a ser feita nesse sentido, é de que é necessário que os usuários sejam envolvidos no planejamento das atividades, não encarados como receptores passivos de informações, mas protagonistas na construção conjunta do conhecimento (ALVES, 2005). Tradicionalmente, a educação em saúde e em DM privilegia palestras e exposições de conteúdo como suas técnicas principais, as quais não são capazes de contemplar as especificidades dos indivíduos e grupos aos quais se dirigem (ALVES; AERTS, 2011). Além disso, o despreparo técnico dos profissionais para detectar as falhas nas atividades propostas, pode leva-los a responsabilizar o indivíduo – não a intervenção – pela falta de efetividade da mesma. Nesse sentido, os relatos de C6 e C10 expressam uma interessante contradição:

É importante que o paciente conheça sua doença, porque ele vai conviver com ela o resto da vida, então é importante que ele saiba as complicações [...] aí nós temos uma palestra [...] palestra na qual a gente explica [...] "O que é diabetes?", "Por que é que eu tenho que tomar isso?" "Quais são os sintomas?" [...] aí a partir da primeira palestra ele já é marcado pras consultas normais. E quando a gente vê que ele tá muito rebelde, a diabetes tá mal controlada e tal, a gente marca de novo a palestra pra ele. (C6)

Bato na tecla na parte da educação porque, às vezes, ele não entende, faltou orientação [...] muitas vezes o paciente faz errado, eu acho que não é muitas vezes, na maioria das vezes porque ele não recebeu uma orientação adequada. A criança ela quer saber o porquê, não é isso? Quando você fala assim, "Não faça isso!" "Por quê?" O adulto também ele só tem vergonha de perguntar "Por quê?" (C10)

O relato de C6 demonstra a importância dada pelo coordenador à transmissão de conhecimento ao usuário sobre a doença e a culpabilização do mesmo pela falta de adesão às prescrições. A percepção de que a “rebeldia” do sujeito deve ser corrigida pelo comparecimento – novamente - à palestra, evidencia a ausência de criticidade a respeito dos reais motivos pelos quais o usuário não tem conseguido conviver bem com sua condição. A efetividade da ação educativa e da atenção como um todo não é questionada e o sujeito é responsável pela falta de sucesso do tratamento. É possível observar a ausência de uma visão holística do indivíduo e do porquê de suas escolhas.

Enquanto a fala de C6 explicita uma concepção reducionista que relaciona diretamente a aquisição de conhecimento à adoção de novos hábitos, o relato de C10 também apresenta uma relação entre “saber” e “fazer certo”, porém, expõe a necessidade de adequar a orientação ao sujeito – não o contrário – de forma que esta possua sentido para o mesmo. Isso se aproxima de uma concepção dialógica, apontando a necessidade de se avaliar as práticas adotadas e sua adequação para o usuário a quem se dirige.

Segundo Alves (2005), o modelo tradicional e dialógico de educação em saúde constituem dois extremos, de modo que modelos intermediários podem ser identificados nas práticas educativas que ocorrem nos serviços. Assim sendo, a aproximação das atividades educacionais com o modelo dialógico expressa maior assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde.

No trecho abaixo, C13 expressa compreender a participação do usuário como uma das preocupações na organização da atividade educativa, tendo o conteúdo, ou informação teórica, um papel secundário:

[...] reuniões abertas com informação teórica menor possível, a gente tenta deixar um espaço maior pra que eles se coloquem [...] a gente tenta fazer com que ele assuma o cuidado com a sua vida porque se ele não se cuidar, nós não vamos estar lá na casa dele pra cuidar dele. [...] Numa forma geral o que a gente vê é que a gente tem que fazer essa educação. (C13)

O coordenador explicita que a educação deve servir para que o sujeito desenvolva autonomia e seja capaz de conduzir sua vida de forma apropriada, sem dependência do serviço de saúde. Essa percepção é coerente com o que se espera da prática educativa pela ótica da integralidade, na medida em que possibilita que as

informações de saúde sejam discutidas com os indivíduos para, a partir da identificação de seus problemas e necessidades, formular as possíveis opções para uma vida mais saudável (ALVES; AERTS, 2011).

A fala de C4 também centraliza o foco das ações no usuário e define três dimensões para a educação em DM:

Educação você tem que trabalhar com aceitação da doença [...] porque se não aceitar, a pessoa já não vai fazer o tratamento, não vai aderir a uma série de questões necessárias. A segunda coisa é treinamento de habilidades porque é um tratamento complexo, difícil de ser feito até pra quem é pós-graduado, no entanto, um monte de gente não alfabetizada faz direitinho porque se dispõe a aprender a fazer. [...] e depois a terceira vertente da educação é OUVIR o paciente e ajudá-lo a encontrar alternativas viáveis pra vida dele. Isso é educação. (C4)

O trecho acima apresenta uma visão mais holística do usuário no contexto da educação em DM. O coordenador reconhece a influência da experiência individual com a doença na aceitação da mesma, a necessidade de que o portador desenvolva habilidades para manejá-la e a importância de que as decisões a respeito do tratamento sejam tomadas em conjunto. É interessante notar que o relato de C4 se refere a elementos que devem fazer parte da prática educativa tanto individual quanto coletiva, não se limitando a atividades em grupo. Também cabe destacar que mesmo admitindo a complexidade do tratamento do DM, C4 não enfatiza os conteúdos a serem trabalhados, pois o discurso está focalizado nas necessidades do sujeito.

Os resultados encontrados evidenciam a heterogeneidade da visão dos coordenadores a respeito da educação para atenção integral. Conforme observado nos relatos, percepções que valorizam o caráter participativo e emancipatório das práticas educativas convivem com aquelas centradas nos conteúdos e conhecimentos técnico-científicos.

As ações educativas constituem parte importante do cuidado às DCNT e, especificamente, ao DM (DULLIUS, 2007; MALTA; MERHY, 2010), logo, é essencial que os trabalhadores de saúde e, em particular, coordenadores de programas voltados para essas condições, como o PECD/DF, aprendam a atuar na perspectiva de uma “educação humanizadora, crítica e reflexiva voltada para a formação do homem integral e autônomo.” (ALVES; AERTS, 2011, p.322). A efetividade das

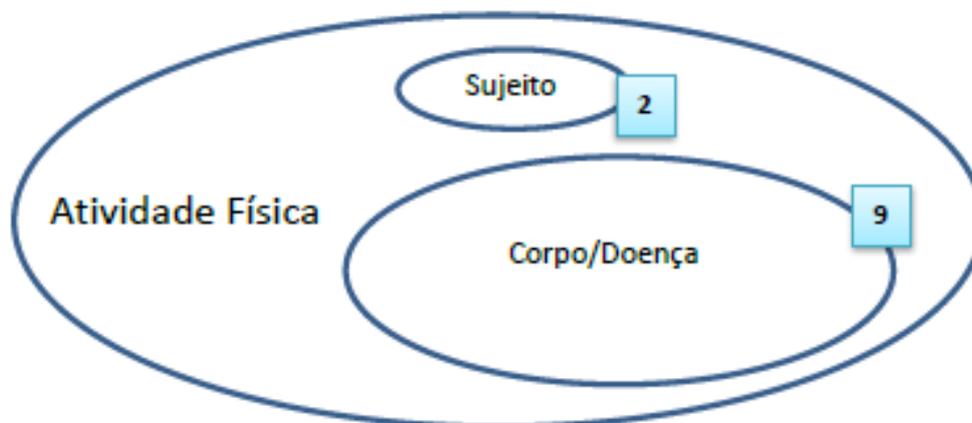
ações educacionais é comprometida pelo despreparo técnico das equipes para planejar intervenções adequadas. Assim, tanto coordenadores como equipe de saúde não podem perder de vista que os modos de vida são orientados por crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença, e, portanto, os determinantes psicossociais e culturais do comportamento devem ser considerados nas práticas de educação em saúde (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999; ALVES, 2005).

A identificação de fatores que comprometem a educação em DM é necessária na busca pela integralidade do cuidado. A dificuldade de compreender a linguagem e concepção de mundo dos portadores; o despreparo técnico para atividades de cunho educativo; a falta de crédito na capacidade de mudança do usuário são algumas das barreiras encontradas pelos profissionais de saúde no trabalho educacional com portadores (JANSINK et al., 2010; TORRES et al., 2010; NAM et al., 2011; ALVES; AERTS, 2011). No presente estudo, os resultados sugerem certa hegemonia do modelo tradicional de educação em saúde na concepção apresentada pelos coordenadores. Esse dado é relevante, visto que pode significar que as práticas educativas predominantes no programa podem estar ocorrendo não orientadas à integralidade da atenção.

6.3 – ATIVIDADE FÍSICA:

Essa categoria corresponde às percepções dos coordenadores sobre o papel da atividade física/práticas corporais na atenção aos portadores de DM. De modo geral, foi possível observar que a atividade física/práticas corporais é percebida como parte importante do tratamento e prevenção da doença. A análise de conteúdo identificou dois núcleos de sentido referentes ao papel ou função atribuída à mesma, os quais deram origem a duas subcategorias (Figura 7).

Figura 7: Expressão das subcategorias da categoria Atividade Física de acordo com o número de coordenadores que a relataram:



A subcategoria “**Atividade física para a doença/corpo**” apresentou o maior número de relatos, incluindo nove coordenadores. Os núcleos de sentido identificados associam a atividade física/práticas corporais ao controle do DM, suas comorbidades e fatores de risco, com ênfase em seus efeitos fisiológicos sobre a doença e o corpo.

A subcategoria “**Atividade física para o sujeito**” apresentou relatos de apenas dois coordenadores. As falas englobam aspectos psicossociais das práticas físicas, seu uso para promover o convívio e suporte social entre os usuários.

Os resultados encontrados são coerentes com a literatura, refletindo a valorização dos efeitos biológicos da atividade física/práticas corporais em detrimento de abordagens centradas nos indivíduos e coletividades (FREITAS, 2003; COUTINHO, 2011). Os relatos demonstram o predomínio da racionalidade biomédica nas formas de pensar o papel das atividades físicas/práticas corporais para o usuário, sendo possível observar a centralidade das falas na prevenção, controle da doença e suas complicações.

A discussão de cada subcategoria é apresentada a seguir.

6.3.1 - Atividade Física para a doença/corpo:

A frequência de relatos referentes à atividade física/práticas corporais como instrumento para melhora de componentes biológicos foi expressiva, estando presente na fala de 9 coordenadores. As percepções se concentram principalmente

no efeito das atividades em parâmetros de controle glicêmico, e incluem outros componentes relacionados ao DM como controle pressórico e da obesidade:

Eu vejo assim, que a atividade física pra eles assim, é essencial, é essencial [...] Pelo controle da glicemia. (C5)

No sentido de gastar energia, né? [...] Melhora demais os níveis de controle da glicose. (C7)

Ele consegue manter a glicose em níveis normais só com atividade física e alimentação. (C10)

Também foi observada a preocupação dos coordenadores com a conscientização do portador acerca da importância da atividade física/práticas corporais e sua incorporação como parte do tratamento:

A gente esclarece muito nas nossas palestras a importância da atividade física, mesmo ele não entendendo bem a parte fisiológica, mas ele sabe que quando você caminha muito a glicose cai mais, melhora mais, precisa de menos insulina, de menos comprimido e melhora também o porte físico, a pressão, a obesidade. (C6)

Os efeitos benéficos do exercício na prevenção e controle do DM estão bem estabelecidos na literatura científica. A prática regular de atividade física/práticas corporais está associada a melhor controle glicêmico (SNOWLING; HOPKINS, 2006), controle da obesidade (JEFFERY et al., 2003), pressão arterial (FAGARD; CORNELISSEN, 2007) e perfil lipídico (KELLEY et al., 2005). A ampla divulgação destas evidências entre profissionais de saúde pode justificar os resultados encontrados, consolidando a inserção da atividade física como parte do tratamento, porém ainda alicerçada nas bases biomédicas da formação profissional.

Em adição, é interessante observar que apesar da valorização dos efeitos fisiológicos da atividade física/práticas corporais, os relatos nem sequer fazem menção a efeitos fisiológicos relacionados à melhora do bem estar e reduções de dor, provocados pela ação da serotonina e endorfina, o que sugere uma centralidade do tratamento na doença *per se*.

Há escassez de estudos que buscaram identificar a percepção de profissionais de saúde a respeito das práticas físicas na atenção ao DM. Contudo, recomendações e aconselhamento sobre atividade física/práticas corporais costumam compor as práticas de atenção a portadores e indivíduos ou grupos em

risco de adoecer (EDEN et al., 2002; SBD, 2007; SIQUEIRA et al., 2009; ADA, 2012).

No trabalho de Jansink et al. (2010), profissionais de enfermagem reportaram lacunas de conhecimento sobre atividade física/práticas corporais para DM e, conseqüentemente, dificuldades na condução das práticas de aconselhamento e educação para mudanças no estilo de vida. Os estudos de Guimarães e Takayanagui (2002), Ribera et al. (2005) e Souza e Garnelo (2008) também revelaram recomendações inadequadas de atividade física/práticas corporais por parte de profissionais de saúde no atendimento a usuários do SUS.

Tais evidências, juntamente com os resultados do presente trabalho, permitem inferir que, nos serviços de saúde, uma parcela significativa das recomendações sobre atividade física/práticas corporais é feita sem aprofundamento do conhecimento sobre o assunto. Possivelmente, a associação simplista da atividade física/práticas corporais a efeitos benéficos sobre o corpo/doença segue a mesma lógica reducionista e epidemiológica que associa atividade física à saúde, sem maiores reflexões.

A compreensão acrítica de que o tratamento do DM deve incluir atividades físicas/práticas corporais tende a reforçar a falsa premissa de que a solução para o problema das DCNT se encontra, simplesmente, na alimentação adequada, atividade física e outros comportamentos “saudáveis”. Visto que as percepções que um indivíduo ou grupo detém acerca de determinado assunto influencia diretamente as propostas e práticas que são desenvolvidas, a presença desta visão entre coordenadores de programas pode contribuir para equívocos no pensar, falar e agir sobre a doença, dificultando a intervenção efetiva de instituições e serviços sobre a saúde das populações (CARVALHO, 2006; FERREIRA et al., 2011).

Os profissionais de saúde são mediadores das influências que a população recebe dos meios em que vivem, as quais definem também a percepção da mesma a respeito do papel da atividade física/práticas corporais na manutenção da saúde. Nos relatos apresentados, observa-se que os coordenadores utilizam os conhecimentos sobre efeitos fisiológicos como principal argumento nas atividades de aconselhamento e educação para promoção de atividade física/práticas corporais.

Cada dia mais tão mostrando que atividade física, você tem um controle glicêmico maior, melhor. [...] Porque você diminui o peso,

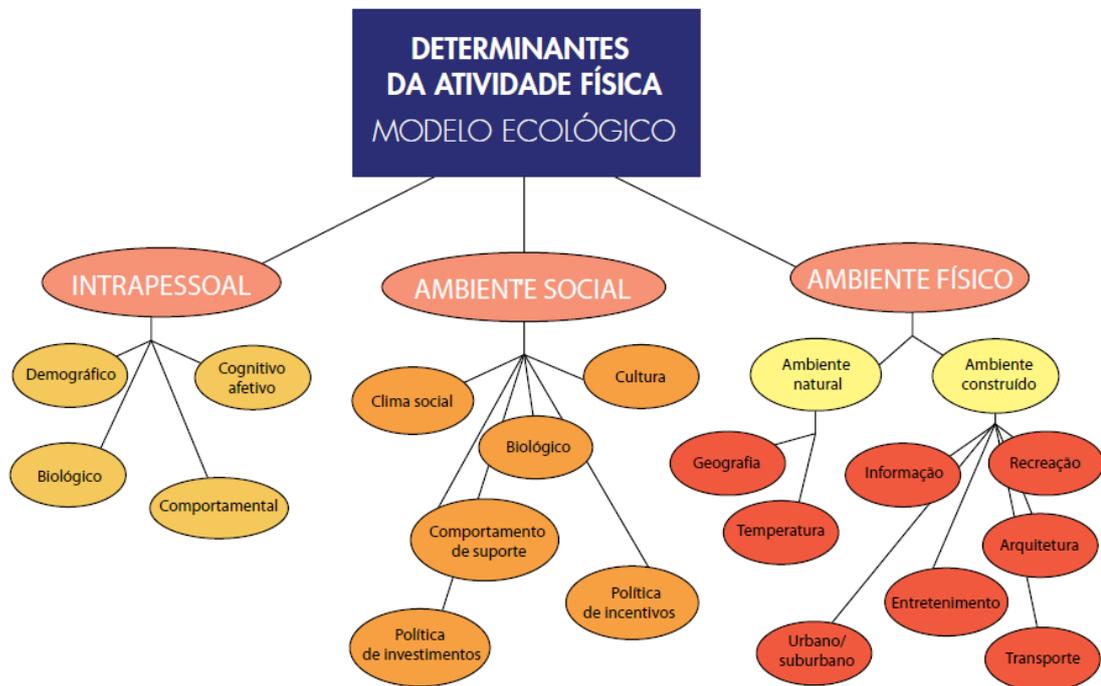
“você diminui gordura abdominal, diminui resistência à insulina. Então você mostra isso pra ele, né? E ele começa a verificar o resultado mesmo. (C8)

Ele sabe que é bom o exercício? É bom o exercício... mas ele não sabe que aquilo é o tripé realmente importante. Se o paciente ele começa logo no início acabou, ele fica controlado bem mais rápido que os outros. (C11)

Os relatos sugerem certa racionalidade de que as informações transmitidas pelo profissional de saúde devem levar a mudanças comportamentais por parte do usuário. Aparentemente, para C8 e C11, a falta de adesão à atividade física/práticas corporais resulta da ignorância ou pouco conhecimento da população acerca dos efeitos do exercício na sua condição de saúde, seus benefícios no tratamento do DM e suas complicações.

É importante notar que o uso desse tipo de evidência como estímulo ou modo de “convencimento” para a prática ignora o significado da atividade física/práticas corporais como forma de expressão de necessidades, interesses e desejos e reforça sua medicalização (CARVALHO; FREITAS, 2006). Além disso, não se pode ignorar que a adoção de hábitos considerados saudáveis não é meramente uma questão de escolha individual. Recomendar atividade física como forma de controle do DM não faz sentido, por exemplo, para um sujeito com jornada excessiva de trabalho ou que mal consegue realizar três refeições por dia. Os determinantes da prática de atividade física/práticas corporais são diversos e incluem fatores intrapessoais, de ambiente social e ambiente físico (Figura 8):

Figura 8: Modelo ecológico dos determinantes da atividade física



Adaptado de: Matsudo et al., 2006.

Apesar da ampla divulgação nos veículos midiáticos e instituições, um percentual significativo da população permanece inativa ou insuficientemente ativa (NOGUEIRA; PALMA, 2003; DUMITH, 2009; FERREIRA et al., 2011). A promoção da atividade física tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento constitui um dos atuais desafios dos governos e organizações de saúde e a baixa adesão ao tratamento não farmacológico constitui um dos principais problemas enfrentados pelos profissionais de saúde no manejo do DM2 (THOMAS et al., 2004; VERMEIRE et al., 2005; PRAET e VAN LOON, 2008).

Nesse contexto, é interessante notar que o conhecimento sobre fatores de risco para DCNT vem aumentando em diferentes estratos da população (BORGES et al., 2009). O trabalho de Knuth et al. (2007) investigou o conhecimento sobre atividade física para prevenção e tratamento do DM e hipertensão arterial. Dentre os 972 entrevistados, 53,8% possuíam conhecimento sobre o papel da atividade física para prevenção e 63,1% para o tratamento do DM. Em contrapartida, as evidências revelam que apenas 19% a 30% dos portadores de DM aderem às prescrições de

exercícios, apresentando menor adesão a atividades físicas do que indivíduos em geral (LUFTEY; WISHNER, 1999; HAYS; CLARCK, 1999; ZHAO et al, 2008).

Para se discutir e promover atividade física é preciso uma maior aproximação do campo da saúde com os saberes das ciências humanas e sociais, de modo que o indivíduo se torne o centro das ações. A concepção hegemônica de atividade física/práticas corporais para a saúde ou controle de doença culmina em abordagens comportamentais, baseadas na transmissão de argumentos científicos e, em muitos casos, na responsabilização do sujeito pela falta de adesão aos “bons hábitos” de saúde (CARVALHO, 2001).

Nesse sentido, compete aos trabalhadores de saúde, incluindo os profissionais de educação física, considerar a multicausalidade dos fatores que acarretam no sedentarismo. É fundamental a compreensão da atividade física/práticas corporais para além de seus efeitos fisiológicos, a valorização de seus significados e de seu caráter social e cultural para construção de novas práticas pedagógicas na assistência individual ou coletiva. A partir desta renovação de conceitos e valores, a questão da adesão pode ser problematizada com maior potencial de se encontrar soluções reais para o portador de DM (CARVALHO, 2001; CARVALHO, 2006).

Os resultados encontrados indicam que os coordenadores valorizam, predominantemente, a atividade física/práticas corporais em função de seus efeitos no controle do DM. Entretanto, é importante refletir que apesar de seu caráter curativo ou reabilitador, a inserção da atividade física/práticas corporais no contexto do SUS, com vistas à integralidade e promoção da saúde, deve ser pensada para além do paradigma biológico. Para uma atenção integral e promotora de saúde, é essencial que a atividade física/práticas corporais não esteja centrada na doença, mas que valorize os diferentes modos de viver dos usuários, seu ambiente físico, social, político, econômico e cultural, favorecendo a capacitação e participação dos indivíduos e comunidades.

A seguir, na subcategoria “**Atividade Física para o sujeito**” o papel das atividades físicas/práticas corporais é discutido com base em novos olhares, para além da perspectiva da doença/corpo.

6.3.2 - Atividade física para o sujeito:

Nessa subcategoria foram incluídos os núcleos de sentido que compreendiam a atividade física/práticas corporais como estratégia de socialização, integração e apoio para portadores de DM. Apenas dois coordenadores mencionaram benefícios psicossociais relacionados ao tema atividade física. Possivelmente, a escassez de relatos não é fruto do desconhecimento desta dimensão das atividades físicas/práticas corporais por parte dos coordenadores, no entanto, sugere que a ênfase da atenção ao DM se concentra nos aspectos biológicos da doença.

A visão de C5 apresenta a atividade física/práticas corporais como instrumento de socialização e integração entre os portadores:

Entre eles tem toda uma socialização, geralmente quando termina eles "Fulano não veio hoje! Vou passar na porta da casa do Fulano e dar um puxão de orelha nele!" Ou então, as vezes, eles trazem alguém "Ô, hoje eu trouxe a Fulana, que é minha vizinha, que é parente e tal." Tem uma socialização entre eles. (C5)

Essa percepção concorda com as observações de Carvalho e Freitas (2006) de que os interesses de engajamento em grupos de atividade física/práticas corporais são voltados principalmente à convivência em grupo e à construção de vínculos. Warschauer e D'Urso (2009) também destacam que a formação de grupo foi fator fundamental para a adesão da população a um programa de atividade física desenvolvido na atenção básica.

O potencial de promover integração e socialização por meio de atividades físicas/práticas corporais justifica seu uso como estratégia para promoção de apoio social. Apesar de não haver consenso sobre sua definição, o apoio social requer a existência de relações sociais que correspondam a determinadas funções (como apoio emocional, material e afetivo), que afastem o indivíduo do foco de seu problema e envolvam condições como reciprocidade, acessibilidade e confiança. (WILLIAMS et al. 2004; PEDRO et al., 2008). Segundo Valla (1999), trata-se de um processo recíproco que resulta em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos para quem fornece e recebe o apoio, permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.

Sendo o DM uma condição de saúde que afeta diretamente a dimensão emocional e afetiva do portador, admite-se o apoio social como fator imprescindível para a qualidade de vida dos sujeitos (NUNES, 2005; RIBEIRO, 2010). Nesse sentido, o relato de C14 expressa a valorização do convívio com outros indivíduos em condições semelhantes:

É uma coisa que poderia ser mais... se investir mais nisso. Porque é uma coisa que vai fazer diferença. Você promove um convívio (...) encontrar outros pacientes na mesma condição ajuda muito. Ajuda muito. (C14)

A percepção de C14 converge com evidências de que grupos de convivência contribuem para um viver mais saudável e de qualidade, auxiliando na aceitação da doença, na superação de dificuldades e na incorporação dos cuidados no cotidiano. O compartilhamento de saberes com familiares e a participação destes nos grupos de atividades física/práticas corporais também são fatores que incentivam a participação dos usuários (RAFIQUE; SHAIKH, 2006; FRANCONI; SILVA, 2007).

As falas de C5 e C14 se referem ao sentido e não à função que a atividade física adquire no tratamento dos portadores. Essa preocupação com o significado que a participação na atividade possui para o sujeito se aproxima de uma concepção mais humanizada e integral da atividade física/práticas corporais. Carvalho (2001) adverte sobre a importância de se refletir sobre o que pensa e sente o indivíduo ao se engajar nas propostas de trabalho envolvendo esse tipo de atividade. Nesse sentido, recomenda um acolhimento que não se caracterize como “tratamento”, mas como espaço para conquistar autonomia e partilhar experiências (CARVALHO; FREITAS, 2006).

O caráter lúdico das atividades físicas/práticas corporais e sua associação com elementos ligados ao prazer e à qualidade de vida constituem um apelo atraente ao usuário, em contraposição aos outros componentes da terapêutica que o remetem ao estigma da doença (DULLIUS, 2007).

É uma forma deles estarem se socializando também, estar se integrando com outras pessoas, as vezes pessoas na mesma situação que eles, estarem saindo de casa, saindo um pouco da rotina, daquela questão assim de só medicamento, só medicamento, comida. (C5)

Analisando o relato de C5, é possível inferir que, nesse momento, o coordenador diferencia a atividade física/práticas corporais das prescrições de controle da doença - como o medicamento e a alimentação - e a contempla como atividade voltada para o sujeito. Tal visão vai de encontro à objetivação do sujeito, que o retira de sua humanidade ao apreciá-lo exclusivamente enquanto ser biológico (FREITAS et al., 2006). Este é um resultado importante, pois, olhar a atividade física/práticas corporais por um viés que não o biomédico a distancia do caráter de tratamento e a aproxima da noção de cuidado.

O cuidado nos encontros terapêuticos parte de uma perspectiva que busca relacionar ativamente o aspecto técnico e os aspectos humanos da atenção à saúde. Ocorre a partir de uma mudança de postura por parte do profissional, que passa a legitimar o usuário na sua humanidade e procurar o significado que aquele encontro específico possui (TEIXEIRA, 2010; SILVA JÚNIOR et al., 2010). Como coloca Ayres (2004, p.18) a respeito de uma experiência transformadora com uma paciente rotineira: “[...] uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. [...] Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali.”

Deste modo, pensar a atenção ao DM em termos do cuidado significa superar a falta de compromisso com o usuário e a centralidade nos procedimentos, produzindo um novo modo de agir sobre a saúde (MERHY, 2007). Esse novo modo de agir deve se atentar para a complexidade da vida, para os múltiplos fatores que determinam as ações humanas, para as diferenças entre sujeitos e coletividades, para as influências culturais que estes recebem e as condições de vida que possuem (FREITAS et al., 2006).

No que tange às atividades físicas/práticas corporais, é preciso explorar a natureza didático-pedagógica da relação usuário e profissional no sentido de que o último mobilize o primeiro a cuidar de si, não a seguir recomendações de exercício. Intervenções envolvendo atividades físicas/práticas corporais devem ser orientadas para o cuidado com o corpo, o conhecimento sobre suas potencialidades e limites, sua interação com o outro. Ao mesmo tempo, deve proporcionar aprendizagens mútuas, ressignificar valores, priorizar a solidariedade e a comunicação interpessoal, tendo em vista a integralidade da atenção em sua dimensão humanizadora das práticas de saúde (CARVALHO, 2006b; WARSCHAUER; D’URSO, 2009).

A inserção da atividade física no serviço público implica em deslocar o olhar da prática pela simples prática. Freitas (2003) observou que para usuários envolvidos com atividades físicas/práticas corporais, a saúde não se referia apenas ao bem-estar físico, mas ao sentir-se feliz, ao estabelecimento de novos vínculos e ao se sentir útil por ouvir e fazer-se ouvir. Portanto, uma saúde que não se relacionava aos efeitos diretos do exercício no corpo, mas às diferentes possibilidades criadas nos encontros para as práticas físicas.

Investigações sobre fatores que influenciam a adesão à programas de atividade física/práticas corporais revelam que os indivíduos são motivados, sobretudo, pela participação no grupo, pelo suporte social e encorajamento que recebem, pela supervisão profissional e pelo sentimento de responsabilização transmitido pela equipe ao portador (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; CASEY et al., 2010; KORAKIANGAS et al., 2011). Assim, esses elementos devem ser privilegiados no planejamento de intervenções para o usuário (COSTA et al., 2011).

Os presentes resultados indicam que, entre os coordenadores do programa, predomina uma visão biologicista acerca das atividades físicas/práticas corporais e seu papel na atenção ao DM. No entanto, também são identificados diferentes olhares sobre o tema, que se aproximam de uma visão integral do sujeito. Apesar de não haver a inserção formal de atividades físicas/práticas corporais conduzidas por profissionais de Educação Física ou de outras áreas, como parte das diretrizes do PECD/DF, o próximo capítulo discute a percepção dos coordenadores sobre a presença e a atuação do professor de educação física no serviço público de saúde.

6.4 - ATUAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA:

Essa categoria engloba as percepções dos coordenadores sobre as possibilidades de atuação do professor de Educação Física no serviço público de saúde. Os relatos incluíram a realização de aulas práticas e atividades de orientação teórica como as principais formas de atuação nos serviços.

Os relatos abaixo se referem às possibilidades de atuação do profissional em aulas práticas:

Eu acho que tem que ser aula prática mesmo [...] e nessas aulas práticas ele pode ir soltando as coisas, ele não precisa amarrar, pode ser que tenha um grupo que não tem tempo naquela hora, ele já pode orientar como é que faz uma caminhada, como é que faz um alongamento. (C3)

Professor de educação física não tem. Então isso seria uma coisa que poderia ser feita, né? Assim, do ponto de vista regional você ter um educador físico que fosse lá duas ou três vezes por semana, entendeu? "Olha, tal dia tem aula de ginástica." (C14)

Além do trabalho com práticas de atividade física, os coordenadores também vislumbram a inserção do professor de Educação Física em atividades de orientação como palestras e consultorias.

Com certeza seria muito bom um profissional ali pra orientar como é que faz, de repente até mesmo durante as consultas, faz a consulta com o médico, vai pro profissional de educação física pra ele dar uma explicação a mais sobre a importância, ou orientar qual o melhor exercício. (C2)

Se tivesse um educador físico pra educar, dar palestras e além da prática mesmo, né? Os pacientes estariam muito melhor assistidos e teriam muito menos complicações que a gente vê [...] acho que deveria ter, com regularidade, atividade física pro diabético, no centro de saúde, se tivesse um educador físico lotado aqui para orientá-los, é o que falta mesmo". (C12)

A visão dos coordenadores sobre a atuação é coerente com as experiências apresentadas por alguns estudos, nas quais o profissional de educação física atua em aulas práticas e orientação sobre atividades físicas/práticas corporais (FECHIO; MALERBI, 2004; FREITAS, 2003; GOMES et al., 2011). Entretanto, na literatura, referências à educação física em centros de saúde ainda são poucas, visto que sua inserção neste campo de intervenção é relativamente recente e vem se construindo nos últimos anos (FREITAS, 2007; COUTINHO, 2005; COUTINHO, 2011).

Documentos oficiais oferecem algumas indicações sobre a intervenção do profissional em centros de saúde, entretanto, são pouco aprofundados e carecem de discussão quanto à participação nesse espaço. Conforme o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF, 2002), na Resolução nº046/2002:

Na sua intervenção, o Profissional de Educação Física utiliza-se de procedimentos diagnósticos, técnicas e instrumentos de medidas e avaliação funcional, motora, biomecânica, composição corporal, programação e aplicação de dinâmica de cargas, técnicas de demonstração, auxílio e segurança à execução dos movimentos, servindo-se de instalações, equipamentos e materiais, música e instrumentos musicais, tecnicamente apropriados.

Apesar de serem previstas intervenções sobre diferentes dimensões do sujeito, a atuação do profissional é apresentada, principalmente, como ministração de aulas e avaliação de capacidades físicas. As atribuições seguem uma linha tecnicista do profissional e biológica do ser humano, sem que se apresentem discussões sobre a intervenção nas dimensões sociais, afetivas, econômicas e culturais dos sujeitos e comunidades onde se pretende atuar (CONFEEF, 2002; FREITAS, 2007; CONFEEF, 2010). Nesse contexto, destaca-se a necessidade de que intervenções envolvendo atividade física/práticas corporais não se reduzam a atividades de avaliar/diagnosticar o usuário, receitar/prescrever atividade física e/ou ministrar aulas (CARVALHO, 2006; WARSCHAUER, 2008; SILVA; DAMIANI, 2005), e que os documentos elaborados pelas entidades e órgãos que norteiam a formação e atuação da classe também sejam repensados no sentido de superar o paradigma biológico predominante.

As demandas relacionadas ao conhecimento específico da área de educação física aparecem como um dos principais motivos pelo qual alguns dos coordenadores são favoráveis à participação do profissional no serviço. Isso pode ser observado nos trechos a seguir:

Primeiro, tirar dúvidas, eles precisam, eles têm muitas dúvidas assim "O que eu posso fazer" Tem muitos [...] que eu aposto que tá lavando, passando, fazendo comida, mas "não, fazer atividade física eu não posso", entendeu? Então cadê o educador pra orientar o que ela pode fazer? [...] Ela tá tendo psicólogo, ela tá tendo enfermeiro pra orientar, ela tá tendo nutricionista e cadê o educador físico? Eu poderia encaminhar pra ele! (C7)

Tem muitos também que falam "Ah, mas eu tenho dor não sei aonde, meu joelho..." Isso e aquilo outro, porque tem muita gente que fala: caminhada. Caminhada pra uma pessoa obesa, ela vai ter problema articular, então não dá pra você ter uma prescrição única pra todo

mundo. O educador físico vai avaliar isso. E tem também outra situação também, tem paciente que não consegue fazer exercício em solo ou coisa assim. (C8)

Os relatos estão de acordo com a investigação de Torres et al. (2009b), na qual indivíduos com DM expressaram dúvidas quanto às contraindicações de atividades físicas/práticas corporais, além de sua frequência, duração e associação com uso de insulina. Em adição, o medo de lesões e hipoglicemias são identificados por Korkiankangas et al. (2009) como barreiras para a adesão à atividade física/práticas corporais entre portadores de DM. Por sua vez, os estudos de Ribera et al. (2005), Souza e Garnelo (2008) e Jansink et al. (2010) também demonstram as limitações de profissionais de saúde para lidar com demandas relacionadas a orientação sobre exercício.

A percepção de que um profissional da área deveria assumir as questões relacionadas à atividade física se referem tanto às necessidades específicas da atenção ao DM quanto à população em geral:

Um profissional da área de educação física seria excelente porque tá entre os itens do tratamento do diabetes. [...] então nada melhor do que um profissional dessa área pra explicar pro paciente, ver as limitações dele, a idade, o que seria mais adequado [...] a maioria são idosos, teria que ser uma orientação pelo profissional mesmo da área pra poder dizer "Ó, você vai fazer tantas caminhadas por dia, tantos metros, quilômetros." Ter o profissional seria muito bom. (C6)

Eu acho que seria assim, essencial ter um professor de educação física em cada centro, não seria nem na regional, seria em cada centro, o professor de educação física (...) ele sabe a ginástica que a gestante pode fazer, até que ponto que o hipertenso pode ir, então teria que ser com o da categoria mesmo. (C5)

Há escassez de referências quanto à capacitação de profissionais de Educação Física para o trabalho com portadores de DM. Um estudo realizado com profissionais de academias identificou insuficiência de conhecimentos sobre a doença entre os professores, 68,7% desconheciam os valores de referência para o diagnóstico do DM, 75% não realizava monitoramento glicêmico dos alunos portadores e 19,6% não conheciam as contraindicações para exercício (MONTEIRO et al., 2009). No estudo de Knuth et al. (2007) acadêmicos de Educação Física

apresentaram elevado nível de conhecimento sobre a alteração metabólica e os fatores de risco da doença. No entanto, a maioria dos estudantes considerou a formação inadequada para atuação com o DM.

Sobre tais estudos, ainda cabe observar que estes discutem a capacitação dos profissionais apenas de um ponto de vista biológico. São valorizados os conteúdos relacionados à doença em detrimento dos conhecimentos e competências necessários para atuar com as *peessoas* que possuem DM, o que evidencia uma lacuna ainda mais expressiva entre os profissionais da área.

O resultado encontrado no presente estudo explicita as expectativas para atuação do profissional de Educação Física no serviço de saúde e deixa evidente a demanda de conhecimentos técnicos, voltados para o DM, outras condições crônicas e agravos que podem extrapolar o conteúdo da formação na área. Em adição, o incentivo que a atividade física/práticas corporais vem recebendo pelo Ministério da Saúde através das políticas públicas de promoção da atividade física (MALTA et al., 2008; MALTA et al., 2009), aumenta a demanda por profissionais na atenção à saúde da população e levanta questionamentos acerca da preparação oferecida pelos cursos de Educação Física para atuação nesse novo contexto (FONSECA et al., 2011).

Um dos desafios para a inserção do profissional de educação física no SUS é a ampliação de sua compreensão sobre a organização do sistema e dos serviços, e conseqüentemente, de como incluir as atividades físicas/práticas corporais neste novo espaço. O depoimento de C10 levanta um questionamento interessante acerca da inserção do profissional na Secretaria de Saúde:

O pessoal pedir assim, "Ah, a secretaria tem que contratar." Às vezes vai ficar ocioso, tá? Se eu pegar o profissional de educação física, ser contratado pela secretaria de saúde, a não ser que ele vá ficar indo em vários centros de saúde pra fazer o trabalho... mas pra ele fazer todo o trabalho em um centro, eu acho que acaba ficando ocioso. Ele não vai conseguir ficar reunindo, porque as pessoas trabalham também, a gente tem que observar que a pessoa tem vida própria, então não vai ficar aqui no centro todo dia. (C10)

O relato revela uma percepção de atuação pontual, provavelmente relacionada à ministração de aula prática em horários específicos. Também sugere que o profissional de educação física é visto à parte do restante da equipe de saúde. Aparentemente, o coordenador não reconhece outras possibilidades de trabalho e,

ao mesmo tempo, assume que não há outras demandas por parte da comunidade que justifiquem sua presença no centro de saúde.

Ao contrário de C10, a fala de C4 propõe soluções para a atuação do profissional mesmo em um contexto aparentemente desfavorável:

É um pedido formal nosso que o educador físico seja parte da nossa equipe, eu não vou poder promover uma atividade física que a gente não tem nem espaço físico hoje [...] mas mesmo aqui que a gente não tem tanta chance de fazer isso, não tem espaço adequado, mora longe, mas veja bem, [...] Os pacientes ficam aqui fazendo nada na sala de espera [...] Enquanto o paciente tá aguardando consulta, ele pode fazer debate com os colegas, com o profissional. Ele pode ter um alongamento com o professor de educação física [...] ele pode até fazer uma atividade física que seja em pé, que não precise de um espaço especial. (C4)

O relato do coordenador não restringe a atuação do profissional, mas ressalta a importância de soluções criativas para as dificuldades enfrentadas nos serviços.

É interessante refletir sobre os dois depoimentos, pois, dadas as lacunas na formação, é possível que a falta de familiaridade do professor de educação física com a rotina dos serviços acarrete em certa passividade, em uma adequação da sua prática à expectativa imposta pelo serviço. Ao mesmo tempo, o profissional pode encontrar dificuldades em criar propostas para ampliar sua atuação no centro de saúde. Há um estranhamento entre o serviço e o profissional que pode distorcer o papel que o segundo vem a exercer no primeiro.

Nesse sentido, é imprescindível, valorizar as demandas da comunidade de modo que a inserção do profissional na equipe possibilite, por exemplo, a oferta, em diferentes horários e dias da semana, de aulas práticas, atividades educativas em saúde, apoio às equipes da ESF e outras atividades que beneficiem a população. Coutinho (2011) chama atenção para a necessidade de que o profissional de educação física se aproprie de conceitos como ação interdisciplinar e intersetorial, noção de território, clínica ampliada, apoio matricial, empoderamento, educação permanente, entre outros, além dos princípios que regem o sistema, como a integralidade da atenção e a participação social. Isso é essencial para que, junto ao serviço, o profissional aprenda a diagnosticar demandas e trabalhar, de fato, como parte da equipe de saúde.

Apesar da inserção do profissional de educação física no PECD/DF ainda não ser formalizada, iniciativas de atividades físicas/práticas corporais já vem ocorrendo no âmbito dos serviços de saúde, possivelmente com a participação de usuários do próprio PECD/DF. Essas iniciativas possuem forte potencial para proporcionar vivências que favoreçam o apoio social, a qualidade de vida e novas formas de se conviver com o DM. Em adendo, também podem ser orientadas com vistas à promoção da saúde e ao exercício da cidadania.

O presente estudo evidencia que, de modo geral, os coordenadores percebem de forma favorável a inserção do professor de educação física no contexto do programa e dos serviços, entretanto, destaca a necessidade de ampliação do olhar sobre o campo da educação física e suas possibilidades de atuação como parte da equipe de saúde.

Apesar de não constituir foco de investigação do trabalho, cabe destacar a pertinência de reflexões acerca das lacunas na formação no campo da educação física, a ausência de criticidade sobre seu papel como área da saúde e sua atuação em intervenções que não transformam, porém reproduzem o paradigma biologicista, conforme apontado por outros autores (FREITAS, 2003; ANJOS; DUARTE, 2009; COUTINHO, 2011; FONSECA et al., 2011). Uma observação que pode ser acrescentada nesta discussão é que, conforme registrado no diário de campo, alguns coordenadores mencionaram contato com experiências de atividades físicas/práticas corporais conduzidas por profissionais de educação física nos serviços de saúde. Isso, no entanto, não se relacionou a uma visão mais ampla a respeito da atividade física/práticas corporais e seu papel na atenção à saúde ou ao DM.

Nos últimos anos, a reorientação da formação em Educação Física tem sido discutida no meio acadêmico, com a problematização do conteúdo curricular para atuação na área da saúde. As estruturas curriculares atuais se mostram insuficientes para atender os pressupostos de orientação teórica, pedagógica e os cenários de prática que contemplam as demandas do SUS e também de espaços privados (ANJOS; DUARTE, 2009; FONSECA et al., 2011).

Desse modo, é preciso compreender as razões do distanciamento entre os conteúdos que servem de base para a formação em educação física e os princípios que fundamentam a atuação dos profissionais de saúde no serviço público.

Na segunda metade da década de 1980, o corpo docente dos cursos de educação física era composto basicamente por médicos fisiologistas, pedagogos e professores de educação física com formação orientada nas ciências biológicas. Conseqüentemente, as disciplinas da saúde se assentavam na fisiologia do exercício e treinamento desportivo, tendo como objetivo a preparação do profissional para compreender os efeitos fisiológicos e a organização das sessões de exercício (CARVALHO, 2005).

Nesse período, consolidou-se a utilização do termo “aptidão física” para a discussão da saúde. Discussões que questionassem o paradigma individualista e biológico e incluíssem referências ao debate no campo sociológico/coletivo não são encontradas na produção intelectual da época (BAGRICHEVSKY, 2007).

Assim, a herança histórica da educação física não se apropriou das discussões sobre a saúde como produção social, resultante das condições de vida de indivíduos e comunidades. Uma das primeiras obras produzidas com o intuito de propor reflexões sobre o tema, intitulada “O mito da atividade física e saúde” foi publicada na década de 1990 (CARVALHO, 1993), período em que se intensificaram as discussões sobre a associação entre atividade física e saúde fundamentada no paradigma biomédico (CARVALHO, 2005; BAGRICHEVSKY, 2007). A aproximação da educação física com os saberes da saúde coletiva, das ciências sociais e das ciências humanas para se pensar a saúde é, portanto, recente, como demonstra a pequena quantidade de teses e dissertações produzidas na área (FONSECA et al., 2011).

Neste ponto, cabe destacar que a reorientação das intervenções em saúde no sentido de uma prática mais integral e comprometida com a promoção da saúde da população é um desafio comum a todas as áreas de saúde. Tradicionalmente, a formação em saúde, não apenas na educação física, é caracterizada pelo enfoque biológico, insuficiente para atuação nos diferentes determinantes do processo saúde-doença. Entretanto, é preciso reconhecer o descompasso entre os cursos de educação física e a reorientação das intervenções em saúde. Como apresenta Paiva et al. (2006b, p.215):

A formação tem sido marcada por uma tendência generalista para abranger diversidade da ação profissional; por uma estrutura curricular que beneficia a fragmentação do conhecimento e a

valorização de disciplinas de cunho biológico em detrimento do conteúdo disciplinar das Ciências Humanas; e pela ênfase na formação técnico-esportiva. [...] a estreita vinculação entre Educação Física/saúde, relacionada apenas com o aspecto biológico, e Educação Física/esporte, relacionada apenas à questão da performance, tem sido, ao longo dos anos, a principal referência dos alunos que ingressam no curso.

Deste modo, as discussões no campo da educação física denotam a necessidade de se pensar novas formas de intervir sobre a saúde, tendo as necessidades sociais como base para a compreensão do processo saúde-doença. Isso não significa negar os saberes e práticas acumulados, mas privilegiar o coletivo, o público e o social, criando tensões saudáveis “à medida que os encontros entre fronteiras do conhecimento produzam condições de saúde e vida melhores para as populações” (CARVALHO, 2005, p.98).

Nesse sentido, destaca-se a importância de que instituições que oferecem cursos de educação física possibilitem a aproximação entre formação e trabalho (ANJOS; DUARTE, 2009), por meio da integração entre ensino, serviços e comunidade, estimulada por iniciativas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde, 2010). A inserção do profissional de educação física no SUS, assegurada através do NASF (BRASIL, 2008b), demanda o competências específicas, que podem ser significativamente favorecidas por esse tipo de vivência.

A presença da educação física no serviço público de saúde não se assemelha às atividades desenvolvidas em centros esportivos, clubes e academias. Tampouco pode estar meramente atrelada a uma atuação pontual e restrita à doença, com “grupos especiais”, como são denominados os portadores de diabetes, hipertensão e outras DCNT. É essencial pensar a inserção do profissional com vistas à promoção da saúde, direcionando a atuação para além da doença ou da possibilidade de adoecer. É necessário orientar a formação no sentido de desenvolver competências para a intervenção nos determinantes sociais, para a produção da autonomia e de uma noção positiva da saúde como direito (FREITAS, 2007; COUTINHO, 2011).

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A partir da discussão e análise dos resultados foi possível estabelecer as seguintes conclusões:

A integralidade não é compreendida em todas as suas dimensões pelos coordenadores do PECD/DF. As percepções acerca da integralidade da atenção são heterogêneas e apresentam convergências com três das quatro dimensões apontadas por Giovanella et al. (2002) para o conceito. A análise temática identificou percepções sobre a integralidade como assistência nos três níveis de complexidade, como articulação de ações de assistência e prevenção, e como abordagem holística e multidisciplinar das necessidades do usuário, sendo esta última a subcategoria mais expressiva. Não houve menção acerca da integralidade enquanto primazia de ações de promoção da saúde.

As atividades apontadas pelos coordenadores como necessárias para uma atenção integral ao DM foram o atendimento multiprofissional, a integração entre os profissionais da equipe, a realização de atividades educativas e o atendimento humanizado ao usuário. Dentre estas, o atendimento multiprofissional e as atividades educativas se destacaram como as subcategorias mais expressivas. Os relatos revelaram a dificuldade dos coordenadores para pensar a equipe multiprofissional em termos de integração e trabalho conjunto, e as menções às atividades educativas sugeriram percepções divergentes, com relatos valorizando abordagens tradicionais e dialógicas.

Quanto à atividade física, os coordenadores reconheceram sua importância como parte da atenção ao portador. A atividade física foi vista, predominantemente, pela perspectiva de seus efeitos fisiológicos como auxiliar no tratamento, e apenas dois coordenadores fizeram menção a benefícios psicossociais. A maioria dos coordenadores aponta a necessidade de profissionais de educação física atuando junto ao serviço de saúde e apresenta aulas práticas e atividades de orientação/consultoria como demandas existentes. Por outro lado, alguns relatos indicaram uma dissociação entre a atuação do profissional e o trabalho da equipe de saúde, sugerindo um estranhamento com outras formas de se trabalhar a educação física nos serviços como parte da equipe multidisciplinar no SUS.

O PECD/DF constitui um espaço privilegiado para a discussão a respeito da integralidade da atenção ao portador de DM. Os resultados encontrados sugerem

que os coordenadores locais reconhecem a necessidade de que o programa ofereça uma atenção integral, traduzida por eles como a presença de equipes multiprofissionais, em trabalho integrado, incluindo atividades educativas e um atendimento humanizado ao portador. Nesse sentido, uma compreensão mais ampliada a respeito das diferentes dimensões da integralidade entre os coordenadores poderia acarretar na oferta de outros serviços e atividades para expandir a capacidade de atenção integral a usuários do PECD/DF.

Lacunas de conhecimento sobre o SUS e seus princípios entre profissionais de saúde são comuns e, nesse sentido, os resultados apontam a necessidade de que a educação continuada contemple tais conteúdos. Isso é essencial para a reorientação dos serviços, de modo que o desenvolvimento de propostas para aumentar a capacidade de resposta do PECD/DF às demandas de saúde, incluindo a inserção de atividades físicas/práticas corporais no programa, sejam orientadas pelo eixo da integralidade e da promoção da saúde, contribuindo para a superação, e não a reprodução, do paradigma biológico.

8 - PERSPECTIVAS FUTURAS:

Com base nos resultados encontrados, o trabalho aponta a necessidade de que profissionais de saúde compreendam a integralidade em todas as suas dimensões, sendo este o ponto de partida para a formulação de estratégias efetivas para uma atenção integral. Nesse contexto, é importante destacar a necessidade de distinção entre acesso a serviços e integralidade, tendo em vista que esta se caracteriza não apenas pelo acesso, mas pela atenção adequada nos diferentes níveis de complexidade, sem fragmentação da atenção e com escuta ativa das necessidades do usuário.

Considerando que a promoção da saúde não foi mencionada por nenhum dos coordenadores como necessária à integralidade, recomenda-se ainda o fortalecimento das competências em promoção da saúde entre profissionais da área, desde a compreensão de seu conceito e interfaces com a integralidade, até sua tradução na prática dos serviços com vistas a uma atenção integral.

O PECD/DF carece de material e informações sistematizadas a respeito de sua estrutura e funcionamento. Não foram encontradas publicações científicas a respeito do programa, de modo que este trabalho parece representar a primeira produção acadêmica sobre o PECD/DF. Assim, espera-se que, a partir dos resultados deste trabalho, novas questões de pesquisa sejam levantadas, e que estas venham a estimular outros estudos que contribuam para a produção de conhecimento a respeito da atenção ao DM nos serviços de saúde e com o aperfeiçoamento dos profissionais e atividades do PECD/DF. Nesse sentido, recomenda-se o desenvolvimento de estudos sobre fatores críticos para a garantia da integralidade no contexto da atenção ao DM no SUS e, especificamente, no PECD/DF.

Os resultados deste trabalho destacam a importância da presença de equipe multiprofissional na atenção ao DM, bem como a necessidade de integração entre os profissionais que a compõem. Adicionalmente, também apontam a relevância de atividades educativas como parte da atenção ofertada a portadores de DM, e indicam a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para trabalhar a educação em saúde e em DM pela perspectiva da integralidade. Tendo em vista que uma das ações previstas para o PECD/DF é a educação e capacitação de

profissionais de saúde para atuar no contexto da atenção ao DM, é esperado que os resultados encontrados subsidiem coordenadores gerais e locais no planejamento e elaboração de atividades de aperfeiçoamento dos profissionais que atuam no programa. Recomenda-se que momentos de escuta, análise, planejamento de tarefas, e avaliações de processo e resultados sejam organizados pela coordenação geral e local do programa de forma regular e com envolvimento de todos os profissionais vinculados ao PECD/DF.

No que diz respeito ao reconhecimento, por parte dos coordenadores, da importância da atividade física/práticas corporais na atenção ao portador de DM, é recomendado pensar a articulação formal entre o PECD/DF e iniciativas locais de promoção de atividade física, como as promovidas por equipes da ESF e/ou pelos centros de saúde em que se localizam. Além disso, é essencial o estabelecimento de comunicação entre o trabalho realizado pelo PECD/DF e as atividades ofertadas nos NASF, particularmente no que concerne às ações voltadas para atividades físicas/práticas corporais.

Este trabalho expressa um diálogo entre o campo da educação física e o serviço público de saúde, logo, sua fundamentação teórica e discussão de resultados podem contribuir para uma aproximação entre estudantes e profissionais de educação física com conteúdos relacionados ao serviço público de saúde, proporcionando, assim, reflexões acerca das questões que envolvem a promoção da atividade física/práticas corporais e a atuação de professores de educação física no SUS.

9 - REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v.33, sup. 11, 2010.

ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v.35, sup.1, 2012.

ANDERSON, R.M.; FUNNEL, M.M. Using the empowerment approach to help patients change behavior. In: ANDERSON B.J., RUBIN R.R. (Org.). **Practical psychology for diabetes clinicians**. 2ª Ed. Alexandria, VA: American Diabetes Association; 2002.

ANJOS, T.C.; DUARTE, A.C.G.O. A educação física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1127-1144, 2009.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 24, de 15 de junho de 2010**.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo

Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p.2189-2197, 2008.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo - Rio de Janeiro: UNESP - Fiocruz, 2003.

BAGRICHEVSKY, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Org.) **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007. 129p.

BARBOSA, R.B.; BARCELÓ, A.; MACHADO, C.A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.10, n.5, p.324-327, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2009, 281p.

BASTOS, L.S.; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; OLIVEIRA, L.C.F. Construção da Integralidade no Cuidar de Pessoas com Diabetes Mellitus em Centro de Saúde em Feira de Santana Bahia (BA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl.1, p.1417-1426, 2011.

BELALCAZAR, L.M.; REBOUSSIN, D.M.; HAFFNER, M.S.; HOOGEVEEN, R.C.; KRISKA, A.M.; SCHWENKE, D.C.; TRACY, R.P.; PI-SUNYER, F.X.; BALLANTYNE, C.M. et al. A 1-Year Lifestyle Intervention for Weight Loss in Individuals With Type 2 Diabetes Reduces High C-Reactive Protein Levels and Identifies Metabolic Predictors of Change From the Look AHEAD (Action for Health in Diabetes) study. **Diabetes Care**, v.33, n.11, p.2297-2303, 2010.

BERSUSA, A.A.S.; PASCALICCHIO, A.E.; PESSOTO, U.C.; ESCUDER, M.M.L. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.3, p. 513-522, 2010.

BIALOUS, S.A.; MARTINS, S. Brazil: São Paulo takes the lead. **Tobacco Control**. v.18, n.5, p.341, 2009.

BONET, O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2010. p.131-146.

BORGES, T.T.; ROMBALDI, A.J.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1511-1520, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Cap. II, Seção II, Art. 198. 1988a.

_____. Lei nº 7713 de 22 de dezembro de 1988, 1988b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (documento para discussão)**. 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf> Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. Portaria nº 371/GM, de 04 de março de 2002. **Programa Nacional de Assistência Farmacêutica**. 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. 2002d.

_____. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. 2004a.

_____. 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, 2004. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro – Situação e desafios atuais**. Brasília: OPAS, 2005, 80p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7. Brasília, 2006a. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006b. 64p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Brasília, 2006c. 164p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília, 2006d. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação e Programação da Assistência. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.** Série Pactos pela Saúde 2006, v.5. Brasília, 2006e. 148p.

_____. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais para diabéticos.** 2006f.

_____. Lei nº 11.346. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação e dá outras providências.** Diário Oficial da União 2006g; 15 set.

_____. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. **Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS aos usuários portadores de diabetes mellitus.** 2007a.

_____. Decreto nº 6.117, de 22 de Maio de 2007. Política Nacional sobre o Álcool. 2007b.

_____. 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.** Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8. Brasília, 2008. 72 p. 2008a.

_____. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160p.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.148 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIGITEL BRASIL 2010** – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília-DF, 2011b.

_____. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil**. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Atualização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração Brasileira Para a Prevenção e Controle Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. 2011e.

_____. Departamento de atenção básica. **Atenção básica e saúde da família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>, acessado em 17/06/12.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, p. 50-63, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)021.pdf)

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p. 2305-2316, 2009.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. Análise dos relatórios da segunda fase do projeto racionalidades médicas. In: LUZ, M.T. (coordenadora). **Estudos em Saúde Coletiva: VI Seminário do projeto racionalidades médicas**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1998.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.509-584, 2003a.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003b.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.4, p. 863- 870, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 236p.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CAMPOS, R. O. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Hucitec: Opas; 2006. p.62-74.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.3, p.647-654, 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CARVALHO, A.I.; WESTPHAL, M.F.; LIMA, V.L.G.P. Health Promotion in Brazil. **Promotion & Education**, v.14, n.7, p.7-12, 2007.

CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R.C.A. (Org.). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991. P.118-136.

CARVALHO, Y.M. **O mito atividade física/saúde.** 1993. 156f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 1993.

CARVALHO, Y.M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 9-21, 2001.

CARVALHO, Y.M. Entre o biológico e o social: tensões no debate teórico acerca da saúde na Educação Física. **Motrivivência**, v.16, n. 24, p. 97-105, 2005.

CARVALHO, Y.M. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, Y.M. Saúde, sociedade e vida: um olhar da educação física. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, v.27, n.3, p.153-168, 2006b.

CARVALHO, Y.M.; FREITAS, F.F. Atividade Física, saúde e comunidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.14, n.13, p. 489-506, 2006.

CASEY, D.; DE CIVITA, M.; DASGUPTA, K. Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise program in type 2 diabetes: a qualitative study. **Diabetic Medicine**, v.27, p.79-84, 2010.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise and physical definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, n.2, p. 126-131, 1985.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.32, n. 5, p. 283-300, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2010. p.213 - 228.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-478, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p.43-68

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2010. p.199 - 212.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/34807294/Livro-Manual-de-Enfermagem-USP-Ministerio-Da-Saude>>. Acesso em: 08 mai. 2012.

CODOGNO, J.S.; FERNANDES, R.A.; SARTI, F.M.; JÚNIOR, I.F.F.; MONTEIRO, H.L. The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. **BMC Public Health**, v.11: 275, 2011.

COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p.96-131.

CONFED. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Intervenção do profissional de Educação Física**. Resolução 046/2002.

CONFED. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física**. SILVA, F.M. (organizador). Rio de Janeiro: CONFED, 2010

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.5-15, 2004.

COSTA, J.A.; BALGA, R.S.M.; ALFENAS, R.C.G.; COTTA, R.m.m. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.16, n.3, p. 2001-2009, 2011.

COTTA, R.M.M.; BATISTA, K.C.S.; REIS, R.S.; SOUZA, G.A.; DIAS, G.; CASTRO, F.A.F.; ALFENAS, R.C.G. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família – município de Teixeira, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009; 14(4):1251-1260.

COUTINHO, S.S. **Atividade física no programa saúde da família, em municípios da 5ª regional de saúde do estado do Paraná – Brasil**. 2005. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

COUTINHO, S.S. **Competências do profissional de educação física na atenção básica de saúde**. 2011. 205f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 212p

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DAVIES, M.J.; HELLER, S.; SKINNER, T.C.; CAMPBELL, M.J.; CAREY, M.E.; CRADOCK, S.; DALLOSSO, H.M.; DALLY, H.; DOHERTY, Y.; EATON, S.; FOX, C.; OLIVER, L.; RANTELL, K.; RAYMAN, G.; KHUNTI, K. Effectiveness of the diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. **British Medical Journal**, v.336, p. 491-495, 2008.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista Saúde Pública**, v.41, n.5, p.839-848, 2007.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, Curitiba, n.24, p. 213-225, 2004.

DULLIUS, J. **Diabetes Mellitus: saúde, educação e atividades físicas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília: Finatec, 2007.

DUMITH, S.C. Atividade física no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, (Supl.3), p.S415-S426, 2009.

EDEN, K.B.; ORLEANS, C.T.; MULROW, C.D.; PENDER, N.J.; TEUTSCH, S.M. Does Counseling by Clinicians Improve Physical Activity? A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, v.137, n.3, p. 208-215, 2002.

FAGARD, R.H.; CORNELISSEN, V.A. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 14, n. 1, p. 12-17, 2007.

FECHIO, J.J.; MALERBI, F.E.K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.48, n.2, p 267-275, 2004.

FERNANDES, M.T.O.; SILVA, L.B. SOARES, S.M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl. 1, p.1331-1340, 2011.

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D.; CARDOSO, M.H.C.A. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16 (supl.1), p.865-872, 2011.

FIGUEIREDO, M.D.; FURLAN, P.G. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2 Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 411p.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, supl. 2, p.121-31, 1999.

FONSECA, S. A.; MENEZES, A. S.; LOCH, M. R.; FEITOSA, W. M. N.; NAHAS, M. V.; NASCIMENTO, J. V. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16, n.4, p.283-288, 2011.

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.1, p.105-111, 2007.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n.2, p.345-353, 1999.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. Brasília, 3ed: Liber Livro Editora, 2008. 80p.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 296p.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.1, p.65-72, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 30 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura). 148p.

FREITAS, C.A.S.L.; FERNANDES, A.T.; CHAGAS, M.I.O.; SOARES, C.H.A.; SILVA, M.J. BRITO, M.C.C. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.494-499, 2010.

FREITAS, F.F. **A educação física no serviço público de saúde**. 2003. Dissertação (mestrado)- Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FREITAS, F.F. **A educação física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007. 155p.

FREITAS, F.F.; BRASIL, F.K.; SILVA, C.L. Práticas corporais e saúde: novos olhares. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, v. 27, n. 3, p. 169-183, 2006.

FUNNEL, M.M.; ANDERSON, R.M. Working toward the next generation of diabetes self-management education. **American Journal of Preventive Medicine**, v.22, 4s, 2002.

FUNNEL, M.M.; ANDERSON, R.M. Patient empowerment: a look back, a look ahead. **The Diabetes Educator**, v.29, n.3, p.454-464, 2003.

FUNNEL, M.M.; ANDERSON, R.M. Patient empowerment. In: SNOEK, F.J.; SKINNER, T.C. **Psychology in diabetes care**. 2ªEd. England: John Wiley & Sons.Ltd, 2005.

FUNNEL, M.M.; BROWN, T.L.; CHILDS, B.P.; HAAS, L.B.; HOSEY, G.M.; JENSEN, B., MARYNIUK, M.; PEYROT, M.; PIETTE, J.D.; READER, D.; SIMINERIO, L.M.; WEISS, M.A. National standards for diabetes self-management education, **Diabetes Care**, v. 32, suppl. 1, p. S87 – S94, 2009.

FURTADO, L.A.C.; TANAKA, O.Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista Saúde Pública**, v.32, n.6, p. 587-595, 1998.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação.**, v.11, n.22, p. 239-55, 2007.

GADAMER, H.-G. **Verdade e método II: complementos e índices**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 621 p.

GARCIA, C.C.; HÍNGARO, E.M.; DAMASCENO, L.G. (organizadores). **Estado, política e emancipação humana: lazer, esporte e saúde como direitos sociais**. Santo André, São Paulo: Alpharrabio, 2008.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A. REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.200-206, 2005.

GELLER, J.; BUTLER, K. Study of Educational Deficits as the Cause of Hospital Admission for Diabetes Mellitus in a Community Hospital. **Diabetes Care**, v. 4, n. 4, p. 487-489, 1981.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde pública**, v.21, n.2, p.490-498, 2005.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GOMES, M.A.; ALMEIDA, C.B.; DUARTE, M.F.S. Incentivo a prática atividade física e saúde na atenção primária: 10 anos de parceria entre universidade e município no Alto Sertão Baiano. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16, n.3, p.266-270, 2011.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**., v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GDF – GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Plano Distrital de Promoção da Saúde**. Brasília: Secretaria de Saúde, 2007.

GDF – GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, disponível em: <<http://www.df.gov.br/sobre-o-governo/administracoes-regionais.html>> Acesso em: 17/06/12.

GONZALES, A.D.; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.757-762, 2010.

GUIDONI, C.M.; OLIVEIRA, C.M.X.; DE FREITAS, O.; PEREIRA, L.R.L. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v.45, n.1, p.37-48, 2009.

GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, v.15, n.1, p. 37-44, 2002.

HALLAL, P.C.; CARVALHO, Y.M.; TASSITANO, R.M.; TENÓRIO, M.C.M.; WARSCHAUER, M.; REIS, R.S., CRUZ, D.K.A.; DAMASCENA, W.; MALTA, D.C. TASSITANO, R. Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.14, n.1, p.9-14, 2009.

HALLAL, P.C.; TENÓRIO, M.C.M.; TASSITANO, R.M.; REIS, R.S.; CARVALHO, Y.M.; CRUZ, D.K.A.; DAMASCENA, W.; MALTA, D.C. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p.70-78, 2010.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, sup. 2, p.S331-S336, 2004.

HAYS, L. M.; CLARKE, D. O. Correlates of physical activity in a sample of older adults with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 22, p. 706 –71, 1999.

HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.15, n.2, p.352-358, 2006.

IGLESIAS, R.; JHA, P.; SILVA, V.L.; GODINHO, J. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial. Washington, DC. 2007. 136p

IGLESIAS, R.; JHA, P.; SILVA, V.L.; GODINHO, J. Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.17, n.4, p.301-304, 2008.

IDF – INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – **Global Guideline for Type 2 diabetes**, 2005. Disponível em: < <http://www.idf.org/guidelines/type-2-diabetes>> Acesso em: 12/06/2012

IDF – INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - **Diabetes Atlas**, 2010. Disponível em : <<http://www.diabetesatlas.org/downloads>> Acesso em: 20/11/2010

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Unidades da Federação**. Distrito Federal. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=df>>, acessado em: 17/06/12.

JANSINK, R.; BRASPENNING, J.; WEIJDEN, T.; ELWYN, G.; GROL, R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. **BMC Family Practice**, v.11, p.41, 2010.

JEFFERY, R.W.; WING, R.R.; SHERWOOD, N.E.; TATE, D.F. Physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activity goals improve outcome? **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 78, n. 4, p. 684-689, 2003.

KELLEY, G.A.;KELLEY, K.S.; TRAN, Z.V. Aerobic exercise, lipids and lipoproteins in overweight and obese adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. **International Journal of Obesity**, v. 29, p. 881–893, 2005.

KNUTH, A. G; BORGES, T. T; HALLAL, P. C; AZEVEDO, M. R. Conhecimento dos acadêmicos de Educação Física sobre os efeitos da atividade física na prevenção e

tratamento do diabetes. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.2, p.7-14, 2007.

KORKIAKANGAS, E.E.; ALAHUHTA, M.A.; LAITINEN, J.H. Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: a systematic review. **Health Promotion International**, v.24, n. 4, p.416-427, 2009.

KORKIAKANGAS, E.E.; TAANILA, A.M.; KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S. Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study. **Health and Social Care in the Community**, v.19, n.1, p.15-22, 2011.

IRIBARRY, I.N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n.3, p. 483-490, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção da saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 166p.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.3, p.366-370, 2010.

LINARD, A.G.; CASTRO, M.M.; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.3, p. 546-553, 2011.

LUTFEY, KE, WHISHNER, WJ. Beyond compliance is adherence. **Diabetes Care**, v.22, p. 635-639, 1999.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as

propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MACIEL-LIMA, S.M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.502-511, 2004.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.433-444, 2004.

MALTA, D.C.; CASTRO, A.M.; CRUZ, D.A.; GOSH, C.S. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.13, n.1, p.24-27, 2008.

MALTA, D.C.; CASTRO, A.M.; GOSH, C.S.; CRUZ, D.A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J.D.; NETO, O.L.M.; TEMPORÃO, J.G. A política nacional de promoção da saúde e agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.5-13, 2004.

MATHERS, C.D. & LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **Public Library of Science Medicine**, v.3, n.11, 2006.

MATSUDO, V.K.R.; ARAUJO, T.L.; MATSUDO, S.M.M.; GUEDES, J.S. Usando a gestão móvel do modelo ecológico para promover atividade física. **Diagnóstico e Tratamento**. v.11, n.3, p.184-189, 2006.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p.43-68

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saude Publica**, v.20, p.1411-1416, 2004.

MEIRELLES, R.H.S A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública (editorial). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.32, n.1, 2006.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. 300p.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade de serviços de saúde: o serviço de porta aberta para a saúde do modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações das saúde). In: CECILIO, L.C.O. (Org). **Inventando a Mudança em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. p.116-160.

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.C. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.145p.

MEYER, D.E.E.; MELLO, D.F.; VALADÃO, M.M.; AYRES, J.R.C.M. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.6, p. 1335-1342, 2006.

MILES, M.B.; HUBERMAN, A.M. **Qualitative data analysis**: an expanded sourcebook. 2 ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. 338p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MONTEIRO, L. Z.; SPINATO, I. L.; SILVA, C. A. P.; SANTOS, Z. M. S. A.; PINHEIRO, M. H. N. P.; JUNIOR, R. M. Conhecimento do profissional de educação física frente à atuação com portadores de diabetes mellitus nas academias de ginástica de Fortaleza, CE. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v.23, n.2, p.135-142, 2009.

MONTENEGRO, L.C.; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v.44, n.3, p. 649-656, 2010.

MORETTI, A.C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. Práticas corporais/Atividade Física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p. 346-354, 2009.

MULCAHY, K.; MARYNIUK, M.; PEEPLE, M.; PEYROT, M.; TOMKY, D.; WEAVER, T.; YARBOROUGH, P. AADE Position Statement: standards for outcomes measurement of diabetes self-management education. **Diabetes Educator**, v.29, p.804–816, 2003.

NAM, S.; CHESLA, C.; STOTTS, N.; KROON, L.; JANSON, S.L. Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 93, n.1 , p.1-9, 2011.

NOGUEIRA, L.; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira Ciência de Esporte**, v. 24, n. 3, p. 103-119, 2003.

NOGUEIRA, R.P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 7, n. 12, p.185-90, 2003.

NORRIS, S.L.; LAU, J.; SMITH, S.J.; SCHMID, C.H.; ENGELGAU, M.M. Self-Management Education for Adults With Type 2 Diabetes: A meta-analysis of the effect on glyceemic control. **Diabetes Care**, v. 25, n. 7, p. 1159-1171, 2002.

NUNES, M. Apoio social na diabetes. **Millenium**. 2005 v.31, p.135-49, 2005. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/10.pdf>.

OLIVEIRA, G.N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2 Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010a. 411p.

OLIVEIRA, G.N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2 Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010b. 411p.

OLIVEIRA, G.N.; FURLAN, P.G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2 Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 411p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata - URSS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: World Health Organization, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneve: World Health Organization, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus**. World Health Organization, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Report on the Global Tobacco Epidemic: Implementing Smoke-free Enviroments**. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Global status report on noncommunicable chronic diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Noncommunicable chronic disease country profiles 2011**. Geneva: World Health Organization, 2011b.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.377-385, 2006a.

PAIVA, F.S.L.; ANDRADE FILHO, N.F.; FIGUEIREDO, Z.C.C. Formação inicial e currículo no cefd/ufes. **Pensar a Prática**, v.9, n.2, p. 213-230, 2006b.

PARADIS, G. & CHIOLERO, A. The cardiovascular and chronic diseases epidemic in low- and middle- income countries. **Journal of the American College of Cardiology**, v.57, n.17, p.1775-1777, 2011.

PEDRO, I. C.S.; ROCHA, S. M.M.; NASCIMENTO, L.C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.2, p. 324-327, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007, p. 161-177

PEEL, E.; PARRY, O.; DOUGLAS, M.; LAWTOND, J. Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. **Patient Education and Counseling**, v.53, n.3, p.269-275, 2004.

PEREIRA, I.M.T.B.; PENTEADO, R.Z.; MARCELO, V.C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

PI-SUNYER, X.; BLACKBURN, G.; BRANCATI, F.L.; BRAY, G.A.; BRIGHT, R.; CLARK, J.M.; CURTIS, J.M.; ESPELAND, M.A.; FOREYT, J.P.; GRAVES, K.; et al: Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial. **Diabetes Care**, v. 30, n.6, p. 1374-1383, 2007.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 69-115.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2010.

PINTO, C.A.G. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2 Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 411p.

PINTO, C.A.G.; COELHO, I.B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2 Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 411p.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POUPART, J.; DESLAURIERS, J.; GROULX, L.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A.P. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 464p.

PRAET, S.F.E.; VAN LOON, L.J.C. Exercise: the brittle cornerstone of type 2 diabetes treatment. **Diabetologia**, v.51, p.398–401, 2008.

PRATT, M.; BROWNSON, R.C.; RAMOS, L.R.; MALTA, D.C.; HALLAL, P.C.; REIS, R.S.; PARRA, D.C.; SIMÕES, E.J. Project GUIA: A Model for Understanding and Promoting Physical Activity in Brazil and Latin America. **Journal of Physical Activity and Health**, v.7, sup.2, p. S131-S134, 2010.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE - PET-Saúde. Portaria Interministerial nº421, de 3 de Março de 2010. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências.**

RAFIQUE, G.; SHAIKH, F. Identifying needs and barriers to diabetes education in patients with diabetes. **Journal of Pakistan Medical Association**. v. 56, n.8, p.347-52, 2006.

RAMLO-HALSTED, B.A.; EDELMAN, S.V. The natural history of type 2 diabetes: implications for clinical practice. **Primary Care**, v.26, n.4, p.771-789, 1999.

REAVEN, G.M. HOMA-beta in the UKPDS and ADOPT. Is the natural history of type 2 diabetes characterised by a progressive and inexorable loss of insulin secretory function? Maybe? Maybe not? **Diabetes and Vascular Disease Research**, v.6, n.2, p.133-138, 2009.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p.73-79, 2011.

REIS, R.S.; HALLAL, P.C.; PARRA, D.C.; RIBEIRO, I.C.; BROWNSON, R.C.; PRATT, M.; HOEHNER, C.M.; RAMOS, L. Promoting Physical Activity Through Community-Wide Policies and Planning: Findings From Curitiba, Brazil. **Journal of Physical Activity and Health**, v.7, suppl. 2, p. S137-S145, 2010.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G.; A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, M.V. **Suporte social e adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2010.

RIBERA, A.P.; MCKENNA, J.; RIDDOCH, C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. **European Journal of Public Health**, v. 15, n. 6, p. 569–575, 2005.

ROCHA, D.G.; **O Movimento da Promoção da Saúde na Década de 1990: Um Estudo do seu Desenvolvimento na Saúde Pública Brasileira**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ROSA, R.S.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SOUZA, M.F.M.; LIMA, A.K.; MOURA, L. Internações por diabetes mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.4, 2007.

ROSA, T.E.C.; BERSUSA, A.A.S.; MONDINI, L.; SALDIVA, S.R.D.M.; NASCIMENTO, P.R.; VENANCIO, S.I. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.2, p.158-171, 2009.

SALINERO-FORT, M.A.; CARRILLO-DE SANTA PAU, E.; ARRIETA-BLANCO, F.J.; ABANADES-HERRANZ, J.C.; MARTÍN-MADRAZO, C.; RODÉS-SOLDEVILA, B.; DE BURGOS-LUNAR, C. Effectiveness of PRECEDE model for health education on changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 diabetes mellitus. **BMC Public Health**, v.11, p.267, 2011.

SARTORELLI, D.S. & FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, sup.1, s.29-36, 2003.

SCARAZATTI, G.L.; AMARAL, M.A. Planejamento e contrato de gestão na atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2 Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 411p.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.6, p.1487-1494, 2004.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; HOFFMAN, J.F.; MOURA, L.; MALTA, D.C.; CARVALHO, M.R.S.V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brail, baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.43, sup.2, p. 74-82, 2009.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, n.377, 2011.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.R.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SECRETARIA DE TURISMO DO DISTRITO FEDERAL. **Guia geográfico do Distrito Federal**. Disponível em: <<http://www.brasil-turismo.com/distrito-federal/mapa-regioes.htm>>, acessado em: 25/06/12.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1, p.1685-1698, 2010.

SÍCOLI, J.L. & NASCIMENTO, P.R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.7, n.12, p.101-22, 2003

SILVA, A.M.; VARGAS, A.M.D.; FERREIRA, E.F.; ABREU, M.H.N.G. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p.2197-2206, 2010.

SILVA, A. M.; DAMIANI, I. R. As práticas corporais na contemporaneidade: pressupostos de um campo de pesquisa e intervenção social. In: SILVA, A. M.; DAMIANI, I. R. (Org) **Práticas Corporais: Gênese de um movimento investigativo em educação física**. v.1. Florianópolis: Nauembla Ciência & Arte. 2005. 100p.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v.42, n.1, p.48-56, 2008.

SILVA, T.R.; FELDMAN, C.; LIMA, M.H.A.; NOBRE, M.R.C.; DOMINGUES, R.Z.L. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.180-189, 2006.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da Saúde Coletiva. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 143p.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2010. p.115 - 130.

SIQUEIRA, F.V.; NAHAS, M.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; CURI HALLAL, P.C. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.1, p.203-213, 2009.

SNOWLING, N.J.; HOPKINS, W.G. Effects of Different Modes of Exercise Training on Glucose Control and Risk Factors for Complications in Type 2 Diabetic Patients: A meta-analysis. **Diabetes Care**, v. 29 n. 11, p.2518-2527, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2007.

SOUZA, A.C.; BONILHA, A.L.L.; VERONESE, A.M. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do serviço de atendimento móvel de urgência à atenção primária à saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.1, p.21-26, 2008.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, sup 1, p.S91-S99, 2008.

STUCKLER, D.; BASU, S.; McKEE, M. Drivers of inequality in Millenium Development Goal progress: A statistical analysis. **Public Library of Science Medicine**, v.7, n.3, 2010.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2010. p.91 -113.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. v.10, n.19, p.61-76, 2006a.

TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. v.10, n. 20, p. 347-362, 2006b.

TESSER, C.D.; NETO, P.P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl.3, p.3615-3624, 2010.

THAINES, G.H.L.S.; BELLATO, R.; FARIA, A.P.S.; ARAÚJO, L.F.S. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus - um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.18, n.1, p.57-66, 2009.

THOMAS, N.; ALDER, E.; LEESE, G.P. Barriers to physical activity in patients with diabetes. **Postgraduate Medical Journal**, v. 80, n. 943, p.287-291, 2004.

TINOCO, S.G.G.; LEITE, E.G.; BALDINI, N.L.F. Reflexões sobre a política de promoção da saúde no Distrito Federal e sua integração com a estratégia saúde da família. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.3, n.2, p.64-75, 2009.

TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V.T. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p.1039-1047, 2003.

TORRES, H.C.; FRANCO, L.J.; STRADIOTO, M.A.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V.T. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.291-298, 2009.

TORRES, H.C.; CANDIDO, N.A.; ALEXANDRE, L.R.; PEREIRA, F.L. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 312-316, 2009b.

TORRES, H.C.; ROZEMBERG, B.; AMARAL, M.A.; BODSTEINS, R.C.A. Perceptions of primary care professional towards their role in type 2 diabetes mellitus patient education. **BMC Public Health**, v.10, p.583, 2010.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.885-895, 2004.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. **Acta Scientiarum**, v.26, n.2, p.261-269, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, suppl.2, pp. S7-S14, 1999.

VERMEIRE, E.; WENS, J.; VAN ROYEN, P.; BIOT, Y.; HEARNshaw, H.; LINDENMEYER, A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 18, n. 2, 2005.

VICENTIN, A.P.M. **Conhecer para intervir, em direção ao empoderamento pela atividade física no complexo São Marcos, Campinas – SP**. 2008. Dissertação. (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

WARSCHAUER, M. et al. **As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã SP**. In: XV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE E II CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2007, Recife.

Disponível em: www.cbce.org.br/cd/resumos/003.pdf

WARSCHAUER, M. **Lazer e saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo.

WARSCHAUER, M.; D'URSO, L. Ambiência e formação de grupos em programas de caminhada. **Saúde e Sociedade**, v.18, suppl.2, 2009.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R.; COMARU, F.A. A promoção da saúde e as cidades. In: Castro A, Malo, M, organizadores. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas; 2006. P.133-151.

WILLIAMS, P.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. **Quality Health Research**, v.14, n.7, p.942-60, 2004.

ZHAO, G.; FORD, E. S.; LI, C.; MOKDAD, A. H. Compliance with physical activity recommendations in US adults with diabetes. **Diabetic Medicine**, v.25, n. 2, p.221–227, 2008.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de mestrado intitulada: *A integralidade no atendimento ao portador de diabetes: percepções dos coordenadores do Programa de Educação e Controle do Diabetes do Distrito Federal*. O objetivo deste estudo é conhecer melhor como a integralidade é percebida pelos representantes do PECD e que ações são necessárias para que o atendimento ao portador de diabetes ocorra de maneira integral.

Para a pesquisa, você irá participar de uma entrevista no seu próprio local de trabalho e fornecer algumas informações por meio de um questionário. Todo o procedimento irá durar entre 40 minutos e 1 hora. As entrevistas serão gravadas para posterior análise. Garantimos que sua participação será anônima e confidencial, os arquivos de áudio e questionários serão mantidos em sigilo pela pesquisadora e não serão divulgados. Os dados serão utilizados na elaboração de uma dissertação e para publicação em periódicos e eventos científicos, nos quais asseguramos que sua privacidade será preservada.

Sua colaboração é muito importante, pois essas informações possibilitam a elaboração de estratégias que contribuirão para o desenvolvimento do PECD. Sua participação é voluntária e não envolve riscos ou custos financeiros para você ou para a instituição. Além disso, seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sendo garantido que a recusa ou desistência na participação não representa nenhum tipo de prejuízo a você ou ao seu trabalho.

Como pesquisadora responsável, me coloco à disposição para prestar qualquer tipo de esclarecimento e fornecer maiores explicações a qualquer momento. Você pode entrar em contato comigo através do telefone (61) 9689-3014 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo (61) 3107-1947.

Este documento possui duas vias, você receberá uma delas e a outra ficará com a pesquisadora.

Atenciosamente,

Gisele Balbino Araujo Rodrigues
Mestranda de Educação Física/FEF-UnB
Comitê de Ética – CEP/FS – UnB

_____, ____ de _____ de 2011.

Nome do Participante

Assinatura

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____ Regional: _____

1 - Sexo:

() Feminino

() Masculino

2 – Data de nascimento:

____/____/____

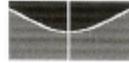
3- Há quanto tempo atua no PECD como coordenador(a):

4 – Área de formação:

5 – Há quanto tempo trabalha no Sistema Único de Saúde?

6 - Quantas horas por semana atua no PECD?

ANEXO A



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **067/11**

Título do Projeto: “Percepções sobre promoção da saúde entre profissionais do Programa de Educação e Controle do Diabetes do Distrito Federal”.

Pesquisadora Responsável: Gisele Balbino Araújo Rodrigues

Data de Entrada: 25/05/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **067/11** com o título: “Percepções sobre promoção da saúde entre profissionais do Programa de Educação e Controle do Diabetes do Distrito Federal”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de junho de 2011.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 16 de junho de 2011.


Prof. Nelson Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB

ANEXO B



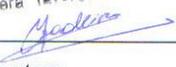
GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

O **Programa de Educação e Controle do Diabetes**, vinculado à **Secretaria de Saúde do Distrito Federal** está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa **“Percepções sobre promoção da saúde entre profissionais do programa de educação e controle do diabetes do Distrito Federal”**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 196, de 1996, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.

Helena Maria Madeira
Programa de Educação e
Controle do Diabetes - DF
Assessora 127.161-X


Assinatura