



## Estratégias de Cuidar na Atenção Básica e as Doenças Crônicas não Transmissíveis

Ana Lúcia Abrahão<sup>1</sup>

### Introdução

O controle das doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes, representa um dos grandes desafios, hoje, postos para a saúde mundial. As estatísticas sobre essas doenças são alarmantes. Só no continente americano, a hipertensão está presente em cerca de 140 milhões de pessoas. Metade delas desconhece ser portadora da doença, por não apresentar sintomas e não procurar serviço médico. Dos que descobrem ser hipertensos, 30% não realizam o tratamento adequado, por falta de motivação ou recursos. No Brasil, estima-se que 22% da população adulta sofra de hipertensão e 8% tenha diabetes (MS, 2004).

Vale ressaltar que as doenças cardiovasculares causam 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade e atingem a população adulta em plena fase produtiva. Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), essas doenças são responsáveis por 1,15 milhão de internações por ano, com um custo aproximado de R\$ 475 milhões. Desse total, 25,7% são gastos com internações de pacientes por acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto agudo do miocárdio (IAM). Nesses números, não estão incluídos gastos com procedimentos de alta complexidade.

Essas doenças acabam evoluindo para quadros clínicos mais graves, como infarto agudo no miocárdio, derrames e problemas renais, que geram aumento da demanda nos serviços de saúde. Por outro lado, tais agravos podem ser evitados com hábitos simples, como uma alimentação saudável e uma rotina de exercícios físicos.

O Brasil desenvolve o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o de Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde, por meio do Plano de Re-

### Resumo

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) configuram um quadro grave na saúde pública brasileira. O julgamento e a adoção das vias na condução de medidas de prevenção são de responsabilidade das organizações de saúde e dos profissionais que trabalham nestas instituições. Por outro lado, o trabalho em saúde depende de uma série de saberes que podemos, de forma geral, denominar de tecnologias. Tecnologias que não são exclusivamente identificadas como equipamentos e, segundo Merhy (1997), são classificadas em leve; leve-dura e dura. Neste artigo, temos como objetivo identificar as estratégias usadas na manutenção do tratamento dos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Para tanto, utilizamos como espaço para a investigação o grupo educativo e as consultas de enfermagem que acontecem no interior do projeto de extensão "Modos de cuidar em Saúde Coletiva, buscando a Integralidade das ações em Saúde", aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense. Os resultados apontam para a possibilidade de assistência integral, compactuando com a proposta do SUS e articulada à realidade do cotidiano institucional, levando à melhoria da qualidade da assistência prestada.

**Palavras-chave:** Cuidado em saúde, Atenção Básica, Processo de Trabalho em Saúde, Tecnologia.

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Coletiva na área de Gestão e Planejamento, Sanitarista. Professora, Pesquisadora da EEAAC/UFF. abrahao@vm.uff.br

organização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes, que estabelece metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, a partir da reorganização do trabalho de atenção à saúde (MS, 2004).

Este quadro atual impõe a busca por respostas na conformação de um novo modelo de atenção para a saúde que responda à atual demanda por serviços orientados para as denominadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Segundo Eugênio Villaça (1996), a saúde da família se constitui como estratégia de reorganização do nível primário, servindo também como elemento catalizador para o reordenamento dos demais níveis na solução dos problemas de saúde.

Por outro lado, a compreensão do modo como os determinantes sociais do processo saúde/doença, do modo de trabalho em saúde e da ideologia dos profissionais que atuam nessa área, oferece situações distintas para a solução dos problemas em saúde, principalmente, aqueles que estão intimamente relacionados aos hábitos de vida, como as DCNT. Situações de saúde que, segundo Mario Testa (1992), são dimensões que não devem ser pensadas como algo descolado das questões de poder e história daquela comunidade ou grupo de indivíduos.

A resolução dos problemas em saúde – objeto social – requer a conjugação de diferentes interesses, ganhos e arranjos de ordem política e social que mobilizam uma grande concentração de poder nesse setor. Mario Testa (1992) trata de questões como Política e Poder dentro de um processo único, no interior da sociedade, onde determinados grupos formulam propostas consoantes com os seus desejos e poder. Nesse processo de discussão e acordos, a decisão torna-se uma ferramenta na transformação do objeto social. Decisões sobre os caminhos e arranjos a serem seguidos são atribuídas a determinados grupos, ou melhor, a um conjunto de profissionais que trabalham em instituições detentoras de certo grau de autoridade e reconhecimento da população.

No campo da saúde, não diferentemente dos demais segmentos sociais, decisões que possuem alto grau de influência sobre a população acabam por concentrar poder e por ditar políticas. O julgamento e a adoção das vias na condução da saúde pública, no interior da sociedade, são de responsa-

bilidade das organizações de saúde e dos profissionais que trabalham nessas instituições. É um dos aspectos naturais dessas organizações; característica, aliás, incorporada e validada pela sociedade.

O problema de saúde como objeto social deve ser tratado em conformidade com suas especificidades, considerando as tensões entre os poderes e os poderosos presentes neste território, não descartando a influência dos arranjos da sociedade contemporânea.

A integralidade da atenção é um princípio básico nessa discussão sobre as condições necessárias para a construção de um novo modelo assistencial. O art. 198, Seção II, da Constituição Brasileira estabelece o atendimento integral à saúde como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais, devendo tal preceito ser aplicado em todos os níveis de atenção, implicando a compreensão do indivíduo como singular e como parte de uma coletividade.

A partir daí, admite-se que a atenção integral, conforme preconizada, só se concretiza através da atuação de uma equipe multidisciplinar, pois a mudança nas formas de intervir é decorrente de “atuação e abordagem interdisciplinar ao indivíduo e à população na realidade em que se inserem”. Além disso, a “interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas” (Carvalho, 1993).

Nesse sentido, o projeto de extensão “Modos de cuidar em Saúde Coletiva, buscando a Integralidade das ações em Saúde”, aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense, implantou atividades de grupo educativo e consulta de enfermagem junto a serviços de saúde no município de Niterói e Itaboraí. Neste artigo, trazemos a discussão da construção de espaços de assistência na atenção básica voltados às DCNT, comprometidos com a integralidade do cuidado e articulados às necessidades dos serviços, cujo objetivo é identificar as estratégias usadas na manutenção do tratamento dos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

O texto está organizado em cinco partes. A primeira, é uma introdução do tema de estudo; a segunda, refere-se à metodologia utilizada; a terceira, é um debate a respeito da atividade de ex-

tensão em questão e o processo de flexibilização curricular de graduação da enfermagem; a quarta, apresenta a discussão dos resultados, e a quinta – e última –, tece as considerações finais articulando-se à realidade do cotidiano institucional.

## Metodologia

A pesquisa no campo da Saúde Coletiva segue uma lógica semelhante à da Pesquisa Social, pois é entendida, enquanto prática de aproximação sucessiva da realidade, combinando a teoria que sustenta o estudo com os dados e as informações que são originados na investigação. Sendo assim, pudemos nos apoiar em métodos de investigação da Pesquisa Social para propor instrumentos que nos auxiliaram nesta constante aproximação e conhecimento do objeto a ser investigado: o grupo de educação em saúde e as consultas de enfermagem.

A interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados, situação constante nesta investigação, revela uma das características da pesquisa qualitativa, que, segundo Minayo (1993), é a relação essencial nesta linha de investigação. Logo, além da pesquisa bibliográfica, o trabalho de campo é fundamental, pois “mostra homens engajados no seu próprio devir histórico e instalados em seu espaço geográfico concreto” (Lévi-Strauss apud Minayo, 1993, p. 106).

A observação participante, método utilizado nos estudos antropológicos, é uma forma de abordagem que supõe a intersubjetividade na relação sujeito-objeto de pesquisa e que foi utilizada neste estudo. As observações diretas do campo de investigação não se limitaram a um roteiro específico, mas correspondem às variadas inserções do pesquisador no campo. Nessa perspectiva, o principal instrumento adotado foi o diário de campo, onde foram registradas as informações relativas a todas as experiências e relações estabelecidas pelo pesquisador.

A utilização da entrevista não estruturada com os usuários dos serviços possibilitou a revelação das condições estruturais e simbólicas que cercam o objeto investigado, ao mesmo tempo em que constitui uma maneira de entendimento da representação, não só do sujeito entrevistado, como do grupo ao qual está ligado. Ambos, colocados em condições históricas e culturais específicas, revelaram material privilegiado da vida cotidiana.

Foram realizadas idas ao campo, três vezes na semana, para o acompanhamento dos atendimentos individuais e/ou familiares e do grupo educativo. Todas as atividades foram desenvolvidas pelo projeto de extensão “Modos de cuidar em Saúde Coletiva, buscando a Integralidade das ações em Saúde” nos municípios de Niterói, no período de 2005 até março de 2006, e de Itaboraí, no período de maio de 2006 até o momento atual de 2007.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre as atividades desenvolvidas pela pesquisa e, após o consentimento, aceitaram participar, de acordo com as regras estabelecidas pelo comitê de ética da Universidade Federal Fluminense.

As atividades observadas foram realizadas na Atenção Básica. De forma geral, as ações em Atenção Básica buscam a inclusão da população no sistema de saúde, visando a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida, o que é fundamental para enfrentar o quadro de desigualdade social do país. Sua importância reside também no potencial de mudanças no modelo tradicional de atenção, privilegiando a integralidade e a humanização da atenção, através do trabalho interdisciplinar e multiprofissional de equipes de saúde que estabelecem vínculos de responsabilização com a população.

Dessa forma, as ações-foco foram:

- Grupos de Educação e Saúde em Hipertensão e Diabetes formados mediante técnicas específicas para discussão de temas entre profissionais e usuários. Os dados obtidos com o diário de campo foram organizados e sistematizados de acordo com as categorias de análise que foram: *tecnologia* e *modelo assistencial*. Além da categorização, o material sofreu análise à luz de conceitos teóricos, de forma que os achados auxiliem na identificação de estratégias envolvidas no cuidado.
- Consulta de enfermagem: foram observadas as de baixa complexidade de acordo com os programas do Ministério da Saúde que possuam ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. O material coletado, através do diário de campo e da observação participante, seguiram o mesmo roteiro analítico empregado para os grupos educativos.
- Material Documental: no decorrer da pesquisa, foram identificados materiais, como livro de

atendimento e SAI-SUS. Dessa forma, organizamos uma compilação de informações que apóia a análise do material, com uma breve característica da população estudada.

## **A Extensão e o Ensino**

O cenário de exercício das atividades teórico-práticas e de estágio que decorrem da formação do enfermeiro formado na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF) compreende uma série de serviços de saúde situados no município de Niterói, em sua maioria, e alguns serviços nos municípios próximos, como Rio de Janeiro, Itaboraí e São Gonçalo. A estrutura curricular garante ao aluno uma formação centrada no exercício reflexivo teórico-prático pautado pela lógica do Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva, o projeto de extensão “Modos de cuidar em Saúde Coletiva, buscando a Integralidade das ações em Saúde”, além das suas atividades próprias, possui espaço para o ensino teórico-prático e estágio dos alunos do curso de graduação da EEAAC/UFF.

Aprender a aprender, uma das vertentes defendidas pelo projeto político-pedagógico da EEAAC/UFF, envolve o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações disponibilizadas em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo – com particular destaque –, a informação advinda da própria experiência profissional e dos serviços de saúde.

Em relação à última habilidade – experiência advinda dos serviços –, o currículo de enfermagem passa a articular os projetos de extensão à prática de ensino, com experiências que vêm impactando positivamente na transformação do processo de formação profissional. A participação dos alunos na assistência e, em contato com os atores dos serviços e da comunidade, é a real possibilidade de construção de espaços de flexibilização do ensino, pois as atividades de extensão passam, juntamente com a dinâmica do serviço, a definir conteúdos e a orientar os trabalhos a serem desenvolvidos pelos estudantes. Esse espaço tem sido essencial para que se revelem novos conteúdos e para que novas práticas (para responder aos novos problemas) se-

jam construídas. Novas práticas que incluem uma nova tecnologia no planejamento e construção de conteúdos e objetivos educacionais, agora não mais objeto exclusivo da prática acadêmica.

Buscar empreender mudanças amplas e profundas no processo de ensino-aprendizagem na formação de profissionais de saúde significa identificar projetos que sejam capazes de articular em seu interior diferentes disciplinas e serviços. No nosso caso, o projeto de extensão em tela proporcionou a criação deste espaço. Entretanto, articular a produção e a difusão do conhecimento, a formação de profissionais e a comunidade, significa a capacidade de desenvolver confiabilidade e sensibilidade tanto política quanto técnica. Significa provocar e enfrentar conflitos. Significa exercitar paciência e perseverança. Flexibilização e permeabilidade, portanto, são eixos fundamentais dos processos de mudança nessa esfera da formação de profissionais de saúde (Almeida, 1999).

A parceria com os serviços de saúde e com a comunidade, advindas do projeto de extensão, muito tem contribuído como elemento facilitador da implantação do novo currículo de graduação da EEAAC/UFF. A mudança do processo de formação depende da mudança da prática profissional, que por sua vez depende da mudança do modelo de atenção e do papel dos vários sujeitos na produção da saúde. Esses são processos dialeticamente relacionados e interdependentes que se materializam nos diferentes cenários voltados para a aprendizagem da enfermagem.

A articulação com o projeto de extensão ampliou o espaço de aprendizagem do aluno, pois, especificamente, o campo da saúde é tradicionalmente marcado por uma prática profissional hierárquica rígida, gerada pelo atual modelo biomédico, em que o espaço tradicional da formação ocorre em hospitais e marca a sua principal referência. Concentram-se, nesses espaços, traços fortes de uma forma individualizada, mecanizada e fragmentada de produzir saúde.

A mudança de foco para o ensino em relação a estas questões não é um processo que ocorra automaticamente; a tendência observada no estudo foi a de que a Universidade, quando toma o “espaço comunidade” como referência para práticas curriculares, o faz, na maioria das vezes, reproduzindo ou tentando reproduzir os modelos prescritivistas e autoritários que a tem caracterizado, produzindo uma



distância entre a realidade do serviço e a academia. Entretanto, as possibilidades reais implicam constituir caminhos capazes de, ao transitarem pelo ensino e a extensão, mobilizar o refletir no trabalho e promover o aprender a lidar com as incertezas, com o imprevisível. Reconhecendo que não há cenário ideal para o ensinar em saúde, o que há são situações, na maioria das vezes, inesperadas. O que nos mostra que o fazer na saúde é sempre algo surpreendente e de difícil controle, já que estamos diante da vida, que nos convida a estabelecer, naquele instante, ponto entre a teoria e a prática.

## Resultados e Discussão

Esta parte tem por finalidade apresentar e discutir os resultados obtidos, a partir da observação participante e da aplicação das entrevistas semi-estruturadas com os usuários nas unidades de saúde que acolhem o projeto de extensão “Modos de cuidar em Saúde Coletiva, buscando a Integralidade das ações em Saúde”. Procurou-se analisar os discursos mais marcantes e observar a relação existente entre o enfermeiro e sua clientela, de acordo com os objetivos propostos neste trabalho, seguindo duas categorias analíticas que, origina-

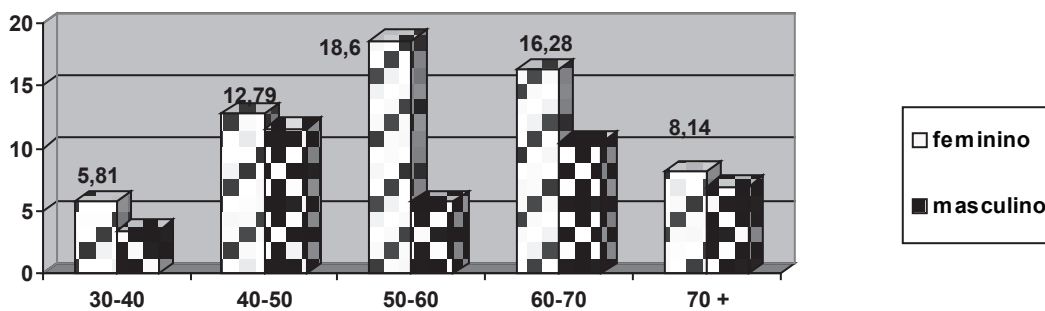
das do material empírico, são *tecnologia* e *modelo assistencial*.

Como apresentação e discussão dos resultados, vamos apresentar uma breve caracterização da população estudada e, em seguida, será apresentada a discussão por categoria de análise.

Na unidade do município de Itaboraí, são assistidas, aproximadamente, 1180 famílias ou 7.000 pessoas, com um quadro de profissionais de duas enfermeiras, dois médicos, uma técnica de enfermagem e 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As maiores dificuldades encontradas pelos profissionais dessa Unidade são a alta incidência e prevalência de diabetes e hipertensão e a manutenção de portadores dessas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) compensados. Por estarem constantemente com seus níveis de glicemia e pressão altos, esses pacientes solicitavam com muita frequência a Unidade em busca do restabelecimento emergencial de suas saúdes.

Na Unidade de Niterói, são assistidas, aproximadamente, 2240 famílias, na qual se mantêm em funcionamento os programas de Hipertensão Arterial e Diabetes, seguindo a orientação do Ministério da Saúde.

Distribuição percentual segundo sexo e faixa etária da população cadastrada no programa de hipertensão na unidade de niterói em agosto de 2005



Fonte: Preventório I/2005

De acordo com o quadro acima, podemos perceber que a população apresenta maior percentual de mulheres (61,62%) com hipertensão. Dentre as mulheres, a faixa etária mais atingida foi de 50-60 anos (18,60%). Em contrapartida, a faixa etária mais atingida nos homens foi de 40-50 anos (11,62%). Considerando ambos os sexos, temos que a faixa etária mais acometida foi de 60-70 anos (26,74%).

Outro fator de destaque do quadro apresentado é referente à faixa etária, que representa a in-

versão da pirâmide etária brasileira com concentração na faixa de adultos e idosos, confirmando o aumento da expectativa de vida na população.

Entretanto, algumas interrogações podem ser construídas a partir dos dados acima, como o fato de a mulher ser o membro da família historicamente indicado para o cuidado poder contribuir com o número elevado do cadastro, já que é ela quem acompanha os filhos à unidade de saúde. Outra interrogação é o fato de que os programas de atenção básica preconizados pelo Ministério

da Saúde terem maior concentração de mulheres pode ter influência nesse percentual.

Finalizando, temos que esses resultados são compatíveis com os resultados apresentados por pesquisas nacionais que englobam toda a população brasileira.

### **Categoria de análise: tecnologia**

O modo de trabalho em saúde depende de uma série de saberes que podemos, de forma geral, denominar de tecnologias. Segundo Emerson Merhy (1997), as tecnologias são classificadas em *leve*; *leve-dura* e *dura*. *Tecnologia leve* é a relação intercessora do processo de trabalho em saúde em uma das suas dimensões com o usuário final. É tecnologia que não é normativa. Na *Tecnologia leve-dura*, há normatização centrada no modo de atenção à saúde, havendo ainda cristalização em estruturas mais consistentes; e *Tecnologia dura* utiliza equipamentos para a intervenção assistencial.

tecnologia não é confundida aqui exclusivamente com instrumento (equipamento) tecnológico, e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo (MERHY, 1997, p. 127).

Os saberes expressos em tecnologias possuem a potência de conjugar novos modos e práticas sobre o processo produtivo na saúde. A ação do trabalho vivo se estabelece no encontro das múltiplas expectativas que estão em jogo. Podemos identificá-lo nos momentos de falas, escutas e interpretações presentes no grupo educativo e na consulta de enfermagem. É, nesse instante, que ocorre a produção de um acolhimento ou não. Por muitas vezes, nestes momentos é que se iniciam os processos de ausência de assistência. É também o momento em que pessoas colocam, nesse encontro, a expectativa da construção de uma possível cumplicidade, em que pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo produção de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

As estratégias para a manutenção do grupo de educação em saúde e mesmo do retorno das con-

sultas de enfermagem ocorreram, segundo a nossa observação, de modo articulado com as diferentes tecnologias, ou seja, foram utilizadas em conjunto, visando a resolução dos problemas apresentados. Assim, cada profissional guarda um conjunto tecnológico e opera com ele de acordo com a necessidade do seu emprego no cuidado em saúde.

A compreensão da presença das tecnologias nos auxiliou no sentido de identificar as possibilidades de provocar mudanças e avanços no fazer em saúde. Entretanto, entrar no terreno das tecnologias significa enfrentar os diferentes interesses que atravessam esse campo, principalmente, nos defrontando com as tecnologias leves. Esse tipo de tecnologia revela a enorme potência para modificar processos e hábitos, pois toma por base a escuta, a conversa e a interação entre profissional e usuário.

No caso de pessoas com hipertensão, por exemplo, estratégias como grupos educativos compõem o arsenal das tecnologias leves, momento de interação com a família e de identificação de riscos e agravos. É nesse modelo de micropolítica do encontro, onde operam jogos de expectativas e mútuas produções subjetivas e produções propriamente expressas nos atos de saúde, que podemos ressignificar um hábito e produzir uma forma de estar na vida com mais equilíbrio.

### **Categoria de análise: modelo assistencial**

Um olhar mais atento à forma como produzimos e cuidamos em saúde revela o emprego de diferentes técnicas e tecnologias, que são articuladas a partir de um determinado viés teórico, historicamente construído, que acaba por determinar também os aspectos organizacionais dos serviços de saúde. Ao conjunto desses arranjos denominamos de *Modelo de Atenção à Saúde*.

Modelo de atenção é, portanto, um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender necessidades de saúde individuais e coletivas; é uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor integrar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos (CZERESNIA, 2003, p. 165).

Apesar de as unidades estarem organizando o processo de trabalho sob modos de ação que possuem características que podem ser apontadas como distintas do modelo hegemônico – como, por exemplo, a organização por área, seguindo o perfil epidemiológico, a presença e a importância do acolhimento e do vínculo –, tais atividades não são suficientes para configurar que uma prática esteja se desenvolvendo nesta linha, ou seja, de modo oposto ao modelo hegemônico. No cenário de Niterói, o enfermeiro desenvolve suas ações na supervisão das equipes e apenas estão em atividades próximas ao usuário, quando há necessidade, ou ações extrapolam as ações desenvolvidas pelo auxiliar de enfermagem. Discutimos a importância da equipe interdisciplinar, a importância e resolutividade de ter, na ponta, profissionais capazes, através de um projeto terapêutico, com ações articuladas na solução dos problemas e das necessidades de saúde.

Por outro lado, os usuários que fazem parte do grupo de educação e saúde e buscam a consulta de enfermagem trazem o discurso medicalizante, em que sempre há o interesse pelo uso do remédio como única fonte de resolução dos problemas de saúde. Neste sentido, o cenário nos oferece a ação de um modelo ainda centralizado na conduta biológica, já que há busca pelas ações medicalizantes, apesar dos esforços desenvolvidos.

Pensamos que identificar estratégias para o cuidado com usuários portadores de DCNT é buscar um olhar crítico sobre aquilo que está sendo desenvolvido e oferecido naquele espaço, ao mesmo tempo em que se crie condições de espaços de discussão no interior da equipe.

## Conclusão

Ao olharmos as atividades de grupo educativo e consulta de enfermagem na atenção básica, na busca de identificar as estratégias usadas na manutenção do tratamento dos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, adentramos o campo dos microprocessos presentes nos atos em saúde. No entanto, não nos propusemos à compreensão das tecnologias, na produção em saúde, no tenso campo em que repousam os processos de trabalho neste setor, pois a dimensão do cuidado é atravessada por distintos modos de conduzir a ação em saúde.

Por outro lado, o olhar sobre as tecnologias leves – a estratégia mais utilizada – permite reconhecer que cada profissional é possuidor de uma valise tecnológica que opera sobre o trabalho vivo, e que esta pode ser uma entrada em potencial na construção e no estabelecimento de projetos terapêuticos coletivos.

Entender a dupla dimensão do uso das tecnologias, principalmente, das tecnologias leves é compreender que a interseção estabelecida entre profissional e usuário tece ações micropolíticas capazes de produzirem ações acolhedoras e de vínculo – elementos constitutivos do trabalho em saúde, que busca a solução coletiva para os problemas de saúde.

Enfim, são muitos os olhares e interesses sobre o trabalho em saúde, o que nos leva à incessante busca no labirinto do trabalho por novas maneiras de interrogar o modo como são produzidos os atos em saúde.

## Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M.J. *Educação médica e saúde: limites e possibilidades de mudança*. São Paulo: Hucitec, Editora da UEL, ABEM, 1999.
- BODSTEIN, Regina. “Assistência Médica na Agenda Pública”, in *Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- COSTA, Nilson do Rosário et alli. *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*, Vol. I e II. Petrópolis: Ed. Vozes, 1989.
- CZERESNIA, Dina (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- DUNCAN, Schimidt e Guigliiani. *Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- JUDGE, Richard D.M.D. et alli. *Clinical Diagnosis*, EUA: Little, 5ª ed., 1989.
- MENDES, Eugênio Villaça. *Uma Agenda para a Saúde*, São Paulo: Hucitec, 1996.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In *Agir em Saúde: Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In *Agir em Saúde: Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M<sup>a</sup> Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social*, Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M<sup>a</sup> Cecília de Souza (org.). *A Saúde em Estado de Choque*, Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 3<sup>a</sup> ed., 1992.

NETO, Otávio Cruz. "Poder local participação e agir comunicativo" in *Educação Razão e Paixão*, Joaquim Alberto Cardoso (org.), Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1993.

OMS, La crisis de la salud publica: reflexiones para el debate. *Publicación Científica No 540*, 1992.

POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e Sociedade Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

TESTA, Mario. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

## Abstract

The Chronic non-communicable diseases (DCNT) do not configure a serious case in the Brazilian public health picture. The ways to adopt judge and conduct prevention measures are the health organizations - and professionals who work in these institutions - responsibility. On the other hand, the health work depends on a series of knowledge that we can, in general, call technologies. Technologies that are not exclusively identified as equipments, and according to Merhy (1997), are classified as light; light-heavy and heavy. In this article we aim to identify the strategies used in the treatment maintenance of chronic non-communicable diseases patients. For that, we use as investigation space the educative group and the nursing consultations that take place inside the "Different ways of taking care in Collective Health - searching health action`s integrality" extension project approved by the Extension Pro Chancellery of the Fluminense Federal University. The results point to the possibility of an integral assistance, lined up with the SUS proposal and articulated with the institutional daily reality, reverting in the given assistance quality improvement.

**Keywords:** Health Care, Basic Attention, Health Work Process, Technology.