Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Albanéa Baylão Trevisan

Análise do cuidado em saúde na atenção básica em Piraí - RJ

Rio de Janeiro

2012

Albanéa Baylão Trevisan

Análise do cuidado em saúde na atenção básica em Piraí - RJ

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Junior

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

T814 Trevisan, Albanéa Baylão.
Análise do cuidado em saúde na atenção básica em Piraí - RJ / Albanéa Baylão Trevisan. – 2012.
64f.

Orientador: Aluisio Gomes da Silva Junior.
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde da família – Estratégia – Teses. 2. Saúde – Trabalho - Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Silva Junior, Aluisio Gomes da. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social .

CDU 613.9-355.43

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Albanéa Baylão Trevisan

Análise do cuidado em saúde na atenção básica em Piraí – RJ

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Mestrado Profissional em Administrção de Saúde Gestão de Sistema de Saúde

Aprovada em 09 de julho de 2012.

Banca Examinadora:_____

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Marcia Guimarães de Mello Alves
Comunidade da Universidade Federal Fluminense – ISC - UFF

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

À minha família, minha inspiração e apoio constante nos projetos de vida, que neste momento especial me acalanta, tornando menos difícil passar pelos momentos de tristeza, sempre me confortando com sua presença e amor.

Em memória do meu grande amigo Geraldo Custódio de Oliveira Filho, Dinho, que, se estivesse presente, estaria apoiando e comemorando comigo este momento importante de minha vida.

Em memória de minha grande amiga e incentivadora Paula Hérica Rocha de Azevedo, que sempre acreditou e foi uma grande guerreira do Sistema Público de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial ao meu marido, que me apoiou, entendendo que esta era uma etapa importante para minha vida.

Às minhas filhas pelo entendimento diante das diversas ausências ocorridas para a realização deste trabalho.

Aos meus pais, por estarem mais do que próximos a mim, na verdade, substituindo-me nos diversos momentos em que precisava e, por motivos do trabalho, não podia estar presente.

Aos profissionais entrevistados, que me acolheram prontamente e se dispuseram a falar de seu trabalho de forma sempre muito atenciosa.

Aos usuários do Sistema de Saúde, os cidadãos entrevistados, que também me receberam de forma carinhosa e dedicada, contribuindo para a qualificação do serviço.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí, que tanto me incentiveram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu orientador, Aluísio Gomes, pelo apoio e entendimento diante de todas as dificuldades vivenciadas.

Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais - a gente levanta, a gente sobe, a gente volta!... O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

João Guimarães Rosa

RESUMO

TREVISAN, Albanéa Baylão. *Análise do cuidado em saúde na atenção básica em Piraí - RJ*. 2012. 64 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

A Estratégia de Saúde da Família é um dos movimentos adotados pelo Brasil para o alcance da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade da atenção, preservação da autonomia, igualdade da assistência, direito à informação e participação da comunidade. Com a reorganização da prática assistencial, são esperados maior resolubilidade, vínculo, acesso e continuidade da atenção, através de equipe multidisciplinar. Diversos autores vêm-se debruçando na análise da adequação desse modelo com o cuidado em saúde e sua contribuição para o bom êxito do atendimento aos indivíduos, aliviando seus sofrimentos. O município de Piraí adotou esse modelo para 100% de sua população, em 2002. Este estudo tem por objetivo analisar o cuidado oferecido no município, na perspectiva teórica da integralidade, utilizando como condição traçadora o diabetes *mellitus*, descrevendo o desenvolvimento do atendimento e analisando o processo de trabalho à luz dos protocolos e normas recomendadas, assim como o cuidado na perspectiva do usuário. Foram realizadas entrevistas com profissionais que atuam há pelo menos três anos na mesma unidade e com usuários cadastrados minimamente por um ano, excluindo-se aqueles com quadros mais graves. Foi utilizado instrumento padronizado e elaborado com intenção de promover relatos sobre acesso, acolhimento, vínculo-responsabilização, coordenação de cuidado, uso de protocolos, resolubilidade, autonomia e percepção de cuidado pelo paciente em três unidades da estratégia de Piraí. A partir da análise dos resultados, observamos que o acesso aos serviços de saúde qualifica a atenção, por meio do atendimento personalizado e acolhedor, percebido a partir de relatos sobre o agendamento de 1ª consulta, consulta subsequente, atendimento de emergência, acesso via telefone e priorização da população que reside em locais mais distantes da unidade. Com relação ao vínculo, os usuários reconhecem as profissionais que trabalham nas unidades, o que aproxima a equipe dos usuários e contribui para o estabelecimento de relações de longa duração e efetividade da atenção. Percebe-se a responsabilidade com a vida do paciente e o foco do trabalho no indivíduo. Os usuários mantêm uma relação de confiança. Buscar autonomia destes através da promoção de trabalhos em grupos e visitas domiciliares é uma realidade, muito embora nos pareça que existe uma dificuldade de superar a transmissão de informações, pela troca de experiências, ou mesmo de entender a forma de pensar do paciente em relação a sua condição de saúde, buscando habilidades para lidar com a situação. Isso faz com que o desenvolvimetno de uma organização rotineira de grupos seja algo em que a equipe encontra dificuldades. À luz dos protocolos, são constatadas a busca ativa e a realização adequada com relação ao número e aprazamento das consultas médicas. No entanto, o registro no prontuário foi um problema detectado. O cuidado ao paciente, a partir dos registros, é desenvolvido principalmente pelo profissional médico. A avaliação por parte de outras categorias profissionais de nível superior é pouco expressa. Do ponto de vista biológico, as metas estabelecidas em protocolo para os usuários são atingidas por um número restrito de usuários. Essas situações demonstram a necessidade de investimentos que favoreçam a superação desses desafios.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Famíla. Cuidado em Saúde. Trabalho em Saúde. SUS.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is one of the motions adopted by Brazil, to the achievement of universal access to health services at all levels of care, comprehensive care, preservation of autonomy, equality of care, right to information; community participation. With the reorganization of health care practice, is expected higher resolution, connection, access and continuity of care through a multidisciplinary team. Several authors have been focusing on the analysis of the adequacy of this model with the health care and its contribution to the success of care to individuals by relieving their suffering. The Pirai adopted this model for 100% of its population in 2002. This study aims to analyze the care provided, in this city, in the theoretical perspective of wholeness, using as a tracer condition Diabetes mellitus, describing the development of care and analyzing the work process the light of protocols and standards recommended, as well as care from the perspective of the user. Interviews were conducted with professionals who work at least three years in the same unit and registered users, minimally for a year, excluding those with more severe. We used standardized and developed with the intention of promoting access to reports, host, link-accountability, coordination of care, use of protocols, resolution, autonomy and perceived by the patient care units in three of the strategy Piraí. From the analysis of the results, we note that access to health services qualifies attention through personalized service and cozy, realized with reports about scheduling a first consultation, subsequent visit, emergency care, access via telephone and prioritization of the population residing in more distant places of the unit. Regarding the link, users recognize the professionals working in the units, which approximates staff / users and contributes to the establishment of long-term relationships and effectiveness of care. Realizes the responsibility with the patient's life work and focus on the individual. Users maintain a relationship of trust. Search user autonomy by promoting group work and home visits is a reality, although we may seem that there is a difficulty to overcome the transmission of information, exchanging experiences, or even to understand the thinking of the patient regarding their health condition, seeking skills to handle the situation. This makes the organization of groups routinely, is something the team finds it difficult to develop. The light of the protocols is found the active search, the proper conduct with respect to the number and scheduling of medical appointments. However, the record in the chart was a problem detected. The patient care, from the records, is developed mainly by the medical professional. Assessment by other professional-level is slightly expressed. From a biological standpoint, the goals established in the Protocol for the users are affected by a limited number of users. These situations demonstrate the need to encourage investment to overcome these challenges.

.

Keywords: Health Strategy Family. In Health Care. Health Work in SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 Serviços de saúde existentes no município de Piraí na década de 80..... 18

Tabela 02 Caracterização das áreas de Arrozal, Caiçara e Rosa Machado, 2012..... 21

Tabela 03 Percentual de saneamento básico, famílias cadastradas no PBF e cobertura de plano de saúde nas áreas de Arrozal, Caiçara e Rosa Machado, 2012..... 21

Tabela 04 - Situação apresentada pelo usuário com relação a meta estabelecida para as principais intervenções preventivas para os pacientes com diabetes *mellitus* entrevistados, Piraí, 2012 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	–	Acido acetilsalicílico
ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
CAB	–	Caderno de Atenção Básica
DF	–	Distrito Federal
ECG	–	Eletrocardiograma
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
HDL	–	High Density Lipoprotein
HGT	–	Hemoglucoteste
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDL	–	Low Density Lipoprotein
IMC	–	Índice de Massa Corporal
IMS	–	Instituto de Medicina Social
NPH	–	Neutral Protamine Hagedorn
PBF	–	Programa Bolsa Família
SAMU	–	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	–	Sistema de Informação em Atenção Básica
SISREG	–	Sistema Informção das Centrais de Regulação
SUS	–	Sistema Único de Saúde
PA	–	Pressão Arterial
TSH	–	Thyroid Stimulating Hormone
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	–	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UERJ	–	Universidade Estadual do Rio de Janeiro

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO**..... 14

1.1 **Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica em Saúde**..... 14

1.2 **Trajetória Profissional e aproximação com a temática**..... 15

1.3 **O município de Piraí**..... 16

1.3.1 Breve histórico de organização social..... 16

1.3.2 População, localização e área..... 17

1.3.3 Organização dos serviços de saúde..... 18

1.4 **Caracterização das áreas de Rosa Machado, Arrozal e Caiçara**..... 20

1.5 **Justificativa do desenvolvimento da pesquisa**..... 22

1.6 **Objetivo geral**..... 23

1.7 **Objetivo específico**..... 23

2 **MARCO TEÓRICO**..... 24

2.1 **Política de atenção básica no Brasil e a implantação da Estratégia de Saúde da Família**..... 24

2.2 **Cuidado ao paciente diabético na Estratégia de Saúde da Família para o Ministério de Saúde**..... 31

3 **METODOLOGIA**..... 35

4 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**..... 37

4.1 **Perfil dos entrevistados**..... 37

4.2 **Acesso e acolhimento**..... 38

4.3 **Vínculo e responsabilização**..... 41

4.4 **Coordenação do cuidado**..... 43

4.5 **Uso do protocolo**..... 45

5 **CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**..... 51

REFERÊNCIAS..... 55

ANEXO I - Roteiro de perguntas ao usuário..... 57

ANEXO II - Roteiro de perguntas ao profissional..... 58

ANEXO III - Roteiro para revisão de prontuários..... 59

ANEXO IV – Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa..... 64

1 INTRODUÇÃO

1.1 Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica em Saúde

O Brasil ao longo dos anos vem buscando a organização de seu sistema de saúde, no sentido de melhor utilização dos recursos com vistas a garantir o direito e a configuração de uma política de proteção social em saúde abrangente.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), apesar da realidade nacional atual e de sabermos que ainda existe muito a se fazer para o alcance de suas propostas, fica a partir de então, definido o modelo de proteção social adotado em nosso país.

No Brasil, deparamo-nos com diversos movimentos que visam ao alcance da proposta constitucional e dos princípios do SUS, no que se refere à universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; à integralidade da atenção; à preservação da autonomia das pessoas; à igualdade da assistência à saúde; ao direito a informações; e à participação da comunidade. Dentre os diversos movimentos estabelecidos para se alcançarem estas propostas e princípios, citamos a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, a qual será alvo de nosso estudo. Ela é lançada pelo ministério como forma de reorganizar a prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, e vem-se consolidando gradativamente. Sua adoção por parte dos municípios foi amplamente incentivada a partir de 1994.

Segundo o Guia Prático do Programa de Saúde da Família (2001), o modelo tradicional de atenção à saúde, por razões históricas, que entram pelo território da economia e passam por práticas políticas e costume cultural, distancia a equipe de saúde da população e dá destaque absoluto à especialização, praticamente apagando a visão integral das pessoas, a prevenção de doenças e a promoção de hábitos saudáveis. Além disso, não cria vínculos entre população e os serviços e não favorece a articulação da rede básica e os demais setores ligados à saúde. Essas situações impedem o diagnóstico necessário para se traçar o combate efetivo às causas dos problemas de saúde. O modelo tradicional também se caracteriza pela passividade, sem responsabilidade com a saúde da comunidade. As unidades tradicionais se limitam a abrir suas portas - nem sempre por 40 horas semanais - e simplesmente esperam pelas pessoas a serem vacinadas e encaminhadas para os hospitais. Na ESF, espera-se uma

maior capacidade de ação para atender às necessidades da população de sua área de abrangência de forma contínua, nos diversos ciclos de vida. O trabalho é organizado para que os profissionais possam desenvolver suas atividades em equipe de forma multidisciplinar e para que não se limitem ao papel de triagem da demanda, encaminhando a maior parte dos casos para serviços especializados. A equipe deve ter atribuição e competência na área de planejamento, programação e epidemiologia, possibilitando atuação voltada para a vigilância da saúde. A unidade de saúde deve ser o local de primeiro contato, e espera-se dela resolutividade no atendimento. Todas as famílias precisam ser cadastradas para realização de diagnóstico local e estabelecimento de metas a serem alcançadas. Quando o usuário se dirige a outros locais de maior densidade tecnológica, a equipe precisa continuar o acompanhamento do caso.

1.2 **Trajetória Profissional e aproximação com a temática**

Minha trajetória profissional tem-me levado ao encontro desse modelo de atenção, apesar do meu processo de formação inicial. Atuo há 18 anos na Estratégia de Saúde da Família, em diferentes municípios da região Médio Paraíba, e esse tem sido o meu principal objeto de prática profissional. Completei o 3º grau na área de enfermagem em 1983, formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nessa instituição realizei minha habilitação na área médico-cirúrgica. Sem nenhum interesse, a princípio, pela área de saúde pública, pois nosso papel se limitava a realizar diagnósticos, e como não havia uma parceria mais estruturada com os serviços de saúde, sempre deixávamos para trás um levantamento imenso de problemas, sem nenhuma articulação com serviços que poderiam dar continuidade às ações propostas.

Iniciei minha carreira na área hospitalar, após aprovação no concurso público para o Hospital Central do Exército. Atuei por 4 anos na área de emergência. Meu percurso na área de Saúde Pública ocorreu por circunstancias não planejadas. Atuar nessa área me parecia algo sem nenhuma resolutividade. Em 1986, prestei concurso público para a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e fui trabalhar no Posto de Saúde do Estado, na cidade de Volta Redonda. Adorei essa experiência.

Tive oportunidade de participar de diversos cursos na área. Desde aquela época, Volta Redonda já tinha uma ampla discussão sobre a importância do planejamento em conjunto da

saúde pelas 3 esferas de governo e com ampla participação da sociedade com seus movimentos organizados. Nessa fase, ocupei meu primeiro cargo na área gerencial, tornando-me Chefe de Enfermagem da Unidade de Saúde. Participei das diversas discussões locais sobre a unificação do Sistema de Saúde.

Em 1989, prestei concurso para o município de Barra Mansa, e, em 1993, fui convidada para ser enfermeira de família, atuando diretamente na assistência por 2 anos. Em 1995 fui convidada para coordenar a estratégia em Volta Redonda, pois havia sido aprovada para outro concurso público nessa localidade e já tinha um trabalho comunitário reconhecido na região. Continuei na função até 1999, implantando as primeiras unidades da estratégia no município.

Em 1999, tive a oportunidade de realizar o meu primeiro curso de especialização na Estratégia de Saúde da Familia, por meio da parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro, tornando-me especialista em Enfermagem na Saúde da Família e Comunidade. Em 2001, fui convidada para coordenar a estratégia no município de Piraí, cargo em que permaneci até 2012. Nesse período, Piraí, que já tinha 4 equipes de Saúde da Familia, passou para 13 equipes, cobrindo 100% da população com esse modelo de atenção.

1.3 **O município de Piraí**

1.3.1 Breve histórico da organização social

A organização social do município de Piraí teve início com a colonização, por volta de 1770, e com a intensificação do fluxo de mercadorias entre Rio de Janeiro e Minas Gerais.

No século XIX, diante das condições climáticas da cidade, de sua proximidade com o porto do Rio de Janeiro e da política de incentivos - a doação de terras realizada pela corte portuguesa -, Piraí entra na atividade cafeeira.

Em 19 de abril de 1907, a empresa Light and Power obtém concessão para desviar as águas do Rio Piraí e jogá-las no Vale do Ribeirão das Lajes, tornando-se a maior empregadora do município.

Com a privatização da Light, na segunda metade da década de 90, ocorre a demissão de mais de mil empregados, em sua maioria residentes de Piraí.

Com a reestruturação da Cia. Industrial de Papel Piray, outro grande empregador do município, são eliminados mais 300 postos de trabalho, abalando a economia municipal.

A partir deste momento, a administração municipal assume papel central na resolução da crise e no enfrentamento dos problemas, investindo nas parcerias e trazendo para o município a instalação de diversas outras empresas.

1.3.2 População, localização e área

Piraí é um município do estado do Rio de Janeiro com 491,6 km² de área geográfica, localizado na microrregião do Vale do Paraíba Fluminense, Regional de Saúde do Médio Paraíba. Em 2011, sua população era de 26.314 habitantes, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em 2011, 97,73% da população de 7 a 14 anos estavam na escola; 96,10% das pessoas com mais de 15 anos eram alfabetizadas; 7,4% das famílias estavam inscritas no Programa Bolsa Família; 86,8% das famílias tinham acesso a rede de esgoto; 99,8% tinham casa de tijolo; 97,7% tinham acesso a coleta pública de lixo; 82,0% tinham sistema de esgoto encanado e 99,7%, acesso a rede elétrica.

Piraí é considerado um município de pequeno porte, como a maioria dos municípios brasileiros, com uma densidade demográfica de 52,1 hab/km².

Faz divisas com os seguintes municípios:

- Barra do Piraí e Pinheiral, ao norte;
- Rio Claro e Itaguaí, ao sul;
- Mendes, Paracambi e Itaguaí ao leste;
- Volta Redonda e Pinheiral a oeste;

O território municipal está dividido em quatro distritos: Piraí (distrito-sede), Arrozal, Santanésia e Vila Monumento.

Duas importantes rodovias (Presidente Dutra e RJ 145) cortam o município em toda a sua extensão.

Suas principais atividades econômicas são: a agricultura, pecuária, silvicultura, pesca, indústria, produção e distribuição de eletricidade, construção civil, comércio e prestação de serviços.

Piraí tem o projeto Piraí Digital, de disseminação da cultura digital no município, que envolve ações de inclusão digital, educação para novas mídias e informação da gestão. Ele abrange telecentros, escolas de todos os níveis e outras instituições públicas de saúde.

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano do município foi de 0,776, e seu Índice de Desenvolvimento Infantil, em 2004, foi de 0,886.

1.3.3 Organização dos Serviços de Saúde

Na década de 80, antes da implantação do SUS, Pirai já possuía uma ampla rede de serviços de saúde, conforme demonstrado na tabela 1, sob a responsabilidade dos governos estadual, municipal e federal, e ainda um hospital filantrópico conveniado com o INAMPS. Com esses serviços locais, o município já atendia grande parte de sua população.

Tabela 1: Serviços de saúde existentes no município de Piraí na década de 80

Governo Estadual	Governo Federal	Governo Municipal	Filantrópico
U.S. do Centro	U. S. do Centro	U. S. da Fazendinha	Casa de Caridade de Piraí
U. S. de Santanésia	-	U. S. de Rosa Machado	-
U. S. do Varjão	-	U. S. de Caiçaras	-
U. S. de Arrozal	-	U. S. de Cacaria	-
U. S. de Pinheiral	-	Posto de Saúde do Centro (Dona Belinha)	-
-	-	U. S. de Roma I	-
-	-	U. S. de Roma II	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Piraí

O desenvolvimento das políticas de saúde no município tem uma história de continuidade: a atual secretária municipal de saúde é concursada desde 1986, e o primeiro secretário de saúde ainda faz parte do quadro técnico local.

A história é marcada também pela estruturação, desde a década de 80, de programas e serviços tais como: Saúde na Escola, Saúde Bucal, Laboratório de Patologia Clínica, Unidade de Urgência.

Em 1991, é realizada a primeira Conferência Municipal de Saúde e instituído o Conselho Municipal de Saúde, com a Lei 283/91.

Em 1997, a gestão municipal assume a gestão da Casa de Caridade de Piraí e inicia a implantação da Estratégia de Saúde da Família, atingindo a cobertura de 100% da população em 2002.

O Fundo Municipal de Saúde é instituído em 2001 com a Lei 367/93, o que facilita a operacionalização do sistema de saúde local.

Atualmente, Pírai conta com uma ampla rede de serviços de saúde. A atenção básica conta com 14 unidades de saúde, onde atuam 13 equipes de Saúde da Família, 13 de Saúde Bucal, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas. Todas as unidades de Saúde realizam consultas, vacinas, curativos, nebulizações, teste do pezinho, teste rápido para diagnóstico da gravidez, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aplicação de medicamentos, coleta descentralizada de exames laboratoriais, e possuem dispensário de medicamentos. Algumas unidades realizam eletrocardiograma e dispõem de espaço para acompanhamento de pacientes que necessitam de hidratação venosa. As unidades que não possuem esse serviço encaminham o usuário para sua realização em Centro de Especialidade ou Unidade de Emergencia, dependendo da urgência de realização.

O Sistema de Regulação (SISREG) é descentralizado para todas as unidades de saúde, de modo que todas têm autonomia para agendamento de consultas especializadas e exames. Piraí conta ainda com dois Centros de Especialidades Médicas (cardiologista, endocrinologista, gastroenterologista, pneumologista, dermatologista, ginecologista, pediatra, geriatra e clínico geral), dois Centros de Especialidades Odontológicas, um Pronto Atendimento, um Centro de Fisioterapia, um Centro de Atenção Psicossocial e um Laboratório de Patologia Clínica. O hospital administrado em parceria com a Prefeitura conta com 60 leitos (obstétricos, cirúrgicos e de clinica médica), um ambulatório de especialidades médicas (neurologista, ortopedista, oftalmologista, otorrinolaringologista, urologista, cirurgião geral), um centro cirúrgico, um centro de fisioterapia, um Pronto Socorro, um laboratório de patologia clínica, uma unidade transfusional e uma UTI infantil. Atualmente, o município possui também uma base do SAMU.

Segundo dados da Agencia Nacional de Saúde, em 2011, 18,8% da população era coberta por plano de saúde. O que se percebe, no entanto, em função da ampla disponiblidade

de ações e serviços públicos de saúde, é a utilização dos serviços por 100% da população de alguma forma, seja diretamente, por meio de consultas e exames, ou com a utilização de outros serviços, tais como vacinas, visitas domiciliares, utilização de medicamentos, dentre outros.

A ampla entrada de novas empresas em Piraí determinou a grande ampliação da cobertura da população por planos de saúde. No entanto, a restrição de disponibilidade de serviços e a participação do segurado no pagamento destes fazem com que a população também utilize os serviços públicos de saúde.

1.4 **Caracterização das áreas de Rosa Machado, Arrozal e Caiçara.**

Com a ESF atendendo 100% da população, o município ficou dividido em 13 áreas. Cada área é de responsabilidade de uma ou duas equipes de Saúde da Família, de acordo com a extensão geográfica e o número de habitantes. Cada área é subdividida em microáreas, com um ACS responsável por cada uma delas.

Todas as pessoas e famílias são cadastradas pelos ACS no SIAB. Os profissionais coletam as informações, que subsidiam o diagnóstico situacional das localidades, apoiando o planejamento das ações de saúde.

São coletadas informações de residentes por moradia, idade, principais patologias que acometem os moradores, existência de gestantes, frequência ou não de crianças e adolescentes na escola, pessoas alfabetizadas, pessoas cobertas por plano de saúde, famílias cadastradas no PBF, famílias cobertas por plano de saúde, situação do abastecimento de água, destino do lixo; destino das fezes e acesso à luz elétrica.

Com essas infomações, podemos caracterizar as áreas de Arrozal, Caiçara e Rosa Machada, envolvidas diretamente na pesquisa.

A tabela 2 apresenta informações das áreas pesquisadas, demonstrando que seu quantitativo populacional corresponde a 33,9% da população total de Piraí. A área de Arrozal, em função do seu quantitativo populacional, conta com duas equipes de Saúde da Família. Essa é uma área com uma ampla infraestrutura, contando com diversos serviços de saúde, escolas, serviços de promoção social e empresas.

A área de Caiçara abrange a Serra das Araras e áreas próximas. Ela conta com uma unidade de saúde e uma escola, e nela se localizam a Light e a Ambev.

Rosa Machado conta também com uma unidade de saúde e uma escola, mas não possui empresas em sua localidade.

Tabela 2 – Caracterização das áreas de Arrozal, Caiçara e Rosa Machado, 2012

Localidade		Arrozal	Caiçara	Rosa Machado	Total das 3 áreas	Município de Piraí
População	Nº	6.156	1.823	1.361	9.340	27.559
	%	22%	7%	5%	33,9%	100%
Família	Nº	1.973	587	432	2.992	8953
	%	22%	7%	5%	33,4%	100%

Fonte: SIAB

Continuando a avaliar as informações do SIAB, observamos que a área de Arrozal apresenta uma situação sócio-econômica mais favorável, com maior acesso a saneamento básico, percentual significativo de cobertura por plano de saúde e um menor percentual de famílias em situação de pobreza. Nas áreas de Caiçara e Rosa Machado, o quadro já se modifica. Caiçara possui uma quantidade significativa de sua população dentro da área destinada a trabalhadores da Light, o que eleva o seu percentual de cobertos por plano de saúde. No entanto, todo o restante da área não tem acesso a rede de água e esgoto encanada e tratada fazendo que o seu percentual de saneamento básico seja muito pequento.

Tabela 3 – Porcentagem de saneamento básico, famílias cadastradas no PBF e cobertura de plano de saúde nas áreas de Arrozal, Caiçara e Rosa Machado, 2012

Localidade	Arrozal	Caiçara	Rosa Machado
% de famílias com acesso a rede pública de água	95,1%	30,1%	41,2%
% de famílias com acesso a rede pública de esgoto	85,6%	36,5%	46,5%
% de famílias com acesso a coleta regular de lixo	97,2%	83,0%	91,4%
% de famílias com acesso energia	98,0%	95,0%	98,0%

elétrica			
% da população coberta por plano de saúde	12%	21%	11%
% de famílias cadastradas no PBF	3%	5%	8%

Fonte: SIAB

1.5 **Justificativa do desenvolvimento da pesquisa**

Com 100% da população coberta pela assistência nos 8 anos de experiência e de investimentos na área, faz-se necessária a análise do quanto estamos, de fato, favorecendo a reconstrução das práticas que representam maior adequação no cuidado em saúde, contribuindo para bom êxito no atendimento aos indivíduos e no alívio de seus sofrimentos.

O questionamento que propomos está na ocorrência de uma mudança qualitativa nas relações entre serviço de saúde e sua clientela. Baseamo-nos na premissa de que a ESF tem como principal característica a responsabilidade sanitária, conjunto de responsabilidades decorrentes do direito à saúde, adotando medidas que reduzam riscos de doença e outros agravos e que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde do cidadão e o bem estar de todos, sobre um determinado território. Por isso, propomos a analisar o funcionamento e os benefícios da adoção dessa estratégia no município de Piraí.

Algumas questões nos instigam: a Estratégia de Saúde da Família apenas facilita o acesso a serviços de saúde ou qualifica a atenção por meio do atendimento personalizado, de forma mais acolhedora, mantendo uma relação de vínculo com o cliente e estabelecendo responsabilidade na proteção e manutenção da saúde daquela comunidade? Observa e busca os problemas de saúde da população, procurando resolvê-los não só pela ótica biológica, mas também levando em consideração os aspectos psicológicos e sociais? Articula os diversos níveis assistenciais, evitando a fragmentação do cuidado e a desorientação do paciente na busca por recursos? Racionaliza o uso das tecnologias e as incorpora de forma crítica conforme a necessidade? Estimula a autonomia dos pacientes e o autocuidado?

Para que possamos realizar essa análise, selecionamos um segmento da população portadora de diabetes *mellitus* como condição traçadora. Assim, podemos observar como o cuidado está sendo praticado nesse segmento.

1.6 **Objetivo geral**

Analisar o cuidado oferecido à população pela da Estratégia de Saúde da Família no município do Piraí, na perspectiva teórica da integralidade, utilizando como condição traçadora o diabetes *mellitus*.

1.7 **Objetivo específico**

- Descrever como é desenvolvido o atendimento ao paciente portador de diabetes;
- Analisar o processo de trabalho à luz dos protocolos e normas recomendadas;
- Analisar o cuidado na perspectiva do usuário.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A política de atenção básica no Brasil e a implantação da estratégia de saúde da família

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido incentivada pelo Ministério da Saúde para fortalecer a Atenção Básica no Brasil, com o objetivo de que seja o centro ordenador das redes de atenção à saúde. Em 2010, segundo dados do Departamento de Atenção Básica, 52,4% da população era assistida por meio desse modelo, que vem-se consolidando como estratégia prioritária para a reorganização dessa área de atenção. Ela traz a perspectiva de viabilização dos sistemas municipais de saúde, cumprindo dos princípios do SUS.

Seus princípios gerais, característica do processo de trabalho e atribuições dos profissionais, são definidos pela portaria nº 648 do Gabinete do Ministro, de 28 de março de 2006, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a sua organização.

Ela tem como característica o desenvolvimento de um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, que devem abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural.

A organização da Atenção Básica no Brasil tem características que a diferenciam das propostas desenvolvidas por outros países. Algumas dessas diferenças estão no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, no fomento ao trabalho multiprofissional, estímulo à formação de vínculo entre equipe e população, definição de território e no incentivo à participação social.

São definidos como princípios orientadores da Estratégia: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade da atenção à saúde, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

É esperado que práticas gerenciais e sanitárias democráticas sejam desenvolvidas sob forma de trabalho em equipe para populações de territórios bem delimitados, pelas quais a equipe deve assumir a responsabilidade, considerando a dinamicidade existente no território

em que vivem essas populações. Define-se que são utilizadas tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para a resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância no território.

Hegemonicamente, vemos a atenção à saúde ser fragmentada, enfocando aspectos relativos a doenças em vez da promoção da saúde. O contexto no qual a doença ocorre tem que ser considerado. Raramente as doenças ocorrem de forma isolada, especialmente quando se apresentam ao longo do tempo. Um profissional de atenção básica deve integrar a atenção à variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo.

Para a ampliação da abordagem integral e resolutiva, os diversos saberes e práticas necessitam ser valorizados. Deve-se realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo com ética, compromisso e respeito.

Ser um serviço de fácil acesso, ou seja, dar liberdade ou capacidade aos usuários para obter um serviço ou fazer uso dele, deve ser uma característica inerente à organização do serviço de Atenção Básica. Acesso, para Starfield (2002) significa utilização do serviço por todos, e não necessariamente limitado ao grau de necessidade, pois o usuário não tem condições, antes da utilização do serviço, de determinar a gravidade ou não dos seus problemas de saúde.

Para Mascarenhas (2003), no campo da saúde, o acesso pode ser definido como “[...] a entrada potencial ou real de um dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidado de saúde”.

Para Starfield (2002), a acessibilidade, ou seja, o conjunto de circunstâncias que viabilizam a entrada de cada usuário ou paciente dentro de determinada rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento, pode ser classificada de várias formas:

- Acessibilidade temporal: disponibilidade adequada de horário;
- Acessibilidade geográfica: transporte e distância adequados;
- Acessibilidade psicossocial: linguagem, cultura e comunicação adequados.

Essas questões podem facilitar ou atrapalhar os esforços das pessoas para chegar ao atendimento. Os obstáculos podem surgir na entrada ou no interior da unidade, e ainda na continuidade da assistência, devido às dificuldades apresentadas na referência e contrarreferência e ao grau de hierarquização da rede. É necessário um ajuste entre as características dos recursos de saúde e os recursos da população, para que se possa obter a assistência necessária.

Na Estratégia de Saúde da Família, é estabelecida a necessidade de utilização do acolhimento como um dispositivo na busca da intervenção resolutiva e da produção da responsabilização. Sem acolher e vincular, não há como produzir a responsabilização.

Segundo Franco e Merhy (2003), o vínculo se baseia;

> no estabelecimento de referência dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e na responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado. É ter relações tão próximas e tão claras que a equipe possa se sensibilizar com o sofrimento ou demanda dos usuários ou da população adscrita.

O vínculo se reflete em relações claras e próximas, integração com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos. É tornar-se para o paciente referência, individual ou coletiva, que possa servir à construção de autonomia (MERHY, 1997, p. 138).

Para Starfield (2002, p. 291), o vínculo é fortalecido pela continuidade da atenção, favorecendo o mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente.

Vínculo também implica *responsabilização*. Significa o profissional assumir a responsabilidade pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal. O profissional assume a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema, não cabendo a transferência burocrática para outra instância decisória ou nível de atenção (MERHY, 1997, p. 138). É, assim, sem dúvida, uma mudança de paradigma, pois, ao implementar mudanças que resultem em novo processo de trabalho, tendo como foco o sujeito, a tendência é o resgate do espaço de trabalho como lugar de sujeitos.

> A alienação dos profissionais de saúde em relação a seu trabalho contribui para o baixo grau de responsabilização e criação de vínculo, revelando desapego em relação às condições de trabalho. A separação entre os diversos membros da equipe, onde cada um se ocupa de suas tarefas, havendo pouca integração entre as atividades, também contribui para a alienação dos profissionais. Impera, assim, a lógica da subordinação, ao invés da complementaridade na equipe multiprofissional. (MASCARENHAS, 2003)

O acolhimento é definido pelo Ministério da Saúde como a relação humanizada que os trabalhadores, e o serviço como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Para Franco e Merhy (2003), ele é a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da unidade de saúde a todos os usuários que dela necessitarem. É ainda uma escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde: dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessário.

Acolher está relacionado ao modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe.

Silva Júnior (2004) apresenta a definição de acolhimento como:

> Tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar na possibilidade de construção de projeto terapêutico individualizado.

Para a prática do cuidado familiar ampliado, é necessário o conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, visando a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.

A ESF tem como fundamento possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, devendo ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas. Ela deve fornecer atenção à pessoa no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras. Deve estar em consonância com o princípio da equidade, efetivando a integralidade em seus vários aspectos, incluindo o desenvolvimento de ações programáticas, e atendendo à demanda espontânea.

Quando for necessário que os usuários sejam encaminhados a serviços de média e alta complexidade, a equipe da ESF deve manter a responsabilidade pelo seu acompanhamento, coordenando o cuidado mesmo quando este necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre diversos serviços e ações de saúde relacionadas a determinada intervenção, de forma que, independentemente do local onde as ações sejam prestadas, elas estejam sincronizadas e voltadas ao alcance de um objetivo comum. Nesse sentido, reflete-se na existência de uma rede integrada, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experimentadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção e compatível com suas expectativas pessoais. Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduziria na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário.

Para Barbara Starfield (2002), a coordenação do cuidado é:

> uma das principais características da atenção primária à saúde [...] e mesmo quando parte substancial do cuidado de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.

O trabalho interdisciplinar e em equipe faz parte da base de organização da ESF, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. É função da equipe de saúde da família desenvolver atividades com todos os seus membros, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

A identificação de parceiros e recursos na comunidade potencializa as ações intersetoriais e busca integrar instituições, organizações sociais e projetos sociais voltados para a promoção da saúde, construindo um espaço de cidadania.

O processo de trabalho das equipes da ESF tem como característica a definição do território de atuação das UBS, devendo serem realizados cadastramento domiciliar e diagnóstico situacional local, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a risco, inclusive aqueles relativos ao trabalho, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. As ações da equipe devem ser dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde ou doença da população.

É esperado que os profissionais realizem acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas e dos resultados alcançados, visando à readequação do processo de trabalho a partir da utilização dos dados disponíveis. Como estão mais próximos do ambiente do paciente, sua posição possibilita maior avaliação dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde.

O cuidado em saúde da população adscrita é prestado prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário.

No que se refere às ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde da família, destacamos:

- A manutenção da vigilância em saúde;
- A realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, bem como de agravos e situações de importância local;
- A programação e a implementação de atividades, com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade, priorizando a solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- O desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população;

- A promoção e o estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações, buscando efetivar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- O desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e sobre fatores de risco, sejam eles comportamentais, alimentares ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- A assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- A implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- A realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- A participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- O desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;
- O apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Para aderir ao Programa de Saúde da Família, deve-se refletir sobre a capacidade de mudança e efetividade dessa forma de atenção, pois ela exige maior potencia transformadora do que apenas uma normatização definida pelo Ministério da Saúde.

Franco e Merhy (2003) questionam a forma de estruturação da ESF e sua capacidade de se tornar, de fato, dispositivo de mudança. Falam da necessidade de reciclagem para incorporação da potência transformadora, discutindo sua insuficiência para a mudança no modelo de assistência à saúde. Em primeiro lugar, pela tendência de organização do modelo em uma política racionalizadora, e não a partir das necessidades e problemas de saúde da população e dos desafios dos serviços em superá-los. Segundo, pela necessidade de reorganização do processo de trabalho, produção do cuidado e da cura, visando à recuperação e aos ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como à proteção e defesa de sua vida. Os pequenos atos do cotidiano são capazes de dar um novo perfil à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários. Um e outro se posicionam como sujeitos de um mesmo processo, de produção da saúde.

Somente a implantação do PSF não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Pode haver PSFs médico- centrados, assim como usuário-centrado: isso vai

depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde, o que diz respeito aos diversos modos de agir dos profissionais e à relação entre estes e os usuários.

A busca pela renovação das práticas sanitárias é apontada por Ayres (2004) a partir da reflexão sobre novos termos que passam a ser utilizados no campo da saúde pública, tais como promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família e redução de vulnerabilidade. No entanto, é demonstrado que são necessárias transformações bastante radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, para que haja transformações práticas mais expressivas e as propostas sejam consolidadas.

Normalmente, quando se fala em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento.

Ayres (2004) afirma que, para cuidar, é necessária a interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, interação essa mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Ainda segundo o autor,

> as recentes transformações da Medicina contemporânea, rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identifica-se como importante avanço a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. (AYRES, 2004)

No entanto, a saúde se tornou um importante setor da economia mundial, o que com frequência determina um conflito de interesse entre o científico e o econômico. A excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções e as intervenções exageradas encarecem procedimentos, diagnósticos e terapêuticas, levando à desatenção aos aspectos psicossociais do adoecimento e da iatrogenia, que se transformam em evidentes limites.

A solicitação excessiva de exames gera um sofrimento psicológico terrível para os pacientes, muitas das vezes traumatizados por tratamentos anteriores já realizados.

Ainda para Ayres (2004),

> a atual crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde, isto é, a falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos, decorre do progressivo afastamento da arte tecnocientífica da Medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido. É como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida. Está-se perdendo o elo de ligação entre os procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam.

Quando falamos em assistência à saúde, pensamos logo na aplicação de técnicas para propiciar o bem-estar físico e mental dos indivíduos. Pensamos logo que a ciência produz o conhecimento geral sobre as doenças e que, por meio de tecnologias, esse conhecimento é transformado em saberes e formas de intervenção, aplicados por profissionais para produzir saúde.

Ayres (2004) levanta o seguinte questionamento:

> [P]recisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E por fim, mas fundamental, precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos.

Qualquer indivíduo portador de uma demanda de saúde é, para o autor,

> [...] de fato, potencial objeto de conhecimento e intervenção. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades. É preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos. (AYRES, 2004)

No desenvolvimento do cuidado, é importante conhecer o que o outro espera para si mesmo, ou seja qual é o seu projeto de vida. Qual é a verdadeira demanda de cuidado do outro? Qual é o papel que se espera que o cuidador desempenhe? Qual é o posicionamento que deve ser assumido pelo profissional de saúde? Ayres afirma que raramente chegamos sequer a nos indagar sobre os projetos de felicidade daqueles indivíduos ou populações aos quais prestamos assistência, quanto mais participar ativamente de sua construção.

Nas trocas realizadas durante o momento assistencial, é importante fugir de uma interação obcecada pelo “objeto de intervenção”, deixando de perceber e aproveitar os benefícios que verdadeiramente ali se realizam. A terapêutica desenvolvida deve ser baseada na tecnologia disponível, mas não limitada a ela.

No desenvolvimento do cuidado, põe-se em cena a sabedoria prática, constituindo sujeitos para viver a própria vida da maneira mais adequada a cada um. No desenvolvimento de atitudes, apoiadas na tecnologia, mas sem se deixar resumir a ela, está a verdadeira importância do cuidado.

2.2 **Cuidado ao paciente diabético na Estratégia de Saúde da Família para o Ministério da Saúde**

O diabetes é uma doença que mata 9% da população mundial e atinge principalmente os países pobres, vitimando as pessoas em plena vida produtiva e tornando-se motivo de grande exclusão social, além de um ciclo vicioso na pobreza.

No município de Piraí, quando avaliamos o período de 2001 a 2009 o percentual médio de mortalidade por diabetes foi de 5%. O percentual máximo atingido nesses anos foi de 8% e o mínimo, de 1%, segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade Municipal. Assim sendo, o impacto local dos óbitos por diabetes tem sido menor quando comparado ao mundial.

No Brasil, estima-se que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos sejam portadoras da doença. No município de Piraí, atualmente, temos cadastrados no Sistema de Atenção Básica 1236 diabéticos, 9% da população acima de 40 anos.

Considerando a elevada carga de morbimortalidade ligada diretamente à diabetes, esta deve ser uma prioridade de saúde pública. A atenção à saúde deve favorecer ações educativas, comportamentais, nutricionais de diminuição das iniquidades.

Entendendo o conceito de diabetes e as complicações a que o portador da doença está exposto, podemos dizer que:

> Diabetes se caracteriza pela hiperglicemia e está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. (BRASIL, 2006a).

Essas complicações têm sido um motivo de grande preocupação, pois determinam uma perda importante da qualidade de vida, já que se manifestam por meio de doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica e, por vezes, demandam cirurgias para amputações de membros inferiores, além de poderem causar cegueira irreversível, aborto e prematuridade. A Organização Mundial de Saúde estimou que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Estimou que, no mesmo período, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20 %, de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia, e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.

Quando se avalia o impacto sobre as famílias, amigos e comunidades de um paciente diabético, nota-se que esse é um problema que se amplia ainda mais para a nossa população, já que existe redução da expectativa de vida em torno de 15 anos para o diabetes tipo I e de 5 a 7 anos na doença do tipo II.

Segundo o Caderno de Atenção Básica de 2006, do Ministério da Saúde, existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações, e ainda que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. Existem protocolos dirigidos a profissionais, os quais trazem informações sobre prevenção, identificação de grupos de risco, diagnóstico precoce, abordagem terapêutica, cuidado continuado, autonomia no autocuidado, monitoramento do controle, prevenção de complicações e gerenciamento nos diferentes níveis de complexidade.

Para uma atenção a saúde qualificada, é necessário não somente identificar os recursos disponíveis, mas saber selecionar aqueles que possibilitam maior bem-estar, mais próximos de hábitos e rotinas do paciente. Isso porque, a partir do momento em que a pessoa aprende a conviver com tais fatores, poderá definir novas metas e construir caminhos para atingi-las.

São papéis da atenção básica: a prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis; a identificação e o tratamento de indivíduos de alto risco; a identificação de casos não diagnosticados para tratamento; e a intensificação de controle de pacientes já diagnosticados, visando a prevenir complicações agudas e crônicas.

O cuidado diário é um desafio para o paciente, pois tem como objetivo mudar seu modo de viver. Ele deve aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise à qualidade de vida e à autonomia.

A equipe da ESF tem papel de coordenadora do cuidado dentro do sistema, assegurando vínculo paciente-equipe de saúde e implementando atividades de educação em saúde para efetiva adesão do paciente às ações propostas e às intervenções necessárias.

A compreensão do processo de viver com diabetes como um ato de compartilhamento de experiências entre educador e educando, vivenciando, na prática, a busca conjunta de soluções para as questões a serem enfrentadas, traz uma nova perspectiva para as pessoas.

Dentre as ações e condutas propostas para a equipe de saúde estão: oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa; encorajar a relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; assegurar que conteúdos-chave para seu autocuidado tenham sido abordados; avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, considerando o fato de se tratar de uma doença crônica e respeitando crenças e atitudes dos pacientes; negociar plano individualizado de cuidado; explicar e discutir o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com concordância prévia do paciente; incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares; estimular ajuda mútua; envolver o paciente nas discussões

sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade; promover educação permanente; definir dentro da equipe formas de assegurar a continuidade do cuidado; realizar busca ativa dos faltosos; possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrências; cadastrar todos os pacientes a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos; e avaliar a qualidade do cuidado.

Para o rastreamento de pacientes diabéticos, é realizada uma listagem de fatores indicativos de maior risco. Dentre eles listamos: idade superior a 45 anos; sobrepeso (IMC>25); obesidade central; antecedentes familiares; hipertensão arterial; taxa de colesterol HDL de 35mg/dl e/ou de triglicerídeos de 150 mg/dl; história de macrossomia ou diabetes gestacional; diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos; e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida. Pacientes com fatores de risco requerem investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância a glicose. Os casos em que a investigação laboratorial for normal deverão ser investigados a cada 3 - 7 anos, dependendo do grau de suspeita clínica.

A prevenção ou o retardo do aparecimento do diabetes tipo II está, atualmente, bem demonstrada na mudança de estilo de vida: redução de peso, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular, assim como o uso de medicamentos.

O diagnóstico da doença é realizado através de exames laboratoriais. A avaliação clínica é realizada através da história pregressa de sinais e sintomas da doença, e também por exame físico, laboratorial e avaliação clínica de complicações.

No diabetes tipo I é recomendado o acompanhamento médico pelo endocrinologista. No tipo II, o plano básico recomenda o controle glicêmico por meio da mudança de estilo de vida e da farmacoterapia, bem como a prevenção de complicações com detecção e tratamento destas e intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares

As metas para as intervenções preventivas são : adotar uma alimentação saudável para manter IMC dentro de níveis normais; exercer atividade física; não fumar; conservar glicemia, colesterol, triglicerídeo e PA dentro do normal; manter vacinação com a periodicidade adequada.

O CAB Nº 16 aponta ainda quais são as principais atribuições, competências e recursos necessários de cada membro da equipe, determinando quais os critérios para referência e contrarreferência.

Este estudo pretende observar como se dá o cuidado ao diabético em Piraí e refletir sobre esse cuidado usando a literatura e as normas mencionadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso no qual serão utilizadas fontes documentais (prontuários, fichas de atendimento e relatórios) e entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários selecionados.

Em se tratando do objetivo desta pesquisa de analisar o cuidado à saúde prestado na Estratégia de Saúde da Família de Piraí, o diabetes *mellitus* foi condição traçadora para o estudo proposto, de modo que selecionou-se parte da população portadora da doença no município.

Os traçadores devem refletir a qualidade mínima da atenção, levando em consideração a não disponibilidade de equipamentos diagnósticos sofisticados. Além disso, devem ser periodicamente revisados, atualizados e aplicáveis, em larga escala, às populações de pacientes. O método dos traçadores é bastante útil para ser utilizado em ambulatórios, e pode ser empregado tanto para avaliar processo como o resultado do cuidado. Para Kessner et al. (1973), o método dos traçadores é basicamente uma medida do processo do cuidado e tem o propósito de estabelecer relações com o resultado.

Na escolha dos "traçadores representativos", consideram-se a prevalência do problema, a facilidade de diagnóstico e a disponibilidade de tecnologia de eficácia reconhecida para prevenção e/ou tratamento da doença.

A escolha desse segmento de usuários, portadores de diabetes *mellitus*, ocorreu pela definição de que esse grupo é apontado pelo Ministério da Saúde como prioritário para atenção, sendo estabelecidos protocolos e normas de atendimento que facilitam sua inclusão no desenvolvimento do trabalho. Estudos multicêntricos demonstram que a prevalência do diabetes no Brasil tem índice de 7,6% na população entre 30 a 69 anos, atingindo índices próximos a 20% na população acima de 70 anos. Com o envelhecimento da população e a ampliação das doenças crônicas no Brasil, o diabetes se mostra uma questão grave de saúde pública, tornando-se um problema prevalente entre a população, o que justifica a sua escolha como condição traçadora.

Foram realizadas entrevistas utilizando instrumento padronizado (anexo a este trabalho), elaborado com intenção de promover relatos para as questões que queremos evidenciar. As conversas foram gravadas e direcionadas para a coleta de informações sobre o modo de funcionamento e os princípios de organização desse modo de atenção. Elas foram, então, analisadas por meio da avaliação de seu conteúdo (BARDIN, 2010). As categorias

principais que caracterizam o cuidado foram evidenciadas: acesso, acolhimento, vínculo-responsabilização, coordenação de cuidados, uso de protocolos, resolubilidade, percepção de cuidado pelo paciente e autonomia.

Elegeu-se um tempo mínimo de permanência na mesma unidade - de pelo menos 3 anos - como critério de seleção dos profissionais de saúde a serem entrevistados. Ele teve como objetivo permitir uma análise mais criteriosa do cuidado dispensado pela equipe, sem estar influenciado pela rotatividade dessas duas categorias de profissionais. Tendo em vista a complexidade que envolve o cuidado oferecido ao paciente portador da doença crônica, e sabendo que a formação de vínculos é extremamente importante para essa atenção, resolvemos adotar esse critério em nossa metodologia.

Outro critério estabelecido foi a formação profissional dos entrevistados. Sendo assim, foram abordados profissionais médicos e enfermeiros.

Cinco unidades possuem profissionais que atendem a esses critérios: Ponte das Laranjeiras, Casa Amarela, Arrozal, Caiçara e Rosa Machado. A Unidade de Saúde da Casa Amarela está passando por mudanças administrativas e, por isso, foi excluída do estudo. Foram entrevistados 8 profissionais de 4 unidades (2 profissionais por unidade, um médico e um enfermeiro).

Para a escolha dos usuários a serem entrevistados, foram estabelecidos como critérios: ter tempo de cadastro na Estratégia de Saúde da Família de pelo menos um ano, para dar oportunidade para o conhecimento e o desenvolvimento de ações pela equipe de saúde; ser portador de diabetes *mellitus* e depender do serviço público de saúde.

A partir dessa seleção, foram excluídos os usuários com quadros clínicos e complicações graves: situações que estabelecem alto grau de dependência e demandam vários recursos além da atenção básica.

Posteriormente, foram selecionados aleatoriamente dois usuários de cada unidade de saúde para a entrevista.

As informações oriundas das entrevistas foram confrontadas com o estudo dos prontuários e então complementadas.

As entrevistas foram cotejadas com a informação dos profissionais e prontuários e foram exploradas a partir de seus pontos de vista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil dos entrevistados

Conforme descrito na metodologia, foram selecionadas 3 áreas para realização das entrevistas, pois os profissionais médicos e enfermeiros deveriam ter um tempo mínimo de 3 anos de permanência na mesma unidade.

Com relação ao usuário portador de diabetes *mellitus*, ressaltamos que Piraí tem 1.401 pacientes no Sistema de Atenção Básica, que cadastra 100% da população residente. Nas áreas de desenvolvimento da pesquisa, há 301 pacientes, ou seja, 22% do total municipal. Foram selecionados usuários para entrevista de forma aleatória, excluindo-se os usuários com quadros clínicos e complicações graves, situações que estabelecem alto grau de dependência e demandam vários recursos além da atenção básica. Desta forma, a ideia deste estudo é observarem-se os casos, mas os achados não podem ser generalizados para toda a população.

Assim sendo, foram realizadas 6 entrevistas com profissionais de saúde e 6 com usuários vinculados às unidades da Estratégia de Saúde da Família das áreas selecionadas. Em cada uma delas, entrevistamos um médico, um enfermeiro e dois usuários.

Todos os profissionais entrevistados trabalhavam nas mesmas Unidades de Saúde havia pelo menos 4 anos, sendo que, dentre os enfermeiros, 2 deles atuavam havia pelo menos 9 anos.

Todos os enfermeiros tinham curso de especialista na ESF e apenas um médico era especializado nessa área.

De fato, tem-se um número muito pequeno de médicos na Estratégia de Saúde da Família com essa especialização. Segundo Cavalcante (2009), os motivos mais recorrentes para a não escolha pela categoria médica dos cursos de Medicina de Família e Comunidade são a baixa remuneração e o fato do salário final desse profissional ser inferior ao que alcançam outros especialistas. Também contribui para a questão o perfil tecnológico e científico de outras especialidades, o que influencia o prestígio perante a sociedade. Embora a situação esteja evidenciada no número de profissionais com essa formação, um dos médicos aponta sua busca pela qualificação, necessária para lidar com as situações que se apresentam em seu dia a dia de trabalho:

> Sou pediatra. Sou formado pela Escola de Medicina e Cirurgia [...]. Na área de Saúde da Família, comecei a fazer uma vez o curso... até teve uma prova na UERJ, que eu passei [...], comecei a fazer, mas achei cansativo [...] fiz um particular [...] aí eu desisti [...]. Hoje eu faço curso de Atenção Básica em Saúde à distância." (**profissional 4**)

Com relação aos usuários entrevistados, sua maioria (4 usuários) tinha idade entre 58 a 76 anos. Apenas 2 deles tinham menos de 50 anos, com idades de 49 e 43 anos. Com relação ao sexo dos entrevistados, em sua maioria, eles eram do sexo feminino (4 usuários).

Apenas um diabético era do tipo 1 segundo a classificação etiológica da doença. Os usuários com diabetes tipo 2 representaram a maioria dos usuários entrevistados.

Uma das questões que preocupam com relação aos pacientes portadores de diabetes é o risco para doenças cardíacas e vasculares. Para avaliar esse grau de risco, são empregadas regras de predição clínica, baseadas na presença de fatores de risco. Esses indivíduos podem ser classificados em três níveis: baixo, moderado e alto risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores. Os eventos tradicionalmente computados incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. O Escore de Framingham foi o escore preditivo global utilizado para a avaliação dos pacientes entrevistados. O resultado da avaliação demonstra que 4 de 6 pacientes apresentam risco moderado.

4.2 Acesso e acolhimento

A garantia de acesso parece facilitada em todas as unidades da Estratégia de Saúde da Família envolvidas na pesquisa. Durante as entrevistas não foi percebida dificuldade de acesso do usuário aos serviços de atenção primária. Todos os entrevistados afirmaram que, quando precisam do atendimento na unidade de saúde, procuram o serviço, seja por telefone ou diretamente no posto de saúde, e conseguem ser agendados. Apenas um usuário levantou uma queixa com relação à demora na marcação de consulta médica durante um período de férias de uma das médicas de família. No entanto, ele faz referencia à enfermeira da unidade e à Agente Comunitária de Saúde como pessoas que escutaram sua queixa para tomar providências com relação ao ocorrido naquele momento. Outra questão evidenciada relacionou-se ao agendamento da próxima consulta médica: todos os entrevistados afirmaram que já são agendados para próximas consultas de avaliação na unidade, levando em média 2

meses para consulta. A maioria dos entrevistados afirmou, ainda, que, em situação de emergência, o atendimento é feito de imediato.

> [Sobre o tempo médio de espera para ter acesso à consulta na unidade] Não espera, não tem esse tempo. a agenda de segunda feira agora por exemplo, tem 6 vagas para a tarde. Diabético e Hipertenso. (Profissional 1)
>
> Não é difícil consultar. Honestamente, não é difícil. Fala com a recepcionista. (Profissional 4)
>
> O paciente não demora para conseguir consulta. Ele, muitas das vezes, ele é atendido no mesmo dia. (Profissional 5)

Com relação ao tempo de espera pela consulta médica no dia do agendamento, houve variação de 20 minutos a 3 horas de espera, não sendo motivo de insatisfação citado pelo usuário.

A consulta com hora marcada não é uma realidade nestas unidades. Quando os entrevistados necessitam de outros atendimentos que não sejam a consulta médica, eles também não relatam dificuldades para conseguir os serviços, tais como avaliação da glicemia capilar ou do nível de pressão arterial.

> Sempre que chego aqui, eu sempre consigo a consulta, medem minha pressão, olham a minha glicose. Se precisar consultar, eles sempre dão um jeito. (Usuário 6)
>
> Consulto e acabando de consultar a gente passa e marca de novo para outra vez. (Usuário 1)
>
> Quando a gente vai passando mal eles atendem no mesmo dia. Vou sempre que preciso de acompanhamento. (Usuário 5)

O município de Piraí tem baixa densidade demográfica e há em seu território áreas de difícil acesso. Existem l para cuja unidade de saúde, em razão de chuva, as famílias não conseguem se deslocar. Nas áreas onde a pesquisa foi realizada, assim como nas demais unidades do município, há famílias que residem em locais mais distantes das unidades, e que precisam ser atendidas de forma diferenciada, tendo seu atendimento garantido no momento em que procuram a unidade. Essa situação de dificuldade é reconhecida por membros da equipe; no entanto, não foi uma queixa colocada pelos usuários entrevistados. Na fala de um profissional, ele reconhece a dificuldade enfrentada pelo usuário e se sensibiliza com a situação, reconhecendo as condições de vida da usuária. Barbara Starfield (2002) menciona que a acessibilidade varia de acordo com o tipo de médico, mas que geralmente os médicos de família são mais flexíveis na prestação do cuidado sem consultas ou nos horários para marcação.

> Tem um paciente aqui, a mãe dele é diabética, é uma senhora que inclusive tem problemas mentais, muito humilde, ela mora em uma área de difícil acesso. É uma subida íngreme, se tiver chovendo é perigoso, ela praticamente tá sozinha agora, mas à tardinha chega o filho dela. **(profissional 4)**

A Estratégia de Saúde da Família trabalha com adscrição das famílias, e seus profissionais têm carga horária de trabalho de 40 horas semanais, facilitando o contato com a população. A partir desse conhecimento, é possível que a população reconheça pelo nome os profissionais que trabalham nas unidades e tenham uma maior aproximação com a equipe. Essas condições facilitam o contato e o acesso aos serviços necessários. É possível realizar busca ativa dos usuários que deixam de comparecer a determinada consulta.

A ESF no Brasil, e também no município de Piraí, trabalha com a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional que é o elo entre a comunidade e a unidade, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a risco, ajudando a priorizar as situações que devem ser acompanhadas pela equipe local. Durante as entrevistas, apenas um usuário não se referiu em qualquer momento ao ACS. Todos os outros usuários falaram desse profissional e do seu papel facilitador do acesso à Unidade de Saúde.

> [Quando questionado sobre quem são os profissionais que o atendem] A minha agente de saúde me atende (Usuário 6)

> [Quando questionado sobre quem são os profissionais que o atendem] Enfermeira da unidade, a agente de saúde, o médico da unidade (Usuário 2)

Segundo Starfield (2002), o relacionamento mais próximo entre profissionais e pacientes contribui para o estabelecimento de relações de longa duração, que ampliam a efetividade na atenção primária.

A adequação da interação paciente/médico não se resume a simplesmente transferir informações, submeter-se à condição do outro e manter passividade nessa relação, mas sim conseguir escutar o problema e entender de que forma o paciente pensa sua condição de saúde, buscando habilidades para lidar com o problema. Cabe a ele desenvolver a autonomia e a responsabilidade por si mesmo, e deve ser uma habilidade da equipe de saúde da família auxiliá-lo. Tratar humanizadamente e tentar inserir-se no contexto de vida do paciente é essencial para resultados mais efetivos no cuidado à saúde. Essa é uma habilidade que a equipe de saúde da família precisa aprimorar no seu desenvolvimento. Alguns profissionais falam de passar informação, mais do que um aprendizado mútuo. Temos abordagens diferentes, destacadas a seguir.

> [Quando questionado sobre como ocorre o atendimento do paciente portador de diabetes] Toda primeira consulta faço uma longa conversa sobre alimentação, mesmo que eu vá mandá-

> lo depois para a nutricionista. Desenho o prato com as quantidades e a alimentação que é adequada (Profissional 5)
>
> Falar das complicações da diabetes, isso não é tão eficaz, pois o paciente fica em estado contemplativo. Ele sabe que isto vai fazer mal, que hoje a publicidade é muito alta em torno disto. A grande questão é criar o vínculo. [...] Não é em uma só consulta que vamos conseguir isso. Várias e várias consultas a gente vai conversando. [...] Você tem que entender que ele está com um problema emocional em casa. Por isto ele está descontando na comida. Você vai tentando comer pelas beiradas. Até conseguir que ele se conscientize e tente melhorar as condições dele. (Profissional 6)

4.3 Vínculo e responsabilização

O vínculo se baseia no estabelecimento de referência dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores. Construir um novo tipo de vínculo entre equipe e usuário contribui na melhoria da assistência, principalmente no compromisso dos profissionais diante do cuidado, tomando para si a responsabilidade da qualidade da assistência ofertada. Comprometer-se com a assistência demonstra uma nova forma de desenvolver o trabalho em saúde, torna a relação mais solidária. Nas entrevistas, conseguimos perceber que estamos construindo dentro das instituições de saúde uma nova forma de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários.

O vínculo se baseia também na responsabilização da equipe com relação aos problemas concretos vividos pela população. Essa responsabilização apoia o desenvolvimento do cuidado, facilita o acesso ou ainda intervém em situações de maior risco, e significa assumir responsabilidade com a vida do paciente. Algumas colocações feitas pelos usuários demonstram essa mudança de paradigma e o resgate no processo de trabalho, tendo como foco o indivíduo.

> Fiquei internado 15 dias (...) A enfermeira veio na minha casa, ela ficou sabendo e marcou uma consulta com o médico Dr. X (...) (Usuário 2)
>
> Eu mais procuro o posto. Quando não dá pr'aqui, eles me encaminham pra médico endocrinologista de Piraí. (...) Esses dias mesmo eles estiveram às voltas comigo, pois o açúcar baixou demais. Ficaram apavorados. Me deram um café. Aí eu melhorei. (Usuário 6)

Os trabalhos em grupo e as visitas domiciliares foram citados nas diversas entrevistas dos profissionais, demonstrando a construção de novas tecnologias para a ampliação do potencial clínico e terapêutico das equipes, no sentido de melhorarem a autonomia dos usuários.

> A gente faz oficinas, pra mostrar que outros pacientes têm diabetes e vivem bem se tiverem um controle adequado dessa glicemia. Grupos mesmo, com acadêmicos e ou com a gente. Faz grupo que aí eles veem que outros pacientes também têm o mesmo problema. Aí, tem troca de experiência de informação. (Profissional 1)
>
> Culinária uma vez por mês realizada pela médica. Reúnem-se paciente diabético e hipertenso, e a médica ensina pratos fáceis de fazer e que são próprios para estes pacientes. (Profissional 2)
>
> Atualmente, a gente tem essa oficina de gastronomia, de culinária, para as pessoas que são obesas, que cursam com dislipidemia, ou que tenha hipertensão ou diabetes [...] que acontece uma vez por mês aqui na unidade mesmo. (Profissional 5)

No entanto, a organização dos grupos é colocada como algo difícil de ser desenvolvido, e percebe-se que ela não faz parte de um procedimento rotineiro das equipes, como a consulta médica ou a visita domiciliar.

> Temos visitas domiciliares e os grupos também. Quando tem [grupo], a gente faz oficina, a maioria é idoso, que esses diabéticos participam e a gente faz esse trabalho de promoção. (Profissional 1)
>
> Com o apoio dos acadêmicos da UFRJ estamos tendo oportunidade de fazer mais trabalho educativo, sala de espera com orientação [...] (Profissional 3)
>
> Muita conversa, muito diálogo, as formas de educação em saúde tem que ser pensadas, não é você jogar informação, é mais você escutar ele, entender que cada paciente tem uma particularidade com relação à sua doença, mas principalmente essa crença, esse hábito saudável (Profissional 6)

Nas entrevistas dos usuários, o uso dessas tecnologias pelas equipes por meio de trabalhos em grupo, ou não foi citado, ou o foi por poucos usuários como uma forma de atenção a sua saúde. Essa situação pode ser reflexo da pouca valorização desse trabalho até hoje desenvolvido pelas equipes, ou mesmo a falta de rotina no seu desenvolvimento.

> Não me convidaram para grupo. (Usuário 1)
>
> Faço alongamento no posto. Faço caminhada todo o dia. A gente sempre faz com a fisioteraputa. Quando ela não vai, eu faço com a minha amiga. (Usuário 5)
>
> Me convidaram para fazer exercício. Eu não entrei. (Usuário 6)

Conhecer o outro indivíduo, com seus desejos, medos, necessidades especiais que precisam ser ouvidas e respeitadas, orienta novas práticas com respostas mais adequadas aos problemas de saúde. Quando falamos de vínculo, vimos que falamos de afeto entre trabalhador e usuário, construir uma forma específica de relacionamento a cada situação, sensibilizar-se com o sofrimento do outro e interessar-se pela pessoa doente.

> Tem um paciente aqui, a mãe dele é diabética, é uma senhora que inclusive tem problemas mentais, muito humilde, ela mora em uma área de difícil acesso. É uma subida, íngreme, se

> tiver chovendo é perigoso, ela praticamente tá sozinha agora, mas a tardinha chega o filho dela. Ela tem outro filho que veio aqui em julho ou agosto [...] Ele estava emagrecendo muito, perdeu 10 quilos, fez o HGT aqui, temos o HGT aqui, estava 400 e pouco, esse paciente, foi feita a medicação, uma hora depois foi feita mais outra medicação, mas ainda estava 300, mandei ele para o hospital, tem que ficar na emergência. [...] Fiz essa rotina toda pra ele. Comecei com metformina e glibencamida. Aí eu liguei para a Bianca, endocrinologista. A endócrino achou que eu devia já ter entrado com insulina [...] Fala pro seu irmão vir aqui, pois eu conversei com a endócrino, e ela achou que eu tinha que ter entrado com a insulina. (Profissional 4)

Nas entrevistas, os usuários apresentam suas expectativas ao buscar um profissional, no sentido de entender a experiência que estão vivendo e o significado de sua doença. A percepção do paciente em relação à atitude do médico e à atenção que lhe é dispensada são fundamentais para o sentimento de aceitação. A confiança no profissional pode ser capaz de garantir a continuidade da adesão ao tratamento. Uma das usuárias aponta sua experiência e forma de interação com a equipe de saúde, colocando suas expectativas e demonstrando o vínculo, apesar de ter plano de saúde.

> Eu sempre fui aqui, no médico aqui do posto, mesmo. Agora a minha filha trabalha na Unimed. [...] Ela me colocou no plano, pois pra mim o plano saía barato. [...] Continuo sempre indo. O médico de família marca para mim e eu sempre vou. A ACS falou que agora vai voltar a marcar a fisioterapia de novo. Eu quero ir no médico de família, para ele mudar o meu remédio para um mais forte de dor. Tem dia que eu não aguento. [...] O médico de família, tem gente que acha que ele é chato, mas eu não acho. Ele é excelente. Ele pergunta tudo. Ele leva aquele tempo conversando com a gente. Pergunta o que a gente tá comendo, parece uma pessoa da família. (Usuário 5)

4.4 **Coordenação do cuidado**

A Coordenação da Atenção é um dos atributos da atenção primária. É esperado que a ESF consiga integrar a atenção fornecida em outros pontos da rede. Reconhecer o problema dos indivíduos é básico para o desenvolvimento desse atributo. A continuidade da atenção por um mesmo profissional e a qualidade dos registros são questões que favorecem o desenvolvimento dessa ação de integração entre os diversos serviços acessados pelo usuário. Poder consultar-se sempre com o mesmo profissional para a atenção a sua saúde e a sistematização dessas informações são questões que contribuem com o desenvolvimento desse atributo.

A rotatividade médica é um grave problema no país e também no município de Piraí. Tendo isso em vista, adotou-se a permanência no local como critério de seleção para as áreas a serem pesquisadas. Dessa forma, cada profissional tem, no mínimo, 4 anos nas localidades. Mesmo assim, existem outros fatores importantes para o estabelecimento desse atributo da

atenção primária que fica bastante prejudicado. Um deles diz respeito à qualidade da informação, pois não existe um sistema informatizado que agilize o processo de informação na rede.

Foi evidenciado na entrevista o quanto a coordenação da atenção apoia o desenvolvimento do cuidado ao paciente. Mesmo assim, ele ainda é um desafio para o sistema de Saúde de Piraí, pois não existe uma vinculação mais formal entre os níveis de atenção, nem melhores linhas de comunicação. No entanto, este atributo poderá ser aprimorado por mecanismos eletrônicos que possam qualificar as informações e integrá-las nos diferentes níveis e tipos de profissionais. São necessárias medidas mais sistemáticas de desenvolvê-la.

> Aí eu liguei para a endocrinologista. A endócrino achou que eu devia já ter entrado com insulina para ela. [...] Surpreendentemente ele está tendo uma evolução legal. (Profissional 4)

> Tem uma paciente que é uma paciente grave renal, desenvolveu angina e ela teve a falta de sorte de não ter mais a possibilidade de *shunt* de fístula e ela teve trombose e hipoplasia de sistema vascular nos braços e teve que passar para fazer a diálise peritoneal. E aí foi até legal, pois entramos em contato com a supervisão técnica informamos que um médico de Barra do Piraí, nefrologista, estava solicitando uma avaliação mais rápido possível pelo cardiologista pela necessidade de um cateterismo, e isto aconteceu assim nesta via, telefone, e-mail. Aí a supervisão passou para o cardiologista e o cardiologista no dia seguinte atendeu e parece que já fez até o cateterismo. Então foi rápido. **(**Profissional 5)

Nem todas as necessidades dos usuários poderão ser atendidas na atenção básica. Assim sendo, o encaminhamento para especialistas com os quais os médicos de família estejam mais habituados pode facilitar a coordenação do cuidado, pois viabiliza as discussões entre eles mesmos acerca dos pacientes e de seus problemas.

> A gente tem aqui dentro uma garotinha, obesa, a mãe é boazinha educadinha, [...] essa mãe está diabética, nova, uma garota nova, essa mãe ficou obesa, já obesa há 10 anos mas as filhas estão indo pro mesmo caminho. Ela tem uma resistência a insulina acima de 20. Na época, eu conversei até com uma colega, endocrinopediatra, pode entrar com metformina, entrei com metformina, [...] é difícil, tem outras questões, [...] Esta menina, 10 anos, é forte candidata à doença (Profissional 5).

O papel moderador da equipe de saúde da família na tomada de decisão do cuidado ao paciente que busca outros serviços não é evidenciado nas entrevistas realizadas.

Algumas questões parecem favorecer a responsabilização e a continuidade do cuidado e, diante disso, sua coordenação, segundo Starfield (2002). Dentre essas questões destacam-se a presença de um observador durante a interação profissional/paciente e a concordância entre profissionais e usuários sobre os sobre os problemas de saúde apresentados.

Também o uso da telemedicina é um mecanismo citado por Starfield (2002) para melhorar a coordenação do cuidado e a troca de experiências com o profissional especialista.

O desenvolvimento de alguns padrões para encaminhamento também pode melhorar a coordenação do cuidado, assim como o reconhecimento explícito dos papéis e responsabilidades de cada um nos sistemas de saúde. Uma meta já estabelecida em outros países e que facilita a transferência de informação é a chegada tanto do resultado dos exames diagnósticos em dois dias para o médico de família, quanto das informações referentes ao manejo clínico do paciente em 24 horas após a alta hospitalar.

> Acho que tentamos ser cuidadosos no atendimento e fazer tudo que podemos fazer dentro das nossas possibilidades. Acho que avançamos, pois atendemos muito mais diabéticos na atenção básica. Há algum tempo atrás, encaminhávamos tudo para o especialista. Hoje em dia, somente encaminhamos aquilo que não damos conta. Resistência a insulina. [...] Quando a gente tem essa dificuldade precisamos do respaldo da endrocrinologista. Agora tem uma coisa que está acontecendo que eu espero continue, que são as nossas reuniões com a endocrinologista. A gente leva os nossos casos mais complicados pra discutir junto com ela, não tem necessidade nem do paciente ir junto e só poder levar os nossos casos e discutir com ela. (Profissional 5)

4.5 Uso do protocolo

Analisando o cuidado à luz dos protocolos e normas recomendadas, começamos a nos deparar com alguns pontos mais fortalecidos e outros mais fracos com relação ao desenvolvimento de ações e condutas que devem fazer parte do trabalho de toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família, a fim de garantir efetividade do cuidado citada inclusive no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde - Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2006a).

Uma das questões percebidas no atendimento das unidades de saúde da família aos usuários dessa condição traçadora é a prioridade de atendimento para esse grupo de maior carga de morbimortalidade nas unidades de saúde, pois todas possuem agendas específicas para esse grupo da população.

> Temos uma agenda na segunda-feira pela manhã que é uma agenda médica e temos também uma agenda da enfermeira que é na quarta-feira à tarde, e fora isto tem a demanda livre que ele vem na unidade no horário que ele achar melhor [...] (Profissional 1).

Essa prioridade pode ser confirmada quando avaliados os prontuários dos pacientes entrevistados. Percebemos que a maioria das captações se deram por meio da busca ativa pela Equipe de Saúde da Família, e também que a maioria teve consulta médica, no mínimo, a cada trimestre, no último ano.

Outra questão abordada no Manual do Ministério da Saúde e nas entrevistas relaciona-se ao rastreamento da doença. Sabemos que 50% da população não sabe que é diabética e permanece sem diagnóstico até que apareçam os sinais de complicações. Dessa forma, são indicados testes de rastreamento para pessoas assintomáticas que apresentem maior risco da doença.

Durante as entrevistas, percebemos que metade dos profissionais cita a realização do rastreamento em sua unidade de saúde e todos os entrevistados descobriram sua doença por conta de exames realizados nas unidades de saúde, sendo que apenas um deles já apresentava alguma sintomatologia. Esse paciente descobriu sua doença há 15 anos, sendo internado logo após a descoberta.

> [Quando questionado sobre como acontece o atendimento do paciente diabético] Todos os pacientes acima de 40 anos são feito [sic] a glicemia capilar. Em caso de alteração. Em caso de suspeita através da realização do exame pelo ACS que faz em casa ou os profissionais da triagem, é avisado ao médico e ou enfermeiro, que solicitam exame mais específico. **(profissional 3)**
>
> No posto de saúde, descobriu que estava com a glicose alta. A médica de família disse que falou que estava com diabetes. A médica passou remédio. E eu estou tomando. **(usuária 3)**

A ESF deve efetuar ações de prevenção da doença e suas complicações das seguintes formas: desenvolvendo ações de educação em saúde prevenindo fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; identificando e tratando indivíduos de alto risco; captando casos não identificados para tratamento; e intensificando o controle de pacientes já diagnosticados.

Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, enfatizando a autonomia e o autocuidado, tem sido realmente um desafio para as equipes. Percebemos na fala dos profissionais que lidar com ações de prevenção da doença e suas complicações, mudando os hábitos, tem exigido das equipes grande esforço, criatividade, perseverança e sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais do usuário. Todos os profissionais são unânimes em reafirmar em diversos momentos da entrevista a grande dificuldade que é desenvolver esse trabalho. Nas falas, foi evidenciada a criação de momentos que oportunizassem que o paciente expressasse suas dúvidas e preocupações por intermédio da organização de grupos de ajuda mútua, como em caminhadas e trocas de receitas, mas, ao mesmo tempo, uma grande dificuldade em lidar com a questão.

> Toda primeira consulta faço uma longa conversa sobre alimentação, mesmo que eu vá mandá-lo depois para a nutricionista. Desenho o prato com as quantidades e o alimentação que é adequada. Tento da melhor forma possível não aterrorizar o paciente. Paciente não achar que a vida é uma droga e comida não pode mais nada. Até porque não é isto. (Profissional 5)

> A gente fica chateada por que não consegue mudar a vida daquele cidadão. A gente orienta, conversa, mas passa na rua vê ele [sic] com um refrigerante ou um saco de biscoito. Ou vê num barzinho bebendo. Isto frustra a gente. Procura orientar a família, mas às vezes a família não está nem aí visita. A dificuldade é mudar o hábito de vida do paciente. (Profissional 2)

A intensidade das intervenções preventivas deve ser determinada pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo. No grupo de usuários entrevistados, apenas um deles apresentou risco baixo para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores, ou seja, morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Existem inúmeras intervenções protetoras vasculares e renais de benefício comprovado. Entre elas, destaca-se mais uma vez a importância da adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, controle da pressão arterial.

Quando os prontuários são avaliados, essas ações não se encontram registradas neles, podendo significar que não são ações que façam parte do atendimento específico para os pacientes.

Incentivar e promover atividades que envolvam vários profissionais para a promoção a saúde com pacientes diabéticos, com atuação também dos seus familiares, são algumas das ações recomendadas para garantir a efetividade do cuidado, adesão aos protocolos e autonomia dos pacientes. Isso deve fazer parte do trabalho de toda a equipe. Contudo, mais uma vez, observando o prontuário, percebemos que essas questões parecem ser desenvolvidas com grande dificuldade pelas equipes.

Quanto ao envolvimento das famílias no cuidado ao diabético, não detectamos registro da abordagem familiar nos prontuários, mas, na fala dos usuários, percebemos a importância desse envolvimento.

> Aí a gente já sabe o que está acontecendo o que a gente tá sentindo. Vai se tratar. Tem que fazer dieta, tomar remédio. A minha filha estava comigo na consulta. A gente, eu e minha filha, veio conversando. (Usuária 3)

Ainda em relação à atenção multidisciplinar, observamos que o cuidado ao paciente diabético desenvolvido atualmente nas áreas da ESF, alvo desta pesquisa, está muito mais direcionado ao profissional médico. Não foram encontrados registros nos prontuários de certas atividades, mesmo em se tratando de pacientes com risco moderado para doenças cardiovasculares, em sua maioria, e sendo recomendado que o enfermeiro realize atividades

educativas individuais e coletivas, como identificar fatores de risco, efetuar tratamento não medicamentoso, verificar adesão ao tratamento e suas possíveis intercorrências, solicitar de exames de rotina, orientar usuários sobre automonitorização e sobre técnica de aplicação de insulina, repetir medicação, avaliar membros inferiores, realizar de plano individualizado e avaliar a qualidade do cuidado. Mesmo nos prontuários onde existe algum registro, eles ocorrem ocasionalmente. Em um terço dos prontuários, não encontramos qualquer registro de cuidado de enfermagem e em metade deles, ele ocorre apenas uma vez ao ano

Com relação ao atendimento do cirurgião-dentista, percebemos que seu prontuário não faz parte do prontuário único das equipes, e sua avaliação não está registrada em todos os prontuários avaliados, apesar da recomendação do protocolo de avaliação anual por parte desse profissional.

Com relação ao nutricionista, em metade dos prontuários existe a informação do seu atendimento ou o registro de outro profissional relatando que o usuário está sendo acompanhado pelo especialista.

Quanto ao oftalmologista, profissional que deveria avaliar anualmente ou de 2 em 2 anos segundo o Caderno de Atenção Básica, somente um terço destes pacientes há registro de seu acompanhamento.

Outra questão importante diz respeito à definição de um planejamento individualizado de cuidado. Observamos na tabela 4 que um grande percentual de usuários está fora da meta recomendada pelo Ministério da Saúde para as principais intervenções preventivas e periodicidade de seu monitoramento, ou não tem registro disso no prontuário. Quando avaliamos o IMC destes usuários, percebemos que 100% dos pacientes estão fora da meta; em relação à atividade física, 100% dos pacientes não têm registro em seu prontuário; quanto aos triglicerídeos, ao nível de pressão arterial e à glicose de jejum, apenas 50% dos usuários estão dentro da meta; já no que tange ao tabagismo e à glicemia de jejum apenas um usuário está dentro da meta; finalmente, em relação a hemoglobina glicada, Colesterol LDL, Colesterol HDL e vacinação influenza, apenas 2 dos pacientes estão dentro da meta;

Tabela 04 - Situação apresentada pelo usuário com relação a meta estabelecida para as principais intervenções preventivas para os pacientes com Diabetes Mellitus entrevistados, Piraí, 2012

Avaliação recomendada	Meta	Usuários na meta na última avaliação realizada		Usuários fora da meta na última avaliação		Pacientes sem avaliação registrada no prontuário	
		nº	%	nº	%	nº	%
IMC	> 18,5 < 25Kg/m²	0	0,00	6	100,0	0	0,00
Atividade Física	>30 min/dia ou > 1 hora perda ou manutenção de peso	0	0,00	0	0,00	6	100,0
Tabagismo	Não fumar	1	16,67	1	16,67	4	66,67
Hemoglobina glicada	< 7%	2	33,33	2	33,33	2	33,33
Glicemia de jejum	Entre 90 e 130mg/dL	3	50,00	1	16,67	2	33,33
Colesterol LDL	< 100mg/dL	2	33,33	2	33,33	2	33,33
Colesterol HDL	>40mg/dL	2	33,33	2	33,33	2	33,33
Triglícerídeo	<150mg/dl	3	50,00	0	0	3	33,33
Pressão arterial	<130/80mmHg	3	50,00	2	33,33	1	16,67
Creatinina	<1,5mg/dL para homens e <1,3 pra mulheres	4	66,67	0	0,00	2	33,33
Vacinação	Influenza	2	33,33	0	0,00	4	66,67

Fonte: Prontuário da Unidade de Saúde

Quando questionamos os profissionais de saúde e usuários nas entrevistas sobre como acontece o atendimento ao paciente diabético nas unidades, profissionais e usuários relatam a atenção multidisciplinar, a realização de exames periódicos e a avaliação de fatores de risco.

> É atendimento multidisciplinar. Ele precisa de uma avaliação com o nutricionista com o oftalmologista. Temos a medicação que a metformina e a glibenclamida. Tenho até uma rotina [...], de fazer ASS em todo mundo, da manutenção do peso. Eu tenho este esquema aqui como se fosse uma receita de bolo. Glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada, de 3 em 3 meses ou 2 vezes ao ano, ureia e creatinina anualmente, lipidograma anualmente, eletrocardiogama anualmente , fundo de ano anualmente dilatado, microalbuminúria urina 24 horas anualmente, *clearence* de creatinina anualmente se você tiver ureia e creatinina alterado, proteínuria de 24 horas quando você tem proteína ou macroalbuminúria presente. Se esta macroalbuminúria acima de 30, você faz também. Esta aqui é a rotina alem da

> medicação, a gente começa com a metformina. Três meses depois, ele tem que perder peso esse paciente tem que ter atividade física. Ele retorna 3 meses depois a gente faz a glicose e a hemoglobina glicosilada. Se esta hemoglobina glicosilada for superior a 7 a gente introduz a glibenclamida, fazendo de rotina o ASS se não houver uma contraindicação. O ideal seria que todo paciente tivesse esse controle em casa. Isso é uma dificuldade que se tem, inclusive para a própria endócrino, tem vários pacientes que são acompanhados na endócrino e não se tem controle. (Profissional 4)

> Todos os pacientes em demanda espontânea fazem de rotina o hemoglicoteste. Fazemos certo rastreamento. Se tem um exame alterado, fazemos uma avaliação laboratorial. Fazemos uma avaliação da glicose em jejum e pós prandial. Fazemos anamnese. Buscamos um relato familiar. Ver história metabólica. Ver como está o índice de massa corpórea. Se cursa com dislipidemia. Se tem obesidade. Se tem hipertensão acompanhando. Na anamnese, já busca ver se tem sequela na parte oftalmológica ou renal ou cardiovascular. Faz uma avaliação do estado geral daquela pessoa, se é um diabetes que se inicia ou se já é uma pessoa que já vinha diabética com tratamento em outros lugares, se já tem sequelas. Muda ou dá continuidade à medicação. (Profissional 5)

O plano terapêutico para esses pacientes é baseado no controle glicêmico, com a mudança de estilo de vida, na farmacoterapia e na prevenção de complicações crônicas por meio das intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares e da detecção e tratamento de complicações crônicas do diabetes. Todos os pacientes entrevistados falam da importância desses dois fatores.

> Não sabia de nada, nunca tinha feito exame nem nada, e um dia sismou de fazer exame e aí foi ver, minha HBC estava 350 aí tomou uma injeção a doutora falou: ‘daqui a 15 dias você volta aqui de novo’ - este fato aconteceu no postinho - aí eu voltei 15 dias depois tava 550 aí ela falou pra mim olha o seu jeito não tem ... o senhor vai ter que tomar injeção direto. Falei não, vou tomar remédio e vou controlar. E, graças a Deus, tomando remédio, eu consegui reverter e chegar onde tá agora, né 110, 130 não passa disso, graças a Deus. (Usuário 1)

> Pra mim não, graças a Deus, eu não abuso, mas como de tudo, mas abusar, não abuso. Não como demais, mas tudo continuo comendo a mesma coisa, só diminuí a quantidade, mas não me atrapalha em nada. O serviço, eu estava meio gordinho pesando 85 kg, aí eu fechei um bocado a boca aí eu vim pra 70, aí graças a Deus, eu quando tava meio gordo eu tava com bocado de preguiça, ia trabalhar, mas sem vontade, mas depois que eu emagreci um bocadinho, graças a Deus eu trabalho e não sinto nada. (Usuário 1)

> Tem pessoa que fala que eu tenho a doença por que eu como doce. Mas eu sempre como doce e sempre me deu vontade de comer doce. Eu não vou mentir para a senhora, eu comi hoje eu almocei na casa da minha irmã e comi doce, eu comi pudim, comi sorvete. Eu tenho aparelhinho eu até ia medir hoje. Só pra ver como está. Eu uso insulina NPH de 100. No caso hoje eu fiz isto. Eu sei que é perigoso a última vez que eu consultei com a doutora de família ela falou, Ricardo isto pode atacar seus rins, sua vista. (Usuário 2)

> Quando faz exames sabe que está melhorando. (Usuária 3)

Os usuários, em diversos momentos de seus relatos, evidenciam que se sentem cuidados pelas equipes de saúde da família,favorecendo a sua autonomia. Parece-nos que a ESF é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Ao organizarmos este estudo, buscamos analisar o cuidado oferecido na ESF, sob perspectiva teórica da integralidade, utilizando como condição traçadora o diabetes *mellitus*.

Como o tempo de atuação do profissional médico ou enfermeiro na unidade de saúde foi um dos critérios estabelecidos para o desenvolvimento da pesquisa, ela foi realizada em 3 áreas: Rosa Machado, Arrozal e Caiçara.

Descrevemos nesta monografia como é desenvolvido o atendimento ao paciente, analisando o processo de trabalho à luz dos protocolos e normas recomendadas e o cuidado na perspectiva do usuário.

A rotatividade e a ausência de formação médica, específica em atenção primária, embora não tenham sido objetos da pesquisa, foram questões evidenciadas no desenvolvimento deste trabalho.

Pode-se perceber que o acesso aos serviços de atenção primária não foi identificado como um problema, muito pelo contrário. A existência de uma agenda específica para atendimento ao grupo pesquisado; a possibilidade do acesso, em algumas situações, acontecer via telefone; o agendamento para consultas subsequentes como uma prática rotineira; a preocupação com os indivíduos que residem em áreas de difícil acesso; e a facilidade de atendimento em situações de emergência, todas essas são questões que demonstram a facilitação do acesso da população.

Embora a consulta com hora marcada não seja uma realidade, o tempo de espera não foi uma preocupação relatada na pesquisa. A dificuldade de acesso a outros níveis do sistema também não foi apontada por profissionais ou usuários, levando-nos a crer que esse não é um problema no município. Essa situação reforça uma citação de Barbara Starfield (2002), para quem a acessibilidade varia de acordo com o tipo de médico, mas que, geralmente, os médicos de família são mais flexíveis na prestação do cuidado sem consultas ou horários para marcação.

Com relação ao vínculo, os usuários reconhecem as profissionais que trabalham nas unidades, sendo o Agente de Saúde um facilitador desse reconhecimento. Este um maior contato, ou seja, uma aproximação entre paciente e equipe de saúde, facilitando, inclusive, a busca ativa quando necessária. Esse relacionamento mais próximo, sendo a equipe uma

referência para os usuários, contribui para o estabelecimento de relações de longa duração e efetividade da atenção primária com melhoria da assistência.

A responsabilização da equipe com relação aos problemas concretos vividos pela população apoia o desenvolvimento do cuidado, intervindo em situações de maior risco. Percebe-se responsabilidade com a vida do paciente, e o foco do trabalho passa a ser o indivíduo.

Buscar a autonomia dos usuários por meio da promoção de trabalhos em grupos e visitas domiciliares é uma realidade nas áreas pesquisadas, muito embora nos pareça que ainda seja necessário melhorar a tecnologia utilizada. Existe dificuldade por parte dos profissionais de superar uma atuação voltada para a transmissão de informações, mais do que a troca de experiências, ou mesmo de conseguir escutar o problema e entender a forma de pensar do paciente em relação a sua condição de saúde, buscando habilidades para lidar com a situação. Isso faz com que a organização desses grupos não seja uma atividade estabelecida como rotina nas unidades de saúde, e se mostra algo difícil de ser desenvolvido, o que já não ocorre com a consulta médica ou visita domiciliar.

Os usuários relatam suas expectativas na busca dos profissionais da unidade, com quem mantêm uma relação de confiança, o que facilita a continuidade da atenção. Mesmo usuários que possuem convênios com a saúde suplementar tomam os profissionais da ESF como um apoio ao seu tratamento.

A atenção prestada por um mesmo profissional e a qualidade dos registros são questões que favorecem a coordenação do cuidado e continuidade da atenção nos diversos serviços acessados pelo usuário.

A responsabilização com grupo de maior carga de morbimortalidade é confirmada quando, avaliando os prontuários dos pacientes entrevistados, percebemos que 83,2% das captações dos usuários se deram pela busca ativa por parte da Equipe de Saúde da Família, e que 83,3% tiveram consulta médica, no mínimo, a cada trimestre, no último ano, e ainda que o mesmo percentual descobriu a doença devido a exames realizados nas unidades de saúde.

No entanto, o registro no prontuário na atenção primária foi um grande problema percebido durante o desenvolvimento da pesquisa. São poucos os registros de medidas de prevenção identificados nos prontuários. Algumas ações, à luz dos protocolos, vitais para a saúde do indivíduo também apresentam problemas de registro em prontuário. Dentre elas, destacamos: o envolvimento das famílias no cuidado ao diabético, o desenvolvimento de atividades físicas, a prática do tabagismo e a vacinação contra influenza. Mesmo assim

durante as entrevistas, tanto com profissionais como com usuários, algumas dessas ações sejam relatadas.

O cuidado ao paciente diabético é desenvolvido principalmente pelo profissional médico, segundo registro dos prontuários.

As ações de enfermagem são pouco registradas. Em um terço dos prontuários, não encontramos qualquer registro de cuidado de enfermagem, e em metade deles o registro ocorreu em apenas uma vez no ano.

O prontuário do cirurgião-dentista não faz parte do prontuário único das equipes, e a avaliação por parte desse profissional não está registrada em todos os prontuários avaliados, apesar da recomendação de avaliação anual por parte deste profissional.

Em 50% dos prontuários avaliados, não existe registro da atuação do profissional nutricionista. A situação é agravada diante da constatação de que 100% dos usuários entrevistados estão fora da meta de Índice de Massa Corporal estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Já em relação ao oftalmologista, profissional que deveria avaliar anualmente ou de 2 em 2 anos segundo o caderno de atenção básica, somente um terço do pacientes tem registro deste acompanhamento.

Mesmo o registro de exames laboratoriais não é adequado à luz dos protocolos, já que no máximo 4 de 6 pacientes se encontram dentro de apenas 1 das metas estabelecidas (nível de creatinina no sangue). Nos demais exames, esse percentual é sempre menor, e, no caso de hemoglobina glicada, colesterol HDL e LDL o percentual é de apenas 2 para 6 pacientes.

Embora profissionais de saúde e usuários relatem a importância da mudança de estilo de vida, o desenvolvimento das rotinas estabelecidas, o acompanhamento da evolução e o controle da doença, essas questões não são evidenciadas de forma sistemática nos registros dos prontuários.

Recomenda-se, frente aos resultados obtidos, e no sentido de fortalecer a atenção oferecida pela Estratégia de Saúde da Família:

- A apresentação dos resultados deste trabalho para a Coordenação de Atenção Básica e Secretária Municipal de Saúde de Piraí para discussão e reflexão dos principais avanços e desafios localizados, e que possam ser construídas estratégias de intervenção;
- O apoio da supervisão técnica no desenvolvimento e qualificação do registro médico e de enfermagem, revisando rotinas e formulários objetivando sua adequação;

- A construção conjunta dos diversos níveis do sistema de padrões para encaminhamento e a descrição do papel e responsabilidade de cada profissional, com discussão sistemática dos resultados e ações desenvolvidas;
- A busca de habilidades para lidar com a prática de educação em saúde e desenvolver estratégias que favoreçam a formação de grupos;
- A avaliação da possibilidade de se buscar um sistema informatizado de registro da atenção oferecida. Isso poderia agilizar o contato entre os demais serviços, pois a coordenação do cuidado é um grande desafio para o sistema de Saúde de Piraí, uma vez não existe uma vinculação mais formal entre os níveis de atenção e melhores linhas de comunicação. Esse atributo poderá ser aprimorado por mecanismos eletrônicos que possam qualificar as informações e integrá-las entre diferentes níveis e tipos de profissionais. Nem todas as necessidades dos usuários poderão ser atendidas na atenção básica. Assim sendo, o encaminhamento para especialistas com os quais os médicos de família estejam mais habituados, podem facilitar a coordenação do cuidado, pois viabilizam as discussões entre eles mesmos acerca dos pacientes e de seus problemas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul-set, 1993.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: Tecnologia ou Sabedoria Prática? *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, p. 117-120-18, fev, 2000.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Edição revista actualizada. Lisboa: Edições 70, Ltda., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. n. 16. *Diabetes Mellitus*. Brasília, 2006a.

_____. Cadernos de Atenção Básica. *Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica*. Brasília, 2006b.

_____. Portaria n° 648, de 28 de março 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006c.

_____. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, 2001.

_____. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes . Brasília, 1990.

CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(2): 198-204.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos opertivos de educação em saúde. *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 28, p.7-18, jan.-mar, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2003.

MASCARENHAS, M. T. M. *Avaliando a Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niteroi, RJ:* Estudo de caso em Unidade Básica de Saúde Tradicional e Módulo do Programa Médico de Família. 2003. 168 f. Tese de Doutorado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 117-159, 1994.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento:* metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco,1998.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da Integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2003.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. Florianópolis, Universidade de Santa Catariana, 2001.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 241-257, 2004.

STARFIELD, B. A*tenção Primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

ANEXO A - Roteiro de perguntas ao usuário

1- Como você descobriu sua condição de portador de diabetes *mellitus*?

2- Qual o serviço que geralmente procura para o atendimento de sua patologia?

3- De que forma tem acesso ao serviço de saúde?

4- Qual o tempo médio que você espera para ter acesso ao serviço que procura na unidade de saúde?

5- Quais são os profissionais de saúde que o atendem na unidade de seu bairro?

6- Que ações são desenvolvidas pela equipe no cuidado com a sua saúde?

7- De que forma este cuidado contribui com o seu estado atual de saúde?

8- Em que locais estas ações são desenvolvidas?

9- Como você percebe o atendimento de saúde na unidade de saúde de seu bairro?

10- Você já se internou por causa da Diabetes?

11- Como foi a atuação da equipe da unidade de saúde nesta ocasião?

12- Como você discute com a equipe de saúde a evolução de seu tratamento?

13- Como é o apoio da equipe de saúde da família com relação a sua doença?

14- Quais as pessoas que são envolvidas no seu tratamento pela equipe de saúde da família?

15- Você se sente cuidado pela equipe de saúde?

16- Você está satisfeito com o atendimento recebido na unidade?

ANEXO B - Roteiro de perguntas ao profissional

1- Como acorre o atendimento ao paciente portador de diabetes na unidade de saúde?

2- Qual é o tempo de espera do paciente pelo atendimento na unidade de saúde?

3- Quais os cuidados oferecidos ao usuário portador desta patologia?

4- Quais são as principais dificuldades enfrentadas pelo usuário para atendimento em saúde recebido nesta unidade?

5- Que outras dificuldades são normalmente enfrentadas pelos usuários no cuidado com sua saúde?

6- A unidade de saúde utiliza algum recurso para superação desta dificuldade?

7- Em que momentos o paciente é ouvido na unidade de saúde?

8- Quais as principais queixas apresentadas por este usuário?

9- Como são realizadas as orientações medicamentosas ou não com os usuários portador de diabetes?

10- Em caso de dificuldade no seguimento das prescrições e ou orientações como você procede?

11- Como é agendado o retorno do paciente.

12- Como é acompanhada a evolução do tratamento do paciente.

13- Como você avalia o atendimento fornecido?

14- O que tem ajudado o usuário em seu tratamento?

15- Em caso de falta a unidade, ou ocorrência de internação, que medidas são implementadas?

ANEXO C - Roteiro para revisão de prontuários

1- Nome:

2- Idade: 3- Sexo:

4- Tipo de Diabetes apresentada?

a- 1

b- 2

5- Início do tratamento na ESF

a- Busca ativa da equipe

b- Já era tratado na unidade antes da implantação da ESF

c- Demanda espontânea

6- Possui risco cardiovascular aumentado? (Escore de Framingham)

a- sim

b- não

7- Existe algum registro sobre abordagem familiar?

a- sim

b- não

8- Existe registro sobre auto cuidado?

a- sim

b- não

9- É acompanhado de rotina na ESF em função da Hipertensão Arterial?

a- sim

b- não

10- Número de consultas realizadas no último ano na ESF?

11- Periodicidade da consulta?

a- uma consulta mensal ou mais

b- uma consulta por bimestre

c- uma consulta por semestre

d- nenhuma

12- Existe registro no prontuário sobre nível de exercício? > 30 min/dia ou > 1h/dia (perda ou manutenção de peso)

i- sim

ii- não

iii-periodicidade

1- no mínimo a cada consulta?

2- no mínimo de 3 em 3 meses?

3- no mínimo de 6 em 6 meses?

4- uma vez ao ano?

5- menos de uma vez ao ano?

13- Existe registro no prontuário sobre hábitos alimentares (verificar e orientar a cada consulta se o IMC < 18,5 OU > 25 ou o paciente apresentar perda de peso)?

a- sim

b- não

14- Registro de ações desenvolvidas por qual profissional no ultimo ano?

a- médico: periodicidade

b- enfermeiro: periodicidade

c- cirurgião dentista: periodicidade

d- nutricionista

e- fisioterapeuta

f- psicólogo

g- endocrinologista

h- oftalmologista

i- outros profissionais: quais? _____

15- Registro de exame físico

a- peso

b- altura

c- IMC:

i. sim

ii. não

iii. periodicidade

1- no mínimo a cada consulta?

2- no mínimo de 3 em 3 meses?

3- no mínimo de 6 em 6 meses?

4- uma vez ao ano?

5- menos de uma vez ao ano?

a- Cintura

b- PA

i. sim

ii. não

iii. periodicidade

1- no mínimo a cada consulta?

2- no mínimo de 3 em 3 meses?

3- no mínimo de 6 em 6 meses?

4- uma vez ao ano?

5- menos de uma vez ao ano?

a- fundo de olho

b- tireóide

c- coração

d- pulsos periféricos

e- exame dos pés

f- pele

g- testes neurológicos básicos

1- Realização de exames laboratoriais

a- Glicemia de jejum (mensal)

i. adequado

ii. inadequado

b- hemoglobina glicada (A1C) (<7% a cada 3 meses até alcançar controle depois a cada 6 meses.

i. adequado

ii. inadequado

c- colesterol total

d- LDL (<100mg/dL – anualmente)

i. adequado

ii. inadequado

e- HDL-C (>40 mg/dL – anualmente)

i. adequado

ii. inadequado

f- triglicerídeos (< 150mg/dL – anualmente)

g- creatinina sérica (6 em 6 meses)

h- exame de urina

i- microalbuninúria

j- TSH

k- Clearance de creatinina

2- Realização de outros exames e avaliação

a- ECG

b- Escore de framingham ou UKPDS Risk Engine

c- mapeamento de retina (1 exame normal – deve ser feito um a cada 2 anos

3- Vacinação de influenza uma vez depois reforço após 65 anos?

4- Vacinação de pneumocócica?

5- usa medicação?

a- não

b- sim

i. insulina

ii. metformina

iii. gliblenclamida

iv. estatina

v. AAS - caso tenha doença cardiovascular

6- Fuma?

a- Sim

i. convite para participar do programa antitabagismos

1. sim

2. não

b- Não

c- Sem informação

d-

7- Tempo de evolução: _____ anos

ANEXO D – Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
FAX: 55-021-2334-2152

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "Análise do cuidado em saúde na atenção básica em Piraí - RJ" (Registro CAAE 0055.0.259.000-11), coordenado por ALBANÉA BAYLÃO TREVISAN, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ na presente data.

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2011

MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social