



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DIONE CAVALCANTE SILVEIRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO
DE FORTALEZA-CE SOBRE A GESTÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES
COM DIABETES MELLITUS**

**FORTALEZA – CEARÁ
2016**

DIONE CAVALCANTE SILVEIRA

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA-CE SOBRE A GESTÃO DO AUTOCUIDADO DE
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silveira , Dione Cavalcante .

Percepção dos profissionais da atenção primária no município de Fortaleza-CE sobre a gestão do autocuidado de pacientes com diabetes mellitus [recurso eletrônico] / Dione Cavalcante Silveira . - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 79 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. Andrea Caprara.

1. Autocuidado. 2. Diabetes mellitus. 3. Saúde da família. I. Título.

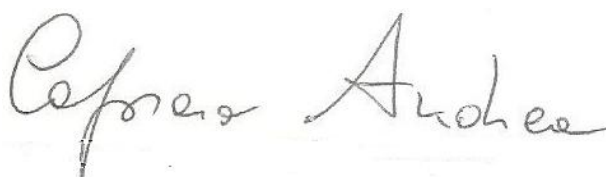
DIONE CAVALCANTE SILVEIRA

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE SOBRE A GESTÃO DO AUTOCUIDADO
DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Centro de Ciências da saúde
da Universidade Estadual do Ceará, como
requisito para obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família. Área de
Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 30 de setembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Andrea Caprara (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.ª Dr.ª Ana Patrícia Pereira de Moraes
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aos meus pais, Ilídio e Iracema (*in memoriam*), pelo amor e apoio em todos os momentos da minha vida.

À minha filha Lídia, inesgotável fonte de amor, inspiração e alegria de viver.

Amo vocês incondicionalmente!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus, porque tu, ó Senhor, és o meu refúgio.

À minha família, pela força e apoio nos momentos necessários.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Andrea Caprara, por sua disponibilidade, seus ensinamentos, orientações e pela acolhida generosa em seu grupo de pesquisa.

À minha banca examinadora, Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira de Moraes e Prof. Dr. Jose Maria Ximenes Guimarães, pela valorosa contribuição desde a qualificação até o momento de conclusão da pesquisa, agradeço pela disponibilidade.

À Maria Auxiliadora Bessa Santos pelo incentivo à realização desse mestrado e por todos os momentos de cumplicidade, angústias e alegrias divididas.

À Lídia Silveira Feijó pelo imprescindível apoio na organização e revisão do texto durante todas as fases deste trabalho de pesquisa.

Ao Corpo Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-UECE/FIOCRUZ, pelos conhecimentos transmitidos, que tanto contribuíram para o meu aprimoramento profissional.

Aos funcionários do Mestrado Profissional em Saúde da Família-UECE/ FIOCRUZ, por toda atenção e carinho concedidos.

Aos meus companheiros do Mestrado Profissional em Saúde da Família UECE/FIOCRUZ, turma Flor de Cactos, pela amizade e alegria dos nossos encontros, que tornaram essa caminhada mais leve.

Aos amigos, em especial aos da “varanda”, pelo apoio e momentos compartilhados.

Aos colegas de trabalho pela competência e responsabilidade profissional que possibilitaram minha ausência nos períodos desse mestrado.

Aos profissionais entrevistados, que se disponibilizaram a contribuir com este estudo, permitindo a sua realização.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste estudo.

RESUMO

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, com o objetivo de conhecer a gestão do autocuidado apoiado dos usuários portadores de diabetes mellitus (DM), com base na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza - Ceará, no período de maio a julho de 2016. As falas foram transcritas, organizadas e analisadas utilizando a análise de conteúdo proposta por Minayo; destacando-se a compreensão dos profissionais sobre o autocuidado, as estratégias utilizadas e as dificuldades encontradas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para promover o autocuidado apoiado das pessoas com DM. Os achados deste estudo indicam que os profissionais entrevistados compreendem o autocuidado como a prática de atividades que os usuários realizam em seu próprio benefício e bem-estar. Contudo, referem que os usuários apresentam dificuldades de compreensão das orientações de autocuidado e de aceitação do plano de tratamento proposto. Os entrevistados consideram as ações de educação em saúde e as orientações das práticas de autocuidado como principais componentes no tratamento da DM, o que não garante, entretanto, que essas estratégias estejam sendo efetivamente implementadas. Os profissionais relatam dificuldades pessoais e organizacionais para a realização das práticas educativas grupais; no momento, realizam apenas orientações individuais, durante as consultas e visitas domiciliares. O estudo amplia o conhecimento sobre o tema e relata os desafios encontrados no desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde da família na busca do empoderamento e do envolvimento do usuário em seu processo saúde-doença, de modo a incentivar uma atitude de autocuidado, reduzindo complicações e incapacidades associadas à DM.

Palavras-chave: Autocuidado. Diabetes mellitus. Saúde da família.

ABSTRACT

The study is about a qualitative descriptive research, with the objective of getting to know the management of the self-care of the carrier users of diabetes mellitus (DM), from the perception of professionals of the Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy). The data has been collected through interviews with doctors, nurses, dentists and communitarian agents of health, from a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (Unit of Primary Attention to Health) from Fortaleza - Ceará, during the period of May to July of 2016. The interviews were transcribed, organized and analyzed using the content analysis proposed by Minayo; highlighting the comprehension of the professionals about self-care, the strategies used and the troubles found by the professionals of the Equipes de Saúde da Família (Family Health Team) to promote the self-care support for the people with DM. The findings of the present study indicate that the interviewed professionals understand self-care as the practice of activities that the users perform in their own benefit and welfare. However, they refer that the users show difficulties of comprehension of the self-care orientation and of accepting the proposed treatment plan. The respondents consider the education actions in health and the self-care practice orientations as the lead components in the treatment of DM, what does not guarantee, however, that these strategies are being effectively implemented. The professionals mention personal and organizational difficulties to the doing of group educative practices; in the moment, they only do individual orientations, during the appointments and house visits. The study expands the knowledge about the theme and reports the challenges found on the development of the work process of the family health teams in pursuit of the empowerment and involvement of the user in his process health-disease, in a way to encourage a self-care attitude, reducing complications and incapacities related to DM.

Keywords: Self-care. Diabetes mellitus. Family health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modelo de cuidados crônicos.....	29
Figura 2 –	O Modelo da Pirâmide de Risco.....	32
Figura 3 –	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	34
Figura 4 –	Mapa da SR IV por bairros, Fortaleza-CE.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CSF	Centros de Saúde da Família
DC	Doença Crônica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
LC	Linha do cuidado
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MCC	Modelo de Cuidados Crônicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
SR	Secretaria Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	GERAL.....	16
2.2	ESPECÍFICO.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	DIABETES MELLITUS.....	17
3.2	AUTOCUIDADO.....	22
3.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA E O CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	25
3.4	MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	28
3.4.1	Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas (MCDC).....	28
3.4.2	Modelo da Pirâmide de Risco (MPR).....	32
3.4.3	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	33
4	METODOLOGIA.....	40
4.1	ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	40
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	43
4.4	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	46
5	RESULTADOS.....	48
5.1	CONCEPÇÃO SOBRE O AUTOCUIDADO.....	48
5.2	PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO: OPORTUNIDADES E DIFICULDADES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	50
5.2.1	Orientações e estímulo ao autocuidado.....	50
5.2.2	Educação permanente.....	52
5.2.3	Dificuldades no desenvolvimento do autocuidado.....	53
5.3	GERENCIAMENTO/ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS: AVANÇOS E DESAFIOS NO NOVO MODELO DE ATENÇÃO.....	56
6	DISCUSSÃO.....	62

6.1	CONCEPÇÃO SOBRE O AUTOCUIDADO.....	62
6.2	PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO: OPORTUNIDADES E DIFICULDADES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	63
6.2.1	Educação em saúde: orientações e estímulo ao autocuidado.....	63
6.2.2	Dificuldades no desenvolvimento do autocuidado.....	65
6.3	GERENCIAMENTO/ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS: AVANÇOS E DESAFIOS DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO.....	66
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES.....	76
	A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	77
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	79

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a determinar a maioria das causas de óbito e de incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, e a representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Setor Suplementar (BRASIL, 2006).

Esse fato é decorrente da transição epidemiológica e demográfica observada na população brasileira, que está envelhecendo. Dessa forma, as doenças crônicas vêm representando uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde. Essas doenças, segundo Barros *et al.* (2006), são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou de melhora sensível.

A diabetes mellitus (DM) é uma das condições crônicas mais prevalentes, que pode desenvolver várias complicações à medida que a doença evolui. A prática do autocuidado faz parte do plano terapêutico, que quando realizado é considerado efetivo para o controle, a redução das complicações e a melhora na qualidade de vida.

Estima-se que em 2035, no mundo, 471 milhões de pessoas estejam convivendo com DM, e destas, dois terços encontram-se em países de terceiro mundo. Entre as causas de mortalidade geral, 5,2% deve-se a DM, e a maioria são pessoas economicamente ativas, levando um prejuízo na dinâmica familiar (SBD, 2015).

No Brasil, em 2012, na população adulta de 27 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 7,4%, sendo de 6,5% entre homens e de 8,1% entre mulheres. Em Fortaleza, o percentual de adultos que referiram diabetes foi de 6,7%, sendo 7,4 % entre homens e de 6,1 % em mulheres, segundos dados do Ministério da Saúde, colhidos pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2012).

Contudo, a maioria das pessoas portadoras de DM apresenta motivação muito fraca para mudar o estilo de vida e, conseqüentemente, vivenciar a prática do

autocuidado, pois precisam modificar seu comportamento e suas atitudes ao longo da vida, diferentemente de um portador de doença aguda, que possui um alto grau de motivação, pois, quando o tratamento é eficaz, consegue a cura da doença (MENDES, 2012).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como modelo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) para responder aos problemas agudos e crônicos de uma população adscrita. No entanto, a organização da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção.

No cotidiano das equipes de saúde da família, a organização do processo de trabalho é fundamental para a atenção longitudinal que as condições crônicas necessitam. No entanto, essa prática não tem se revelado sistemática, os processos de trabalho são individualizados, centrados na doença e na medicalização, e se agrava por outras demandas que surgem em períodos sazonais, como doenças agudas tipo a dengue e outras viroses, não levando em conta a coletividade e as necessidades do território e da população (BRASIL, 2010).

Reorganizar a atenção primária com foco nas necessidades da população, na longitudinalidade e integralidade do cuidado, principalmente nas condições crônicas, tem sido um grande desafio para os sistemas de saúde, pois a integralidade do cuidado em qualquer condição de saúde requer a garantia do acesso, adesão ao tratamento, qualificação dos profissionais, organização do processo de trabalho local e empoderamento dos pacientes para resolver seus problemas de saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Uma das possibilidades para o enfrentamento desse desafio é deflagrar ações de educação em saúde com foco no autocuidado que possibilitem ir ao encontro das necessidades e desejos da população e dos profissionais. Desenvolver ferramentas ou métodos que valorizem a escuta qualificada, a comunicação nas inter-relações e a participação dos atores sociais como protagonistas do seu autocuidado junto à equipe multiprofissional é uma proposta de inovação para reflexão e concretude da integralidade do cuidado à saúde e a humanização, buscando, assim, a possibilidade da construção de autonomia das pessoas como cidadãos e usuárias do Sistema Único de Saúde.

No Município de Fortaleza-CE, a Rede de Atenção às Condições Crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus) está inserida no Mapa Estratégico da Secretária Municipal de Saúde (SMS) como uma das áreas prioritárias. O trabalho em rede busca estabelecer a Atenção Primária como coordenadora do cuidado, garantindo o acompanhamento contínuo ao usuário do Sistema Único de Saúde, potencializando vínculos entre a população e os pontos de atenção, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.

Ao se falar de doenças crônicas, o autocuidado, a adesão ao tratamento e a responsabilidade do paciente de ter conhecimento sobre sua doença e seu processo de tratamento são considerados conceitos e ações muito importantes. Tendo isso em vista, muitos profissionais buscam engajar seus pacientes num processo em que estes precisam assumir para si o compromisso de autocuidado e de querer adquirir informações sobre a sua doença. Sendo envolvidos no processo de responsabilizar-se pela própria saúde, os pacientes com diabetes mellitus, por exemplo, são constantemente chamados a responder seja pelo surgimento do adoecimento, seja pela falta de controle da glicose ou ainda pelas complicações decorrentes da não adesão às formas de cuidado prescritas pelos profissionais de saúde (CARRIJO; RASERA, 2013).

As intervenções de autocuidado prescindem de uma relação de vínculo entre a equipe de saúde e as pessoas portadoras de doenças crônicas, visto que o estímulo ao autocuidado necessita não somente de quem o faz, o paciente, mas também do profissional de saúde que o acompanha. Não sendo prática comum realizada pelos pacientes nem apoiada pelos profissionais, há necessidade de se buscar estudos que possam fomentar a prática do autocuidado apoiada na APS, buscando, dessa forma, motivação e envolvimento das pessoas com doenças crônicas como agentes produtores sociais de sua saúde.

Diante do exposto, percebemos que a melhoria da saúde da população, em foco a pessoa com diabetes mellitus, está intimamente relacionada com a qualidade da atenção prestada por uma equipe multiprofissional de saúde e principalmente com a vivência da prática do autocuidado e o empoderamento dos pacientes no cuidado à sua saúde.

Assim, partindo da observação cotidiana, como gestora da Unidade de Atenção Primária à Saúde, campo de estudo da pesquisa, foi possível perceber a importância e a necessidade de conhecer as seguintes questões: Qual é a

percepção dos profissionais da ESF sobre o autocuidado? Quais são as estratégias utilizadas para promover o autocuidado apoiado? Como os profissionais da Estratégia Saúde da Família realizam o acompanhamento da condição de saúde de usuários portadores de DM?

Supõe-se que o esclarecimento dessas questões se apresenta como relevante por seu potencial de favorecer a reflexão e fornecer subsídios para fomentar discussões sobre o atual modelo de atenção à saúde das pessoas com condições crônicas e para contribuir com o processo de cuidado da Estratégia de Saúde da Família.

O estudo disponibilizará informações importantes para a comunidade acadêmica, gestores e profissionais envolvidos direta e indiretamente com a saúde das pessoas com diabetes mellitus, pois, para proporcionar uma atenção à saúde voltada para o empoderamento e o autocuidado, devem-se conhecer e implementar estratégias de informação, educação em saúde e prevenção das complicações da doença, ultrapassando metodologias prescritivas, fazendo com que o paciente com DM seja sujeito corresponsável por sua condição de saúde.

Cabe destacar que esta pesquisa deriva de um projeto maior, denominado “Empoderamento e autocuidado de pacientes em condições crônicas atendidos na Atenção Primária no município de Fortaleza-CE”. O referido projeto foi apoiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e composto por docentes, alunos de Pós-Graduação, nível mestrado e doutorado, assim como por alunos bolsistas de Iniciação Científica.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Compreender a gestão do autocuidado pelos usuários portadores de diabetes mellitus, a partir das percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar as percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o autocuidado das pessoas com diabetes mellitus;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para promover o autocuidado apoiado das pessoas com DM;
- Descrever o acompanhamento dos diabéticos pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família a partir do modelo de atenção às condições crônicas implantado no município de Fortaleza.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DIABETES MELLITUS

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Atualmente, a classificação da diabetes mellitus está baseada em sua etiologia e não mais no tipo de tratamento. Sendo assim, foram eliminados os termos DM insulino-dependente e DM insulino-independente. Conforme proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Associação Americana de Diabetes (ADA), a DM pode ser classificada em quatro classes clínicas: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes e diabetes gestacional (ADA, 2013; SBD 2015).

A diabetes mellitus tipo 1 (DM1) corresponde a 5% a 10% dos casos e é resultado da destruição de células betapancreáticas, em sua maioria por mediação autoimune, com consequente deficiência de insulina. Ocorrem casos em que não existem evidências de processo autoimune, sendo denominados como forma idiopática de DM1. A taxa de destruição de células beta é variável e, geralmente, mais rápida entre as crianças. Pode ocorrer em adultos a forma lentamente progressiva, sendo referida como diabetes autoimune latente do adulto (LADA, acrônimo em inglês de *latent autoimmune diabetes in adults*) (SBD, 2015).

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina, podendo ocorrer predomínio de um desses. Grande parte dos diabéticos do tipo 2 apresenta sobrepeso ou obesidade e, apesar de ocorrer em qualquer idade, geralmente a DM2 é diagnosticada após os 40 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, mas pode ser necessário o tratamento com insulina para obter controle metabólico satisfatório (SBD, 2015).

Os outros tipos específicos de diabetes mellitus abrangem formas menos comuns, cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é bastante variada e depende da alteração de base. Estão incluídos nessa categoria defeitos genéticos na função das células beta,

defeitos genéticos na ação da insulina, doença do pâncreas exócrino, endocrinopatias, DM induzido por medicamentos ou agentes químicos, infecções, além de outras síndromes genéticas por vezes associadas à DM e algumas formas incomuns de diabetes autoimune (BRASIL, 2013; SBD, 2015).

Quanto à DM gestacional, trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Similar à DM2, associa-se tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta (BRASIL, 2013).

A diabetes mellitus (DM) não controlada pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aparecimento de complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma) e crônicas, geralmente classificadas como microvasculares – retinopatia, nefropatia e neuropatia – e macrovasculares – doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica. Todas são responsáveis por expressiva morbimortalidade, com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda de função e qualidade de vida muito superior a indivíduos sem diabetes (BRASIL, 2006).

Medidas de prevenção reduzem significativamente a morbimortalidade por DM e podem ser realizadas mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não-diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, com intuito de prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver DM e tem impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto a de tratar as complicações da doença. Cerca de 80% dos casos de DM2 podem ser atendidos predominantemente nos serviços de atenção primária, enquanto os casos de diabetes tipo 1 (DM1) requerem maior participação de especialistas (atenção secundária ou terciária), em virtude da complexidade de seu acompanhamento (FERREIRA, 2009).

A classificação dos estados de tolerância à glicose tem sido modificada ao longo dos anos à medida que novos conhecimentos, oriundos de pesquisas e da prática clínica, vêm sendo produzidos (ADA, 2013; FERREIRA, 2009). O rastreamento de DM, mais especificamente a abordagem da glicemia, pode ser feito

através da medida no teste oral de tolerância à glicose (TOTG) (OMS, 2003; FERREIRA; FERREIRA, 2009).

A diabetes inclui estágios pré-clínicos e clínicos, este incluindo estágios avançados em que a insulina é necessária para controle ou sobrevivência. Os critérios diagnósticos para a presença de anormalidades da tolerância à glicose, segundo ADA (2008) são os seguintes: se a glicemia de jejum se encontrar entre 100-125 mg/dL, considera-se como glicemia de jejum alterada; se a glicemia duas horas pós-sobrecarga estiver entre 140-199 mg/dL, tolerância à glicose diminuída, e, se a glicemia de jejum acusar 126 mg/dL e a glicemia duas horas pós-sobrecarga 200 mg/dL, o paciente passa a integrar a categoria diabetes. O diagnóstico sempre deve ser confirmado utilizando esses critérios, observando-se que o jejum é definido como a falta de ingestão calórica de no mínimo oito horas.

Em relação ao controle glicêmico, as metas recomendadas para adultos, atualmente, são de alcançar hemoglobina glicada (HbA1c) menor que 7%, bem como glicemia de jejum entre 70 e 130 mg/dL e pós-prandial abaixo de 180 mg/dL. As dosagens de glicose e de HbA1C são complementares para a avaliação do controle de DM, uma vez que oferecem diferentes informações sobre os níveis de glicose sanguínea (ADA, 2013).

O exame de hemoglobina glicada fornece uma avaliação do controle glicêmico médio, no período de 60 a 90 dias antecedentes à coleta do sangue. Isso ocorre porque a quantidade de glicose ligada à hemoglobina é diretamente proporcional à concentração média de glicose no sangue, sendo que os eritrócitos têm meia vida de aproximadamente 120 dias (SBD, 2015).

Atualmente, sabe-se que a glicemia de jejum é insuficiente para acompanhamento do controle glicêmico de pacientes com DM, pois reflete apenas uma medida pontual, no momento da coleta de sangue. Por outro lado, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015) afirma que o automonitoramento domiciliar das glicemias, realizado com um glicosímetro e fita biossensora descartável, permite que os próprios pacientes identifiquem a glicemia capilar e corrijam rapidamente picos de hiperglicemia ou episódios de hipoglicemia, sendo, portanto, útil para avaliação do controle glicêmico de modo complementar à dosagem de HbA1c.

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica, ocorridas no século passado, determinaram um perfil de risco em que as doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, por serem altamente prevalentes, de

alto custo social e de grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescente e preocupante (TOSCANO, 2004). A diabetes mellitus (DM), exemplo dessa situação, configura-se hoje como epidemia mundial, representando grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2006).

Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (SBD, 2015).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA), esse aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida, enquanto nos países em desenvolvimento esse aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos a prevalência será triplicada, e duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, de 2011, mostraram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população (BRASIL, 2012).

O levantamento apontou, também, que a DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2012).

É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e ao estilo de vida da população estão associados a esse incremento na carga de diabetes globalmente (OMS, 2003).

Dados brasileiros de 2011 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) são de 30,1 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres, com acentuado aumento com o progredir da idade, que varia de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 223,8 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente de 448 vezes. Na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que DM, entre as principais, figura entre a quarta e a oitava posição (SBD, 2015).

Ao analisar a importância da DM como carga de doença, ou seja, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida de seus portadores, por meio do *Disability Adjusted Life of Years* (DALY), verifica-se que em 1999 a DM apresentava taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição, sendo superada pelo grupo das doenças infecciosas e parasitárias, neuropsiquiátricas, cardiovasculares, respiratórias crônicas, do aparelho digestivo, neoplasias malignas e doenças musculoesqueléticas. Nessa comparação, deve-se considerar que a DM, como única entidade, está sendo comparada a grupos de doenças e, mesmo assim, pode-se notar sua importância. Sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam a DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde (SBD, 2015).

As consequências humanas, sociais e econômicas da diabetes são devastadoras para o mundo: 4 milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes. O grande impacto econômico da doença ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006). Os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde, dependendo de sua prevalência e de seu grau de sofisticação do tratamento disponível (SBD, 2015).

Os custos da DM afetam a todos, porém, não se trata apenas de um problema econômico. Os custos intangíveis, como dor, ansiedade, inconveniência e

perda de qualidade de vida, também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e suas famílias, mas são difíceis de serem quantificados. Muitos indivíduos com DM são incapazes de trabalhar em decorrência das complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional. Estimar o custo social dessa perda de produtividade não é fácil. Entretanto, em algumas situações nas quais se tem feito essa estimativa, tais custos são equivalentes, ou mesmo superiores aos ligados diretamente à saúde.

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013a).

É importante salientar que as doenças crônicas, em geral, estão relacionadas a múltiplas causas, sendo caracterizadas, geralmente, por início gradual, de prognóstico incerto, com duração longa ou indefinida. Além disso, seu curso clínico altera-se no decorrer do tempo, com possíveis períodos de agudização e podendo causar incapacidades. Dessa maneira, tais doenças demandam intervenções, tanto com o uso de tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização), leve-duras (uso de normas e protocolos) e duras (medicamentos, exames), como também mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo (MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2013a).

3.2 AUTOCUIDADO

O autocuidado é a mais antiga e difundida forma de comportamento individual relacionado à saúde, surgiu como teoria em 1967, por meio dos estudos de Dorothea Orem. O autocuidado é conceituado como a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde, é um dos aspectos do viver saudável, é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar (OREM, 2001).

Segundo o autor acima citado, essas ações podem ser afetadas por fatores básicos, tais como idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento à saúde, modalidades

de diagnóstico e de tratamento, fatores familiares, padrões de vida, fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos.

Autocuidado significa cuidar de si mesmo, buscando saber quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorando assim o estilo de vida, para evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção de doenças. Ações como essas visam à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2008).

A estratégia do autocuidado fundamenta-se na concepção do ser humano como alguém capaz de refletir sobre si mesmo e seus ambientes, simbolizar aquilo que experimenta, desenvolver e manter a motivação essencial para cuidar de si mesmo e de seus familiares dependentes. O autocuidado implica na execução de ações dirigidas pela e para a própria pessoa ou em direção ao ambiente com a finalidade de atender às necessidades próprias identificadas, de maneira a contribuir para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. As práticas de autocuidado podem ser desempenhadas, ainda, para familiares ou outros indivíduos dependentes (BUB *et al.*, 2006).

As ações do autocuidado têm certos propósitos a serem alcançados, os quais foram classificados em requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. A manutenção de um suprimento suficiente de água, ar e alimentos; provisão de cuidado com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, entre outros são os requisitos universais comuns a todos os seres humanos. Os requisitos no desvio de saúde são exigidos em condições de doença, lesão ou como consequência de medidas médicas para diagnosticar ou corrigir uma condição (BUB *et al.*, 2006).

O desenvolvimento da competência para o autocuidado torna-se particularmente importante junto à população com doenças crônicas, uma vez que as necessidades de saúde sofrem contínuas modificações, especialmente ao longo do processo de envelhecimento, requerendo práticas sempre renovadas de cuidados à saúde (OREM, 1991).

O autocuidado apoiado consiste na sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o desígnio de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde. As ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou

reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras caracterizam o autocuidado (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Os autocuidadores são pessoas que têm informações sobre seu processo saúde-doença e são proativas. Por isso, o autocuidado apoiado envolve atividades interrelacionadas do sistema de atenção à saúde, como prover informações sobre a prevenção e o manejo da condição crônica; organizar estratégias para ajudar as pessoas a tornarem-se proativas na prevenção e no gerenciamento de sua condição crônica.

Mendes (2012) se utiliza da teoria do autocuidado apoiado, que se baseia nos critérios determinados como os “5 As”: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento. Priorizando a informação e a educação para se auto cuidar, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado para cada doença e ou doente, a saber:

- Avaliação: avalie o conhecimento e as ideias sobre estilo de vida e condição de saúde; grau de interesse e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
- Aconselhamento: aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida.
- Acordo: estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo.
- Assistência: auxilie no planejamento, planos de ação, habilidades como resolução de problemas, automonitoramento e prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio.
- Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais.

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema, decidir e escolher seu tratamento, adotar e manter comportamentos que contribuam para a melhoria da sua saúde.

A educação em DM prevê uma parceria entre o educando e o educador, com o objetivo de promover o autocuidado. Dessa maneira, o processo educativo aumenta a autonomia dos pacientes. Para que esse processo seja bem-sucedido, o paciente deve ter participação ativa no processo de aprendizagem, o conhecimento

de cada pessoa deve ser valorizado, assim como o tempo e o espaço para trocas de informações devem ser garantidos. Esse conhecimento sobre sua doença é fundamental para se conseguir a prática correta do autocuidado, assim como a participação mais efetiva no tratamento, porém a aquisição do conhecimento não induz necessariamente à mudança de comportamento (GRILLO *et al.*, 2013).

O elemento-chave para o cuidado integral consiste em fortalecer a capacidade de o usuário cuidar de si, o que vai muito além de um simples autocuidado protocolado dos portadores de doenças crônicas, devendo estimular seu empoderamento, suas escolhas, suas opções. A autonomia do paciente é fundamental para fortalecer suas escolhas responsáveis, a sua qualidade de vida. Por isso, deve-se revisar estratégias de trabalho de grupo e de educação em saúde que vêm sistematicamente povoando nossas redes de saúde, que utilizam métodos ultrapassados, que pouco contribuem para esses processos (MALTA; MERHY, 2010).

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA E O CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Segundo Starfield (2002), a atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde e serve não somente de filtro para o acesso a outros serviços, mas deve assumir a responsabilidade longitudinal pelo paciente ao longo da vida, independente da ausência ou presença de doença. A garantia de cuidado integral a partir da estruturação dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação profissional, e coordenações das diversas ações nos serviços são fundamentais para resolutividade das necessidades da população. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como princípios gerais: a porta de entrada ao sistema de saúde, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade.

A Atenção Primária propõe a organização dos serviços de saúde no intuito de integrar todas as intervenções realizadas, a partir da necessidade da população. O Brasil vem, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), inovando, qualificando o sistema de saúde com foco na equidade social, corresponsabilidade entre a população e o setor público e a solidariedade, de forma a investir nas equipes de saúde da família para a promoção da saúde e prevenção de doenças. A ESF é composta por um(a) profissional médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) dentista, 6 a 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um(a) auxiliar de

enfermagem e um(a) técnico(a) de Saúde Bucal (TSB) (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2004).

Nessa perspectiva, o cuidado de uma pessoa pode ser realizado nos diversos níveis do cuidado; no entanto, a APS propõe a organização deste. Frequentemente há uma equipe definida para um território e uma dada população (STARFIELD, 2002). A continuidade do cuidado constitui um dos pilares organizativos da APS. A pessoa vai se vinculando ao serviço ao longo do tempo, de forma a ser acompanhada em diversas situações de forma eficiente; essa característica também é chamada por Starfield (2002) de longitudinalidade.

Para corroborar com essa ideia, Tesser (2006) registra algumas reflexões sobre a ampliação e a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a ESF, como uma possibilidade de resgate da autonomia da população e/ou, simultaneamente, progressão do campo da intervenção da biomedicina através de experiências e comportamentos humanos que não levam em conta as condições sociais e culturais capazes de permitir ações autônomas pelas pessoas, seus pares em seu próprio meio.

Merhy *et al.* (1997) também aponta que o foco essencial do trabalho em saúde seria as tecnologias leves, entendidas como parte destas a comunicação de forma singular entre profissionais e usuários; por outro lado, essa tecnologia tem tido dificuldade de ser implantada por sistemas de gerenciamento, como protocolos e modelos de atenção fechados ou que não valorizam essas tecnologias.

Estudos apontam que mesmo os países com um sistema de saúde organizado têm revisto o seu foco de atuação junto aos pacientes portadores de agravos crônicos, em geral são usuários frequentes aos diversos níveis de atenção simultaneamente e que necessitam de cuidados diferenciados. Nessa situação, arranjos organizacionais em rede integrada baseados na tomada de decisão coletiva, na cooperação e participação mútua seriam mais adequados para enfrentar o problema da coordenação (GIOVANELLA, 2006).

O contato que as equipes de saúde da família podem ter com as pessoas, no domicílio, na comunidade e no serviço nos fazem refletir sobre os limites e as possibilidades para (re)construção das ações potencializadoras da autonomia, assim como repensar um novo modelo de clínica na atenção primária à saúde para os cuidados aos pacientes com doenças crônicas.

Segundo Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde, como respostas às necessidades de saúde dos cidadãos, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e hoje é marcada por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga forte de causas externas e uma presença importante de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida adequadamente por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas.

Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), o que envolverá a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

A implantação das RAS convoca mudanças no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público (MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde é fundamental para a estruturação da rede. Ele define a forma como a atenção é realizada na rede e como os diversos pontos se comunicam e se articulam. De acordo com as diretrizes para a implementação da RAS, é necessária uma mudança no modelo hegemônico no SUS, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas. Ou seja, a implantação da RAS exige uma intervenção concomitante sobre as doenças agudas e crônicas, em uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas (BRASIL, 2010a).

Sousa (2007) faz reflexões sobre mudanças de paradigmas e concepções do atual modelo que ainda é focado na doença, mais prioritariamente de maneira aguda, pelo Modelo de Cuidados Crônicos, que tem na abordagem a pessoa, com seus

problemas diversos, a complementaridade com outros profissionais de saúde, a comunidade, e o próprio paciente e sua família.

3.4 MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

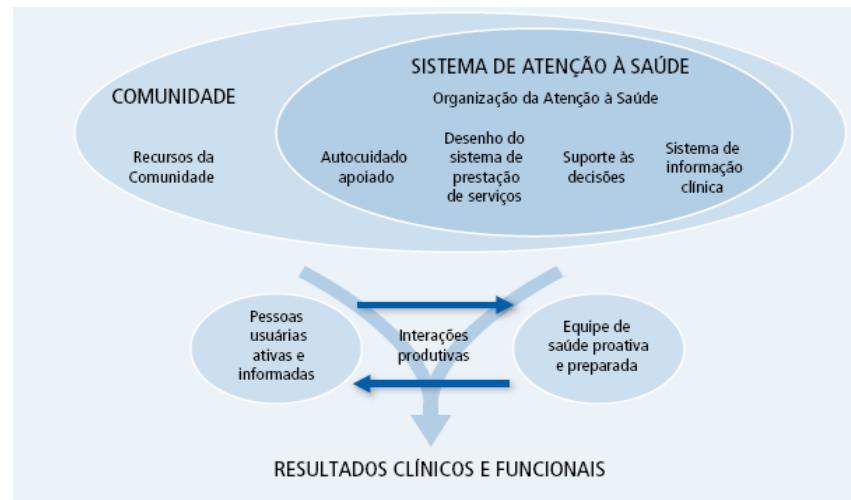
3.4.1 Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas (MCC)

Existem algumas propostas de organização da atenção a estes problemas de saúde, o “Chronic Care Model – CCM” é um modelo de cuidados para pacientes com doenças crônicas, desenvolvido no Institute for Health Care Innovation (Instituto McColl para inovações nos cuidados da saúde) na Califórnia. Sua filosofia propõe a melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes com doenças crônicas, através de uma abordagem proativa, que seja capaz de prever e antecipar possíveis complicações e exacerbações da doença e que apresente o envolvimento dos pacientes, de sua família e da comunidade, além de uma forte integração entre cuidados primários e secundários, da utilização de programas de cuidados e de condutas baseadas em evidências e que seja desenvolvido por uma equipe multiprofissional (MARCECA; CICCARELLI, 2007).

O CCM foi desenvolvido como resposta às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. Seus autores creem que as pessoas podem ser mais bem atendidas e podem viver mais saudavelmente e que, paralelamente, os custos da atenção à saúde podem ser diminuídos com a mudança radical do modelo de atenção à saúde (MENDES, 2012).

O CCM se organiza por seis componentes: os recursos da comunidade; as organizações de saúde; o suporte ao autocuidado; a organização da linha de cuidado; o suporte para tomada de decisões e os sistemas de informação (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

Figura 1 – Modelo de Cuidados Crônicos



Fonte: Wagner EH. *Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness?* Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998 (Direito de uso de imagem concedido pelo American College of Physicians).

O modelo sugere que haja uma articulação entre os serviços de saúde e os recursos comunitários, na perspectiva de melhorar o cuidado a estes pacientes e de preferência no seu contexto real. Vínculos comunitários, por exemplo, com hospitais que promovem aulas de educação ou agências de assistência domiciliar oferecendo cuidados especializados, proposta que vem sendo útil para o médico de pequenos consultórios, com recursos limitados (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

É preciso envolver a comunidade nos programas de atenção às condições crônicas. Assim, articulam-se as ações das organizações de saúde com a comunidade, especialmente com as organizações da sociedade civil (igrejas, clubes, organizações não governamentais, movimentos sociais etc.). Olhando para fora de si, os serviços de saúde podem fortalecer a atenção à saúde e evitar a multiplicação de esforços. Os programas comunitários existentes podem dar apoio ou expandir a atenção à saúde. Os conselhos locais de saúde podem exercitar, democraticamente, o controle social e melhorar a qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2012).

Em uma perspectiva de organização da saúde tanto para diminuir gastos quanto para potencializar o investimento nos serviços, esse eixo do modelo vem sendo desenvolvido, e aponta a necessidade de se rever as metas organizacionais da assistência. É preciso qualidade da assistência crônica em todos os aspectos que envolvem essa organização; quando não há uma integração e

qualificação de resultados, as melhorias são difíceis para sustentar (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e para a manutenção da saúde (MENDES, 2012).

Segundo o relatório mundial da OMS (2003), os avanços no gerenciamento biomédico e comportamental aumentaram de forma significativa a capacidade de prevenir e controlar com eficiência condições crônicas como a diabetes. As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que, ao receberem tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, os pacientes apresentam melhoras. As evidências também demonstram que sistemas organizados de assistência são essenciais para produzir resultados positivos.

A linha de cuidado é uma forma de organizar a produção de saúde, nesse sentido, a linha do cuidado (LC) passa a ser desenhada, articulando em todos os espaços de intervenção a atenção necessária, associada a tecnologias, instrumentos que estabeleçam o fluxo, as funções e tarefas, de maneira que o paciente receba e participe da melhor atenção à sua saúde. Os profissionais de saúde devem ter acesso às informações atualizadas e necessárias sobre o cuidado dos pacientes. Também pode contribuir para estruturar as redes de forma integrada, garantindo assim uma atenção de qualidade.

As diretrizes baseadas em evidências são guias para auxiliarem a prática clínica, aperfeiçoam a tomada de decisão de forma criteriosa, por meio de conhecimento especializado. Estudos apontam que profissionais capacitados são mais resolutivos (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

Há uma produção de Cadernos de Atenção Básica, sob a organização da Coordenação Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes do Ministério da Saúde, sobre saúde do idoso, hipertensão arterial, diabetes e prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, que estão disponibilizados como guias para acompanhamento dos pacientes na Atenção Primária, abordando os temas nos seus aspectos gerais, monitoramento e papéis de cada membro da

equipe e que poderiam ser adaptados para dar conta das especificidades dos contextos em que os profissionais da Estratégia Saúde da Família estão inseridos (BRASIL, 2011a).

As informações sobre a prática e o atendimento realizado devem ser registradas em um prontuário específico, os profissionais devem seguir um *guideline* para confirmar diagnóstico, propor tratamento, solicitar exames complementares e oferecer seguimento. Por outro lado, também há necessidade de registro de planejamento e avaliação das ações realizadas pelas equipes de saúde. Na proposta do CCM há registros de todos os pacientes, idade, sexo e outras características gerais, assim como consultas, agendamento, exames realizados e datas, previsão de nova solicitação de exames, os quais ainda contribuem para o acompanhamento desses pacientes quando há alterações nos exames ou quando estes faltam à consulta.

De acordo com o CCM, manter os pacientes informados e lhes proporcionar um válido suporte ao autocuidado é um processo de fundamental importância para alcançar um melhor estado de saúde que, no caso dos doentes crônicos, podem ser mantidos em ausência de cuidados médicos contínuos (MARCECA; CICCARELLI, 2007).

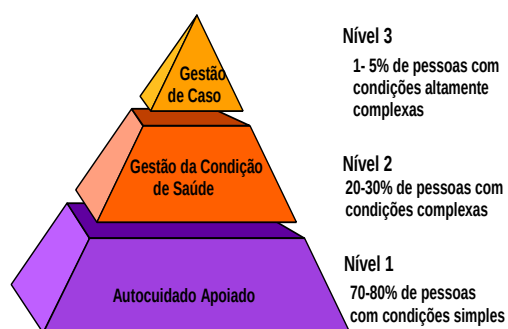
O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de auto responsabilidade. Inclui o uso regular de programas de apoio, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado baseia-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias, para definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados (MENDES, 2012).

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2010a).

3.4.2 Modelo da Pirâmide de Risco (MPR)

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população, o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por sua vez, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso.

Figura 2 – O modelo da pirâmide de risco



Fonte: MENDES EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

A Figura 2 mostra que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso. O MPR divide as pessoas portadoras de uma condição crônica em três níveis, segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades, conforme se vê na Figura 2.

No nível 1 está uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada e que apresenta um baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm

uma capacidade para se auto cuidarem e constituem a maioria da população total portadora da condição crônica.

No nível 2, a subpopulação apresenta um risco maior porque tem um fator de risco, ou uma condição crônica ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para essa subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada.

Finalmente, no nível 3 está a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem um gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nessa subpopulação, um uso muito intensivo de recursos de atenção à saúde.

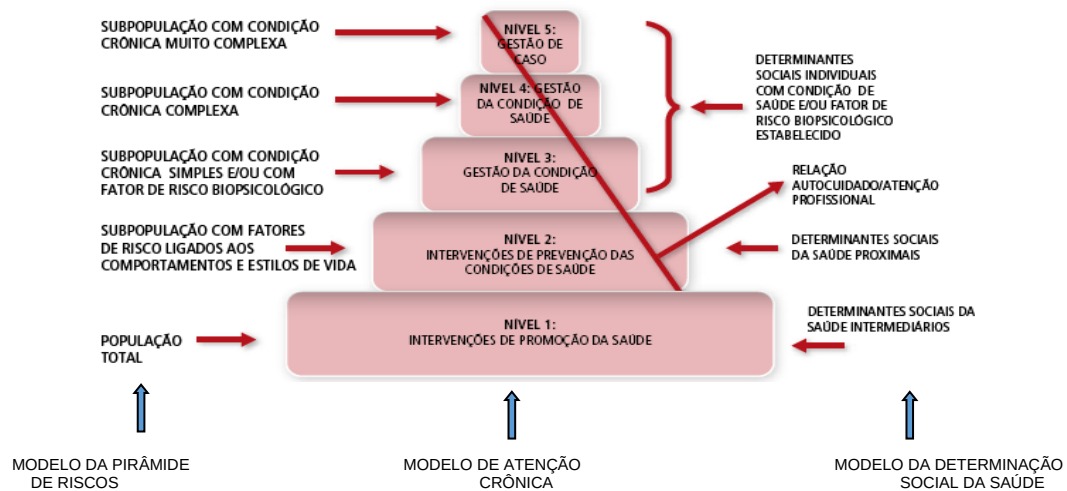
A estratificação da população por estratos de riscos é um elemento central da organização das redes de atenção à saúde, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

3.4.3 O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

A partir do MCC, das experiências internacionais, do modelo de determinação social da saúde e do Modelo de Pirâmide de Riscos (MPR), Mendes (2012) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado às exigências de um sistema de atenção à saúde público e universal como o SUS, com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional necessita de um modelo que estratifique a população segundo riscos, o que implicou na incorporação, pelo MACC, do MPR.

Esse modelo estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato, conforme Figura 3.

Figura 3 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2012).

No nível 1 do MACC, opera-se com a população total de uma rede de atenção à saúde com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, os macrodeterminantes, condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias.

No nível 2 do MACC, opera-se com subpopulações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças, voltadas para indivíduos e subpopulações. A prevenção dá-se com a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool.

A partir do nível 3 do MACC, trabalha-se com subpopulações que já apresentam doença crônica estabelecida. Nele, as condições crônicas são de baixo ou médio risco ou a subpopulação apresenta fatores de risco biopsicológicos. Nesse nível, a atenção à saúde é fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, mas existe também a atenção clínica ao indivíduo realizada, de maneira geral, pela atenção básica.

No nível 4, opera-se com subpopulações com condição crônica de alto ou muito alto risco. Nesse nível, além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo uma atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas.

No nível 5, opera-se com subpopulações que apresentam condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Nesse nível, as intervenções podem ser realizadas pela tecnologia da gestão de caso e, em geral, exigem planos de cuidado mais singulares.

Esse modelo de atenção subsidiará os passos seguintes de constituição da rede, como elencar os pontos de atenção e definir suas atribuições, instituir fluxos e diretrizes clínicas que norteiem a prática dos profissionais nesses pontos, entre outros.

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011a).

Desse modo, o desenvolvimento do cuidado integral à saúde que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades passa por um papel central da APS, de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede.

Para que a APS seja realmente resolutiva, em especial no cuidado às pessoas com doenças crônicas, é fundamental que a RAS disponha de fortes sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os sistemas de informação, como o uso do prontuário eletrônico, fornecem subsídios precisos para a estratificação de risco da população, planejamento e acompanhamento do cuidado na RAS, favorecendo também a comunicação entre a APS e os diferentes pontos de atenção.

O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas deve ser complementar e integrado à atenção básica, superando a atuação fragmentada e isolada. Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela APS. No caso da

relação entre os profissionais da atenção primária e os especialistas, é fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da atenção primária.

A partir da estratificação de risco da população adscrita pela APS, devem ser construídos processos regulatórios que empoderem as equipes de atenção primária na coordenação do cuidado dos usuários com doenças crônicas. Isso pode ser otimizado por meio de protocolos e diretrizes clínicas, estruturados a partir da construção de uma linha de cuidado.

As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede. As linhas de cuidado normatizam todo o processo da condição de saúde ao longo da sua história natural, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença (FRANCO; FRANCO, 2012; MENDES, 2011).

O conhecimento sobre a população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das Redes de Atenção à Saúde. É um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas.

A estratificação de riscos permite operar o modelo de atenção às condições crônicas – MACC. Em vez de possuir uma atenção única para todas as pessoas usuárias, as diferencia por estratos de riscos e permite definir os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menor risco têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção

profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da atenção especializada.

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011b).

Desse modo, o desenvolvimento do cuidado integral à saúde que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades passa por um papel central da APS, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede.

O município de Fortaleza, a partir de 2013, comprometeu-se a estruturar, implementar e gerir a Política Municipal de Saúde, a partir das Redes de Atenção à Saúde, compreendida como estratégia focada na superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e no aperfeiçoamento do funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência.

Considerando o perfil de morbimortalidade do município de Fortaleza, as Redes de Atenção selecionadas como prioritárias para implantação são: Rede de Atenção Materno Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção em Urgência e Emergência; Rede de Atenção às Condições Crônicas (Diabetes, Hipertensão, Câncer de Mama e Colo) e Rede Psicossocial. Portanto, para se avançar na qualificação da gestão e da atenção, a proposta da Rede de Atenção à Saúde foi pensada com foco na reestruturação do sistema de saúde, tanto no tocante à sua organização quanto na qualidade e impacto da atenção prestada. Nesse sentido, considerando a APS como coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza está implantando, inicialmente, um Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária que contempla ações de melhoria na estrutura das unidades, nos processos de trabalho

das equipes, com implantação do Prontuário Eletrônico, e no monitoramento e avaliação dos resultados (FORTALEZA, 2014a).

Nesse processo, os Centros de Saúde da Família passaram a ser denominados de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Houve ampliação do horário de atendimento e reforma desses espaços, objetivando a melhoria das condições de trabalho e a qualidade do atendimento aos usuários. Com a ampliação do horário de funcionamento das UAPS de 07 às 19 horas, foram estabelecidas escalas de trabalho dos profissionais da ESF, planejadas por equipe, em função das necessidades de saúde da população, considerando também a capacidade instalada da UAPS. Os profissionais cumprem a carga horária de 40 horas semanais, sendo 8 horas para educação permanente e 32 horas destinadas ao atendimento clínico, divididas entre a atenção às condições crônicas dos usuários da área de abrangência de responsabilidade das equipes, e a atenção às condições agudas de usuários que buscam atendimento na Unidade de Saúde, utilizando a classificação de risco e vulnerabilidade (FORTALEZA, 2014a).

Para assessorar e qualificar as práticas dos gestores e profissionais visando operacionalização de mudanças necessárias nos processos de trabalho, foi contratada uma consultoria especializada em Atenção Primária à Saúde, tendo como liderança o consultor do CONASS, Ministério da Saúde e da OPAS, Eugênio Vilaça Mendes. A consultoria utiliza de metodologia que inclui momentos teóricos e práticos realizados nas unidades de saúde com o apoio de tutores contratados para assessorar as equipes locais na implantação dos processos voltados para conformação de um modelo de atenção que atenda às condições agudas e crônicas.

Na Atenção Primária estão sendo trabalhados os macroprocessos de organização no território para implantação do modelo de atenção às condições agudas e crônicas e as RAS prioritárias, são eles: territorialização, cadastramento e classificação de risco das famílias, classificação de risco para urgências e emergências, estratificação das condições crônicas, organização da atenção às condições agudas, organização da atenção às condições crônicas, elaboração das diretrizes clínicas e protocolos, elaboração dos procedimentos operacionais padrão, parametrização e programação das ações, gestão da clínica e planos de cuidados (FORTALEZA, 2014a).

No intuito de prestar a atenção à saúde apropriada ao diabético, com definição das ações de cuidado que devem ser prestadas em todos os pontos da

rede de atenção à saúde, o município de Fortaleza elaborou e implantou as diretrizes clínicas de atenção ao paciente com diabetes mellitus. Conforme as diretrizes clínicas, a estratificação de risco é realizada a partir da avaliação do controle metabólico e dos níveis pressóricos, além da pesquisa da presença de fatores de risco, de lesões em órgão alvo, de condições clínicas associadas e sinais/sintomas de hiperglicemia (FORTALEZA, 2015).

De acordo com a estratificação realizada, é feita a programação das consultas na Atenção Primária e na Atenção Especializada (AE). Assim, pacientes de risco baixo ou moderado devem ter seu cuidado concentrado na APS. Já pacientes de risco alto ou muito alto com controle metabólico e inadequado devem sempre ter acompanhamento conjunto na APS e AE (FORTALEZA, 2015).

Os profissionais da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) estudada participaram de oficinas de capacitação sobre a diretriz clínica da hipertensão e diabetes com estratificação de risco e de reuniões com os profissionais da Atenção Especializada e gestores, para construção dos fluxos de encaminhamento, do modelo de plano de cuidado e discussão de casos. O Ambulatório Especializado de Diabetes do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) foi definido como referência para os pacientes estratificados com alto e muito alto risco.

A responsabilização pela coordenação do cuidado, nesse modelo e na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, é uma função da ESF, que deve, a partir das orientações contidas nas diretrizes clínicas, considerando a estratificação de riscos das condições crônicas, definir quais pessoas se beneficiam da Atenção Especializada e referi-las. Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado do cuidado compartilhado, há que se compartilhar os planos de cuidados, garantindo que os profissionais da ESF e da Atenção Especializada estejam buscando os mesmos objetivos (MENDES, 2012).

A implantação requer mudança, frente ao modelo e a cultura assistencial vigente, passando de um modelo de demanda espontânea e centrada na doença para o modelo de atenção colaborativa e centrada na pessoa, com foco no fortalecimento do autocuidado apoiado, e o estabelecimento de novas formas de relação entre a Atenção Primária e a Atenção Ambulatorial Especializada.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

Compreendemos o ato de pesquisar como a capacidade de interrogar a realidade que se apresenta e de produzir conhecimentos que possibilitam o surgimento de novas práticas da realidade ou formas de ação sobre o problema estudado. Desta forma, o estudo proposto foi do tipo exploratório e descritivo, a partir de uma abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2010), se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

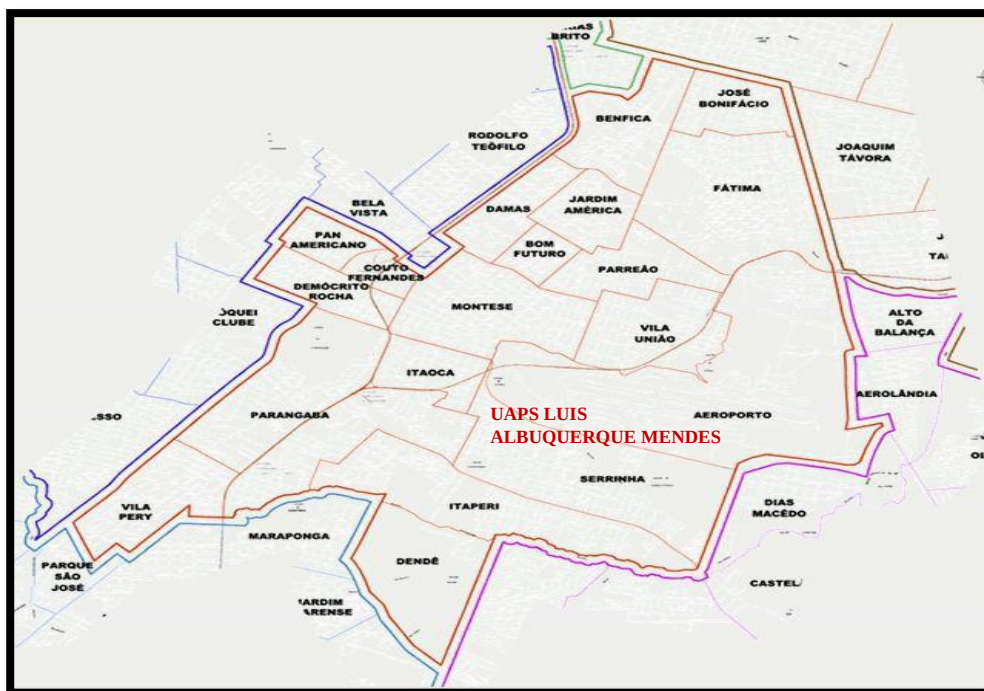
A pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa, permitindo ao pesquisador fazer uma interpretação dos dados ou tirar conclusões sobre seu significado, além de ver os fenômenos sociais holisticamente (CRESWELL, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O campo de estudo foi o município de Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em dados de 2007, Fortaleza apresentava-se com 2.431.215 habitantes (IBGE, 2007). Devido a questões administrativas, Fortaleza foi dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2010).

A SR IV localiza-se na região mais central de Fortaleza, apresenta uma população homogênea de 273.764 habitantes, com 77.749 domicílios. Estão concentrados 13 Centros de Saúde da Família com distribuição de 42 Equipes de Saúde da Família (FORTALEZA, 2015).

Figura 4 – Mapa da SR IV por bairros, Fortaleza-CE



Fonte: SMS/PMF/COVIS/CEVEPI.

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Luís Albuquerque Mendes pertence à Secretaria Regional – SR IV. Está localizada na Rua Benjamin Franklin, nº 735, Bairro Serrinha. O horário de funcionamento é das 07h às 19h, de segunda a sexta-feira.

A área de abrangência da UAPS tem uma população estimada de 21.280 habitantes. De acordo com o IBGE, o IDH do bairro Serrinha, onde está localizada a UAPS, é de 0,4437, classificado como muito baixo. A população é composta basicamente de famílias de baixa renda, com baixa escolaridade, com carências multifatoriais e de alta complexidade, dependendo de modo muito acentuado do setor saúde para acessar ações de promoção e proteção à saúde, assim como ações de intervenção clínica.

De acordo com o relatório do Sistema de Prontuário Eletrônico Fastmedic, no mês de abril de 2016, havia um total de 16.580 pessoas cadastradas na UAPS e 305 diabéticos cadastrados e acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família; destes, 60 pacientes foram estratificados como alto e muito alto risco e encaminhados para atendimento na atenção secundária, na linha de cuidado do paciente diabético no Ambulatório Especializado em Diabetes do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

A UAPS estrutura-se a partir do trabalho de quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB), 29 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Unidade passou por uma reforma e ampliação de sua estrutura física, melhoria da ambiência e conforto para profissionais e usuários, dispõe de diversos equipamentos médicos, odontológicos e de enfermagem adequados às ações e práticas propostas para a Atenção Primária à Saúde, sendo reinaugurada em 19 de dezembro de 2013. A estrutura física da unidade é composta por:

- Núcleo de Atendimento ao cliente – NAC: primeiro local ao qual os usuários se dirigem quando chegam na unidade. Realiza a recepção e encaminhamento para atendimentos programados e de urgência; marcação de consultas especializadas e entrega de resultados de exames;
- Sala de acolhimento/classificação de risco: um profissional de enfermagem, durante todo o horário de funcionamento da unidade, acolhe o paciente de demanda espontânea e, após classificar o risco, encaminha para consulta médica imediata ou direciona para agendamento de consulta com a equipe de referência do usuário;
- Sala de procedimento de enfermagem: esta sala é utilizada para acolhimento dos pacientes que possuem consultas agendadas. A auxiliar/técnica de enfermagem realiza a verificação da pressão arterial, peso e verificação da glicemia capilar (em pacientes diabéticos) antes da entrada dos pacientes para a consulta;
- Farmácia;
- Sala de Coleta de Exames;
- Consultório Odontológico;
- Sala da coordenação;
- Sala do Conselho de Saúde;
- Sala de Imunização;
- Sala de curativos;
- Sala de Expurgo/esterilização;
- Banheiros;
- Cozinha;
- Sete consultórios, destinados a consultas médicas e de enfermagem.

A UAPS está em processo de reorganização da atenção às condições crônicas, a partir da estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, gestantes e

crianças menores de dois anos, identificando aqueles usuários e famílias mais dependentes de um acompanhamento contínuo. Destacamos como potencialidades: boa cobertura da Estratégia Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (76%); campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de abril de 2014 a abril de 2016; e a vinculação com o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), na implantação da linha de cuidado do paciente diabético, referência para os pacientes estratificados como alto e muito alto risco pelos profissionais da ESF.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais das Equipes da ESF (médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde), da UAPS Luís Albuquerque Mendes – SR IV.

Os participantes foram selecionados por conveniência, entretanto, foram adotados critérios de inclusão destes no estudo, tais como: ser profissional da ESF com tempo mínimo de um ano na unidade e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: profissionais contratados ou que, mesmo com o concurso, estivessem há menos de um ano na equipe da ESF atual, também aqueles que estiverem afastados por motivo de férias ou de licença de qualquer natureza.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes, Fortaleza (CE), 2016

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA
Sexo	
Feminino	10
Masculino	05
Idade (anos)	
29 39	06
40 59	09
Categoria profissional	
Agente Comunitário de Saúde	06
Dentista	03
Enfermeiro	03
Médico	03
Vínculo empregatício	
Concurso público	13
Mais Médicos	02
Tempo de atuação na ESF	
02 10	04
10 15	11

Fonte: Elaborado pela autora.

Como se pode observar no Quadro 1, o estudo contou com a participação de 15 profissionais predominantemente do sexo feminino, com idade variando entre 29 e 59 anos; com tempo de atuação na ESF entre 2 e 15 anos. Do total, seis são agentes comunitários de saúde, três dentistas, três enfermeiros e três médicos; treze são servidores públicos municipais e dois são participantes do programa Mais Médicos do Governo Federal.

Para preservar o anonimato destes, os médicos foram codificados com a letra M; enfermeiros com a letra E; dentistas com a letra D; e agentes comunitários de saúde com as letras ACS, seguidas de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados.

4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo (2010), a entrevista semiestruturada se caracteriza por enumerar, de forma abrangente, os questionamentos que o pesquisador pretende abordar em campo, tendo como ponto de partida seus pressupostos ou hipóteses, oriundas da delimitação do objeto de estudo. Constitui, segundo a autora, uma técnica privilegiada de coleta de dados para as Ciências Sociais, pois oferece a possibilidade de a fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir, através de um porta-voz, as representações de determinados grupos, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Os roteiros de entrevista, segundo Minayo (2010), têm por finalidade orientar os relatos dos entrevistados para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, facilitando a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação dos sujeitos participantes.

Considerando os objetivos e pressupostos teóricos do estudo, foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), com questões norteadoras, permitindo aos entrevistados falar sobre: o entendimento acerca do autocuidado, as estratégias utilizadas para promover o autocuidado apoiado e questões relacionadas à organização da UAPS no atendimento aos pacientes com doenças crônicas.

As entrevistas foram gravadas, previamente foram acordados data, horário e local para a sua realização e obtenção da assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), por todos os participantes. Tiveram uma duração média de vinte (22) minutos, totalizando cinco horas de gravação, sem maiores dificuldades no processo de execução.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações de cunho qualitativo foram analisadas a partir de uma perspectiva crítica e reflexiva, através da análise de conteúdo proposta por Minayo (2010). Esta foi realizada com ênfase em eixos temáticos, que possibilitam a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os seres humanos.

Este método permite apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento. A noção de tema está ligada à afirmação acerca de determinado assunto. Comporta, portanto, um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, frase ou de um resumo. Portanto, permite a descoberta de núcleos de sentido da comunicação, cuja frequência ou presença representam nexos e explicação de significados do objeto de apreensão.

A partir dessa perspectiva, sistematizamos a análise das informações, seguindo alguns passos operacionais que permitiram estabelecimento de relações entre diferentes fontes, buscando estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico adotado, na tentativa de responder aos objetivos propostos no estudo. Dessa forma, os passos foram seguidos, de acordo com Minayo (2010).

Primeiramente houve a ordenação dos dados: esta etapa se configura como o primeiro contato com o material empírico coletado. Consiste na transcrição fiel do conteúdo das entrevistas gravadas, seguida da realização de leitura do material transcrito; na organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas.

A classificação dos dados, o segundo passo, consiste na organização das informações, tomando por base a relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos da pesquisa. Esse processo permite uma primeira aproximação com os significados manifestos e latentes nas falas dos sujeitos, possibilitando desvelar os núcleos de sentido. Compõe-se de três etapas: a 1ª etapa

é o período de realização da leitura flutuante e exaustiva do material transcrito das entrevistas e observações, com o objetivo de estabelecer núcleos de sentido a partir das ideias centrais sobre o tema. Dessa forma, a atenção imergente do pesquisador sobre o material possibilitará gradualmente a construção das categorias empíricas. 2ª etapa: momento em que se realiza a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. 3ª etapa: consiste na possibilidade de, a partir da releitura dos textos, identificar os conteúdos manifestos e latentes e relacioná-los com as categorias empíricas eleitas.

Então, é feita a análise final: para maior compreensão do objeto de investigação, foi procedida à análise das falas das entrevistas, trazendo, também, a contribuição de alguns autores e a experiência do investigador, gerada a partir do contato com o campo de estudo e sua própria visão de mundo, pois no processo de pesquisa não há neutralidade absoluta.

Neste estudo emergiram as seguintes categorias empíricas:

- a) *Concepção sobre autocuidado*: demonstra a percepção dos profissionais da ESF sobre autocuidado do paciente diabético.
- b) *Promoção do autocuidado apoiado: Oportunidades e dificuldades*: demonstra as estratégias utilizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para promover o autocuidado apoiado das pessoas com diabetes tipo 2.
- c) *Gerenciamento do autocuidado dos pacientes diabéticos: Avanços e desafios do novo Modelo de Atenção*: retrata o acompanhamento dos diabéticos pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família a partir do modelo de atenção às condições crônicas implantado no município de Fortaleza.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais sobre as pesquisas que envolvem seres humanos, atendendo a Resolução 466/2012. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à

comunidade científica e ao Estado. Mediante a aprovação do projeto guarda-chuva pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

O estudo teve início mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Para tanto, foi entregue a solicitação de permissão para entrada no campo, assim como a justificativa, os objetivos e a importância do estudo.

No momento da coleta de dados, foi enfatizada a preservação da identidade do sujeito, garantido o anonimato, assegurada a livre decisão em participar da pesquisa; solicitada a autorização para que a entrevista fosse gravada, bem como informado o direito de desligar-se da investigação no momento em que conviesse ao sujeito. Após o consentimento, foi solicitada a autorização por escrito que foi registrada em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permanecendo uma com a pesquisadora, enquanto a outra foi entregue ao profissional de saúde (APÊNDICE B)

5 RESULTADOS

5.1 CONCEPÇÃO SOBRE O AUTOCUIDADO

As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano. Constituem a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado (OREM, 1991).

Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não dependem apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, esta investigação buscou apreender a percepção dos profissionais da ESF sobre autocuidado do paciente diabético. Na perspectiva de contemplar esse objetivo do estudo, os profissionais da pesquisa foram estimulados, durante a entrevista, a expressar sua compreensão acerca do autocuidado.

O autocuidado é considerado, pela maioria dos profissionais entrevistados, como a prática de atividades que os usuários realizam em seu próprio benefício e bem-estar, estando o desenvolvimento dessa prática relacionado a habilidades, limitações, conhecimento, padrão social e cultural dos usuários, apoio e orientação dos profissionais de saúde; conforme se observa nos discursos a seguir:

[...] o paciente ter em mente que tem que colocar em prática o que a gente orienta pra eles: fazer exercício físico, tomar a medicação direito, ter uma alimentação mais regrada. (ACS2)

Autocuidado é o que a gente tem que fazer pra viver com qualidade de vida. Se cuidar [...]. (ACS5)

[...] Primeiro é o cuidado com a alimentação, o cuidado com os pés, fazer atividade física, e não faltar às consultas [...]. (ACS6)

[...] Autocuidado é você cuidar de si mesmo [...] os pacientes fazerem o que a gente orienta... Em relação aos pacientes diabéticos é ter uma boa alimentação, usar os medicamentos [...]. (D2)

[...] Autocuidado é cuidar-se de si mesmo, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, ter uma alimentação saudável, conhecer e controlar os fatores de risco que levam a agravamento das doenças. (D3)

[...] O autocuidado consiste na prática de atividades que os usuários realizam em benefício da sua saúde e bem-estar. [...] Em se tratando de doenças crônicas, propicia o empoderamento do usuário em seu processo saúde-doença e adesão ao tratamento [...]. (M3)

[...] O autocuidado [...] não se dá de maneira isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde, apoio, orientação e supervisão da equipe de saúde da família – plano dos 5As [...]. (M2)

O autocuidado está relacionado a vários aspectos, tem relação com hábitos, estilo de vida, como realização da higiene corporal, prática de exercícios físicos, a alimentação saudável [...] o uso correto de medicamentos, o acompanhamento das consultas [...]. (E2)

[...] O autocuidado é fundamental nas doenças crônicas, porque é quando você empodera a pessoa sobre o problema dela [...] é a adesão ao tratamento [...] a pessoa precisa fazer a sua parte. (E3)

As falas dos profissionais, em relação ao autocuidado, fazem referência à adoção de comportamentos que podem influenciar positivamente na saúde. Em se tratando de doenças crônicas, o autocuidado propicia o empoderamento e o envolvimento do usuário em seu processo saúde-doença de modo a incentivar uma maior adesão ao esquema terapêutico medicamentoso e não-medicamentoso, incorporando hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos, reduzindo complicações e incapacidades associadas a essas doenças.

Observou-se, também, que alguns profissionais percebem o autocuidado como algo centrado na orientação/prescrição. Outros, divergem, acreditando que somente a orientação profissional não desencadeia o empoderamento do paciente em relação ao seu processo saúde-doença, mas depende de fatores sociais, econômicos, culturais e do apoio dos profissionais e da família.

5.2 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO: OPORTUNIDADES E DIFICULDADES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

5.2.1 Orientações e estímulo ao autocuidado

Todos os profissionais entrevistados referem realizar ações de educação em saúde. Os profissionais de nível superior relatam que, no momento, estão realizando apenas ações de educação em saúde de forma individual, durante as consultas e visitas domiciliares. Eles consideram as orientações das práticas de autocuidado um dos principais componentes no tratamento da diabetes, incluindo o estímulo ao empoderamento do paciente sobre sua condição de saúde, conforme se observa nas falas a seguir:

[...] ação de educação em saúde coletiva não estamos realizando, faço ações de forma individual durante as consultas e nas visitas domiciliares [...]. (E2)

[...] No momento da consulta, oriento sobre a alimentação, como é uma doença que é necessário a mudança de hábitos alimentares, uma das principais orientações no autocuidado é a importância de se manter a dieta [...] O autocuidado em relação a adesão ao tratamento, e oriento muito a questão do cuidado com os pés, sobre a importância da atividade física [...]. (E3)

[...] o autocuidado envolve o seguimento de um plano alimentar, a monitorização da glicemia capilar, a realização de atividades físicas, o uso correto da medicação [...] realização de exames oftalmológicos e laboratoriais e os cuidados com os pés. (M2)

[...] Oriento e estimulo os pacientes e família nas consultas e ou visitas domiciliares, [...] mostrando a importância do cuidado com a alimentação, [...] alertando para as complicações que podem surgir ao longo do tempo se não tiver um bom controle glicêmico [...]. (M3)

[...] falo sobre o cuidado com a alimentação, o cuidado em tomar a medicação conforme a prescrição... realizar exames periodicamente, comparecer as consultas médicas, [...] para realizar algum procedimento, como cirurgias odontológicas, raspagem, é necessário o controle da diabetes [...]. (D1)

Em relação às práticas de autocuidado, os profissionais referem orientar os seus pacientes sobre: alimentação saudável, prática regular de atividades físicas, monitorização da glicemia capilar, uso correto da medicação, além de estimular ao comparecimento às consultas agendadas, realização de exames de rotina e cuidados com os pés, com o objetivo de prevenir ou controlar o agravamento da doença crônica de que são portadores.

A maioria dos Agentes Comunitários de Saúde relata que realizam ações de educação em saúde durante as visitas domiciliares que fazem mensalmente aos pacientes diabéticos, utilizando o diálogo, a conversa com pacientes e familiares, para estimular o desenvolvimento do autocuidado, além de reforçar a cada visita as orientações do médico e da enfermeira, mostrando os benefícios da adesão ao tratamento:

[...] estímulo o autocuidado na conversa, nas visitas e orientações para que eles entendam que é importante para melhorar a qualidade de vida deles [...] reforço em toda visita domiciliar com a família a importância de obedecer à prescrição médica, inclusive controlar os horários do medicamento, da alimentação. (ACS2)

[...] oriento que eles têm que seguir corretamente a prescrição dos médicos [...] ir para as consultas [...] tomar corretamente as medicações [...] e sobre ações de autocuidado, exercícios, cuidado com a higiene dos pés. (ACS3)

[...] primeiro lugar, o diálogo. A maior arma no trabalho do ACS é o diálogo com os pacientes, é o convencimento. [...] Eu tento convencer ele sobre importância de seguir as orientações para o autocuidado que são dadas pelo médico e enfermeira na consulta para evitar as complicações da doença [...]. (ACS6)

Os profissionais entrevistados apontam, como dificuldades para a orientação mais efetiva das práticas de autocuidado, a não realização de grupos de educação em saúde nos espaços sociais da comunidade, limitando as orientações sobre o autocuidado ao momento da consulta individual. Referem também a ausência de uma equipe multiprofissional na UAPS, conforme as falas apresentadas abaixo:

[...] já tivemos um grupo aqui, fazia as reuniões na área, com a enfermeira e outros profissionais, mas acabou [...] Não temos mais nutricionista, educador físico [...]. (ACS4)

[...] Sinto falta de grupos com os pacientes e pessoas da família [...] em lugares estratégicos [...] igrejas, nas escolas, no CRAS, com outros profissionais da equipe. (ACS5)

[...] como não estamos realizando grupos, porque tá complicado mesmo, eu faço as orientações na hora do atendimento individual [...] tem a questão do tempo das consultas [...] que limita um pouco [...]. (E1)

[...] só realizo educação em saúde nas consultas de forma individual e nas visitas domiciliares dos pacientes diabéticos. Não temos tempo pra fazer grupos [...] como fazíamos antes, quando tinha o NASF na unidade. (E3)

[...] Falta tempo para realização de grupos operativos na unidade, as orientações sobre educação em saúde limitam-se ao tempo da consulta [...] A ausência do apoio dos profissionais do NASF dificulta essas ações. (M2)

[...] sinto falta de apoio do NASF, atualmente, a unidade não conta com nutricionista nem com educador físico, para a realização de grupos e ações coletivas de educação em saúde [...]. (M3)

[...] Acho que a dificuldade é o tempo [...] como não temos grupo na unidade [...] fica muito limitado o contato com o paciente só no horário de atendimento clínico. (D1)

De acordo com os relatos, os profissionais da ESF da unidade pesquisada estão realizando apenas ações de educação em saúde de forma individual, durante as consultas e visitas domiciliares, porém consideram necessário destinar tempo na agenda para formação de grupos e demais ações de promoção à saúde. Consideram também que a ausência de uma equipe do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) é uma limitação à realização de grupos operativos e de ações extramuros de promoção à saúde.

5.2.2 Educação permanente

Quando questionados sobre a participação em cursos/treinamentos com foco no autocuidado, os profissionais entrevistados relataram que os treinamentos oferecidos sobre doenças crônicas sempre são voltados para o diagnóstico e para o tratamento medicamentoso. Só um profissional fez referência a ter participado de um curso, no formato de ensino a distância, sobre o autocuidado do paciente diabético.

[...] curso de diabetes e hipertensão já faz um tempo [...] Mas os treinamentos sempre têm foco na doença, no diagnóstico, na medicação [...] nenhum com foco no autocuidado. (E3)

Fiz sobre diabetes e outras doenças crônicas, mas abordam pouco sobre o autocuidado [...] sempre com foco no tratamento [...] na doença em si [...]. (D3)

[...] Fiz. Há uns dois anos, on-line, um curso excelente [...] de diabetes mellitus com foco no autocuidado do paciente. (E1)

[...] Já fiz um curso sobre diabetes [...] sobre doenças crônicas, há dois anos, gostaria de um treinamento [...]. (ACS2)

[...] Sobre o autocuidado eu tenho dificuldades em orientar sobre a insulina, acho que preciso aprender mais um pouco sobre esse assunto, pra que eu possa ajudar mais aos pacientes que eu acompanho [...]. (ACS3)

[...] Não, com foco no autocuidado nunca tivemos. Acho importante que tivesse uma palestra, uma reciclagem sobre diabetes para os ACS. (ACS6)

Foi observado que, apesar de os profissionais apontarem quais conhecimentos são necessários para a orientação sobre o autocuidado, alguns não se sentem preparados. Pode-se afirmar, então, que a falta de formação específica e de educação continuada são dificultadores do processo. Por sua vez, a maioria dos agentes comunitários de saúde entrevistados demonstrou interesse em participar de treinamentos sobre o autocuidado, para adquirir mais conhecimentos sobre o assunto e qualificar seu trabalho de orientação e apoio aos pacientes diabéticos.

5.2.3 Dificuldades no desenvolvimento do autocuidado

Em relação à prática do autocuidado dos pacientes diabéticos, os profissionais relatam dificuldades de entendimento das orientações e aceitação do plano de tratamento proposto, por isso, muitas vezes, os pacientes não realizam a contento as atividades diárias de autocuidado:

[...] A dificuldade que eu vejo em relação aos pacientes é que alguns não entendem a importância desse autocuidado como benefício pra saúde deles [...]. (ACS1)

[...] eles não acham que os cuidados que a gente orienta pode ajudar a controlar a doença, diminuir as complicações [...]. Eles não consideram importante, e por isso não fazem, não seguem as orientações [...]. (ACS2)

[...] na grande maioria, os pacientes, principalmente os mais idosos, às vezes não compreendem o que a gente fala, e às vezes compreendem e não cumprem [...] porque acham que não é necessário. (E1)

[...] Eu acho que às vezes eles têm dificuldades de compreensão, eles não entendem... Se ele não compreender por que a dieta é muito importante no tratamento da diabetes, ele não vai realizar esse autocuidado [...]. (E3)

[...] Às vezes os pacientes não compreendem a importância do autocuidado [...]. (M3)

[...] Alguns pacientes têm dificuldade em compreender e aceitar a doença [...] desconhecem as complicações, que podem ter, se não controlar a diabetes [...]. (D2)

Os profissionais pesquisados atribuem essa dificuldade de compreensão e empoderamento sobre a doença e a importância do autocuidado no tratamento e prevenção das complicações da diabetes à baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, cultural, e à resistência em modificar hábitos alimentares, conforme demonstrado na convergência dos discursos a seguir:

[...] A questão da baixa escolaridade da maioria dos usuários dificulta seguirem corretamente as receitas e assimilar as outras orientações que são dadas por nós [...] e também em relação a alimentação, o fator socioeconômico, baixa renda familiar complica um pouco [...]. (E2)

[...] acho que a maior dificuldade é de entendimento do paciente sobre a necessidade da mudança de hábitos, [...]. (M1)

[...] É justamente falta de letramento de educação mesmo, a gente vai explicar sobre alimentação, exercício e eles não aceitam [...]. (D3)

Segundo os profissionais, uma das maiores dificuldades dos pacientes em seguir as orientações de autocuidado está relacionada ao tema alimentação. Eles acreditam que o não seguimento da dieta relaciona-se com a necessidade da mudança de hábitos alimentares, que interfere no estilo de vida e na rotina não só do paciente, mas também do núcleo familiar. Muitas vezes, os familiares seguem uma dieta diferente da proposta e isso desestimula o paciente a cumprir o plano alimentar indispensável para o controle da diabetes:

[...] Assim, eles são muito resistentes a mudar a alimentação, eles sabem, mas não fazem, acham que como já tomam a medicação, não precisa mudar a alimentação. A maior dificuldade é a mudança de hábitos na alimentação [...]. (ACS5)

Em relação à alimentação, tem o fator socioeconômico, que dificulta a aquisição de alimentos dietéticos [...] são sempre mais caros [...]. (E1)

[...] porque não é fácil mudar hábitos, é cultural, você vai mexer com a alimentação da família inteira [...] você não pode comer nada doce e na sua casa sempre tem bolo, suco adoçado... A família tem que ajudar [...]. (E3)

[...] a maioria não tem apoio familiar para seguir as orientações do plano alimentar, muitas vezes os familiares seguem uma dieta diferente da proposta ao paciente e isso desestimula o paciente a se manter na dieta [...]. (M2)

[...] é porque mexe com os hábitos alimentares, com a cultura, o estilo de vida mesmo. [...] São pacientes, na maioria idosos, passam o dia sozinhos, fica mais difícil realizar esse autocuidado, na alimentação, por exemplo, sem apoio de alguém, um familiar [...] um cuidador [...]. (D1)

[...] é difícil pro adulto ou idoso mudar hábitos alimentares [...], mesmo recebendo essa orientação, do médico, da enfermeira [...]. (D3)

Profissionais de todas as categorias entrevistadas relatam, ainda em relação à prática do autocuidado, desinteresse ou descrença, por parte dos usuários, de que as ações de autocuidado fazem parte do tratamento e podem efetivamente melhorar a sua condição de saúde; valorizam apenas o tratamento medicamentoso e demonstram impaciência quando a consulta se prolonga devido às orientações de autocuidado. Isso foi demonstrado nas falas a seguir.

[...] às vezes tem o desinteresse dos pacientes nas orientações da gente, muitos só valorizam o medicamento, o que o médico fala [...]. (ACS2)

[...] A dificuldade é que eles não querem levar a rigor a dieta, às vezes eles não entendem, não aceitam, não levam a sério as orientações. (ACS4)

[...] a pessoa não tem essa prática de se apoderar da sua saúde..., acha sempre que a responsabilidade da sua saúde é do outro, do profissional de saúde [...]. (E3)

[...] existe um desinteresse inicial por parte dos pacientes, nas orientações de autocuidado, muitos querem apenas renovar a receita e demonstram impaciência quando a consulta se prolonga [...]. (M1)

[...] o problema é que alguns pacientes colocam uma barreira intransponível, ah, não tem jeito, são descrentes de que certos cuidados podem melhorar a saúde deles. Não tem uma cultura voltado pro autocuidado [...]. (D3)

[...] Acho que é por comodismo mesmo, eles sabem que é necessário fazer uma caminhada, mas não têm disposição de fazer um exercício físico, descuidam da alimentação também [...]. (ACS2)

Muitos dos meus pacientes sabem o que devem fazer, eles recebem as informações, mas é muito pessoal, os que tem interesse em viver melhor, se cuidam mais [...]. (ACS3)

[...] A gente orienta o que precisa ser feito, mas eles muitas vezes não cumprem, não se responsabilizam por seu autocuidado [...] não consideram tão importante [...]. (E2)

Percebe-se, ainda, no discurso de alguns profissionais, a culpabilização do paciente, atribuindo ao seu desinteresse em cuidar da própria saúde o insucesso do tratamento; colocando-o como o único responsável pela sua condição de saúde, sem considerar os outros fatores que interferem na adesão ao tratamento.

5.3 GERENCIAMENTO/ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS: AVANÇOS E DESAFIOS NO NOVO MODELO DE ATENÇÃO

Quando questionados sobre o novo modelo de organização da Atenção às Condições Crônicas implantado no município de Fortaleza, os participantes do estudo avaliam de forma positiva as diretrizes clínicas e a estratificação de risco dos diabéticos. Reconhecem que o modelo adotado estabelece um período mais adequado para o retorno dos pacientes, com base na estratificação de risco, bem como fortalece a importância de uma equipe multiprofissional, na atenção ao paciente diabético, baseado nos preceitos do autocuidado apoiado.

[...] sobre esse novo modelo [...] achei bem interessante, ajudou, melhorou bastante o acompanhamento pelo médico, está mais fácil, [...] a consulta fica agendada para seis meses [...] então melhorou bastante. (ACS1)

[...] acho que é muito bem pensado, no papel é muito bonito, com certeza, se você estratifica o diabético e garante que os de baixo risco, vão ser consultados de seis em seis meses, que os que são de alto risco, já tem alguma lesão de órgão alvo, vai ter a consulta com o endócrino, cardiologista, oftalmologista [...]. (E3)

[...] Esse modelo atual estabelece um período mais adequado para o retorno dos pacientes, com base na estratificação de risco [...]. Enfatiza a importância de se elaborar o plano terapêutico voltado para autocuidado apoiado [...]. (M1)

[...] as diretrizes clínicas, o instrumento de estratificação de risco adotado pelo município destaca-se por ser de linguagem acessível e de fácil utilização, por ser autoexplicativo... Destaco, no documento, a valorização não só profissionais do Nasf, especialmente os nutricionistas e até mesmo os dentistas, bem como por trazer os importantes preceitos do autocuidado apoiado. (M2)

[...] Com esse novo modelo de atendimento às condições crônicas, com estratificação de risco, os pacientes diabéticos que são encaminhados para a avaliação odontológica pelo médico ou enfermeira, e mesmo aqueles que nos procuram na demanda espontânea têm o agendamento do seu tratamento priorizado. (D1)

Outro ponto positivo destacado na fala dos profissionais foi a vinculação da UAPS com a Linha de Cuidados do Paciente Diabético do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), onde pacientes estratificados como alto e muito alto risco na atenção primária têm a garantia do acompanhamento compartilhado do plano de cuidados com a atenção especializada:

[...] Eu acho que a prioridade que é dada ao paciente diabético e hipertenso é importante, porque eles precisam muito [...] a maioria são idosos, precisam de orientação, de mais cuidado e apoio da equipe. [...] Tenho paciente de alto risco que foi encaminhado para o HUWC... e voltou com um plano de cuidado, sempre que visito vejo as orientações, se tá seguindo tudo direitinho. (ACS6)

[...] Tivemos um ganho bastante positivo, [...] a vinculação da unidade, com a Linha de Cuidados do Paciente Diabético do Hospital Universitário, os pacientes estratificados, de alto e muito alto risco têm seu acompanhamento compartilhado com endocrinologista, [...] o que tem propiciado um acompanhamento mais apropriado destes pacientes, a partir da comunicação com os especialistas e com o compartilhamento do plano de cuidado dos pacientes, [...] temos também a comunicação por telefone com o endocrinologista. (M3)

Todos os profissionais entrevistados consideram acompanhar e estimular seus pacientes a realizarem o autocuidado no momento da consulta individual e/ou

nas visitas domiciliares; mostrando a importância de seguir o plano alimentar, monitorar a glicemia capilar, realizar os cuidados com os pés, realizar atividade física, fazer uso correto da medicação; enfatizando as complicações que podem surgir ao longo do tempo se não houver um bom controle glicêmico.

Ao se considerar os instrumentos utilizados pelos profissionais de nível superior para gerenciar o acompanhamento dos pacientes diabéticos, as falas a seguir convergem para o entendimento de que o prontuário eletrônico implantado facilitou bastante o monitoramento da condição de saúde do paciente, através de registros de: estratificação de risco, frequência das consultas, medicações em uso, exames de laboratório, glicemia capilar, fatores de risco, complicações.

[...] a gente utiliza para monitorar a situação de saúde deles (pacientes), os registros do prontuário eletrônico [...] a gente tem um maior controle da frequência de consultas médicas e de enfermagem, que tem variação, depende da estratificação de risco e condição de estabilidade do paciente [...] as medicações prescritas, exames realizados [...], os mais complicados têm necessidade de repetição de exames e consultas em menos tempo [...]. (E2)

[...] A ferramenta que eu tenho para os pacientes que vêm ao posto para a consulta é o prontuário eletrônico, onde eu consigo ver a frequência das consultas médicas, a estratificação de risco, a medicação prescrita [...] Investigo no momento da consulta se estão fazendo a dieta, se estão tomando a medicação direitinho, os exames que ele fez e foram vistos pelo médico, [...] faço a avaliação dos pés, vejo a glicemia como está [...]. (E3)

[...] dos pacientes que vêm ao posto nas consultas individuais, faço o gerenciamento através do prontuário eletrônico, onde a gente vai acompanhando a cada consulta os exames de laboratório, as dosagens de glicemia e hemoglobina glicada [...] faço a estratificação de risco, avalio as comorbidades, queixas, complicações, o pé diabético, vejo se estão cumprindo a dieta, às vezes eles se excedem na alimentação e [...] quando vêm pra consulta, a glicemia tá alta [...] aí, a gente mostra novamente os perigos de não observarem as orientações de autocuidado [...]. (M1)

[...] O acompanhamento do paciente é realizado nas consultas e nas visitas domiciliares, o prontuário eletrônico facilita bastante o monitoramento da condição de saúde do paciente, através dos registros, das medicações em uso, exames, glicemia capilar, fatores de risco, complicações [...]. (M3)

Em relação à frequência das consultas, as diretrizes clínicas e o instrumento da estratificação de risco adotados pelo município preconizam o retorno de pacientes diabéticos de alto e muito alto risco a cada 3 meses, e os de baixo risco a cada seis meses. Essas consultas de retorno já ficam agendadas a partir da estratificação de risco, de acordo com as falas a seguir:

[...] Em relação à frequência das consultas, a diretriz clínica e o instrumento da estratificação de risco, adotadas pelo município, preconiza o retorno de pacientes diabéticos de alto e muito alto risco a cada 3 meses, e os de baixo risco a cada seis meses. (M3)

[...] A frequência das consultas, a solicitação de exames e a averiguação das medicações em uso têm sido melhor monitoradas a partir da implantação do prontuário eletrônico na unidade. [...] Já a frequência das visitas domiciliares é monitorada por meio da ata do livro de visitas, onde fica tudo registrado. (M2)

Os Agentes Comunitários de Saúde referem realizar visitas domiciliares mensais aos pacientes diabéticos cadastrados, onde fazem o acompanhamento e os registros da situação de saúde, reforçam as orientações sobre o autocuidado, observam a adesão ao tratamento, o comparecimento às consultas agendadas, solicitam a visita domiciliar do médico e da enfermeira para os pacientes acamados ou com complicações. Eles fazem esse elo de ligação do paciente com o restante da equipe, conforme observado nos relatos abaixo:

[...] Faço a visita mensal aos meus paciente diabéticos, eu me preocupo bastante, fico atento às consultas, se estão comparecendo, organizo o medicamento dos que são analfabetos [...] anoto tudo no caderno de visita, qualquer problema informo a enfermeira ou o médico da equipe. (ACS1)

Eu acompanho na visita que faço todo mês [...] vejo a data das consultas, aviso pra não faltar o dia da consulta marcada com o médico. [...] Vejo a receita pra ver se eles estão tomando as medicações, quando tem dificuldade separo os medicamentos nos horários certos [...] e dos paciente acamados, eu marco as visitas do médico, pra não deixar sem medicação, [...] é assim. (ACS3)

O acompanhamento e monitoramento do autocuidado dos pacientes diabéticos acamados ou com dificuldades de locomoção é realizado pela equipe durante a visita domiciliar. Os profissionais referem que esse momento é bastante rico e produtivo, com o envolvimento do médico, enfermeira, agente de saúde, usuário e familiares na elaboração do plano de cuidado, firmando a corresponsabilidade pela condução do tratamento; conforme se apresenta a seguir:

[...] O que faço é estar sempre reforçando nas visitas domiciliares, mostrando a importância do autocuidado, repetindo as orientações [...], tentando conseguir a adesão deles ao tratamento. E fazemos as visitas domiciliares, numa média de três em três meses, para os de risco alto e a frequência de seis meses para os pacientes sem complicação [...]. (E2)

A gente tenta na visita domiciliar... fazer com que eles entendam, se empoderem da doença, [...] eles e a família perceberem a importância de aderir ao tratamento [...]. E jogo limpo com eles, não escondo as sequelas e complicações que a diabetes pode trazer, se não for controlada [...]. (E3)

[...] O momento da visita domiciliar tem se mostrado bem mais produtivo para a elaboração de um plano de cuidado por se tratar de uma ocasião em que eu, a enfermeira e o agente de saúde estão presentes juntamente com o paciente e a família e discutindo o caso dele [...]. (M2)

As visitas domiciliares aos diabéticos, feitas por médicos e enfermeiros, têm ocorrido, em média, a cada seis meses. Nesse intervalo, destaca-se a importância da comunicação dos agentes de saúde sobre a situação dos pacientes, conforme se percebe nas falas de M1 e ACS4 transcritas a seguir.

As visitas domiciliares aos diabéticos têm ocorrido a cada seis meses, um tempo longo [...] nesse quesito tem sido de grande importância a comunicação dos agentes de saúde sobre como está a situação de saúde dos pacientes. (M1)

[...] Eu faço as visitas mensais aos diabéticos que tenho cadastrado [...] vejo se eles estão comparecendo às consultas agendadas na unidade [...] se estão seguindo o tratamento, tomando os medicamentos direito, [...] escuto as queixas de algum sintoma, alguma complicação [...] e informo pro médico e enfermeira da equipe para marcar uma consulta extra, se identifico algum problema. (ACS4)

Em relação ao acompanhamento dos pacientes encaminhados para avaliação odontológica, os dentistas relatam que os diabéticos/hipertensos têm atendimento prioritário. Dependendo do risco do paciente e das complicações apresentadas, os procedimentos são realizados na UAPS, ou referenciados para tratamento no CEO, como se visualiza nos discursos abaixo.

[...] os pacientes diabéticos necessitam de um cuidado especial... é muito frequente gengivites, periodontites relacionadas com a diabetes, então o atendimento clínico para esses pacientes é priorizado na agenda, as consultas são agendadas de acordo com a necessidade do paciente [...]. O tratamento vai depender do controle glicêmico e das complicações que o paciente possa apresentar [...]. (D1)

[...] Os pacientes com diabetes controlada podem ser tratados da mesma forma que o paciente não diabético, na maioria dos procedimentos odontológicos [...] qualquer problema encaminho para o médico da equipe, [...] e pacientes muito descompensados que necessitam de procedimentos mais invasivos eu encaminho para o CEO. (D2)

Contudo, depoimentos de alguns profissionais revelam desafios a serem enfrentados no desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde

da família, a partir do novo modelo de atenção implantado no município de Fortaleza, conforme se observa na convergência das falas a seguir.

[...] Mas tenho dificuldade para colocar tudo isso em prática. [...] Da minha carga horária clínica de 32h semanais, 15 são destinadas aos atendimentos de demanda espontânea (condição aguda) [...] Essa divisão de carga horária tem atrapalhado os momentos de reunião de equipe, discussão de casos, a comunicação tem se restringido ao encaminhamento que a enfermeira faz daqueles pacientes mais graves para serem atendidos exclusivamente por mim. (M2)

[...] Acredito que para melhorar a eficiência do modelo seria necessário que fosse feita a contratação de médicos exclusivamente para atendimento das Demandas Espontâneas [...]. Dessa forma, os médicos da ESF destinariam suas 32 horas semanais aos atendimentos das condições crônicas prioritárias, [...] principalmente, Hipertensão, Pré-natal, Puericultura, Visitas Domiciliares e Realização de atividades de Prevenção e Promoção de Saúde, como grupos operativos, atividades de educação em saúde voltadas para autocuidado [...]. (M3)

Eu acho que a gente perdeu um pouco a presença da enfermeira na área, [...] com esse novo modelo, as enfermeiras passam muito tempo na demanda espontânea e não têm mais tempo pra fazer prevenção na área, educação em saúde [...] diminuiu também os turnos de visita, do médico e da enfermeira, dos pacientes acamados, agora é só um turno, antes a gente tinha dois na semana [...]. (ACS2)

[...] A crítica que faço [...] é sobre a falta de tempo na agenda para os grupos, ações de promoção de autocuidado, [...] a atenção está muito focada no atendimento clínico. (D3)

[...] Os pacientes diabéticos e hipertensos estão vindo pouco pra consulta com a enfermeira... no início só o médico podia estratificar o risco, [...] depois que abriu no sistema pra enfermeira estratificar ... eu só estratifiquei 01 paciente [...] mas eles não estão vindo por conta da medicação. Estamos tentando ver uma estratégia pra melhorar a adesão dos pacientes pra consulta de enfermagem, que seja um atendimento conjunto de médico e enfermeira, [...]. (E1)

As pessoas não têm essa cultura do autocuidado, [...] ele não quer vir pra consulta de enfermagem só pra ter uma orientação. Se não atrelar a consulta à receita, à medicação, eles não vêm [...]. (E2)

Mas eu, como enfermeira, estou atendendo poucos pacientes diabéticos [...]. Quem estratifica é o médico, os mais descompensados ficam com o médico, não vêm pra mim [...] porque tem a cultura da medicação, se precisa mudar a medicação, introduzir a insulina, aí até compensar, fica só com o médico [...] tem outras medicações que eu não posso passar [...]. (E3)

Os pacientes precisam do apoio de outros profissionais, eles precisam da consulta da nutricionista, e não tem, assistente social... não temos mais o Nasf [...]. (ACS4)

[...] Sinto falta de ações de promoção à saúde, de grupos, dos profissionais do Nasf, como a nutricionista [...] para dar um apoio maior a esses pacientes. (D1)

Nos discursos de M2, M3, ACS2, D3, percebe-se o descontentamento dos profissionais em relação à carga horária semanal destinada ao atendimento dos usuários que procuram a unidade, por demanda espontânea, nos turnos destinados à atenção às condições agudas. Isso é considerado, pela maioria dos profissionais, um empecilho para a realização de ações de promoção e educação em saúde voltadas para o autocuidado do paciente com doenças crônicas, como determinado nas diretrizes clínicas adotadas pelo município.

Percebeu-se, nas falas de profissionais da categoria de enfermagem, dificuldades específicas no acompanhamento dos pacientes diabéticos. Eles relatam que os pacientes estratificados pelo médico não estão comparecendo com assiduidade às consultas de enfermagem agendadas. Acreditam que esse absenteísmo está relacionado com a importância que o paciente diabético dá ao tratamento medicamentoso, não demonstrando interesse na avaliação e nas orientações de autocuidado realizadas nas consultas de enfermagem. Relatam também preocupação e empenho em rever as práticas instituídas para melhorar o processo de acompanhamento desses pacientes.

Outra limitação relatada pelos profissionais, para acompanhamento e gerenciamento dos pacientes diabéticos em relação ao autocuidado, foi a ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na unidade de saúde, como demonstrado nas falas do ACS4 e D1.

6 DISCUSSÃO

6.1 CONCEPÇÃO SOBRE O AUTOCUIDADO

Autocuidado significa cuidar de si mesmo, buscando saber quais são as necessidades do corpo e da mente para evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção de doenças, melhorando assim o estilo de vida. Para que o autocuidado se torne eficaz e seguro, salienta-se a importância do contínuo desenvolvimento da competência do indivíduo e da comunidade para o autocuidado (BRASIL, 2008).

Nesta pesquisa, os profissionais entrevistados compreendem o autocuidado como a prática de atividades que os usuários realizam em seu próprio benefício e bem-estar. Observou-se também que alguns profissionais percebem o autocuidado como algo centrado na orientação/prescrição. Outros divergem, acreditando que somente a orientação profissional não desencadeia o empoderamento do paciente em relação ao seu processo saúde-doença, estando o desenvolvimento dessa prática relacionado a habilidades, limitações, conhecimento, padrão social e cultural dos usuários, bem como aos serviços da saúde, ao apoio para o autocuidado, orientação e supervisão da equipe de saúde da família.

Desse modo, o discurso de alguns profissionais se aproxima do que foi descrito por Mendes (2012): o autocuidado está baseado na cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias, para, conjuntamente, propor metas, elaborar planos de cuidado e monitorar resultados. Onde os profissionais deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros dos usuários.

Em se tratando de doenças crônicas, o autocuidado propicia o empoderamento e o envolvimento do usuário em seu processo saúde-doença, de modo a incentivar uma maior adesão ao esquema terapêutico medicamentoso e não-medicamentoso, incorporando hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos, reduzindo complicações e incapacidades associadas a essas doenças.

6.2 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO: OPORTUNIDADES E DIFICULDADES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

6.2.1 Educação em saúde: orientações e estímulo ao autocuidado

Tomando como base o princípio do autocuidado apoiado, o indivíduo tem responsabilidade por sua própria condição de saúde, permitindo que o profissional de saúde seja apenas um instrumento de apoio. Para tanto, são necessárias intervenções como estímulo para a mudança fundamental em seus hábitos de vida.

Neste estudo, os profissionais entrevistados consideram as ações de educação em saúde e as orientações das práticas de autocuidado como principais componentes no tratamento da diabetes, incluindo o estímulo ao empoderamento do paciente sobre sua condição de saúde.

Os ACS referem utilizar o diálogo, a conversa com pacientes e familiares, para estimular o desenvolvimento do autocuidado, reforçando, a cada visita domiciliar, as orientações e os benefícios da sua prática no controle da DM. Os aspectos encontrados nas falas dos entrevistados convergem com as considerações feitas no estudo de Baralhas (2011), de que os ACS, em sua prática diária, se comprometem com o cuidado voltado à família e se responsabilizam por ela, utilizando diversos mecanismos, dentre eles a formação de vínculo com os usuários e as atividades de educação em saúde, que permitem uma elevação do autocuidado da população.

Os médicos, enfermeiros e dentistas referem estimular seus pacientes para a prática correta do autocuidado durante as consultas individuais na UAPS e nas visitas domiciliares. Relatam orientar os pacientes sobre alimentação saudável, prática regular de atividades físicas, monitorização da glicemia capilar, adesão ao tratamento medicamentoso, com o objetivo de prevenir ou controlar o agravamento da doença.

De acordo com Rodrigues et al. (2009), a educação efetiva de pessoas com diabetes para o autocuidado requer que os profissionais de saúde adquiram conhecimentos sobre a doença e desenvolvam habilidades pedagógicas, capacidade de comunicação e de escuta, incorporando novas estratégias educacionais que possibilitem que a pessoa com diabetes, além de obter o

conhecimento para o manejo da doença, possa incorporá-lo no seu dia a dia, ou seja, que o conhecimento adquirido possa transformar sua atitude frente à doença.

Os achados deste estudo indicam que os profissionais entrevistados são conhecedores das características e dos fatores relacionados a diabetes e autocuidado, o que não garante, entretanto, que estratégias para o fortalecimento do autocuidado dos pacientes diabéticos estejam sendo, efetivamente, implementadas.

Durante as entrevistas, vários profissionais relataram as suas dificuldades pessoais e organizacionais para a realização das práticas educativas na Atenção Primária em Fortaleza. Os profissionais apontam que, no momento atual, realizam apenas ações de educação em saúde de forma individual, durante as consultas e visitas domiciliares, porém, consideram necessário encontrar estratégias para a realização de atividades educativas grupais.

Oliveira *et al.* (2009), em seu estudo, relata que o trabalho em grupo é muito importante, pois proporciona a oportunidade de discutir dificuldades e vivências entre pessoas que possuem problemas semelhantes, ampliando a compreensão acerca da doença e o compromisso para assumir mudanças.

De acordo com os relatos, as capacitações em diabetes com foco no autocuidado apoiado são escassas, sempre direcionadas ao diagnóstico da doença e ao tratamento medicamentoso. A maioria dos agentes comunitários de saúde entrevistados reconhece a importância do autocuidado e das práticas educativas, mas considera que possui pouco conhecimento teórico sobre o tema.

Em relação à orientação alimentar, ela é feita pelos profissionais de enfermagem e de medicina, pois a unidade não conta com o atendimento de nutricionista. O fato de os profissionais de saúde possuírem conhecimentos básicos sobre a dieta não exclui a necessidade e importância do nutricionista, que possui formação específica para fazer orientações e esclarecimentos de dúvidas aos pacientes.

Cabe aos profissionais do Nasf e em especial ao nutricionista desenvolver a habilidade de apoiar a equipe de SF para compreender e construir soluções compartilhadas nas questões relacionadas à alimentação e nutrição, ajudando-a a aumentar seu potencial de análise e de intervenção. O apoio a tais equipes pode ser desenvolvido por meio de atendimentos e intervenções conjuntas, através das ferramentas de atendimento compartilhado e elaboração de Projeto Terapêutico (BRASIL, 2009).

6.2.2 Dificuldades no desenvolvimento do autocuidado

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que tenha como objetivo qualidade de vida e autonomia.

Um estudo realizado no México acerca da capacidade de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus mostrou que os sujeitos com níveis de escolaridade mais elevados apresentaram boa capacidade de autocuidado. Frente à complexidade da doença, a escolaridade é uma variável que deve ser considerada no planejamento de programas de educação em diabetes que visem o desenvolvimento de habilidades de autocuidado (BAQUEDANO; SANTOS; ZANETTI, 2010).

De acordo com Rodrigues *et al.* (2009), os problemas socioeconômicos e culturais podem constituir-se em elementos dificultadores para a incorporação de conhecimentos, aos quais se associam, também, os aspectos pessoais como o suporte social, familiar; os aspectos psicológicos e percepção da doença e o acesso aos serviços de saúde.

Para os profissionais participantes desta pesquisa, os pacientes apresentam dificuldades de entendimento das orientações e aceitação do plano de tratamento proposto, por isso, muitas vezes, não realizam a contento as atividades diárias de autocuidado. Essa dificuldade de compreensão da importância do autocuidado na prevenção das complicações da DM é atribuída à baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, cultural, bem como à resistência em modificar hábitos alimentares. Esses achados encontram-se em concordância com estudos supracitados.

Neste trabalho, o tema alimentação é evidenciado como uma das maiores dificuldades dos pacientes em seguir as orientações de autocuidado. Os profissionais de saúde são unânimes ao referir que a maioria dos diabéticos não segue rigorosamente as prescrições alimentares. Em grande parte, admitem que o padrão alimentar proposto é difícil ou complicado, porque interfere no estilo de vida e na rotina não só do paciente, mas também do núcleo familiar. Muitas vezes, os

familiares seguem uma dieta diferente da proposta e isso desestimula o paciente a cumprir o plano alimentar indispensável para o controle da diabetes.

O desafio para realização do autocuidado consiste “entre o querer e o fazer”, permeado por vários fatores, como falta de informação, habilidade, tempo ou dinheiro para mudar a alimentação, problemas emocionais, falta de confiança na capacidade de mudar, falta de apoio familiar e profissional e despreparo comunitário (MENDES, 2012).

A falta de conhecimento sobre a doença, por parte tanto dos cuidadores e familiares quanto dos próprios pacientes, associada a inadequadas capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão. Essas constatações apontam para a ineficácia das estratégias tradicionais, sendo necessário que se incorporem nos serviços de saúde novas abordagens capazes de motivar os pacientes com diabetes, fazendo com que estes se sensibilizem para a adoção de novos hábitos de estilo de vida, conscientizando-os sobre os riscos que a doença pode trazer caso não haja o controle glicêmico (COSTA *et al.*, 2011).

Na ótica da prática do autocuidado, os profissionais pesquisados veem, por parte dos pacientes, desinteresse ou descrença nas orientações, demonstram impaciência quando a consulta se prolonga, valorizando apenas a prescrição de medicamentos. Percebe-se, ainda, no discurso de alguns profissionais, a culpabilização do paciente, atribuindo ao seu desinteresse em cuidar da própria saúde o insucesso do tratamento, colocando-o como o único responsável pela sua condição de saúde, sem considerar outros fatores que interferem na adesão ao tratamento, como o apoio da equipe de saúde, o suporte familiar e as condições socioeconômicas e culturais dos pacientes.

6.3 GERENCIAMENTO/ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS: AVANÇOS E DESAFIOS DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e

de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011a).

Desse modo, o desenvolvimento do cuidado integral à saúde que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades passa por um papel central da APS, de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza elaborou as Diretrizes Clínicas de Diabetes Mellitus, com o objetivo de fornecer informações técnicas, baseadas em evidências científicas, para os profissionais e gestores no enfrentamento dessa condição crônica. Também devem orientar o acompanhamento adequado dos pacientes, de acordo com a estratificação de risco; garantir a continuidade da assistência, conforme os protocolos, com a marcação de retornos ou visitas sempre que necessário; fortalecer ações de regulação, controle e avaliação na linha de cuidado da diabetes (FORTALEZA, 2015).

A maioria dos participantes deste estudo avalia de forma positiva o novo modelo de organização da Atenção às Condições Crônicas implantado no município de Fortaleza. Também reconhece que as diretrizes clínicas adotadas e a estratificação de risco dos diabéticos estabelecem um período mais adequado para o retorno dos pacientes, bem como fortalecem a importância de uma equipe multiprofissional, na atenção ao paciente diabético, baseada nos preceitos do autocuidado apoiado.

Quando questionados sobre o acompanhamento e o monitoramento das condições clínicas dos pacientes durante as consultas individuais, as falas dos profissionais convergem para o entendimento de que o prontuário eletrônico facilitou bastante os registros da estratificação de risco, frequência das consultas, medicações em uso, níveis glicêmicos, fatores de risco, complicações, exames e encaminhamentos realizados.

Outro ponto positivo destacado pelos profissionais foi a vinculação da UAPS com a Linha de Cuidados do Paciente Diabético do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), para atendimento compartilhado de pacientes estratificados como alto e muito alto risco pela ESF.

Desse modo, a responsabilização pela coordenação do cuidado, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, é uma função da ESF, que deve, a

partir das orientações contidas nas diretrizes clínicas, considerando a estratificação de riscos das condições crônicas, definir quais pessoas se beneficiam da Atenção Especializada e referi-las. Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado do cuidado compartilhado, deve-se compartilhar os planos de cuidados, garantindo que os profissionais da ESF e da Atenção Especializada estejam buscando os mesmos objetivos (MENDES, 2012).

As visitas domiciliares realizadas aos pacientes diabéticos, pelos médicos e enfermeiros do estudo, mostraram-se como um momento rico e produtivo, para a construção do plano de cuidado e estímulo ao autocuidado apoiado, firmando a corresponsabilidade pela condução do tratamento entre paciente, familiares e a equipe de saúde da família.

Um achado similar ao relatado em estudo sobre visita domiciliar na educação para o autocuidado de clientes com diabetes observou que o atendimento domiciliar valoriza a troca de experiências e saberes, aumentando o vínculo entre o portador e o profissional de saúde, e a elaboração de orientações a partir da compreensão do contexto de vida e das questões subjetivas que estão por trás do processo de adoecimento (TORRES; ABREU; NUNES, 2011).

A visita domiciliar é um espaço privilegiado para diálogos e produção de saberes e faz parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família. A presença do profissional de saúde nos domicílios permite a visualização de condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida, bem como a dinâmica e o contexto familiar, que auxiliam no planejamento das ações, além de proporcionar a aproximação entre o usuário, a família, a comunidade e o serviço de saúde.

Nesse contexto, os usuários com diabetes mellitus, em particular, necessitam de acompanhamento sistemático de uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça as ferramentas necessárias para o manejo da doença com vistas ao autocuidado. Contudo, depoimentos de alguns profissionais revelam dificuldades a serem enfrentadas no desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, a partir do novo modelo de atenção implantado no município de Fortaleza.

Ao longo das entrevistas, percebeu-se o descontentamento dos profissionais em relação ao tempo destinado, na agenda, para atendimento de demanda espontânea, dificultando a realização de ações de promoção e educação em saúde, voltadas para o autocuidado do paciente com doenças crônicas, como

determinado nas diretrizes clínicas adotadas pelo município. Apontam, ainda, como limitação à formação de grupos operativos, a ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na unidade de saúde.

Um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais da ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, no desenvolvimento de projetos de saúde no território; no apoio a grupos; nos trabalhos educativos e de inclusão social e nas ações junto aos espaços sociais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as concepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus (DM), além de identificar as estratégias utilizadas e as dificuldades encontradas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para promover o autocuidado apoiado das pessoas com DM.

Neste trabalho, verificou-se que os profissionais entrevistados compreendem o autocuidado como a prática de atividades que os usuários realizam em seu próprio benefício e bem-estar. Eles reconhecem o importante papel das ações de educação em saúde e consideram as orientações das práticas de autocuidado como um dos principais componentes no tratamento da diabetes; propiciando o empoderamento e o envolvimento do usuário em seu processo saúde-doença, de modo a incentivar uma maior adesão ao tratamento, incorporando hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos, reduzindo complicações e incapacidades associadas a essa doença.

Os achados desta pesquisa indicam que os profissionais entrevistados são conhecedores das características e dos fatores relacionados a diabetes e autocuidado, o que não garante, entretanto, que estratégias para o fortalecimento do autocuidado dos pacientes diabéticos estejam sendo efetivamente implementadas.

Durante as entrevistas, vários profissionais relataram as suas dificuldades pessoais e organizacionais para a realização das práticas educativas, apontaram que, no momento atual, realizam apenas ações de educação em saúde de forma individual, durante as consultas e visitas domiciliares. Porém, consideram necessário encontrar estratégias para a realização de atividades educativas grupais.

Para os profissionais participantes desta pesquisa, os pacientes apresentam dificuldades de entendimento das orientações e de aceitação do plano de tratamento proposto, por isso, muitas vezes, não realizam a contento as atividades diárias de autocuidado. Essa dificuldade de compreensão da importância do autocuidado na prevenção das complicações da DM é atribuída à baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, cultural, e à resistência em modificar hábitos alimentares. Neste trabalho, o tema alimentação é evidenciado como uma das maiores dificuldades dos pacientes em seguir as orientações de autocuidado.

As visitas domiciliares mostraram-se como um momento rico e produtivo para a construção do plano de cuidado e estímulo ao autocuidado apoiado, firmando a corresponsabilidade pela condução do tratamento entre paciente, familiares e equipe de saúde da família. Contudo, depoimentos de alguns profissionais revelam que há muitos desafios no desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, a partir do novo modelo de atenção implantado no município de Fortaleza.

O estudo da gestão do autocuidado do paciente com diabetes na Atenção Primária permitiu-nos a possibilidade de perceber a complexidade do debate sobre o tema. São necessários mais estudos, mais discussões, tendo em vista que o desenvolvimento do autocuidado apoiado encontra na ESF um campo fértil de possibilidades. Por se tratar de relações humanas, encontros envolvendo diferentes atores e cenários, os caminhos serão sempre múltiplos, e as discussões, prazerosas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT M I.; GIUGLIANI, E, R, J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-99.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria; v. 36, supl. 1, p. 67–74, 2013.

BAQUEDANO, I. R; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Auto-atendimento de pacientes com Diabetes Mellitus atendidos em um serviço de emergência no México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.6, p.1195-1202 dez, 2010.

BARROS, M. B. A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. **JAMA**, v. 288, n. 15, p. 1909-1914, out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Educação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, 31 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, 22 out. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BUB, M. *et al.* A noção do cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 152-157, 2006.

CARRIJO, R. C.; RASERA, E. F. Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. **Psicologia & sociedade**, v. 25, n. 3, p. 653-663, 2013.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. **Autocuidado apoiado:** manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria municipal de saúde, 2012. p. 92.

COSTA, J. A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 201-209, 2011.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características Epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

FORTALEZA. **Consolidado do atesto das equipes de saúde da família.** Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2010-2013.** Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

_____. **Plano Plurianual 2014-2017.** Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2014. 382 p.

_____. **Diretrizes clínicas:** diabetes mellitus. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linhacuidadointegralconceitocomo-fazer.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006.

GRILLO, M. F. F. *et al.* Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 400-405, ago. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da População 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012**: Regional & Country Factsheets. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

MARCECA, M.; CICCARELLI, S. Crônico. **CARE**, v. 3, p. 32-36, 2007.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**: comunic., saúde, educ., Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

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

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Praxis en salud**: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-149.

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

OLIVEIRA, N. F. *et al.* Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 558-565, 2009.

OREM, D. E. **Nursing**: concepts of practice. 6 ed. St Louis (USA): Mosby Inc., 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

RODRIGUES, F. F. L. *et al.* Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 468-473, 2009.

SOUSA, J. C. Do peixe ao prato à cana de pesca. Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. **Rev. Portuguesa Clínica Geral**, v. 23, n. 4, p. 353-8, jul. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015. p. 375.

STARFIEL, D. B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2006.

TORRES, H. C.; ABREU.; C. R.; NUNES, C. S. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 89-93, 2011.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro para Entrevista com Profissionais das Equipes de Saúde da Família

Roteiro Para Entrevista

1.UAPS: _____ SR _____ PROFISSÃO _____
IDADE : _____ TEMPO ESF: _____

- 1. Comente sobre o autocuidado.**
- 2. Quais são as práticas que você orienta aos seus pacientes com diabetes mellitus?**
- 3. Você realiza ações de educação em saúde? Se sim,**
 - a. Como são realizadas?
 - b. Quem participa?
- 4. Você já fez algum curso com foco no autocuidado? Se sim, quando?**
- 5. Quais dificuldades você tem para orientar a prática do autocuidado?**
- 6. Na sua opinião qual(is) dificuldade(s) o paciente com diabetes tem para realizar a prática do autocuidado?**
- 7. Você sabe com segurança fazer o acompanhamento de um paciente com DM?**
- 8. De que modo você estimula o desenvolvimento do auto cuidado das pessoas com DM?**
- 9. Você sabe fazer com segurança orientações sobre os cuidados com os pés?**
- 10. Comente sobre os instrumentos que você utiliza para gerenciar o acompanhamento dos pacientes diabéticos.**
 - a. Frequência das consultas
 - b. Frequência dos exames
 - c. Frequência das visitas domiciliares
 - d. Medicações em uso
- 11. Você conhece as redes sociais de apoio ao paciente com DM de sua comunidade?**

12. Quais as dificuldades encontradas por você na operacionalização do novo modelo de atenção com estratificação de risco do paciente com DM?

13. Você quer acrescentar algo mais?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Profissionais de Saúde em Fortaleza - CE

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE SOBRE A GESTÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS **que** tem como objetivo compreender a gestão do autocuidado junto aos pacientes com diabetes mellitus, na Atenção Primária no município de Fortaleza-CE.

Será utilizada a entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas sobre a percepção e experiência dos profissionais da equipe de saúde da família.

Assim, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu vínculo profissional independente da sua opinião sobre o tema. Nas entrevistas, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Nós nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos pacientes e profissionais quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente.

Contatos com o coordenador da pesquisa Prof. Dr. Andrea Caprara pelo telefone (085) 3101.9914. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____ tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/201__.

Participante

Andrea Caprara – Coordenador da Pesquisa