



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KAROL MARIELLY TAVORA MOITA

ATENÇÃO PRIMÀRIA ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS:
UM ESTUDO AVALIATIVO

FORTALEZA – CEARÁ

2019

KAROL MARIELLY TAVORA MOITA

ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS:
UM ESTUDO AVALIATIVO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara.

FORTALEZA – CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Moita, Karol Marielly Távora.

Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus:
um estudo avaliativo [recurso eletrônico] / Karol
Marielly Távora Moita. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 193 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,
2019.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Andrea Caprara.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Diabetes Mellitus.
3. Avaliação em Saúde. I. Título.

KAROL MARIELLY TÁVORA MOITA

ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO
AVALIATIVO.

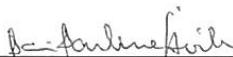
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Renasf, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 30 de outubro de 2019

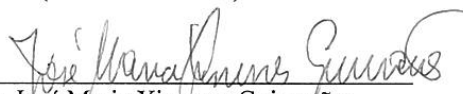
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Andrea Caprara
(Orientador- UECE)



Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila
(1º membro- UECE)



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(2º membro- UECE)

Aos meus pais, Cirilo e Fátima, e a minha irmã Lia, pelo amor e apoio incondicionais em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo Emmanuel, pelo companheirismo e motivação nos momentos de desânimo.

Ao meu filho João, minha inesgotável fonte de amor, motivação e fé na vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por cuidar de mim de forma tão zelosa em todos os momentos da minha vida. Tenho seu apoio e seu amor misericordioso como alicerces para superar todos os desafios.

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

Ao meu orientador, Prof. Dr. Andrea Caprara, pela acolhida, gentileza e generosidade manifestadas em todos os momentos de orientação.

À minha banca examinadora, Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila e Prof. Dr. Jose Maria Ximenes Guimarães, pela valorosa contribuição desde a qualificação até o momento de conclusão da pesquisa. A escolha como membros da banca refletem a admiração e o carinho imenso que tenho por vocês. Agradeço imensamente pela disponibilidade e por todas as sugestões.

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 pela atenção e gentileza manifestadas durante todos os encontros do curso.

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

Aos profissionais entrevistados, que se disponibilizaram a contribuir com este estudo, compartilhando de modo tão sincero suas percepções, aflições, inseguranças e esperanças.

À Dione Cavalcante Silveira, gestora da UAPS Luís Albuquerque Mendes, que, desde o início, acolheu e apoiou essa pesquisa com tanto carinho e dedicação.

A toda equipe da Coordenadoria Regional de Saúde IV que apoiou e contribuiu para que eu conseguisse concluir essa etapa profissional.

“Assim, a resposta às incertezas da ação é constituída pela escolha refletida de uma decisão, a consciência da aposta, a elaboração de uma estratégia que leve em conta as complexidades inerentes às próprias finalidades, que possa se modificar durante a ação em função dos imprevistos, informações, mudanças de contexto e que possa considerar o eventual torpedeamento da ação, que teria tomado uma direção nociva. Por isso, pode-se e deve-se lutar contra as incertezas da ação; pode-se mesmo superá-las em curto ou médio prazo, mas ninguém pretende tê-las eliminado em longo prazo. A estratégia, assim como o conhecimento, continua sendo a navegação em um oceano de incertezas, entre arquipélagos de certezas.”

(MORIN, 2011, p.79)

RESUMO

A atenção à pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde representa um desafio devido à complexidade dos fatores envolvidos. Portanto, pressupõe-se que a implantação de um modelo de atenção que favoreça a qualidade da assistência prestada perpassa pela adoção de novos saberes e metodologias de trabalho, pela reorganização do processo de trabalho e pelas relações entre gestores/trabalhadores e trabalhadores/usuários. O estudo objetiva avaliar a atenção à saúde oferecida às pessoas com Diabetes Mellitus nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Trata-se de uma avaliação com enfoque construtivista e responsivo, na modalidade de estudo de caso, fundamentada no paradigma da complexidade de Edgar Morin. O processo de construção das informações empíricas foi realizado de janeiro a agosto de 2019, norteado pelo círculo hermenêutico dialético, por meio de entrevistas com sete gestores, dez trabalhadores e oito usuários além de encontros de negociação com cada um desses grupos e 50 horas de observação. Para análise dos dados obtidos foram utilizados os pressupostos da hermenêutica dialética. Os achados do estudo evidenciaram avanços no sistema logístico de registro eletrônico em saúde, no sistema de apoio diagnóstico e terapêutico bem como da assistência farmacêutica que compõem a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus. Também apontou que as práticas de saúde permanecem essencialmente fragmentadas, reativas, prescritivas e centradas na consulta médica. Identificou também uma fragilidade no acesso à atenção ambulatorial especializada e na coordenação do cuidado pela APS. Portanto, para implantar a linha de cuidado da pessoa com DM devemos articular e engajar os atores de todos os pontos envolvidos, pois cada um pode significar possibilidades de ruptura independente da instituição de fluxos ou protocolos. Nesse sentido, torna-se necessário fortalecer processos de educação permanente para ressignificar as práticas de saúde e identificar possibilidades de superação das situações limites a partir das potencialidades vislumbradas no cotidiano da Saúde da Família.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Attention to people with Diabetes Mellitus in Primary Health Care represents a challenge due to the complexity of the factors involved. Therefore, press to implement a care model that favors the quality of care provided through the adoption of new knowledge and work methods, the reorganization of the work process and the relationships between managers / workers and employees / users. The study aims to evaluate the health care offered to people with Diabetes Mellitus in Primary Health Care Units in the city of Fortaleza from the perspective of the Chronic Conditions Care Model. This is an evaluation with a constructive and responsive approach, in the case study modality, based on Edgar Morin's paradigm of complexity. The process of building empirical information was carried out from January to August 2019, guided by the dialectical hermeneutic circle, through interviews with seven managers, ten workers and eight users, as well as negotiation meetings with one of these groups and 50 hours of observation. To analyze the data used, the assumptions of dialectical hermeneutics were used. The findings of the study showed advances in the logistic system of electronic health record, in the diagnostic and therapeutic support system, as well as in the pharmaceutical assistance that makes up the operational structure of the RAS of the person with DM. He also pointed out that health practices remain fragmented, reactive, prescribed and focused on medical consultation. It also identified a weakness without access to specialized outpatient care and the coordination of care by PHC. Therefore, to implement a line of care of people with DM must articulate and involve actors from all involved points, each can mean possibilities of rupture regardless of the institution of transfers or protocols. In this sense, it is necessary the processes of continuing education to re-signify as health practices and identify the possibilities of overcoming the limit situations from the potentialities glimpsed in the routine of Family Health.

Keywords: Primary Health Care. Diabetes Mellitus. Health Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	42
Figura 2 -	Modelo da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente.....	42
Figura 3 -	A atenção à saúde segundo o Modelo da Atenção Crônica (CCM).....	44
Figura 4 -	Representação da adaptação realizada por Wetzel (2005) sobre o método de avaliação de quarta geração.....	57
Figura 5 -	Mapa da Secretaria Regional IV.....	58
Figura 6 -	Encontro de Negociação com os Trabalhadores de Saúde.....	73
Figura 7 -	Encontro de Negociação com Usuários com DM.....	73
Figura 8 -	Representação das oficinas realizadas com os grupos de interesse.....	75
Figura 9 -	Representação do desenvolvimento da Análise Hermenêutica Dialética.....	80
Figura 10 -	Mapa da UAPS Luís Albuquerque Mendes.....	82
Figura 11 -	A Metáfora da casa na construção social da APS.....	87
Quadro 1 -	Critérios clínicos para estratificação de risco das pessoas com diabetes mellitus.....	29
Quadro 2 -	Número de consultas de médicos, enfermeiros, odontólogos e nutricionistas além de participação de grupos operativos conforme a estratificação de risco de pessoas com DM.....	30
Quadro 3 -	Número de consultas na AE por ano conforme a estratificação de risco da pessoa com DM.....	30
Quadro 4 -	População estratificada por faixa etária por CORES no município de Fortaleza em 2018.....	59
Quadro 5 -	Construções do Círculo Hermenêutico Dialético dos usuários.....	68
Quadro 6 -	Construções do Círculo Hermenêutico Dialético dos trabalhadores de saúde.....	69
Quadro 7 -	Construções do Círculo Hermenêutico Dialético dos	

	gestores.....	70
Quadro 8 -	Síntese dos confrontos das entrevistas e encontro de negociação do Grupo de usuários.....	77
Quadro 9 -	Síntese dos confrontos das entrevistas e encontro de negociação do Grupo de trabalhadores.....	78
Quadro 10 -	Síntese dos confrontos das entrevistas e encontro de negociação do Grupo de gestores.....	79
Quadro 11 -	Caracterização dos participantes usuários, Fortaleza (CE), 2019.....	90
Quadro 12 -	Caracterização dos participantes trabalhadores de saúde, Fortaleza (CE), 2019.....	91
Quadro 13 -	Caracterização dos participantes gestores, Fortaleza (CE), 2019.....	92
Gráfico 1 -	Pirâmide populacional, CORES IV, FORTALEZA, 2018.....	59
Gráfico 2 -	Coeficiente de mortalidade por causa básica, CORES IV, Fortaleza, 2009 a 2019.....	60
Gráfico 3 -	Mortalidade por DCNT, segundo sexo e faixa etária, CORES IV, Fortaleza, 2019.....	60

LISTADE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de microáreas, ACS e população cadastrada por equipe da UAPS Luís Albuquerque Mendes, Fortaleza, 2019.....	83
Tabela 2 - Quantidade de funcionários ativos, função e vínculo empregatício, UAPS Luís Albuquerque Mendes, Fortaleza, 2019.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACG	Atenção Compartilhada em Grupo
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AE	Atenção Especializada
AMQ	Avaliação Para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
C1	Construção do Respondente Inicial
C2	Construção do Segundo Respondente
CCA	Condições Clínicas Associadas
CCM	Chronic Care Model
CD	Cirurgião Dentista
CHD	Círculo Hermenêutico-Dialético
CEADH	Centro Especializado de Atenção à Diabetes e Hipertensão
CORAPP	Coordenadoria das Redes de Atenção Primária e Psicossocial
COEPPS	Coordenadoria de Educação Permanente e Projetos Especiais
CORES IV	Coordenadoria Regional de Saúde IV
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitum Gestacional
DMPUSP	Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ENG	Encontro de Negociação com Gestores
ENT	Encontro de Negociação com Trabalhadores
ENU	Encontro de Negociação com Usuários
EPS	Educação Permanente em Saúde
GO	Grupo operativo
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDMJBO	Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio

ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
LAPUNICAMP	Laboratório de Planejamento da Universidade Estadual de Campinas
LC	Linha de Cuidado
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MPR	Modelo da Pirâmide de Risco
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado em Saúde da Família
PETS/ UECE	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde pela UECE
PMAQAB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde de Fortaleza
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
R1	Respondente Inicial
R2	Segundo Respondente
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Retinopatia Diabética
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SBP	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
VIGETEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	16
1.1	APROXIMAÇÃO E ENVOLVIMENTO COM O OBJETO DE ESTUDO.....	16
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	18
1.3	JUSTIFICATIVA.....	23
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	25
3	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	26
3.1	DIABETES MELLITUS.....	26
3.2	MODELOS DE ATENÇÃO.....	32
3.3	MARCOS LEGAIS DA ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DA APS DO BRASIL.....	36
3.4	MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	41
3.5	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	44
3.5.1	Aspectos históricos da avaliação em saúde no Brasil.....	44
3.5.2	Avaliação de quarta geração.....	49
3.6	PARADIGMA DA COMPLEXIDADE.....	52
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	56
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	56
4.2	DESENVOLVENDO O TRABALHO DE CAMPO.....	58
4.2.1	Contato com o campo: Demarcando o caso.....	58
4.2.2	Organizando a avaliação.....	63
4.2.3	Identificando os grupos de interesse (participantes da pesquisa).....	64
4.2.4	Desenvolvendo construções conjuntas.....	66
4.2.5	Ampliação das construções conjuntas.....	74
4.2.6	Preparando a apresentação das questões para os grupos de interesse.....	75
4.3	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	75
4.4	ASPECOS ÉTICOS.....	81
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	82
5.1	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE LUÍS ALBUQUERQUE MENDES.....	82

5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	90
5.2.1	Usuários.....	90
5.2.2	Trabalhadores de saúde.....	91
5.2.3	Gestores.....	92
5.3	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E DA PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO.....	93
5.3.1	Estrutura das UAPS para atenção às pessoas com DM: Recursos físicos, materiais e humanos.....	93
5.3.2	Linha de cuidado à pessoa com DM: Da elaboração das diretrizes clínicas à construção inacabada do cuidado em rede.....	102
5.3.3	Modelo de atenção pautado na atenção aos eventos agudos?.....	117
5.4	ESTRATÉGIAS DE CUIDADO: DA PROPOSTA DE INTEGRALIDADE À FRAGMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS.....	126
5.4.1	Atenção centrada no médico com distanciamento do enfermeiro do cuidado com a pessoa com DM na APS.....	126
5.4.2	Cuidado incipiente prestado pelos cirurgiões dentistas às pessoas com DM.....	137
5.4.3	Fragmentação das práticas do NASF.....	141
5.4.4	Fragilidade nas ações de prevenção e promoção à saúde.....	148
5.4.5	Processo de trabalho focado prioritariamente em tecnologias duras e leve-duras.....	153
5.6	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁXIS NA ATENÇÃO À PESSOA COM DM.....	160
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
	REFERÊNCIAS.....	175
	APÊNDICES.....	187
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	188
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS USUÁRIOS.....	189
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS TRABALHADORES.....	190
	APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES.....	191
	APÊNDICE E –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	192

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 APROXIMAÇÃO E ENVOLVIMENTO COM O OBJETO DE ESTUDO

Para explicitar as motivações e as implicações com o objeto de pesquisa, torna-se necessário apresentar a minha trajetória profissional e os caminhos trilhados até a elaboração desse estudo.

Desde a graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) em 2002 até 2006, atuei como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de municípios do interior do estado do Ceará como Assaré, Solonópole e Aracoiaba. Logo no início desse percurso, percebi que minha formação acadêmica, ainda pautada em um modelo tradicional biomédico hegemônico, cientificista, flexneriano e hospitalocêntrico, era insuficiente para subsidiar a prática na Atenção Primária à Saúde (APS). Para superar essa lacuna, realizei um curso de pós-graduação em Saúde da Família na UECE (2002-2003)

Em agosto de 2006, assumi, mediante concurso público, a função de enfermeira da ESF do Município de Fortaleza. Nesse local, tive a oportunidade de atuar como preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde pela UECE (PET Saúde/UECE) durante um ano (2010), colaborando na condução da pesquisa Determinantes Sociais do processo saúde-doença e projetos terapêuticos singulares: acompanhamento de famílias em Centros de Saúde da Família.

Em 2011, fui aprovada em seleção pública para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2011-2013), cujo programa tinha o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza como instituição executora, sendo chancelado pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

As vivências na residência fomentaram reflexão sobre a organização do processo de trabalho em saúde. Essa experiência foi decisiva para ressignificação do meu modo de ser e de agir como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família.

Ao término da RMSFC, em 2013, fui convidada para atuar como articuladora da Atenção Primária à Saúde na Coordenadoria Regional de Saúde IV (CORES IV) tendo como atribuições apoiar, monitorar e avaliar os processos de trabalho das ESF, contribuindo para implantação das políticas de saúde a nível regional e local; garantir a adequada alimentação de dados dos sistemas de

informação da APS, estimulando a análise destes para orientar o planejamento das ações de saúde; apoiar a organização dos fluxos assistenciais dos usuários conforme os protocolos ediretrizes clínicas; identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais de saúde e apoiar os processos de educação permanente com vistas à qualificação do trabalho na APS, apoiar a gestão da infraestrutura e dos insumos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Assim, como articuladora da APS, participei da validação interna das diretrizes clínicas de diabetes mellitus (DM), facilitei processos de educação permanente para os profissionais da estratégia de saúde da família (ESF) com temáticas pertinentes à implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e monitorei o processo de cadastramento e a estratificação quanto ao risco das pessoas com Diabetes Mellitus (DM) nas UAPS.

Em 2016, fui selecionada como preceptora do campo da gestão do PET-Saúde/GRADUASUS da UECE que objetivava promover a reorientação da formação profissional e o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. No município de Fortaleza, as atividades de inserção no território eram desenvolvidas em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial Geral e na Coordenadoria Regional de Saúde IV.

Essa experiência proporcionou a aproximação com um novo cenário de ensino-aprendizagem, contribuindo para reconhecer novos conhecimentos, habilidades e atitudes que deveriam ser contempladas nos currículos dos cursos de graduação de Medicina, Enfermagem, Nutrição e Psicologia de modo que os alunos fossem formados para atuar no SUS.

O ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), na nucleadora UECE, em 2017, suscitou muitas reflexões sobre a gestão e organização de processos de trabalho em saúde. Nesse contexto, iniciei um processo de ressignificação dos meus saberes e fazeres na gestão, sobretudo nas práticas de monitoramento e avaliação em saúde. Isso contribuiu significativamente para ampliar o meu interesse pelo objeto de estudo desta pesquisa que se insere na linha de atenção e gestão do cuidado em saúde.

Em 2018, assumi mediante processo seletivo a coordenação da regional de saúde IV tendo como algumas atribuições implantar a política municipal de saúde no âmbito da Regional de saúde, de acordo com as diretrizes da Secretaria

Municipal da Saúde, coordenar, monitorar e avaliar a organização e fluxos das redes de atenção à saúde, conforme diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde, coordenar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde prestados pelas unidades de atenção primária e de atenção secundária, conforme preconizado pela Secretaria Municipal da Saúde.

Tanto na assistência à pessoa com diabetes enquanto enfermeira da ESF quanto na gestão da implantação do modelo de atenção à pessoa com diabetes enquanto articuladora da APS e coordenadora regional de saúde na CORES IV houve a percepção da dificuldade em incorporar novas práticas ao processo de trabalho, sobretudo no cuidado a uma doença crônica que impõe o desenvolvimento de estratégias de fortalecimento da autonomia e do autocuidado.

A partir dessas inquietações e reflexões advindas da prática assistencial e gerencial surgiu o interesse em avaliar como está sendo prestado, no cotidiano das UAPS da CORES IV, o cuidado às pessoas com DM e quais as fragilidades para promover essa atenção conforme preconizado pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas implantado no município de Fortaleza.

Frente ao exposto, busca-se, através desse estudo, fomentar um processo reflexivo nos profissionais da ESF e nos gestores da APS sobre a atenção prestada às pessoas com diabetes mellitus no intuito de reorganizar ou mesmo aprimorar as ações desenvolvidas.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Os atuais perfis demográficos e epidemiológicos brasileiros caracterizados respectivamente pelo envelhecimento da população e pela tripla carga de doença que envolve, além da persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, as doenças crônicas e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, impõe a ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas. (MENDES, 2011)

Em relação à transição demográfica, Brito (2007) destaca que o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, ultrapassando o número de jovens.

Por outro lado, dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 apontam que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade referem ser portadores de, no mínimo, uma das doze doenças crônicas selecionadas. (IBGE, 2010a)

No Brasil, as doenças crônicas constituem as de maior magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às 24 doenças do aparelho circulatório e respiratórias. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período e atinge indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, com mais intensidade, aquelas pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. Respondem por cerca de 70% dos gastos assistenciais, com tendência crescente (BRASIL, 2014a).

No Ceará, as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de mortalidade. Em segundo lugar, estão as causas externas, apresentando uma proporção de óbitos em torno de 10% com relação ao total. As neoplasias também mostraram um aumento na sua mortalidade proporcional (CEARÁ, 2016).

Fortaleza se insere no cenário nacional, apresentando modificações no padrão demográfico e no perfil de morbimortalidade, apresentando em sua estrutura etária redução na proporção de crianças e adultos jovens e consequente aumento na proporção de idosos e sua maior expectativa de vida. O perfil de morbimortalidade vem apresentando declínio das doenças infecciosas e ascensão contínua das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). (FORTALEZA, 2017)

Com a finalidade de realizar a atenção de forma integral aos pacientes com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (BRASIL, 2014a)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) caracterizam-se pelas relações horizontais entre os pontos de atenção, formadas pelas necessidades populacionais de cada espaço regional singular, que objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010)

Um dos elementos que compõe as RAS são os modelos de atenção à saúde que, conforme Mendes (2011) é o modo de organizar o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre as populações e subpopulações estratificadas em riscos com as intervenções sanitárias de acordo com a visão prevalecente de saúde e com os perfis demográficos e epidemiológicos.

O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (PMS) 2014-2017, instrumento que explicita os compromissos da gestão municipal para o setor da saúde num recorte temporal de quatro anos, destacou a estruturação da Política Municipal de Saúde, a partir das Redes de Atenção à Saúde conforme proposto pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (FORTALEZA, 2017)

Considerando o perfil de morbimortalidade de Fortaleza, as Redes de Atenção priorizadas para implantação foram: Rede de Atenção Materna Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção em Urgência e Emergência; Rede de Atenção às Condições Crônicas e Rede Psicossocial. (FORTALEZA, 2017)

Ressaltando a APS como coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza implantou um Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária que contemplou ações de melhoria na estrutura nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família e no monitoramento e avaliação dos resultados.

Assim, o modelo de gestão adotado pelo município de Fortaleza foi definido em consonância com a construção do mapa estratégico da SMS e com a definição das RAS prioritárias que se caracterizam pela horizontalidade das relações nos diversos espaços de atenção à saúde, possibilitando o cuidado multiprofissional e intersetorial.

Para assessorar e qualificar as práticas dos gestores e profissionais a fim de efetivar as mudanças necessárias nos processos de trabalho foi contratada a equipe de consultoria do Eugênio Vilaça Mendes, consultor do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde.

Nesse cenário, evidenciava-se o desafio de implantar um modelo de atenção às condições crônicas que possibilitasse uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na sua família, capaz de abordar e manejar integralmente as necessidades de saúde já que as condições crônicas de saúde não podem ser

abordadas de forma fragmentada, reativa, episódica e sem o protagonismo dos sujeitos no autocuidado.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2011), estrutura-se em cinco níveis: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gestão das condições de saúde menos complexas, a gestão das condições de saúde mais complexas e a gestão de caso.

Todavia, a aplicação do MACC na ESF impõe profundas mudanças na gestão dos cuidados primários à saúde por meio da implantação da gestão da clínica que utiliza tecnologias de microgestão, pautadas em evidências científicas, destinadas a prover uma atenção à saúde de qualidade, efetiva, eficiente, segura, oportuna, equitativa, humanizada e, principalmente, centrada das pessoas. (MENDES, 2012).

Ainda segundo o mesmo autor, dentre as tecnologias que compõe a gestão da clínica, ressalta-se as diretrizes clínicas (DC) por constituir-se a base para estruturarem-se duas tecnologias fundamentais para implantação do MACC: a gestão da condição de saúde e a gestão de caso.

Nessa perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza elaborou diretrizes clínicas de atenção à pessoa com Diabetes para definir e organizar as ações de cuidado necessárias para garantir atenção integral à saúde desses grupos prioritários.

Após serem elaboradas por um grupo composto por representantes de profissionais e gestores da APS, de assessores técnicos da SMS, de especialistas e de membros de sociedades científicas, foram validadas internamente por representantes de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas da ESF e por profissionais especialistas que atendem na rede de atenção secundária do município. A seguir, foram validadas externamente por membros da academia e das sociedades científicas afins.

Para sua implantação foram realizadas capacitações com os profissionais e gestores das UAPS com as temáticas de estratificação de risco e tecnologias leves de cuidado como atenção contínua, grupos operativos e a atenção compartilhada em grupo.

Nesse sentido, destaca-se que o processo de estratificação da população alvo é imprescindível porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades

de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos. (MENDES, 2012)

A Diabetes Mellitus destaca-se dentre as doenças crônicas como relevante problema de saúde pública uma vez que impõe uma abordagem complexa tanto do ponto de vista individual quanto coletivo com desenvolvimento de tecnologias leves de cuidado e fortalecimento do autocuidado apoiado.

Além disso, os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2011 evidenciam que Fortaleza é a capital com maior prevalência de diabetes autorreferida com 7,3%. (BRASIL, 2012b)

Essa doença crônica apresenta prevalência crescente e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. Ademais, é considerado um problema de saúde sensível à Atenção Primária, pois as evidências científicas constataam que o seu manejo adequado nesse ponto de atenção evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Isso impõe uma modificação na relação entre usuários e profissionais, pois a mera prescrição medicamentosa e de estilos de vida saudáveis são insuficientes para desencadear de fato um aumento na qualidade de vida das pessoas portadoras de DM. Assim, é imprescindível que esses sujeitos sejam apoiados pela equipe de saúde para adotar uma postura ativa frente ao autocuidado.

Contudo, implantar mudanças na prática profissional é desafiador. Portanto, é imprescindível monitorar e avaliar a reorganização dos processos de trabalho para identificar e superar as dificuldades vivenciadas.

A avaliação torna-se fundamental na gestão em saúde uma vez que promove um olhar crítico sobre o que está sendo feito, comparando-o com o que deveria estar ocorrendo e favorecendo a busca por resultados desejáveis. (CHAVES, TANAKA, 2012)

Assim, a avaliação das ações dos serviços de saúde é um valioso instrumento de gestão e planejamento, pois possibilita a identificação de problemas nas práticas e serviços de saúde e, a partir disso, reorienta as estratégias desenvolvidas.

Contudo, no Brasil, estudos apontam que a prática da avaliação em saúde além de ainda ser incipiente, está mais associada à burocracia e punição do que ao suporte do planejamento e da gestão. (FELISBERTO, 2006).

Dentre os métodos avaliativos, destaca-se a avaliação de quarta geração proposta por Guba; Lincoln (2011). Esse método caracteriza-se pelo enfoque construtivista, que possibilita uma multiplicidade de construções dos diversos atores e realidades em sua metodologia de condução.

Essa metodologia avaliativa, ao envolver os grupos de interesse aos quais os resultados da avaliação implicarão diretamente como atores no processo, possibilita a construção de informações balizadas pelas preocupações, reivindicações e questões levantadas pelos sujeitos participantes.

Por outro lado, para avaliar problemas complexos, há de se buscar lentes também complexas através de um paradigma capaz de ligar, entrelaçar e conferir um caráter de tecido. (MORIN, 2015)

É impossível avaliar o cuidado prestado por uma equipe multiprofissional, com práticas interdisciplinares ou não, a um sujeito que vivencia uma condição crônica que impõe o fortalecimento de sua autonomia para o autocuidado a partir de um pensamento disjuntivo e reducionista que concebe o ser humano de maneira insular, fora do cosmos que o rodeia da matéria física.

Faz-se necessário um pensamento problematizador e crítico que possibilite a compreensão além do que está instituído como conhecimento lícito e verdadeiro e a aceitação das limitações e incertezas do nosso pensar. (MORIN, 2015)

O paradigma da Complexidade, proposto por Edgar Morin, por integrar diferentes modos de pensar, indica que tudo está interligado. A parte e o todo estão intimamente ligados e o somatório das pequenas ações e das interações entre elas podem produzir efeitos surpreendentes no todo. (VASCONCELOS, 2013).

1.3. JUSTIFICATIVA

A atenção à pessoa com DM na APS representa um desafio devido à complexidade dos fatores envolvidos. Portanto, pressupõe-se que a implantação de um modelo de atenção que favoreça a qualidade da assistência prestada perpassa pela adoção de novos saberes e metodologias de trabalho, pela reorganização do

processo de trabalho e pelas relações entre gestores/trabalhadores e trabalhadores/usuários.

Como sujeito implicado nesse cenário, por desenvolver a função de gestão da implantação das políticas públicas municipais de saúde na CORES IV, identifiquei a importância de avaliar a atenção prestada à pessoa com DM com a participação dos múltiplos atores envolvidos, gestores, trabalhadores de saúde e usuários, no intuito de incorporar as percepções e as experiências decorrentes dos diversos saberes.

Busquei por meio desse estudo, avaliar a atenção à pessoa com DM nas UAPS de Fortaleza para identificar se o MACC realmente foi implantado em todos os seus níveis de intervenção: promoção à saúde, prevenção às condições de saúde, gestão das condições crônicas simples, complexas e muito complexas.

Além disso, pretendi identificar as fragilidades existentes nesse processo de modo a subsidiar o planejamento de novas formas de organização e redirecionar práticas profissionais no intuito de promover uma assistência mais qualificada e voltada para as reais demandas e necessidades.

Por outro lado, o estudo contribuirá para produção do conhecimento na área já que durante o levantamento bibliográfico realizado sobre a temática estudada nas bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via Pubmed, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) foram encontradas poucas pesquisas avaliativas sobre a atenção prestada às pessoas com Diabetes na Atenção Primária à Saúde no Brasil apesar de existirem muitos estudos sobre diagnóstico, condutas clínicas, modelos de intervenção e adesão da pessoa com DM ao tratamento.

Portanto, a relevância desse estudo justifica-se tanto pela escassez de estudos que abordam a avaliação das atividades e serviços de saúde quanto pela importância em avaliar a atenção aos pacientes com DM, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado dispensado a esses indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atenção à saúde oferecida às pessoas com Diabetes Mellitus nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza considerando o contexto de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a estrutura das UAPS no tocante aos recursos humanos, infraestrutura física, equipamentos e insumos destinados ao atendimento e acompanhamento das pessoas com Diabetes Mellitus;

Caracterizar a organização das práticas de cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus na perspectiva do MACC;

Identificar no cuidado às pessoas com diabetes mellitus, o desenvolvimento de planos de cuidado individualizados que contribuam para o apoio ao autocuidado;

Identificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas ESF e NASF que contribuam para melhor autonomia e qualidade de vida às pessoas com diabetes mellitus;

Verificar as potencialidades e fragilidades no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome clínica heterogênea, caracterizada por hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas resultantes de defeitos na ação insulínica, de deficiente secreção de insulina pelas células pancreáticas ou ambos. (BRASIL, 2013g)

Esse agravo, além de atingir mundialmente proporções epidêmicas, está associado a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. (SBD, 2017)

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017), quanto à classificação etiológica, os principais tipos de DM são:

O DM1 que apresenta prevalência de apenas 5 a 10% de todos os casos de DM e é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas que desencadeia deficiência completa na produção de insulina.

O DM2 que, geralmente, acomete indivíduos a partir da quarta década de vida e corresponde de 90 a 95% de todos os casos de DM. Apresenta etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genéticos e fatores ambientais como hábitos dietéticos, inatividade física e obesidade.

O Diabetes Mellitus gestacional (DMG) que é uma intolerância a carboidratos de gravidade variável, que se inicia durante a gestação, sem ter previamente preenchido os critérios diagnósticos de DM. Apresenta prevalência de 1 a 14% a depender da população estudada e do critério diagnóstico adotado. Pode ser transitório ou persistir após o parto, caracterizando-se como importante fator de risco independente para desenvolvimento futuro de DM2.

Outros tipos de Diabetes são menos frequentes e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina, doenças no pâncreas exócrino, infecções e efeito colateral de medicamentos.

As complicações do diabetes são categorizadas como distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. (SBD, 2017)

Uma das complicações microvasculares mais comum é a retinopatia diabética (RD), que ocorre tardiamente, após 20 anos de doença, em mais de 90% das pessoas com DM tipo 1 e em 60% dos de tipo 2. Essa complicação está presente principalmente em pacientes com longo tempo de doença e difícil controle glicêmico. (SBD, 2017)

Ademais, as probabilidades de ocorrerem um AVC e um Infarto Agudo do Miocárdio em pessoas com DM são respectivamente duas a três vezes e duas a cinco vezes maiores do que em pessoas com níveis glicêmicos normais (BRASIL, 2013g).

Assim, apesar de as complicações cardiovasculares não serem específicas do DM, acontecem com mais frequência e gravidade nos indivíduos acometidos com essa condição crônica representando, portanto, a principal causa de morbimortalidade associada a essa patologia. (CORTEZ et al., 2015).

Para o controle de parâmetros clínicos que dependem de mudanças de hábitos de vida, como: alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e abandono do tabagismo, é imprescindível a prática do autocuidado pelo paciente. O autocuidado é um longo percurso que deve ser avaliado e motivado sistematicamente pelos profissionais de saúde para tentar equilibrar aspectos psicossociais da doença que desencadeiem práticas prejudiciais à promoção da saúde (CECÍLIO et al, 2016).

Outro estudo desenvolvido na perspectiva do cuidado empoderador aponta que a atenção deve ser prestada longitudinalmente por equipe multiprofissional, com criação de vínculo e com compartilhamento da responsabilidade entre a equipe de saúde e o indivíduo, através da elaboração conjunta de um plano terapêutico que contemplem também ações de autocuidado. (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010)

A assistência à pessoa com DM deve ser realizada conforme suas necessidades, sua capacidade e motivação para o autocuidado e o grau de risco estratificado. Aqueles com dificuldade para o autocuidado precisam de mais apoio profissional até que consigam ampliar as condições de se cuidar. (BRASIL, 2013g)

Nessa perspectiva, a consulta desse paciente deve incluir quatro aspectos fundamentais: história da pessoa, exame físico, avaliação laboratorial e estratificação do risco cardiovascular. (BRASIL, 2013g)

Para avaliar a história do indivíduo, sugere-se identificar sua idade, escolaridade, profissão, raça; tempo de diagnóstico do DM; sintomas de diabetes; resultados de exames relacionados ao diagnóstico de diabetes ou ao controle metabólico; episódios de descompensação (cetose e cetoacidose); episódios de hipoglicemia; padrões alimentares, história ponderal e estado nutricional; tratamentos prévios e tratamento atual; infecções prévias e atuais; uso de medicamentos que alteram a glicemia; estilo de vida e outros aspectos que podem afetar o manejo do diabetes (sedentarismo e etilismo); padrão de atividade física; história obstétrica; problemas psicossociais; fatores de risco para aterosclerose (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia); história familiar de diabetes (pais, irmãos); complicações microvasculares já detectadas: retino, nefro e neuropatias; complicações macrovasculares já ocorridas (infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC)) e presença de comorbidades. (FORTALEZA, 2016)

Para planejar o cuidado e definir tanto a agenda de atendimento quanto o ponto de atenção onde esse atendimento será realizado, é fundamental realizar sistematicamente, em cada consulta, a estratificação de risco.

Contudo, é válido ressaltar que, apesar de o protocolo de estratificação de risco ser uma ferramenta útil e necessária, não é suficiente para definir o risco ou a vulnerabilidade de determinada pessoa visto que não capta os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais. Assim, o protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta e o acolhimento da subjetividade para a avaliação do seu potencial de agravamento. (BRASIL, 2013g)

Nesse sentido, é imprescindível, a cada encontro, aproximar-se das pessoas e buscar conhecer suas condições de vida e de trabalho; suas concepções sobre saúde e doença, os fatores que beneficiam ou prejudicam sua saúde e os recursos que buscam em caso de doença ou abalos à saúde para, a partir disso, construir projetos terapêuticos individuais e não apenas encaminhamentos de menor à maior técnica da atenção. (CECCIM; FERLA, 2006)

Sobre esse prisma, Ayres (2004) destaca a importância de buscar estabelecer encontros terapêuticos que possibilitem identificar os projetos de felicidade do sujeito, ou seja, aquilo que eles realmente almejam e compreendem por saúde e atenção à saúde. Isso implica em desvelar o sentido da sua existência

no mundo e os significados do diagnóstico, exames, tratamento medicamentoso, dieta e sintomas no seu modo de vida.

Segundo o mesmo autor, se não houver essa compreensão, provavelmente, a equipe de saúde não conseguirá obter o êxito técnico devido à dissonância com o sucesso prático representado pelo alcance da felicidade na perspectiva existencial.

Conforme as diretrizes clínicas, elaboradas pela SMS de Fortaleza, a estratificação de risco da pessoa com DM 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, conforme o quadro abaixo (FORTALEZA, 2016):

Quadro 1 - Critérios clínicos para estratificação de risco das pessoas com diabetes mellitus

Risco	Critérios						
	GJ (mg/dl)	GPP (mg/dl)	HbA1c (%)	Sinais e sintomas de hiperglicemia	Nível pressórico (mmHg)	LOA e/ou neuropatia	CCA
Baixo	Pré-diabetes: glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose				PAS < 130 e PAD < 85	Ausente	Ausente
	GJ ≤ 130	GPP ≤ 180	HbA1c ≤ 7	Ausente			
Médio	130 > GJ ≤ 150	180 > GPP ≤ 200	7 > HbA1c ≤ 8	Ausente	130 ≤ PAS < 140 e 80 ≤ PAD < 90	Ausente	Ausente
Alto	150 > GJ < 200	200 > GPP < 270	8 > HbA1c < 9	Presente ou ausente	Estágio I ou II Sem CCA	Presente ou ausente	Ausente
Muito Alto	GJ ≥ 200	GPP ≥ 270	HbA1c ≥ 9	Presente ou ausente	Estágio I ou II CCA	Presente ou ausente	Presente
					Estágio III		Presente ou ausente

Fonte: Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus. (Fortaleza, 2016).

De acordo com a estratificação realizada, deve ser feita a programação das consultas na atenção primária e na atenção especializada, conforme os quadros abaixo (FORTALEZA, 2016):

Quadro 2 - Número de consultas de médicos, enfermeiros, odontólogos e nutricionistas além de participação de grupos operativos conforme a estratificação de risco de pessoas com DM

Risco	Nº mínimo de consultas/ano - Atenção Primária (APS)				
	Médico	Enfermeiro (Avaliação Pé diabético)	Nutricionista	Odontólogo	Grupos Educativos (Equipe UAPS/NASF)
Baixo	Anual	Anual	Se necessário	Anual	Trimestral
Médio	Semestral	Anual	Anual	Anual	Trimestral
Alto	Semestral	Semestral	Semestral	Anual	Semestral
Muito alto	Semestral	Semestral	Trimestral	Anual	Semestral

Fonte: Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus (Fortaleza, 2016).

Quadro 3 - Número de consultas na AE por ano conforme a estratificação de risco da pessoa com DM

Risco	Nº mínimo de consultas/ano - Atenção Secundária (AE)					
	Endocrinologista	Cardiologista*	Oftalmologista	Nefrologista*	Vascular	Neurologista
Baixo	-		Anual		Se necessário	Se necessário
Médio	-		Anual		Se necessário	Se necessário
Alto	Semestral		Semestral		Se necessário	Se necessário
Muito alto	Quadrimestral		Semestral		Se necessário	Se necessário

* Os encaminhamentos para estes especialistas devem seguir as orientações das diretrizes de HAS e doença renal crônica.

Fonte: Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus (Fortaleza, 2016)

Nesse sentido, pacientes de risco baixo ou moderado devem ter seu cuidado concentrado na APS. Já pacientes estratificados com risco alto ou muito alto por controle metabólico e/ou pressórico inadequado, porém sem apresentarem condições clínicas associadas (CCA) devem ser acompanhados na APS por um período mínimo de seis meses e apenas se persistirem descompensados, devem sempre ter acompanhamento conjunto na APS e Atenção Especializada (AE).

Por outro lado, pacientes que apresentam CCA, portadores de DM 1, DMG ou diabética grávida devem sempre ter acompanhamento conjunto na APS e AE.

No cuidado às pessoas com doenças crônicas, os pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar devem atuar de forma

complementar e integrada à atenção básica, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje. (BRASIL, 2013g)

Nesse processo, é fundamental pactuar responsabilidades e garantir a comunicação e a transferência segura do cuidado com o compartilhamento de planos de cuidados entre a APS e a AAE e com a discussão destes planos entre esses pontos de atenção em algumas circunstâncias. (BRASIL, 2013g)

Malta; Merhy (2010) ressaltam que apesar do planejamento de intervenções a partir da definição de grupos de risco e elaboração de protocolos clínicos serem bastante efetivas, sobretudo, na abordagem das DCNT, é imprescindível refletir se as soluções propostas a partir de consensos científicos são condizentes com a realidade dos sujeitos envolvidos.

A linha de cuidado (LC) deve ser um dispositivo essencial para realizar mudanças de práticas de gestão, cuidado, educação e participação que se pautem na atenção integral e na centrada na pessoa. (PINTO, 2009).

A organização da LC pressupõe a responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do sujeito com o deslocamento da assistência centrada em procedimentos fragmentados para outra pautada na responsabilização, vinculação e cuidado. (MALTA; MERHY, 2010)

Portanto, a implantação da LC não significa limitar os sujeitos às suas doenças e, a partir disso, apontar padrões de comportamentos em série com as respectivas definições de protocolos que devem ser adotados rigorosamente pelos profissionais de saúde em um predeterminado itinerário de lugares, conforme um conjunto rígido de critérios de acesso (PINTO, 2009).

Ao contrário, as necessidades do sujeito devem estruturar todo processo de produção da saúde que deve ser desenhado com o compartilhamento de saberes e responsabilidades dos profissionais de todos os pontos de atenção.

Nessa perspectiva, busca-se construir um fluxo contínuo de cuidado com fortalecimento da autonomia dos sujeitos no seu modo de viver por meio da oferta de informações e apoio pelos profissionais de saúde para que os usuários definam de forma esclarecida e responsável as opções terapêuticas mais adequadas ao seu contexto de vida. (MALTA; MERHY, 2010)

É válido salientar que a ESF, além de organizar a linha do cuidado, com a definição dos fluxos assistenciais, também deve gerir o projeto terapêutico do sujeito, acompanhando-o e garantindo o acesso aos outros níveis de assistência de

modo a garantir o vínculo com a equipe básica e a longitudinalidade do cuidado. (MENDES, 2010)

3.2 MODELOS DE ATENÇÃO

No cenário brasileiro, o debate sobre o modo de organizar os serviços de saúde e prestar assistência à saúde tornou-se relevante, sobretudo, nas décadas de 1970 e 1980 com a emergência do movimento da reforma sanitária que apontava a necessidade de profundas transformações o modelo de saúde hegemônico e evidenciava a necessidade da descentralização dos serviços, da humanização do atendimento e da atenção universal e integral para população brasileira.

Nesse contexto, surge à busca da compreensão do conceito da expressão “modelo assistencial” e das diversas terminologias adotadas bem como das características do que seria um modelo condizente com os princípios e diretrizes propostas pela reforma sanitária. (FERTONANI et al, 2015)

A conceituação do termo “modelo assistencial” é complexa e apresenta diversas variações terminológicas: “modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos”, “modos de produzir saúde”, “modelos assistenciais”, “modelo técnico ou tecnoassistencial e modelo técnico-assistencial”, “modos de intervenção”, “modelos de atenção”, “modelos de cuidado”. (FERTONANI et al, 2015)

Em uma perspectiva sistêmica sobre modelos de atenção à saúde, podem-se apontar três dimensões: gerencial, referente às estratégias de condução do processo de reorganização das áreas e serviços; organizativa direcionada às relações entre as unidades de prestação de serviços; e técnico-assistencial que abrange as relações estabelecidas entre as práticas e seus objetos de trabalho. (TEIXEIRA, 2002).

Sob a ótica de Paim (2003), modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde não devem ser compreendidos como formas de organizar o sistema e os serviços de saúde ou como normas ou padrões que devem ser adotados. Trata-se da combinação de distintas técnicas ou tecnologias com a finalidade de resolver necessidades sociais de saúde individuais e coletivas ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde.

Merhy (2005) ressalta que os modelos tecnoassistenciais articulam saberes e políticas em um processo composto por dimensões tecnológicas e

assistenciais para organizar a assistência à saúde. Destaca que o cuidado é prestado a partir de três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras.

Na perspectiva desse autor, é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacional, focadas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e materiais.

Para Mendes (2011), os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS (Redes de Atenção à Saúde), articulando os componentes da rede e as intervenções sanitárias conforme a visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

No Brasil, a partir do século XX, podem ser destacados os modelos assistenciais: sanitário campanhista; médico assistencial privatista e modelos reformistas como os modelos de defesa pela vida, de ações programáticas, de sistemas locais em saúde, de cidades saudáveis e de organização da Atenção Primária à Saúde com o surgimento da Estratégia de Saúde da Família em 1994.(ANDRADE; BARRETO; CAVALCANTI, 2013)

O modelo sanitário campanhista, preponderante do início do século XX até meados dos anos de 1960, pautava-se essencialmente no controle das endemias, por meio de “campanhas sanitárias” que, até hoje, são utilizadas principalmente no que se refere à imunização da população. As ações promovidas por esse modelo caracterizavam-se por programas verticais, de caráter periódico, elaboradas conforme as características epidemiológicas da doença ou agravo que se pretendia erradicar e/ou controlar (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Com o avanço do processo de industrialização brasileiro, passou a configurar-se o modelo médico-assistencial privatista centrado na assistência médica individual, curativa, especializada e fragmentada.

Sua rede assistencial era composta fundamentalmente por complexos médico-hospitalares contratados ou conveniados com o Estado por intermédio da previdência social. Assim assistência à saúde individual era prestada quase que exclusivamente de forma privada, excluindo o acesso de grande parte da população

que não podia pagar por estes cuidados, restando-lhes apenas os serviços filantrópicos. (ANDRADE; BARRETO; CAVALCANTI, 2013)

Esse modelo, hegemônico de meados de 1960 até meados de 1980, não atendia as necessidades sociais de saúde da população por ser privatista, excludente e focado no consumo, por demanda espontânea, de consultas médicas especializadas, exames e medicamentos. (PAIM, 2003)

No final da década de 1970, consolidou-se o movimento de reforma sanitária brasileiro, composto por intelectuais, lideranças políticas, profissionais e dirigentes de saúde e por representantes da sociedade civil organizada, que evidenciou a necessidade de mudanças dos modelos de assistenciais implantados no Brasil que, além de excludentes, caracterizavam-se pela dicotomia entre as ações preventivas e curativas. Nesse cenário, surgiu o projeto de um sistema universal, integral, equânime, descentralizado e com efetiva participação popular. (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009)

Assim, a partir do final dos anos 70, vários municípios brasileiros implantaram propostas de modelos consonantes com o projeto da reforma sanitária. Dentre essas propostas, tem-se o modelo em defesa pela vida, desenvolvido por um grupo de pesquisadores do Laboratório de Planejamento da Universidade Estadual de Campinas (LAPA-UNICAMP), e fundamentado na gestão democrática, na saúde como direito de cidadania e no serviço público de saúde voltado para defesa da vida individual e coletiva. (TEIXEIRA, 2003)

As Ações programáticas ou programação em saúde foi um modelo desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (DMP-USP) e propunha a reorganização dos processos de trabalho com a programação de ações a partir da identificação das necessidades de saúde da população que demanda serviços nas unidades básicas de saúde. (TEIXEIRA, 2003).

Destacaram-se também os sistemas locais de saúde como uma das propostas de modelos tecnoassistenciais mais debatidas durante o início da operacionalização do SUS. Nesse modelo, o planejamento local de saúde era realizado a partir da análise epidemiológica da situação de saúde e da definição da situação almejada. (ANDRADE; BARRETO; CAVALCANTI, 2013)

Ademais, o modelo da Vigilância da Saúde surgiu na perspectiva de efetivar a diretriz da integralidade proposta pelo SUS e propõe articulação entre

ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras além da atuação intersetorial sobre o território. (PAIM, 2003)

A constituição de 1988, ao propugnar a saúde como direito de todos e dever do Estado, além de reafirmar e consolidar as propostas do movimento sanitário brasileiro, ampliou o conceito de saúde conferindo-lhe o caráter de direito de cidadania.

Contudo, a mudança no modelo de atenção à saúde é um processo extremamente complexo visto que requer um conjunto heterogêneo de mudanças de iniciativas “macro” sistêmicas, assim como a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças a nível “micro”. (TEIXEIRA, 2003).

O Programa de Saúde da Família (PSF) configura-se como uma proposta que emergiu na década de 1990, no Brasil, para promover mudanças no modelo assistencial em saúde no intuito de torná-lo mais condizente com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, embora o SUS constituísse um novo paradigma nas dimensões política, jurídica e institucional, persistia o imenso desafio de concretizá-lo na perspectiva das práticas de atenção.

É apresentado, na Norma Operacional Básica 01/96, como estratégia capaz de reorientação do modelo assistencial vigente, pautado no modelo de vigilância epidemiológica e caracterizado por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde desenvolvida no individual e no coletivo com práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. (BRASIL, 1996)

A Portaria 648, de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), transformando o Programa de Saúde da Família em uma estratégia de abrangência nacional no intuito de consolidar e priorizar a reorganização da atenção básica no Brasil. (BRASIL, 2006a)

Essa primeira edição da PNAB, publicada no contexto do pacto pela saúde, ampliou o escopo e a concepção da APS ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente e reconhecer a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da APS no Brasil. (BRASIL, 2006a)

A PNAB publicada em 2011 define a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e condizente com as necessidades de saúde. Nessa perspectiva, a APS deve assumir como funções: ser

base; ser resolutiva; ser coordenadora e ordenadora do cuidado nas redes. (BRASIL, 2011)

A PNAB publicada em 2017, apesar de apontar a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, reconhece e financia outras estratégias de organização nos territórios como as Equipes de Atenção Básica (EqAB) que devem ser compostas minimamente por médicos, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiros, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. (BRASIL, 2017)

Essas equipes podem agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. Cada profissional deve trabalhar, no mínimo, dez horas semanais e cada EqAB deve dispor, no máximo, de três profissionais para totalizar as 40 horas semanais por cada categoria que compõe a equipe. (BRASIL, 2017)

Por outro lado, a PNAB de 2017 recomenda que os ACS devam cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade ao invés de 100% da população da EqSF como proposto na PNAB de 2011. (BRASIL, 2017)

Além disso, faculta competências a esses profissionais que, atualmente, são desempenhadas pelos técnicos de enfermagem como aferição de pressão, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e realização de curativos limpos.

Outra alteração bastante significativa foi a retirada do texto da PNAB da carga horária semanal que poderia ser destinada para atividades de educação permanente em saúde.

Embora não tenha havido modificação nas categorias profissionais componentes nem na carga horária dos NASF, a palavra apoio foi substituída por ampliado podendo denotar outra concepção de organização do processo de trabalho.

3.3. MARCOS LEGAIS DA ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DA APS DO BRASIL

Em 2002, o Ministério da Saúde em articulação com sociedades científicas de cardiologia, endocrinologia, nefrologia, com federações nacionais de pessoas com HAS e DM, com o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) publicou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. (BRASIL, 2001)

Esse plano objetivava garantir o acompanhamento sistemático das pessoas com as referidas doenças crônicas nas unidades de saúde através da capacitação dos profissionais da APS e da reorganização dos serviços. (BRASIL, 2001).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002, aprovada por meio da portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, ampliou as responsabilidades nos municípios na atenção básica bem como estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca da maior equidade. (BRASIL, 2002).

O Plano Diretor de Regionalização, como instrumento da regionalização da assistência à saúde em cada estado, buscava construir, por meio da organização do território estadual em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, as redes hierarquizadas de serviços, com estabelecimento de fluxos de referências e contrarreferências com vistas a garantir a integralidade do cuidado.

A elaboração do PDR suscitou a organização da atenção primária às pessoas com DM na medida em que buscava garantir o acesso dos sujeitos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência a doenças crônicas de alta prevalência. (BRASIL, 2002).

Além disso, a NOAS 01/2002 definiu que para os municípios fossem habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e receberem o financiamento condizente com essa modalidade de gestão do sistema municipal de saúde deveriam realizar ações para o controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus. (BRASIL, 2002).

Em 2006, o ministro da saúde e os presidentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) assinaram o Pacto pela Saúde com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar

maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde deveria ser revisado anualmente de acordo com os princípios constitucionais do SUS e com a análise das necessidades de saúde da população para definir as ações prioritárias nos seus três componentes: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS. (BRASIL, 2006b).

A sua operacionalização era feita por meio da adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que substituiu os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelecia metas e compromissos para cada ente da federação. (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, o pacto pela vida constituía um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, expressos em objetivos de processos e resultados que apresentavam impacto sobre a situação de saúde da população (BRASIL, 2006b).

Dentre as prioridades definidas pelo pacto pela vida de 2006, destaca-se a elaboração e a implantação da Política Nacional de Promoção à Saúde com ênfase na adoção de hábitos benéficos à saúde pela população brasileira como prática de atividade física regular, consumo de alimentação saudável e cessação do tabagismo. (BRASIL, 2006b)

A portaria nº 648, publicada em 2006, com o objetivo de operacionalizar a atenção básica, definiu como uma das áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional o controle da diabetes mellitus. Para nortear as ações de prevenção, identificação de grupos de risco, diagnóstico precoce e de abordagem terapêutica desenvolvida pelos profissionais de saúde da atenção básica, sobretudo os das equipes saúde da família, foi lançado o Caderno de Atenção Básica número 16. (BRASIL, 2006a)

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, do Ministério da Saúde (MS) foi construído com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa, vários ministérios do governo brasileiro, membros de Organizações Não Governamentais (ONGs) da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros. (BRASIL, 2011d)

Esse plano define e prioriza as ações e os investimentos necessários para promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas,

integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle, no período de dez anos, das seguintes DCNT: Doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, bem como os seus principais fatores de risco: Tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. (BRASIL, 2011c)

Fundamenta-se na elaboração de diretrizes e ações em: Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; Promoção da saúde e cuidado integral.

Na vigilância de DCNT, destacam-se o monitoramento dos fatores de risco, o monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças além das respostas dos sistemas de saúde.

No eixo de promoção da saúde, ressaltam-se as parcerias realizadas para viabilizar as intervenções que impactam positivamente na redução dessas DCNT e de seus fatores de risco, especialmente nas populações em situação de vulnerabilidade. Compreende ações de fortalecimento da prática de atividade física e de consumo de alimentação saudável; cessação do tabagismo e do consumo nocivo de álcool e de promoção do envelhecimento ativo. (BRASIL, 2011d)

No eixo de cuidado integral estão sendo realizadas ações com o intuito de fortalecer a abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das DCNT. Dentre outras estratégias, contempla: Definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT baseadas em evidências de custo-efetividade; Capacitação das equipes da APS e expansão de recursos de telemedicina; Garantia do acesso gratuito aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas das DCNT e tabagismo; Fortalecimento do cuidado ao portador de DCNT na rede de urgência. (BRASIL, 2011d)

No final de 2010, com a publicação da portaria MS/GM nº 4.279, estabeleceu-se diretrizes para organização, no âmbito do SUS, das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são constituídas por três elementos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 2010)

A população sob a responsabilidade das RAS é organizada socialmente em famílias, cadastrada em um território específico, e é estratificada em subpopulações por riscos socio sanitários e por riscos de suas condições de saúde.

A estrutura operacional compreende a APS que é o centro de comunicação da RAS; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas

de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. Os três primeiros elementos representam os nós das redes de atenção, quarto, os elos de comunicação entre os nós e o quinto, as relações políticas, econômicas e administrativas que viabilizam os outros quatro primeiros elementos.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, com a organização de uma rede horizontal de atenção à saúde. Nessa perspectiva, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2011).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". (BRASIL, 2011a)

Neste sentido, a APS deve cumprir algumas funções para o melhor funcionamento das Redes de Atenção à Saúde: ser base, ser resolutive, coordenar o cuidado das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e articulando as outras estruturas das redes de saúde e intersetorial, pela incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado e ordenar as redes. (BRASIL, 2011c).

O modelo de atenção à saúde é o sistema de organização do funcionamento da RAS, que possibilita a articulação entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos e as distintas intervenções sanitárias, estabelecidas conforme a visão prevalecente da saúde, a situação demográfica e epidemiológica além dos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (MENDES, 2011)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) citado em Brasil (2010), "um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo". Nessa perspectiva, o modelo de atenção à saúde não pode enfrentar as condições crônicas sob a mesma lógica das condições agudas, com a utilização de tecnologias de pronto atendimento pautadas na busca espontânea pelo serviço de saúde a partir de sinais ou sintomas autopercebidos.

Deve, portanto, promover uma atenção contínua às pessoas com condições crônicas mais relevantes, através da adoção de tecnologias de gestão da

clínica, tais como as diretrizes clínicas, linhas de cuidado, gestão da condição da saúde gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera. (BRASIL, 2010)

Diante da necessidade de reestruturação da atenção às pessoas com doenças crônicas, instituiu-se, em 2013, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, a partir da publicação da Portaria MS/GM nº 252. Em 2014, essa rede temática foi redefinida através da portaria nº 483 que estabeleceu diretrizes para a organização das linhas de cuidado para fortalecer e garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas. (BRASIL 2013d; BRASIL, 2014a)

Apresenta como objetivos específicos: ampliação do acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde; aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas por meio do cuidado integral, longitudinal e coordenado pela APS; garantia do acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno; promoção de hábitos de vida saudáveis; ampliação das ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool; fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e atuação positiva nos indicadores relacionados às doenças crônicas.

3.4 MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), construído e apresentado por Mendes para abordar as condições crônicas no SUS, possui cinco níveis de intervenção e três componentes integrados.

Os níveis de intervenção são: intervenções de promoção da saúde; intervenções de prevenção das condições de saúde; gestão da condição de saúde condição crônica simples e/ou com fator de risco biopsicológicos; gestão da condição de saúde crônica complexa e gestão de caso. Os componentes são: a população, os focos das intervenções de saúde e os tipos de intervenção (MENDES, 2011)

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2011).

Esse modelo propõe a incorporação do Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) que possibilita a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de risco e das subpopulações com condições de saúde muito complexas.

O MPR baseia-se na definição das estratégias de autocuidado ou de tecnologias da gestão da clínica que deverão ser adotadas a partir da estratificação das pessoas portadoras de uma condição crônica em três níveis, segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades, conforme se vê na Figura 02 (MENDES, 2011)

Figura 2 - Modelo da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente



Fonte: Mendes (2011).

O nível 1 é constituído por uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada, com baixo perfil de risco geral e com grande capacidade

de autocuidado. Esse grupo representa a maioria da população total portadora de uma condição crônica.

No nível 2, a subpopulação apresenta um risco maior por apresentar um fator de risco ou mais de uma condição crônica ou certo grau de instabilidade na condição crônica ou um potencial de deterioração de sua saúde se não tiver um suporte de uma equipe profissional. Nesse grupo, apesar do autocuidado apoiado continuar sendo muito importante, a maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas.

O nível 3 é composto pela 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.

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. (MENDES, 2012)

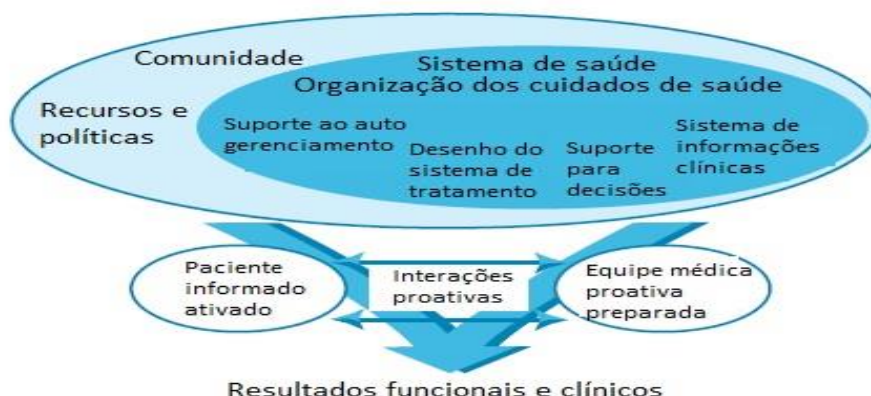
Outro modelo incorporado ao MACC foi o Chronic Care Model(CCM) que é um modelo de cuidados para pacientes com condições crônicas, desenvolvido no Institute for Health Care Innovation na Califórnia. (MENDES, 2012)

O CCM propõe a melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes com condições crônicas, através de uma abordagem proativa, capaz de prever e antecipar possíveis complicações e exacerbações da doença, da integração entre cuidados primários e secundários e da utilização de programas de cuidados e de condutas baseadas em evidências, desenvolvidos por uma equipe multiprofissional.

Esse modelo, desenvolvido em decorrência da alta prevalência das condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições, organiza-se por meio de 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. (MENDES, 2012).

No CCM, a interação entre os seis componentes possibilita o desenvolvimento de sujeitos informados e ativos e de equipes de saúde capacitadas e proativas para promover melhores resultados sanitários e funcionais para a população. (MENDES, 2010)

Figura 3 - A atenção à saúde segundo o Modelo da Atenção Crônica (CCM)



Fonte: Mendes (2012)

Outra concepção incorporada pelo MACC foi o Modelo de Determinação Social da Saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) citado em Mendes (2011). Esse modelo sugere atuação centrada nos níveis de determinação em quatro camadas: na primeira, mais próxima dos fatores biológicos, são representados os comportamentos e os estilos de vida individuais; na segunda, é destacada a influência das redes sociais e comunitária; na terceira, ressaltam-se as condições de vida e trabalho; e na quarta, estão situados os macrodeterminantes como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

A interface entre o MACC e o Modelo de Determinação Social da Saúde ocorre com a variação nos níveis de atenção à saúde. Portanto, o primeiro nível permeia a população total da rede, com foco nos determinantes sociais da terceira e quarta camada; seguindo até o nível cinco, que envolve a subpopulação com condição crônica muito complexa.

3.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

3.5.1. Aspectos históricos da avaliação em saúde no Brasil

Avaliação é comumente definida como processo técnico-administrativo para emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção, com critérios e referenciais previamente definidos, utilizando-se dados e informações existentes ou construídos, visando uma tomada de decisão. (FURTADO, 2006)

Ao analisar as diversas literaturas internacionais sobre a definição de avaliação em saúde, Serapioniet al (2013) apontam alguns aspectos que são consensuais entre a maioria dos estudiosos: formulação de juízo sobre o valor ou mérito de uma intervenção; sistematização e rigorosidade dos procedimentos de coleta de dados que possibilitam o julgamento do mérito ou valor das ações; percepção da avaliação como ferramenta indispensável para tomada de decisão.

No processo de planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde, a avaliação é uma ferramenta essencial por auxiliar na identificação das fragilidades nos serviços implantados, por mensurar a eficiência e a efetividade das ações assistenciais além de verificar o impacto advindo das ações de saúde na condição sanitária da população. (PAIM, 2006)

Em 2003, foi elaborada a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, sendo divulgada e implementada em 2004, com o título: “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização”, estimulando, vários departamentos do Ministério da Saúde, a aperfeiçoarem ou iniciarem programas de monitoramento e avaliação.

Essa política era composta por seis componentes principais: monitoramento e avaliação; desenvolvimento da capacidade avaliativa; articulação sistemática e integração das ações; cooperação técnica e articulação interinstitucional; indução e gestão de estudos e pesquisas e produção de informação e comunicação. (BRASIL, 2005 a)

O propósito dessa política de avaliação era reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde além de apontar as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas relacionadas à atenção básica. Nesse sentido, a avaliação não devia ser atribuição apenas de avaliadores externos, mas devia fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. (BRASIL, 2005 a).

Ainda em 2003, o Ministério da Saúde desencadeou um processo de fortalecimento da Atenção Básica em Saúde por meio do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF). Esse projeto deveria ser desenvolvido no período de oito anos e visava melhorar a organização dos sistemas locais de saúde, qualificar o processo de trabalho e melhorar o desempenho dos serviços.

O PROESF estruturava-se em três componentes: apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde, formação e capacitação de recursos humanos e o monitoramento e avaliação. Através desse último componente, buscou-se impulsionar a política de avaliação que vinha se desenhando no âmbito da Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva, Ministério da Saúde criou, em 2005, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), metodologia de autoavaliação, com adesão voluntária pelos gestores que possibilitava a realização de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços de saúde com a participação de gestores, profissionais de saúde e demais atores envolvidos.

O AMQ buscava monitorar e avaliar os estágios de qualidade da estratégia Saúde da família, disponibilizando ferramentas para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções para melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas no âmbito da estratégia da Saúde da Família; contribuindo para a inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da estratégia Saúde da Família; conhecendo os estágios de qualidade da ESF nos municípios; identificando as áreas críticas e apoiando os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia e contribuindo para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas secretarias municipais e estaduais de saúde. (BRASIL, 2005 b)

Esse instrumento possibilitava a identificação da implantação da saúde da família nos estágios elementar; em desenvolvimento; bom e avançado, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes, o que permitia aos gestores e aos profissionais, a elaboração de planos de intervenção para avanço nos padrões e consequente melhoria na qualidade. (BRASIL, 2005 b)

Contudo, foram identificadas algumas limitações na AMQ tais como: baixa adesão em nível nacional; ausência de definição de escores; padronização em face da diversidade de cenários do Brasil e paradoxo da adesão voluntária e ausência de incentivo financeiro.

Em 2011, no intuito de colaborar com a institucionalização da avaliação dos serviços de saúde no cotidiano de gestores locais e equipes de saúde, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.654/11, institui um novo componente

da Política Nacional de Avaliação, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). (BRASIL, 2011b)

Esse programa objetiva induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica por meio de avaliações periódicas do desempenho das equipes de saúde e da gestão da atenção básica, realizadas por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e também pelo Ministério da Saúde a partir do monitoramento de indicadores. (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, o PMAQ-AB possibilita aos profissionais, a análise de suas práticas, por meio de instrumentos organizados e padronizados, que podem evidenciar as potencialidades e as limitações, norteando reorganizações no processo de trabalho e apoiando os gestores locais no desenvolvimento de linhas de ação que produzam melhoria das ações prestadas à população. (PORTELA; DIAS; VASCONCELOS, 2013)

Essas estratégias de avaliação em saúde são pautadas prioritariamente na perspectiva de Donabedian que define a determinação do valor ou do êxito na obtenção de um determinado objetivo como principal função da avaliação. (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013)

Para isso, Donabedian propõe a avaliação da qualidade da atenção em saúde e das práticas assistenciais em três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos e materiais bem como as formas de organização do cuidado em saúde. No processo, analisa-se a competência da equipe de saúde para abordar o processo saúde-doença conforme o conhecimento técnico e científico vigente. O resultado abrange os efeitos que as ações e procedimentos realizados desencadeiam nas pessoas assistidas. (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013)

Essa abordagem busca identificar quais as variáveis de estrutura que provavelmente permitem um bom processo, quais as variáveis de processo que provavelmente levam a um bom resultado e, a partir disso, atribuir, de forma mais plausível, o resultado à intervenção. (NEMES, 2001)

Também pautado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, O Primary Care Assessment Tool (PCATool), elaborado pela equipe da Universidade John Hopkins, coordenada pela professora Barbara Starfield, é um instrumento de avaliação da efetivação dos atributos da

APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para família, orientação para a comunidade e competência cultural. (BRASIL, 2010)

Esse instrumento constitui-se originalmente por 77 perguntas (itens) sobre os atributos essenciais e derivados da APS cujas respostas são realizadas por meio de Likert com intervalo de 1 a 4 para cada atributo. O escore final de cada um dos atributos resulta da média das respostas de seus itens, que também variam de 1-4. Alguns atributos são formados por subdimensões. A soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e de suas subdimensões com a média do escore do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde produz o Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. A soma da média destes escores essenciais com as médias dos 3 escores derivados produz o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde. (HARZHEIM et al, 2013)

Devido à ausência de outros instrumentos brasileiros validados que mensurassem a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em serviços de saúde, a versão original do PCATool foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e adaptado à realidade brasileira por meio de um processo de tradução, tradução reversa, adaptação, validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade. (HARZHEIM et al, 2006)

Nessa perspectiva, o PCATool Brasil pode ser utilizado em investigações acadêmicas sobre a extensão da APS ou como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS pelas equipes de Saúde da Família e pelos diversos níveis de gestão no intuito de identificar aspectos de estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde que necessitam de reafirmação ou reformulação. (BRASIL, 2010)

Apesar de existirem distintas definições e atribuições para a avaliação, corrobora-se que ela é fundamental para a tomada de decisão e contribui para melhoria das intervenções em saúde e, em última análise, para saúde dos usuários. Assim, deve-se fomentar um processo avaliativo crítico e reflexivo sobre as práticas desenvolvidas no âmbito dos sistemas de saúde com a participação de diferentes atores sociais envolvidos. (CHAVES; TANAKA, 2012)

Contudo, embora a avaliação em saúde seja proposta como ferramenta de gestão do sistema local de saúde desde a Norma Operacional Básica 93 até o Pacto pela Saúde, ainda não está incorporada ao processo de trabalho cotidiano e, portanto, não é utilizada em toda sua potencialidade. (CHAVES; TANAKA, 2012).

3.5.2 Avaliação de quarta geração

Na trajetória histórica do desenvolvimento da avaliação, Guba; Lincoln (2011) apontam quatro gerações segundo a abordagem realizada nos processos avaliativos: A avaliação de primeira geração, baseada na mensuração, impõe ao avaliador uma função essencialmente técnica como elaborar e aplicar o arsenal de instrumentos disponíveis para medir os fenômenos estudados.

A Avaliação de segunda geração, focada na descrição do processo, objetiva verificar o alcance dos objetivos. Contudo, apresenta algumas lacunas na medida em que não aprofunda a interpretação dos resultados e nem a qualidade dos objetivos traçados. Já a avaliação de terceira geração estabelece o juízo de valor sobre o objeto de atenção para do julgamento. Nessa abordagem, o avaliador assume o papel de juiz, mesmo detendo a função técnica e descritiva do método anterior.

Nessas três gerações, percebe-se a hegemonia do paradigma positivista em que a avaliação era conduzida a partir de instrumentos formais quantitativos, sem análise do contexto e com generalização dos resultados obtidos.

Assim, apesar das três gerações iniciais de abordagem avaliativa representarem avanços, apresentaram limitações como: tendência ao predomínio da visão gerencial; incapacidade de acomodar o pluralismo de atores e valores; hegemonia do paradigma positivista com desconsideração do contexto da avaliação, dependência de métodos quantitativos, defesa de uma verdade única e inquestionável à evidência científica e desresponsabilização ética e moral do avaliador.

A avaliação da quarta geração é proposta como alternativa para superar as limitações dos referenciais anteriores por fundamentar-se no paradigma construtivista ou naturalista, com enfoque responsivo, formativo e emancipador, estruturado em passos que se pautam na lógica dialética e na interpretação hermenêutica.

Alguns teóricos propõem que uma avaliação deve ter validade interna, objetividade, confiabilidade e validade externa ou capacidade de generalização. Contudo, outras correntes de avaliação de programas destacam, em detrimento da capacidade de generalização, a responsividade que possibilita a inclusão de

diferentes e eventualmente divergentes julgamentos a partir da participação de representantes de diferentes grupos de interesse no processo avaliativo.

Nesse sentido, quanto maior a especificidade do foco de avaliação, maior a responsividade e menor capacidade de generalização. (NEMES, 2001) As relações de poder, na medida em que as avaliações podem ser desenvolvidas de formas distintas, fomentando conquistas ou perdas de determinados direitos dos grupos de interesse, desencadeia uma maior implicação desses sujeitos (enfoque responsivo).

A avaliação pode focar em determinada ação passível de transformação, possibilitando o desenvolvimento de uma linha de ação consensual dos grupos de interesse.

Essa perspectiva requer o processo hermenêutico dialético como um caminho para a realização de uma avaliação com enfoque construtivista e responsivo. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese.

Nessa perspectiva, uma das principais atribuições do avaliador é conduzir o processo avaliativo de modo que suscite a possibilidade do confronto e do contraditório de cada grupo de interesse, atuando como mediador, em um processo hermenêutico-dialético. (GUBA; LINCOLN, 2011).

Portanto, Guba; Lincoln (2011) propõem um espaço democrático com valorização das contribuições e demandas dos grupos de interesse que é composto pelos sujeitos que podem ser afetados positiva ou negativamente pelo processo avaliativo.

No enfoque responsivo, os parâmetros e limites da avaliação são definidos a partir da interação e negociação entre os grupos de interesse. Sob essa ótica, as variáveis do objeto de avaliação são construídas pelas reivindicações, preocupações e questões dos grupos interessados.

Tem-se que reivindicações, preocupações e questões são respectivamente alegações favoráveis, afirmações desfavoráveis e situações discordantes manifestadas pelos interessados no objeto de avaliação.

Nessa abordagem, o avaliador deve desvelar, acolher e dialogar sobre as reivindicações, preocupações e questões que os distintos grupos de interesse apresentam

Sob a ótica desses autores, os grupos de interesse ou *stakeholders* são: os agentes que compreende todos os envolvidos na promoção, produção e financiamento do estudo além dos avaliadores; os beneficiários que são compostos por todos os possíveis beneficiados pelos resultados da avaliação e as vítimas que são os afetados pelos resultados da avaliação, podendo inclusive perder algum benefício.

A avaliação responsiva constitui-se de quatro fases:

- Identificação dos grupos de interesse e de suas respectivas reivindicações, preocupações e questões (RPQ);
- Apresentação das RPQ relatadas em cada grupo de interesse em todos os grupos identificados para que todos comentem, refutem ou concordem, proporcionando a resolução de algumas RPQ levantadas;
- Realização de coleta de informações de forma qualitativa ou quantitativa sobre as RPQ não resolvidas;
- Negociação das RQP não resolvidas entre os grupos interessados sob orientação do avaliador e utilizando-se as informações coletadas na fase anterior no intuito de obter o máximo de consenso possível sobre os aspectos discordantes.

O paradigma construtivista propõe a interação entre o observador e observado ao invés do dualismo sujeito e objeto. Nessa perspectiva, vale ressaltar que:

- A “verdade” é apenas um consenso construído por sujeitos informados e esclarecidos;
- Os “fatos” têm significado somente dentro de uma estrutura valorativa;
- “Causa” e “efeito” só existem por imputação;
- Os fenômenos só podem ser compreendidos dentro do seu contexto e, por tanto, seus problemas e suas respectivas soluções não podem ser generalizadas;
- As intervenções não são estáveis, sendo influenciáveis pelos contextos na mesma proporção que tenderão a influenciá-los;
- Nos dados produzidos pela avaliação, os fatos e os valores estão intrinsecamente relacionados;

- Os avaliadores têm uma relação subjetiva com os interessados no objeto da avaliação na literal construção dos dados;
- Os avaliadores conduzem um processo de negociação que objetiva obter um consenso sobre construções mais bem informadas e fundamentadas;
- Os dados provenientes de uma avaliação construtivista não apresentam *status* nem legitimação, apenas representam outra construção que deve ser considerada no processo de obtenção de consenso.

Diante disso, a utilização do método construtivista responsivo na condução de uma avaliação pressupõe a renúncia de certezas, de verdades absolutas, de construção de intervenções generalizáveis e de controle do processo uma vez que os *stakeholders* desempenham funções tão relevantes quanto o avaliador.

3.6 PARADIGMA DA COMPLEXIDADE

Edgar Morin, a partir da década de 1970, após uma carreira intelectual dispersa, com publicações sobre política e cultura, começa a publicar sistematicamente sobre a interconexão entre as ciências, delimitando o paradigma da complexidade. (VASCONCELOS, 2013)

Esse paradigma buscava superar as fragilidades do pensamento ocidental hegemônico pautado no “paradigma da simplicidade” e caracterizado pela disjunção, especialização disciplinar, redução e abstração. Nessa perspectiva, tendia a excluir tudo que não era mensurável e era incapaz de conceber uma conjunção complexa ao unificar abstratamente as realidades em totalidades que anulam as diversidades. (VASCONCELOS, 2013)

Para Morin (2009), o pensamento complexo pode ser definido como um tipo de pensamento que une as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Portanto, integra os distintos modos de pensar, considerando todas as influências recebidas, sejam elas internas ou externas.

O termo *Complexus* significa o que foi tecido junto e, de fato, há complexidade quando os elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo e há um tecido composto por acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações e acasos constituindo o fenômeno. Por isso, a complexidade une o paradoxo do uno e do múltiplo. (MORIN, 2015)

No seu livro *Sete saberes necessários à educação do futuro*, Morin (2011) lança um desafio de rompimento da fragmentação e disciplinarização hegemônicas nas pesquisas através do esforço transdisciplinar de religar cultura científica à cultura das humanidades além do rompimento com a oposição natureza e cultura.

O reencontro dessas múltiplas visões é proposto por meio de sete vias: a superação das cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão; o entendimento dos princípios do conhecimento pertinente; o ensino da condição humana, ensino da identidade terrena; o enfrentamento das incertezas; o ensino da compreensão; e o ensino da ética do gênero humano.

Segundo esse autor, todo conhecimento está sujeito ao erro e a ilusão. Nesse sentido, destacam-se os erros das percepções já que são traduções e reconstruções pautadas em estímulos e sinais captados e codificados pelos sentidos bem como o erro intelectual em que o conhecimento ao ser traduzido por meio da linguagem está sujeito à subjetividade do conhecedor.

Além disso, a mesma racionalidade que protege contra o erro e a ilusão quando elabora teorias coerentes e compatíveis com os dados empíricos aos quais se aplica também pode sujeitar-se à ilusão racionalizadora quando não reconhece a subjetividade, a afetividade e os limites da lógica, do determinismo e do mecanicismo.

Assim, na busca da verdade, deve-se contemplar observação/auto-observação, crítica/autocrítica, reflexão/objetivação visto que todos os sujeitos, desde o nascimento, são marcados pelo *imprinting* cultural que influenciam suas ideias. (MORIN, 2015)

Para articular e organizar o conhecimento pertinente é preciso evidenciar o contexto, o global, o multidimensional e o complexo. Nesse sentido, conhecimento das informações ou dos dados isolados é insuficiente, visto que é preciso situá-los em seu contexto para que adquiram sentido. (MORIN, 2011)

Ademais, na abordagem complexa, o global é mais do que o contexto, pois o todo tem características que não são identificadas nas partes ao passo que certas propriedades das partes podem ser inibidas por restrições impostas pelo todo. Portanto, é necessário recompor o todo para compreender as partes. (MORIN, 2011)

Ressalta-se ainda que o conhecimento pertinente deva reconhecer o caráter multidimensional que não apenas isola uma parte do todo, mas também não isola uma parte das outras.

Nessa perspectiva, compreender o ser humano é concebê-lo ao mesmo tempo singular e múltiplo, reconhecendo sua unidade na diversidade e sua diversidade na unidade.

A complexidade propõe a construção do conhecimento da interdisciplinaridade e da interação, articulando os conhecimentos das diferentes áreas. Sugere um processo de reflexão-ação-reflexão, um constante construir, desconstruir e reconstruir, que pode trazer contribuições para avaliação e inovação das práticas profissionais. (VASCONCELOS, 2013)

Segundo Morin, (VASCONCELOS, 2013) os fenômenos complexos são:

- Compostos por muitos elementos inclusive por aqueles parcialmente desconhecidos, mas que possuem natureza semelhante;
- Passíveis de desordem e ordem em processo de interação complementar e contínua;
- Marcados pelos processos de emergência em que novas características surgem a partir da interação dos diferentes níveis de realidade, impondo distintas epistemologias e paradigmas para sua abordagem. Assim, embora o todo seja mais do que a soma das partes, o todo é igualmente menos do que a soma das partes;
- Caracterizados pela retroação ou recursão organizacional em que há uma ruptura com o princípio de causalidade linear onde não só a causa age sobre o efeito, mas o efeito retroage sobre a causa, permitindo a autonomia organizacional do sistema;
- Marcados pelo princípio hologramático que, como em um holograma, em qualquer organização complexa, não só a parte se encontra no todo, mas o todo se encontra igualmente na parte;

Compostos pelo princípio da implicação ou interação com o observador no qual a análise ou intervenção sob um fenômeno é influenciada pela ótica do observador. (VASCONCELOS, 2013)

O paradigma da complexidade busca romper com a ótica positivista de eliminação do sujeito para observar e explicar o objeto livre de qualquer julgamento de valor. Assim, sujeito e objeto passam a ser constitutivos um do outro em que o objeto deve ser concebido como parte de um ecossistema e mais amplamente num

mundo aberto e o sujeito só tem sentido se inserido nesse mesmo ecossistema. (MORIN, 2015)

Morin (2017) aponta um conjunto de sete princípios complementares e interdependentes para desenvolver um pensamento complexo:

- Princípio sistêmico ou organizacional que une o conhecimento das partes ao conhecimento do todo;
- Princípio hologrâmico em que não apenas a parte está no todo como o todo está inscrito na parte;
- Princípio do circuito retroativo que rompe com a causalidade linear onde a causa age sobre o efeito e este age sobre a causa;
- Princípio do circuito recursivo que ultrapassa a diretiva de regulação com as de autoprodução e auto-organização, ou seja, os produtos e os efeitos são também causadores daquilo que os produz;
- Princípio da autonomia/dependência em os seres vivos são auto organizadores que não param de autoproduzirem-se, despendendo energia para manter sua autonomia;
- Princípio dialógico aponta a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo;
- Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento destaca que todo conhecimento é uma reconstrução ou tradução realizada por uma mente em uma cultura e uma época determinada.

Além de discorrer acerca dos paradigmas da simplicidade e complexidade, Morin buscou desenvolver as premissas do seu método de articulação circular contínua entre os saberes antropossociológicos e das ciências físicas e biológicas. (VASCONCELOS, 2013)

Assim, sob o enfoque desse paradigma, o estudo se sujeita ao imprevisto e ao inesperado, colaborando com o fortalecimento da incerteza como pressuposto básico do processo de construção do conhecimento.

Isso implica que a concepção de que um mesmo fato pode ser analisado por distintas óticas não necessariamente contribui para o conhecimento mais completo e profundo desse fato. O conhecimento integral sobre um fato não é

construído simplesmente a partir da soma ou justaposição das várias percepções sobre ele, mas resulta da compreensão de todas as percepções com suas diversidades e antagonismos e como interação e retroação entre si.

Nessa perspectiva, o processo saúde-doença-cuidado só pode ser compreendido pela consideração plena e integral da sua multidimensionalidade.

A consciência da multidimensionalidade aponta que toda visão unidimensional ou especializada é limitada. Nesse sentido, a complexidade pressupõe a incapacidade de evitar contradições e de conceber uma ordem absoluta ou um saber total. (MORIN, 2015)

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma avaliação com enfoque construtivista e responsivo, na modalidade de estudo de caso, fundamentada no paradigma da complexidade de Edgar Morin.

Esse estudo almejou compreender um fenômeno social que ocorre a partir dos e nos cenários de trabalho em saúde, envolvendo distintas dimensões subjetivas e intersubjetivas relacionadas ao trabalho de um grupo social.

Nessa perspectiva, optei pela abordagem qualitativa por ser a mais adequada para estudar fenômenos e suas relações em seu meio natural, atribuindo um sentido a partir dos significados que os sujeitos lhes conferem. (MINAYO, 2010 b)

Em relação à modalidade estudo de caso, convém destacar sua utilização quando se investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, buscando analisar as relações e as percepções dos sujeitos envolvidos. (Yin, 2001).

Ademais, é bastante efetiva para compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta, avaliar processos e resultados de propostas administrativas e explorar situações em que certas intervenções não trouxeram resultados previstos. (MINAYO, 2010b)

Nesse sentido, suas aplicações condizem com a proposta de avaliar a atenção prestada à pessoa com DM nas UAPS na medida em que busco descrever o contexto no qual esse cuidado ocorre além de avaliar se o MACC foi realmente

implantado e se induziu mudanças na organização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

Por outro lado, Minayo (2010a) aponta que a interdisciplinaridade é uma estratégia essencial para a compreensão, interpretação e explicação de temas complexos.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade e a complexidade ajudam os pesquisadores a compreenderem interações e a modificarem práticas científicas que só valorizam regularidades e homogeneidades. (MINAYO, 2010a)

Para aplicação da pesquisa avaliativa participativa preconizada por Guba e Lincoln (2011) são necessários os seguintes passos: estabelecer o contrato; organizar a avaliação; identificar os grupos de interesse; gerar construções conjuntas dentro do grupo; ampliar construções conjuntas dos interessados por meio de novas informações; selecionar reivindicações, preocupações e questões resolvidas; priorizar as reivindicações, preocupações e questões não resolvidas; coletar informações e aumentar o nível de esclarecimento; preparar agenda de negociação; conduzir negociação; divulgar os resultados e reciclar.

Nesse estudo, foi adotada a adaptação realizada por Wetzel (2005), que apresenta as seguintes etapas: contato com o campo; organização e condução da avaliação; identificação dos grupos de interesse; desenvolvendo construções conjuntas; ampliação das construções conjuntas; preparação da agenda para negociação e execução da negociação.

Figura 4 - Representação da adaptação realizada por Wetzel (2005) sobre o método de avaliação de quarta geração



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 DESENVOLVENDO O TRABALHO DE CAMPO

4.2.1 Contato com o campo: Demarcando o caso

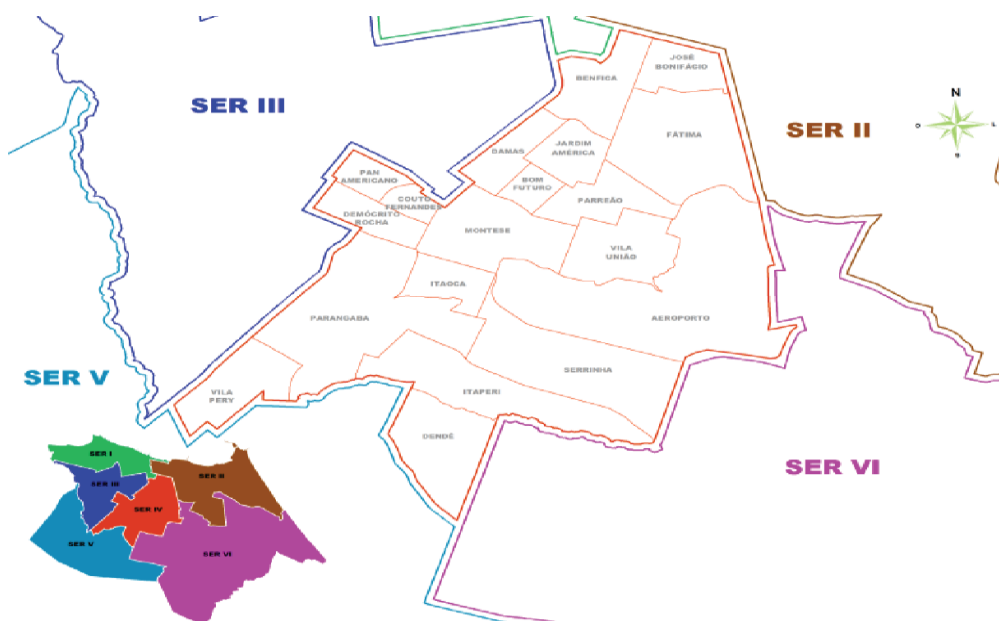
Essa pesquisa foi realizada na UAPS Luís Albuquerque Mendes pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde IV (CORES IV) do município de Fortaleza no período de janeiro a julho de 2019.

Fortaleza está administrativamente dividida em seis secretarias regionais, além da regional do Centro, onde em cada uma existe uma Coordenadoria Regional de Saúde, responsável pelo planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e dos serviços de saúde no âmbito regional em consonância com as normas e diretrizes municipais.

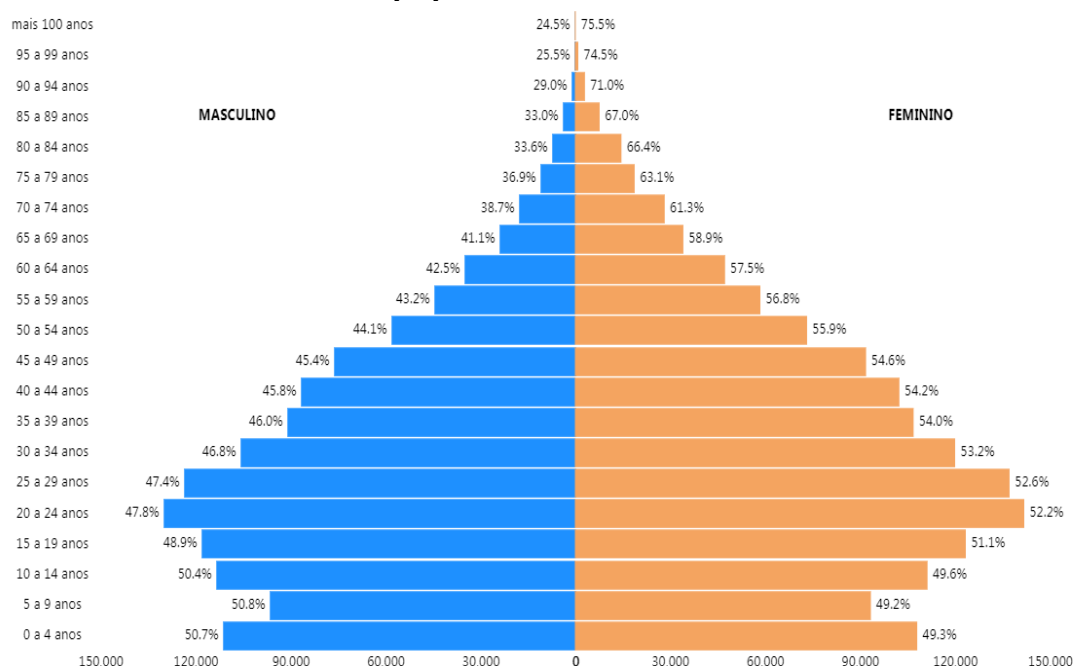
A CORES IV localiza-se na zona oeste do município de Fortaleza, apresenta uma área territorial de 34.272 km² e compreende os Bairros: José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itapery, Dendê e Vila Pery. Dentre eles, temos que os Bairros Parangaba e Serrinha são os mais populosos e o Dendê é o menos populoso. (FORTALEZA, 2017).

Conforme estimativa do IBGE (2010a) dispõe de 303. 587 habitantes, representando 11,48% da população total do município de Fortaleza.

Figura 5 - Mapa da Secretaria Regional IV



Fonte: Fortaleza, SMS (2018).

Gráfico 1 - Pirâmide populacional, CORES IV, FORTALEZA, 2018

Fonte: SIMDA. Acesso à INTRANET de Fortaleza em 17/07/19.

Observamos no gráfico 01 que aproximadamente 12,18% da população têm mais de sessenta anos, com predominância do sexo feminino nessa etária.

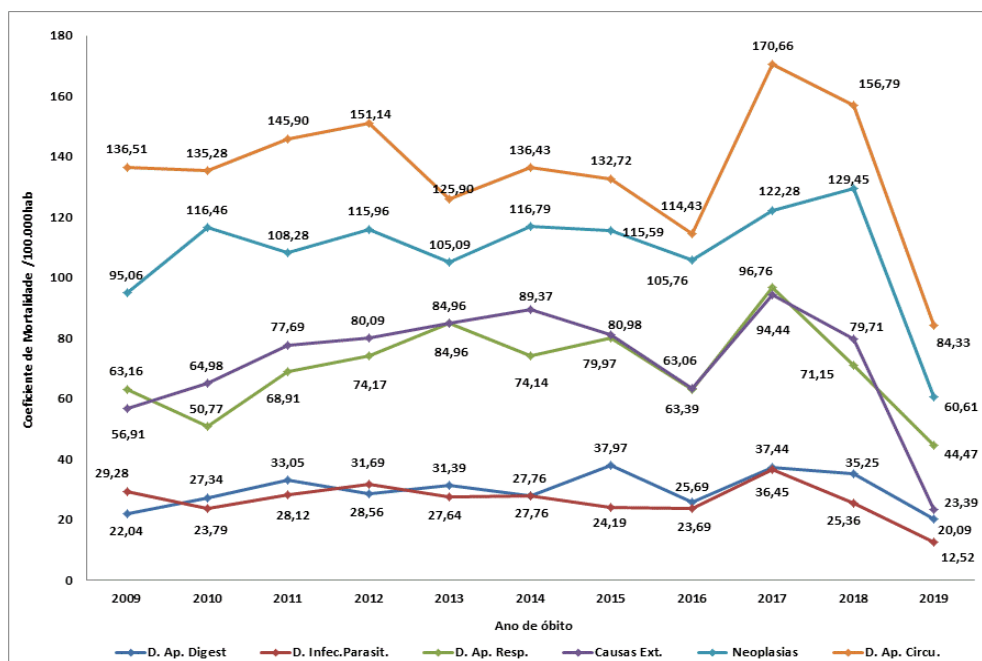
Além disso, como é evidenciado no gráfico 4, a CORES IV além de apresentar um percentual de idosos maior que o município de Fortaleza, é a segunda regional de saúde no quantitativo proporcional de idosos em relação à população geral.

Quadro 4 - População estratificada por faixa etária por CORES no município de Fortaleza em 2018

CORES	FAIXA ETÁRIA					%
	0-9	10 a 18	19-59	60+	TOTAL	
CORES I	57016	63454	232672	39121	392263	9,97
CORES II	44621	50915	244084	52105	391725	13,30
CORES III	53046	61522	234135	39940	388643	10,28
CORES IV	35867	42157	188594	36968	303586	12,18
CORES V	93687	103253	342102	44664	583706	7,65
CORES VI	89176	99896	350902	43350	583324	7,43
TOTAL	373413	421197	1592489	256148	2643247	9,69

Fonte: SIMDA. Acesso à INTRANET de Fortaleza em 17/07/19

Gráfico 2 - Coeficiente de mortalidade por causa básica, CORES IV, Fortaleza, 2009 a 2019

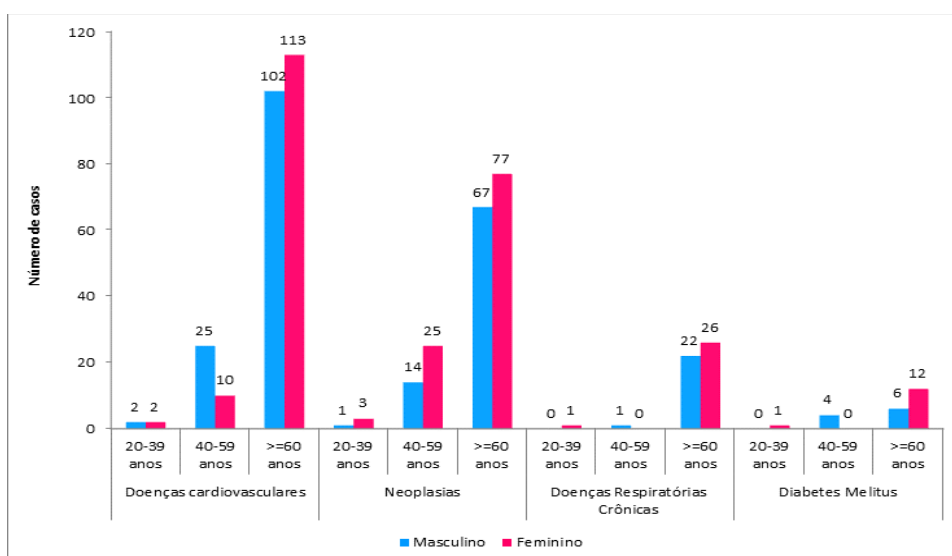


Fonte: SIM/SMS Acesso ao TABNET em 17/07/201

Dados sujeitos a revisão

Conforme o gráfico 02, embora tenha havido uma discreta diminuição no coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório a partir de 2017, essa se mantém como principal causa de óbito na CORES IV na última década.

Gráfico 3 - Mortalidade por DCNT, segundo sexo e faixa etária, CORES IV, Fortaleza, 2019



Fonte: SIM/SMS Acesso ao TABNET em 18/07/2019

Dados sujeitos a revisão

De acordo com o gráfico 03, dentre as causas de óbito por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), na CORES IV, em 2019, predominam as doenças cardiovasculares.

Ademais, observamos que a mortalidade por doenças cardiovasculares e por DM em pessoas com menos de 60 anos ocorre prioritariamente no sexo masculino. Em contrapartida, acima dessa idade, o sexo feminino passa a ser mais acometido.

A rede pública municipal de saúde dessa regional é composta por treze (13) UAPS, um Centros de Atenção Psicossocial Geral, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, uma Unidade de Pronto Atendimento, o Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (HDMJBO) e o Hospital Infantil de Fortaleza Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá.

Para organizar a APS em seu território, a CORES IV dispõe de trinta e nove (39) equipes de saúde da família (ESF), nove (09) equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) e trinta e sete (37) equipes de saúde bucal, conforme atesto de funcionamento das equipes da CORES IV.

Conforme o referencial teórico da avaliação de quarta geração, do tipo estudo de caso, é necessário delimitar um contexto específico para a realização da avaliação. Assim, a UAPS Luís Albuquerque Mendes da Coordenadoria Regional de Saúde IV, que será detalhada em um capítulo posterior, foi selecionada por:

- Fazer parte do meu cenário de atuação como coordenadora regional de saúde;
- Ter sido escolhida, em 2013, a “UAPS laboratório” da CORES IV onde os macro e microprocessos de organização da APS foram inicialmente implantados para, a partir dessa vivência, serem disparados para as demais unidades dessa regional de saúde;
- Dispor de muitos profissionais que participaram desde o início da implantação dos macro e microprocessos da APS;
- Ter participado do projeto piloto para construção da linha de cuidado da pessoa com diabetes junto com a equipe do ambulatório especializado de Diabetes do Hospital Universitário Walter Cantídio – (HUWC).

Ademais, ressalta-se, como critério de seleção, a relação de proximidade que mantenho com os sujeitos do campo de estudo já que durante a implantação dos macros e microprocessos na UAPS laboratório, participava sistematicamente de reuniões com a gestora e os profissionais de saúde da referida unidade para avaliação desse processo.

Nessa modalidade de pesquisa, a relação dialógica é essencial na medida em que o avaliador não pode ser confundido com um fiscalizador. Isso porque os sujeitos precisam sentir segurança para expor suas percepções, aflições e reivindicações.

Portanto, a proximidade com a gestora e os trabalhadores de saúde da referida UAPS facilitou significativamente o contato com o campo para apresentação e realização da avaliação participativa.

Assim, em janeiro de 2019, após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UECE, iniciei a aproximação do campo como pesquisadora para viabilizar a exposição e discussão da proposta da pesquisa para gestora e trabalhadores de saúde. Essa etapa é muito importante em uma avaliação participativa, pois os sujeitos negociam a sua inclusão na avaliação.

Além disso, foi preciso esclarecer que a busca de captar o modo de fazer dos trabalhadores de saúde e como estes organizavam e produziam o cuidado com os sujeitos com diabetes nessa unidade de saúde objetivava prioritariamente identificar de forma participativa as reivindicações, questões e preocupações de todos os envolvidos.

Apesar de manter uma boa relação com gestora e trabalhadores de saúde, foi preciso demarcar que estaria mais presente no cotidiano da UAPS exercendo também o papel de pesquisadora. Isso é bastante desafiador porque também precisei ressignificar esse cenário, buscando um conhecimento complexo, que unisse o que estava separado, compartimentado, mas, ao mesmo tempo reconhecesse o subjetivo, o uno.

Nesse sentido, buscou-se desfazer-se do que Malinowski denominou de “amontoado de fatos” para desvelar a teia de interações, inicialmente dissociados, para interligá-los a sua totalidade social.

Inicialmente, conversei com a gestora da UAPS sobre a proposta do estudo e ela programou uma reunião para apresentação dos objetivos e da metodologia da pesquisa aos trabalhadores de saúde.

Esse encontro durou aproximadamente duas horas e teve a participação de um médico, duas enfermeiras, uma cirurgiã dentista e cinco ACS, garantindo a representação de todas as categorias profissionais e de todas as ESF. Tanto os trabalhadores quanto a gestora da UAPS demonstraram anuência e entusiasmo com a realização do estudo.

Em relação ao grupo dos gestores, como participo semanalmente de reunião com a coordenadora das regionais de saúde, coordenador das redes de atenção primária à saúde e psicossocial e gerente da célula da APS, apresentei os objetivos e a metodologia desse estudo como pauta de uma das reuniões realizadas em março de 2019.

É válido destacar que para realizar uma pesquisa avaliativa construtivista, não basta dispor de um ofício de liberação da coordenadoria de educação permanente do município, mas é fundamental obter a aceitação da inserção no campo pelos grupos de interesse do objeto de estudo visto que o processo de avaliação está intrinsecamente relacionado à micropolítica das relações e a implicação (ou não) dos sujeitos.

4.2.2 Organizando a Avaliação

Antes de iniciar a avaliação, busquei que a minha presença fosse percebida de forma cada vez mais natural. Os contatos que anteriormente eram previamente agendados com a gestora e/ou trabalhadores e motivados por demandas estruturadas foram paulatinamente substituídos por visitas frequentes em que observava o *modus operandi* da unidade de saúde e as relações entre gestão, trabalhadores e usuários.

Guba; Lincoln (2011) destacam que a avaliação participativa deve-se realizar a partir de uma etnografia prévia que significa vivenciar amplamente o contexto, buscando apreender as normas, convenções, hábitos, costumes sociais, políticos e culturais presentes.

Esse processo também possibilita a identificação dos *gatekeepers* dos grupos de interesse. Conforme Guba; Lincoln (2011), os *gatekeepers* formais têm autoridade e os *gatekeepers* informais têm influência, contudo, ambos podem facilitar ou dificultar a avaliação. Cada *gatekeeper* requer uma negociação exclusiva envolvendo os objetivos do estudo, os riscos ao qual um determinado grupo de

interesse estará exposto e às prováveis compensações que motivarão a participação.

Nessa pesquisa, a realização da etnografia e a identificação dos *gatekeepers* foram facilitadas pela minha atuação, desde 2013, na CORES da qual a referida UAPS integra.

Contudo, como o cargo de coordenadora regional de saúde gera uma implícita “relação de poder” entre mim e a gestora e trabalhadores da referida unidade, foi necessário construir uma nova relação com o campo de modo que pudesse percebê-lo e vivenciá-lo com lentes renovadas além de promover uma naturalidade dos profissionais diante da minha presença.

Para isso, busquei durante a observação, fazer uma descrição minuciosa a respeito do cenário do estudo, além de conversar com os usuários e trabalhadores, na busca de identificar lideranças e inserir-me na rotina da unidade de saúde.

Nessa perspectiva, realizei dezesseis (16) visitas, no período de 21 de janeiro a 29 de março de 2019, totalizando aproximadamente cinquenta (50) horas de observação. Ocorreram em turnos, dias e horários aleatórios, sem agendamento prévio para não induzir mudanças significativas no cenário pela minha presença.

4.2.3 Identificando os grupos de interesse (participantes da pesquisa)

Segundo Guba; Lincoln (2011), os grupos de interesse podem ser caracterizados em: agentes que são envolvidos em produzir e implementar o serviço; beneficiários que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço; vítimas que são afetadas negativamente pelo serviço.

Em decorrência da complexidade da avaliação da atenção à pessoa com DM na APS, é inviável classificar os grupos de interesse em agentes, beneficiários e vítimas visto que os trabalhadores e os usuários, por exemplo, podem ser vítimas e beneficiários do objeto de estudo.

A proposta da avaliação de quarta geração é ser formativa, abrindo o diálogo para possibilidade de reconstrução e desenvolvimento. Como o critério de inclusão não é numérico foram identificados aqueles que possibilitavam maior amplitude e maior diversificação na temática estudada no intuito de apreender as diferenças e as semelhanças. (GUBA; LINCOLN, 2011).

Diante do objetivo e do cenário selecionado para realização desse estudo, os grupos de participantes elegíveis foram:

- Grupo dos trabalhadores – Médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, profissionais do NASF e agentes comunitários de saúde que estivessem trabalhando há, no mínimo, um ano na referida UAPS;
- Grupo dos usuários – Pessoas maiores de 18 anos, com diagnóstico de DM2, cadastradas no Programa de Controle do Diabetes Mellitus da UAPS há, no mínimo, um ano, com condições clínicas e cognitivas de prestar informações. Esses usuários foram selecionados aleatoriamente dentre os pacientes que compareceram as consultas de enfermagem, médica, odontológica;
- Grupo de gestores - gestora da UAPS, técnica da regulação na CORES IV, assessor técnico responsável pela articulação municipal do Centro Especializado de Atenção à Diabetes e Hipertensão (CEADH), assessor técnico responsável pela articulação municipal da saúde bucal, gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde (CEAPS) e Coordenador da Coordenadoria das Redes de Atenção Primária e Atenção Psicossocial (CORAPP).

Além disso, para que o processo hermenêutico dialético fosse proveitoso, foram utilizadas como critério de inclusão para todos os grupos, as seis condições mínimas apontadas por Guba e Lincoln (2011):

- Compromisso de assumir uma postura de integridade;
- Competência mínima de comunicação;
- Disposição de compartilhar poder;
- Disposição de mudar, se considerarem a negociação convincente;
- Disposição de reconsiderar suas posturas valorativas de forma apropriada;
- Disposição de comprometer-se com o tempo e a energia que provavelmente serão exigidas pelo processo.

Foram excluídos da pesquisa os possíveis participantes que não quiseram participar ou que estavam afastados do cenário de prática por motivos de férias, licenças ou viagem.

Por outro lado, para atender o caráter construtivista, Guba e Lincoln (2011) sugerem a utilização da “amostragem de variação máxima” em que, o primeiro participante de cada grupo é selecionado a partir da sua representatividade para o objeto de estudo. A partir disso, cada respondente indica o seu subsequente que, além de atender os critérios de inclusão de cada grupo de interesse elencados acima, deve preferencialmente apresentar concepções distintas da sua no intuito de ampliar as construções da avaliação.

Ademais, já que, diferente do positivismo científico, essa abordagem não objetiva selecionar um grupo representativo que possibilite a generalização de seus resultados, os quantitativos de participantes propostos foram definidos conforme a saturação teórica.

4.2.4 Desenvolvendo construções conjuntas

A construção das informações foi realizada através do Círculo Hermenêutico-dialético (CHD), traduzido por Wetzel (2005), que implica numa relação constante entre o pesquisador e os entrevistados. Trata-se de um processo dialético, que supõe constante diálogo, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas, possibilitando se chegar o mais próximo possível à realidade, chamada de “consenso”.

Na realização do CHD, foram utilizadas como técnicas de construção de informações: observação e entrevistas semiestruturadas.

A observação direta, onde o pesquisador presencia o fato sem participar dele, adotando a postura de expectador, consiste, além de ver e ouvir, examinar os fatos e fenômeno que se deseja estudar. (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Nesse sentido, a observação tem a vantagem de contemplar elementos que não são evidenciados por meio da fala. Para facilitar a apreensão dessas informações, foram utilizados um roteiro de observação (apêndice A) e um denominado diário de campo. Assim, as impressões pessoais, as conversas informais, as observações de comportamentos contraditórios com as falas foram

registradas por data e turno de modo a facilitar a análise pelos participantes da pesquisa e pela avaliadora.

A entrevista semiestruturada possibilita questionar razões e motivos além de prestar esclarecimentos, não se limitando a rigurosidade de uma estrutura formal. (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A aplicação do CHD nos grupos de interesse foi iniciada com a seleção de um respondente inicial (R1), sendo realizada uma entrevista aberta para determinar o começo de uma construção em relação ao foco da investigação/avaliação. A seguir, foi solicitado que o respondente descrevesse a atenção à saúde oferecida às pessoas com Diabetes Mellitus nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Fortaleza, destacando as fragilidades e as potencialidades. Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões propostas por R1 foram analisados e inseridos em uma formulação inicial da sua construção, designada C1.

Posteriormente, ao entrevistar um segundo respondente (R2) foram incluídos os temas oriundos da análise da entrevista de R1 de modo que essa entrevista produzisse também críticas às demandas e construções de R1. A partir disso, elaborei uma nova construção teórica (C2) baseada em duas fontes.

Esse processo foi repetido através da adição de novos informantes, até terem sido entrevistados todos os componentes dos três grupos de interesse.

Tais entrevistas foram gravadas individualmente com o auxílio de gravador portátil, e, em seguida, o conteúdo foi transcrito integral e literalmente.

Esse método possibilita que o círculo seja percorrido mais de uma vez de forma circular, com a participação dos mesmos respondentes, ou de forma espiralada, com a introdução de novos respondentes, para confirmar a credibilidade das construções.

Contudo, nesse estudo, em virtude do tempo disponível, do número de sujeitos implicados e da quantidade de material coletado na observação e nas entrevistas, optei por realizar a validação das construções, a ampliação das construções conjuntas, priorização e negociação das RQPs não resolvidas através de uma oficina realizada com cada grupo de interesse.

As datas, horários e locais dos encontros com os trabalhadores e com os gestores foram definidos conforme a conveniência deles, buscando garantir conforto, privacidade e facilidade de acesso. Ademais, na semana em que seria realizado o

encontro, foram enviados convites aos telefones móveis pessoais de cada participante.

Para organização das oficinas, realizei uma análise prévia das entrevistas de cada grupo de interesse e sistematizei as construções-sínteses, com as transcrições de algumas falas correspondentes, para entregar aos seus participantes, no primeiro momento da oficina, para serem analisadas coletivamente.

As falas são expostas nos resultados utilizando-se o termo “Gestor”, quando se trata de um dos gestores, “Trabalhador” quando se trata de um dos trabalhadores em saúde e “Usuário” quando se trata de um dos sujeitos com DM precedido do número correspondente a sequência em que foi entrevistado.

Quadro 5 - Construções do Círculo Hermenêutico Dialético dos usuários

Questão inicial	Fale sobre o atendimento à pessoa com DM nessa UAPS.
Construções sínteses	O cuidado prestado à pessoa com diabetes no posto de saúde Luís Albuquerque Mendes é feito somente pelo médico. Não falta medicamento para o tratamento da diabetes no posto de saúde Luís Albuquerque Mendes Há dificuldade de marcar as consultas de retorno com o médico para acompanhamento da diabetes? Há dificuldade para agendar exame ou consulta na atenção especializada? A avaliação com o dentista é feita somente quando há queixa de dor de dente. Não são realizados palestras ou grupos de educação em saúde para as pessoas com diabetes.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 - Construções do Círculo Hermenêutico Dialético dos trabalhadores de saúde

(continua)

Questão inicial	Fale sobre a atenção prestada à pessoa com DM no contexto da sua unidade de saúde.
Construções sínteses	As práticas de saúde são centradas em tecnologias duras e leve duras em detrimento das tecnologias leves ou relacionais. O processo de trabalho instituído para cuidar da pessoa com diabetes está focado na consulta médica e na dispensação de medicamentos. O enfermeiro, na maioria das vezes, atende a pessoa com diabetes apenas no acolhimento para transcrever a receita e possibilitar a dispensação de medicamentos antidiabéticos. Há dificuldade de agendamento para consulta médica para acompanhamento da pessoa com diabetes? As equipes não conhecem as pessoas da sua área de abrangência que têm diabetes nem o quantitativo destes por estratos de risco. Não há elaboração conjunta de plano de cuidado. Não há um planejamento conjunto das equipes de saúde da família com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de ações de promoção à saúde, prevenção de complicações e atenção às pessoas com diabetes mellitus. Não há, de forma sistemática, reuniões de equipe embora, nos cronogramas de cada equipe, sejam destinadas duas horas semanais para realização dessa atividade? Há uma priorização da atenção à demanda espontânea em detrimento da atenção programada na organização do processo de trabalho da ESF. Não há uma coordenação do cuidado da pessoa com diabetes pela ESF nem na APS nem nos demais pontos de

	atenção. Há uma dificuldade de acesso à Atenção Ambulatorial Especializada. A regulação assistencial a consultas ou exames especializados não está sendo pautada em protocolos clínicos conhecidos pelos profissionais da APS. Não há um fluxo e contra fluxo definido de informações entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). A atenção à pessoa com diabetes não está sendo planejada conforme as diretrizes clínicas ou da estratificação de risco É preciso fortalecer a educação permanente em saúde para melhorar a qualidade da atenção à pessoa com DM
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7 - Construções do Círculo Hermenêutico Dialético dos gestores
(continua)

Questão inicial	Fale sobre a atenção prestada à pessoa com DM no contexto da sua prática.
Construções sínteses	Apesar da elaboração e publicação das diretrizes clínicas em 2013, a linha de cuidado à pessoa com diabetes não está plenamente implantada no município de Fortaleza. Não há ainda, de forma sistemática, momentos conjuntos de planejamento, monitoramento e avaliação da atenção à pessoa com diabetes. Não há ainda metas e indicadores pactuados para o monitoramento e avaliação da linha de cuidado da pessoa com diabetes. Apesar das diretrizes clínicas de DM proporem o atendimento odontológico anual de todas as pessoas com DM, independente da estratificação de risco ou da presença de

	queixas, e de apresentarem a correlação entre DM e doença periodontal, não houve a participação da área técnica de Saúde Bucal na elaboração das DC. Não há um fluxo e contra fluxo definido de informações entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). O Centro Especializado de Atenção à Diabetes e Hipertensão é uma estratégia para implantar, de fato, a linha de cuidado à pessoa com diabetes? Para motivar o cuidado da pessoa com diabetes pela ESF, ESB e NASF, está sendo pensada a elaboração de um projeto que conceda um “selo” às UAPS que atingirem metas, previamente pactuadas, de acompanhamento das pessoas com DM da sua área de abrangência? As equipes não conhecem as pessoas da sua área de abrangência que têm diabetes nem o quantitativo destes por estratos de risco. Não há elaboração conjunta de plano de cuidado. O cuidado da pessoa com diabetes está sendo realizado prioritariamente pelo médico. Atualmente, os profissionais de saúde consideram a estratificação de risco irrelevante para o planejamento da atenção à pessoa com diabetes, sobretudo, pela fragilidade de compartilhamento desse cuidado com a atenção especializada. A educação permanente é indutora da mudança das práticas de saúde no cuidado à pessoa com diabetes.
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Para cada grupo de interesse, foi feita uma apresentação, em *Power Point*, contendo as construções-sínteses para validação e as informações relevantes para ampliar as construções conjuntas.

As oficinas foram iniciadas com o acolhimento dos participantes com a entrega de um cartão de boas vindas seguida da apresentação dos objetivos do encontro.

No primeiro momento, foram apresentadas as construções sínteses do grupo para que os participantes fizessem suas considerações, manifestando suas aquiescências ou divergências.

Durante todo o encontro, fomentei a participação dos sujeitos e busquei conduzir os diálogos, evitando a centralização das discussões em um só sujeito.

Também houve a participação de dois observadores que desempenharam a função de registrar as comunicações não verbais, as atitudes e as preocupações dos sujeitos além de gravar as suas ponderações ou propostas de reconstrução apontadas durante o encontro.

Já a oficina com o grupo de usuários foi realizada em uma sala da própria unidade de saúde. Para fomentar uma ampla participação, foram convidadas tanto pessoas com diabetes que participaram do CHD quanto as que estavam aguardando atendimento na UAPS no dia do encontro.

As construções-sínteses desse grupo e as informações adicionais foram sistematizadas em folhas de papel madeira fixadas na sala e lidas com os participantes durante o encontro.

Não houve contratempos relevantes para realização dos encontros com os grupos de interesse. O primeiro encontro foi realizado com os trabalhadores no dia 01 de julho de 2019 e apenas uma participante não pôde participar por motivo de férias. Ademais, um médico da UAPS Luís Albuquerque Mendes que não tinha participado do CHD solicitou a permissão para participar do encontro com os trabalhadores, sendo prontamente atendido.

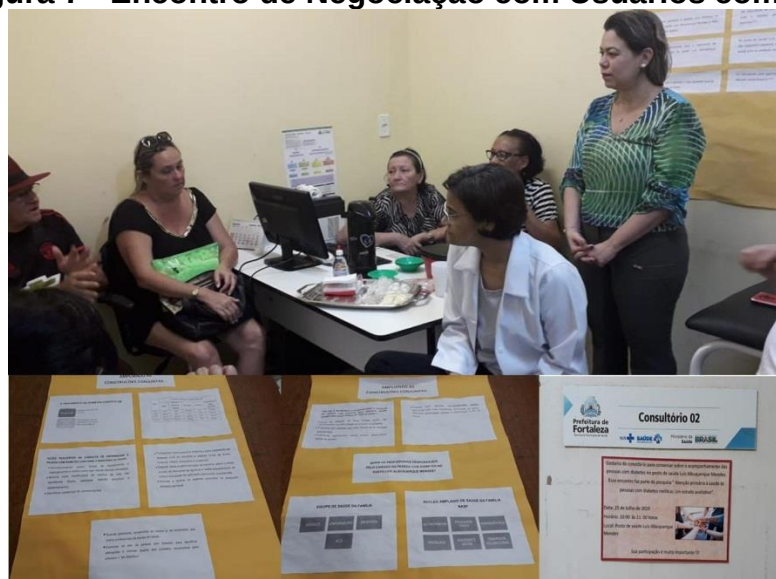
Figura 6 - Encontro de Negociação com os Trabalhadores de Saúde



Fonte: Própria autora.

O encontro com os usuários foi realizado no dia 25 de julho de 2019 e contou com a participação de onze participantes. Destes nenhum participou do CHD.

Figura 7 - Encontro de Negociação com Usuários com DM



Fonte: Própria autora.

Já o último encontro foi realizado intencionalmente com os gestores de modo que pudesse apresentar, na ampliação das construções conjuntas, relatos relevantes provenientes dos encontros com os trabalhadores e usuários.

Esse momento, realizado no dia 30 de julho de 2019, contou com a participação de cinco dos sete participantes do CHD. O coordenador da CORAPP não pôde estar presente devido a uma reunião agendada intempestivamente e a assessora técnica da área de saúde bucal por motivo de licença médica. Contudo, essa gestora indicou outra assessora da saúde bucal para substituí-la no encontro.

As informações emergentes dos encontros de negociação foram apresentadas nos resultados com a utilização do termo “Encontro de negociação” precedido do grupo de interesse ao qual se refere.

4.2.5 Ampliação das construções conjuntas

No segundo momento, após a validação ou reconstrução das construções-sínteses, foram introduzidas outras informações para ampliar o esclarecimento no intuito de obter consenso entre as RPQ divergentes.

As informações adicionais foram extraídas de:

- Documentos oficiais de domínio público: escalas e agendas dos profissionais fixadas na entrada da UAPS; diretriz clínica de Diabetes Melitus; linha guia de saúde bucal; protocolo da linha de cuidado do pé diabético na atenção primária e especializada em saúde.
- Observação: análise do sinergismo entre o observado e o relatado nas entrevistas.
- Construções de outros CHD: as informações obtidas no círculo de um grupo de interesse específico (usuários ou trabalhadores em saúde ou gestores) foram inseridas em outro.
- Construção ética do avaliador: Reconhecimento da construção inerente às minhas vivências em relação ao objeto de estudo. Essas informações foram apresentadas de modo que também estivessem sujeitas a críticas e discordâncias como as demais construções.

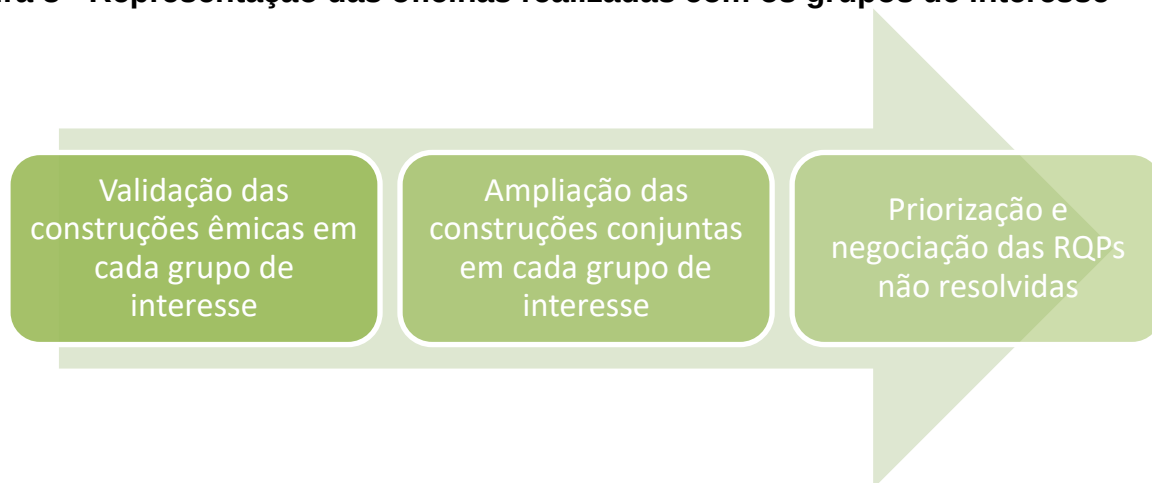
4.2.6 Preparando a apresentação das questões para os grupos de interesse

No terceiro momento das oficinas, após a ampliação das construções conjuntas, foram realizadas a priorização e a discussão sobre as RQPs não resolvidas.

Durante a busca pelo consenso, Guba e Lincoln (2011) apontam três possibilidades:

- Resolução total, situação em que pode requerer a execução de determinadas ações, a continuidade de ações que veem sendo desenvolvidas, com melhoramentos ou não, ou a rejeição/abandono de determinada ação;
 - Resolução incompleta, onde não se conseguiu resolver algumas questões;
 - Não resolução, quando construções diferentes e antagônicas permanecem.
- Em geral, essas três situações ocorrem simultaneamente nas pesquisas avaliativas.

Figura 8 - Representação das oficinas realizadas com os grupos de interesse



Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados obtidos foram utilizados os pressupostos da hermenêutica dialética, pela sua complementaridade ao CHD, uma vez que um método não exclui o outro: o primeiro é importante pela dinâmica e precisão quanto à coleta de dados e o segundo tem sua importância pelo fato de aprofundar a

análise dos dados coletados, com base no referencial teórico no qual o estudo está pautado.

Ademais, a análise hermenêutica dialética possibilitou uma maior compreensão das subjetividades relativas aos conflitos e contradições presentes na atenção à saúde às pessoas com DM para, a partir disso, construir coletivamente possibilidades de transformação das práticas em um processo de ressignificação da realidade estudada.

Como técnica de análise, a hermenêutica e a dialética propõem uma compreensão crítica da realidade social. Nessa perspectiva, a hermenêutica busca apreender o sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central e fundamentando-se nos princípios da experiência cultural e da análise de contexto e da práxis. (MINAYO, 2010b)

Em contrapartida, a dialética é a arte e ciência do diálogo e da controvérsia que busca “nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles.” (MINAYO, 2010b, p.167)

Portanto, a interação da hermenêutica com a dialética é um potente caminho para fundamentar pesquisas qualitativas, na medida em que é possível articular as complementaridades e divergências entre elas, ampliando a compreensão do fenômeno estudado.

Nessa perspectiva, destaca-se que ambas enfatizam o condicionamento histórico da linguagem, das relações e das práticas; ambas pressupõem que não há observador imparcial; ambas propõem o intersubjetivismo da compreensão e da crítica ao invés do tecnicismo; ambas não se limitam como ferramentas para o pensamento e ambas buscam analisar a práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. (MINAYO, 2010)

Contudo, ainda conforme a referida autora, enquanto a hermenêutica valoriza o consenso, a mediação e o acordo, a dialética foca no estranhamento, no contraste, no dissenso e na crítica.

Essa técnica, conforme Minayo (2010), operacionalmente desdobra-se em três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação dos dados consiste na transcrição de todo material gravado, na leitura geral do material transcrito, organização das informações obtidas nas entrevistas e na observação de modo a elaborar um mapa horizontal das

descobertas no campo. Essa etapa transforma o material empírico em um conjunto ou *corpus* a ser analisado.

Nesse estudo, a ordenação dos dados foi realizada concomitantemente com a realização do CHD com a construção de subconjuntos referentes aos grupos de interesse de gestores, de trabalhadores de saúde e de usuários a fim de posteriormente buscar as homogeneidades e diferenciações por meio de comparações e contrastes.

A classificação dos dados consiste inicialmente na leitura horizontal e exaustiva do material obtido em uma perspectiva questionadora, buscando registrar as impressões iniciais e identificar a coerência entre as informações obtidas.

A apreensão das ideias centrais sobre o objeto de estudo possibilitou desvelar os núcleos de sentido. Após a identificação destes, os fragmentos das falas relacionados a cada um foram organizados em três quadros de análise, correspondentes aos três diferentes grupos de interesse, como podem ser evidenciados nos quadros 08, 09, 10.

Quadro 8 - Síntese dos confrontos das entrevistas e encontro de negociação do Grupo de usuários

Núcleos de sentido	E1	E..	E8	E M	Síntese horizontal
Consultas médicas					
Renovação de receitas					
Informações sobre o tratamento					
Dificuldade para agendar consultas e exames especializados					
Desconhecimento sobre o papel do dentista e da enfermeira no cuidado à pessoa com DM					
Desconhecimento sobre a existência de profissionais do NASF na UAPS					
Síntese Vertical					

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 9 - Síntese dos confrontos das entrevistas e encontro de negociação do Grupo de trabalhadores

Núcleos de sentido	E1	E..	E8	E M	Síntese horizontal
Foco na consulta médica					
Foco na renovação de receita					
Distanciamento do enfermeiro do cuidado à pessoa com DM					
Atendimento odontológico por DE ou por encaminhamento devido a queixas					
Desconhecimento das pessoas com DM da área adscrita pela ESF					
Priorização do atendimento à demanda espontânea					
Fragilidade nas ações de prevenção à DM e suas complicações					
Reuniões de equipe					
Planejamento de ações de forma conjunta pela ESF e NASF					
Fragilidade na implantação das DC					
Coordenação do cuidado pela APS					
Desarticulação entre APS e AAE					
Educação Permanente em Saúde					
Síntese Vertical					

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 10 - Síntese dos confrontos das entrevistas e encontro de negociação do Grupo de gestores

Núcleos de sentido	E1	E..	E7	EN	Síntese horizontal
Fragilidade na implantação das DC					
Fragilidade no monitoramento e avaliação da atenção à pessoa com diabetes.					
Foco na consulta médica					
Distanciamento do enfermeiro do cuidado à pessoa com DM					
Desconhecimento das pessoas com DM da área adscrita pela ESF					
Fragilidade da participação da área técnica de SB na elaboração das DC de DM					
CEADH x Linha de cuidado					
Desarticulação entre APS e AAE					
Educação permanente					
Síntese Vertical					

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a elaboração dos quadros de análise supra, confrontei os dados empíricos a partir da síntese horizontal de cada núcleo de sentido e da síntese vertical. A síntese horizontal possibilita identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças das falas de cada entrevistado, além das informações obtidas por meio da observação e dos documentos selecionados. Já a síntese vertical possibilita uma ideia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido.

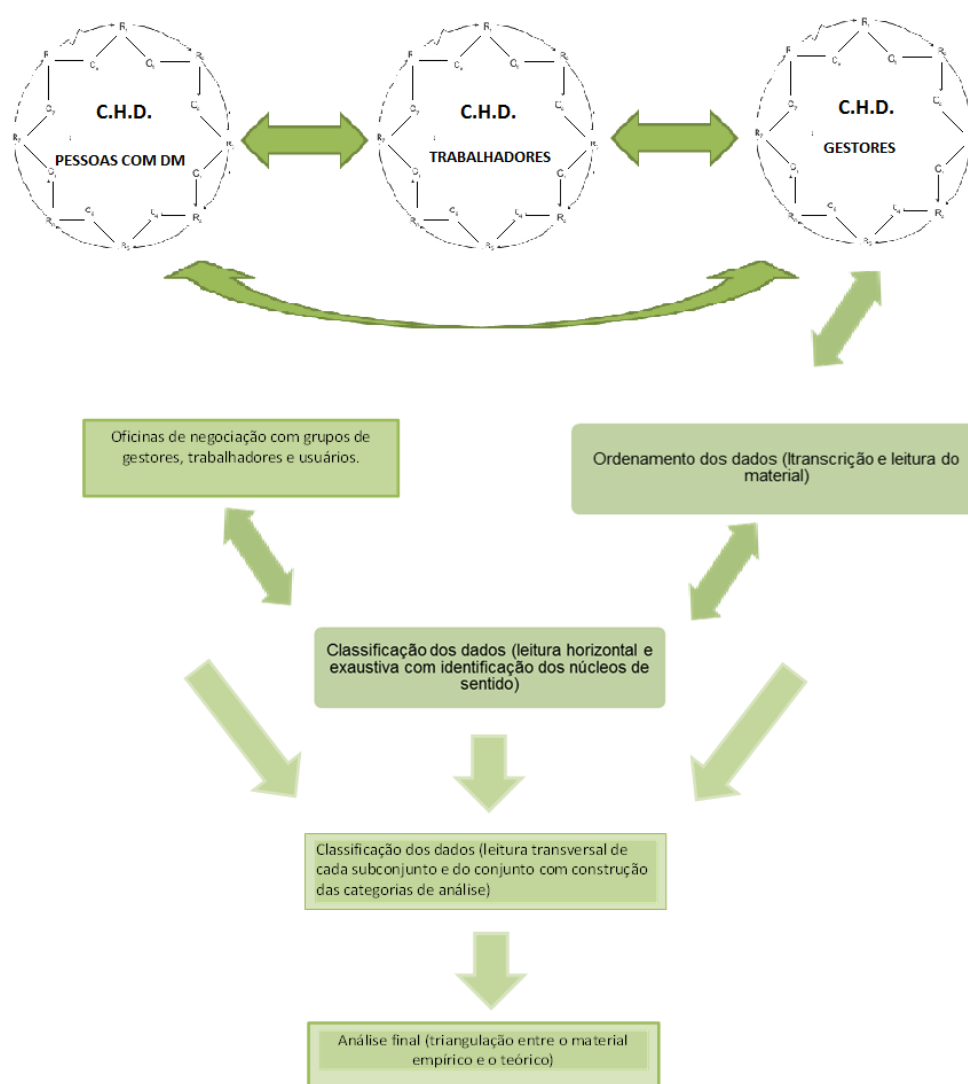
A seguir, realizei uma leitura transversal de cada subconjunto e da totalidade do conjunto. Nessa etapa, todo material obtido na leitura de documentos, nas entrevistas, nas observações, nos encontros de negociação foi recortado em

categorias de análise, a partir dos núcleos de sentido que tratavam do mesmo conteúdo.

Assim, busquei apreender as convergências, divergências e complementaridades entre os discursos. A partir do confronto entre as sínteses horizontal e vertical, obtive a síntese transversal que possibilitou a visão geral sobre a atenção à pessoa com DM na APS.

Na fase da análise final, realizei a interface entre o material empírico e os pressupostos teóricos que norteiam a pesquisa.

Figura 9 - Representação do desenvolvimento da Análise Hermenêutica Dialética



Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 ASPECOS ÉTICOS

Nessa pesquisa, foram garantidos os princípios éticos definidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. (BRASIL, 2013a)

O projeto dessa dissertação foi apreciado e aprovado pela Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Projetos Especiais do município de Fortaleza (CEPPES) em 08 de novembro de 2018 (Anexo A) assim como pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE em 03 de janeiro de 2019 por meio do parecer de número 3.105.827 (Anexo B).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, forma de condução da pesquisa, sigilo e anonimato das informações fornecidas e da possibilidade de retirada da anuência para participar da pesquisa no momento que desejarem. Após essas explicações, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), em duas vias, onde declararam estarem cientes dos referidos esclarecimentos e autorizaram o uso das informações prestadas para fins científicos.

A pesquisa avaliativa participativa, por seu caráter dialógico que supõe análises, construções e reconstruções coletivas, apresenta como possíveis riscos o constrangimento desencadeado pelo contato face a face e a dificuldade em manter a privacidade e confidencialidade. (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para minimizar esses riscos, realizei um diálogo de aproximação com os entrevistados antes da realização das entrevistas e fiz um pacto de convivência com os participantes antes da realização de cada encontro de negociação.

Além disso, para preservar o anonimato dos participantes, os recortes das falas apresentados nos resultados foram codificados, por meio de uma sigla que representava o grupo de interesse e por um número que indicava a sequência de entrevista.

5 ANÁLISE DOS DADOS

5.1 UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE LUÍS ALBUQUERQUE MENDES

A descrição da referida unidade está pautada nos dados obtidos durante minha vivência como articuladora da APS e coordenadora regional e durante o período de observação bem como nos documentos disponibilizados pela coordenação da UAPS.

As informações relatadas compreendem a etnografia prévia, que conforme Guba; Lincoln (2011) deve ser realizada antes de iniciar as atividades da avaliação.

Figura 10 - Mapa da UAPS Luís Albuquerque Mendes



Fonte: Fortaleza, 2018.

A UAPS Luís Albuquerque Mendes (LAM) localiza-se no Bairro Serrinha, em Fortaleza, Ceará. Essa UAPS foi construída e inaugurada em 1980. Em 1998, com a implantação das primeiras equipes de saúde da família em Fortaleza, passou a dispor também de quatro ESF.

Em 2013, na primeira gestão do prefeito Roberto Claudio, passou por uma reforma e ampliação da sua estrutura física sendo reinaugurada em 19 de dezembro de 2013. A partir dessa data, passou a funcionar de segunda a sexta-feira de 7 às

19 horas com acolhimento com classificação de risco e atendimento médico de eventos agudos em todo seu período de funcionamento.

A área adstrita da UAPS LAM compreende um total de 22.885 usuários, distribuídas em cinco equipes correspondentes às cores azul, roxa, vermelha, amarela e verde.

A ampliação para cinco equipes de saúde da família ocorreu a partir da reterritorialização desenvolvida em janeiro de 2018. Esse processo buscou dividir a área de abrangência da UAPS de modo a proporcionar maior acessibilidade à população adscrita além de redistribuir os territórios adscritos aos ACS de modo que cada um deles se responsabilizasse por aproximadamente 750 pessoas cadastradas nas fichas do ESUS.

Tabela 1- Distribuição de microáreas, ACS e população cadastrada por equipe da UAPS Luís Albuquerque Mendes, Fortaleza, 2019

Equipe	Total de microáreas cobertas com ACS	Total de microáreas descobertas de ACS	População Cadastrada pelos ACS
Serrinha 01	07	00	3.706
Serrinha 02	07	01	4.358
Serrinha 03	05	01	4.132
Serrinha 04	04	01	3.487
Serrinha 06	04	01	2.891

Fonte: Atesto Municipal de Funcionamento da Unidade de Atenção Primária à Saúde Luís Albuquerque Mendes referente à março de 2019.

Ademais, essa unidade de saúde apresenta desde janeiro de 2018 uma equipe de Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF).

Os profissionais possuem vínculos empregatícios distintos, como podemos observar na tabela abaixo:

Tabela 2 - Quantidade de funcionários ativos, função e vínculo empregatício, UAPS Luís Albuquerque Mendes, Fortaleza, 2019

Cargo/função	Quantidade	Vínculo empregatício	Contratação
Gerente	01	SMS	Servidor público
DNI	01	SMS	Servidor público
Auxiliar administrativo	01	MS	Servidor público
Médico	04	SMS	Servidor público (02) PMM* (02)
Enfermeiro	05	SMS	Servidor público (04) RPA** (01)
Dentista	05	SMS	Servidor público
Assistente social	01	SMS	Seleção Pública
Farmacêutica	01	SMS	Seleção Pública
Fisioterapeuta	01	SMS	Seleção Pública
Nutricionista	01	SMS	Seleção Pública
Psicólogo	02	SMS	Seleção Pública
Profissional da E. Física	01	SMS	Seleção Pública
Terapeuta Ocupacional	01	SMS	Seleção Pública
Técnico de Enfermagem	04	SMS	Servidor público (03) RPA** (01)
Auxiliar de Saúde Bucal	04	SMS	Servidor público (04) RPA** (01)
Auxiliar de laboratório	01	ISGH***	Terceirização
Auxiliar de farmácia	02	ISGH***	Terceirização
Agente administrativo	03	ISGH***	Terceirização
Porteiro	02	ISGH***	Terceirização
Auxiliar de serviços gerais	01	ISGH***	Terceirização

Fonte: Atesto Municipal de Funcionamento da Unidade de Atenção Primária à Saúde Luís Albuquerque Mendes referente à agosto de 2019.

*Programa Mais Médico. ** Recibo de pagamento autônomo. *** Organização Social Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

A carga horária dos médicos, dos enfermeiros, dos cirurgiões-dentistas, servidores públicos, e dos ACS está dividida em 32 horas semanais destinadas à

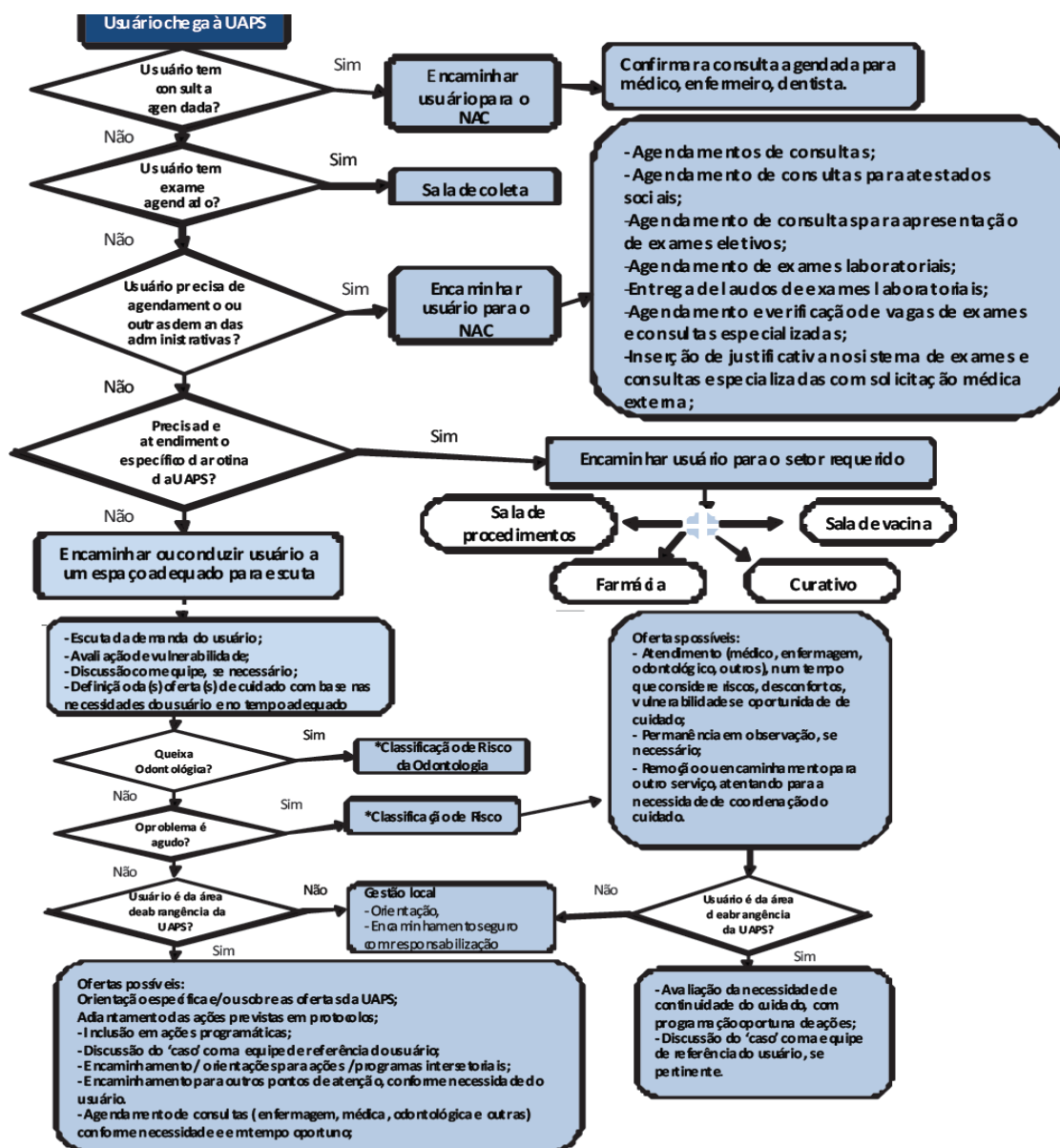
assistência, cumpridas em escalas de quatro dias de seis horas e um dia de oito horas, e 08 horas semanais destinadas a atividades de educação permanente.

A UAPS dispõe de núcleo de atendimento ao cliente (NAC), sala dos ACS/conselho local de saúde, sala da coordenação, sala de procedimentos, sala de curativo, sala de imunização, consultório odontológico com dois equipos, sala de expurgo, sala de esterilização, sete consultórios clínicos, consultório ginecológico, banheiros feminino, masculino e adaptado destinados aos usuários, banheiro feminino e masculino destinados aos funcionários, uma pequena copa e farmácia.

Além disso, existe uma sala de espera na entrada da UAPS e outra próxima à maioria dos consultórios clínicos. Nos corredores, também existem cadeiras para os usuários aguardarem o atendimento de forma mais confortável.

O fluxo dos usuários na UAPS é operacionalizado de acordo com suas demandas ou necessidades de saúde conforme descrito no fluxograma abaixo.

Fluxograma 1 - Fluxograma para a organização do processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea nas UAPS, Fortaleza, 2015



Fonte: Plano Diretor Regional da CORES IV, CORES IV, Fortaleza, 2015.

Os usuários com condições agudas são direcionados à sala de procedimentos onde um técnico de Enfermagem verifica seus sinais vitais e encaminha à enfermeira responsável pela consulta de acolhimento com classificação de risco no momento. De acordo com o risco classificado e registrado no prontuário eletrônico, pelo enfermeiro, o usuário é encaminhado ou agendado para o atendimento médico.

No caso dos usuários agendados, eles se direcionam ao NAC para confirmação da consulta, em seguida, vão à sala de procedimentos para verificar seus sinais vitais e seguem para o consultório do profissional.

O município Fortaleza adotou o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde no Caderno da Atenção Básica nº 28 para realizar a classificação de risco da demanda espontânea.

Nesse protocolo, a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientam não só o tipo de intervenção ou oferta de cuidado necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer. (BRASIL, 2013f)

Nessa perspectiva, as queixas de eventos agudos ou agudizações de condições crônicas são classificadas como atendimento imediato quando há alto risco de vida, como atendimento prioritário quando há risco moderado e atendimento do dia quando há risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante.

A UAPS LAM foi a primeira unidade de saúde da CORES IV reinaugurada, após reforma de sua estrutura física, e uma das primeiras a implantar acolhimento com classificação de risco.

Em 2014, essa unidade foi indicada como “UAPS laboratório” da CORES IV para implantação dos macro e microprocessos propostos pela equipe de consultoria do Eugênio Vilaça, visto que, na época, era a única unidade dessa regional de saúde que atendia os critérios solicitados: UAPS reformada com, no mínimo, quatro equipes completas e poucas microáreas descobertas de ACS.

Figura 11 - A Metáfora da casa na construção social da APS
O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS



Fonte: MENDES, 2015.

Conforme Mendes (2015), utilizando-se a metáfora da construção de uma casa, como apresentado na figura 9, para garantir um alicerce sólido na APS, é fundamental implantar mudanças estruturais e de macro e microprocessos.

As intervenções na estrutura compreendem reformas ou construções de unidades de saúde, disponibilização de todos os equipamentos e materiais necessários para realizar os serviços ofertados na APS bem como garantia de equipes multiprofissionais em quantidade adequada para assistir à população coberta.

Os macroprocessos básicos são a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização. (MENDES; 2015)

Os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança dos usuários. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos. (MENDES; 2015)

Para implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MAAC), foram realizadas oficinas de capacitação para os gestores e profissionais das ESF, da UAPS Luís Albuquerque Mendes sobre modelos de atenção, estratificação de risco, atenção programada de condições crônicas e agenda de atendimentos da ESF.

Como “UAPS laboratório” da CORES IV iniciou o processo de busca ativa e agendamento de consulta para as pessoas com DM para realizar a estratificação de risco cardiovascular. A princípio, a estratificação era realizada em um formulário manual que contemplava dados sobre diagnóstico, classificação da pressão arterial, controle metabólico, sinais e sintomas de hiperglicemia, fatores de risco, lesões subclínicas em órgãos alvo e condições clínicas associadas. As fichas individuais de estratificação de cada paciente eram arquivadas, em pastas por ESF, na coordenação das UAPS.

Essa fase de implantação do MACC foi monitorada pela gestão local e regional para, a partir das fragilidades identificadas, redesenhar o processo com os ajustes necessários e, a seguir, implantá-lo nas demais UAPS da CORES IV.

No intuito de garantir a integralidade do cuidado das pessoas com DM com controle metabólico ruim, estratificadas com alto ou muito alto risco, buscou-se implantar um projeto piloto de linha de cuidado à pessoa com DM nas UAPS Cassimiro Filho (CORES I), Luís Albuquerque Mendes (CORES IV), Jurandir Picanço (CORES V) e Guarany Mont'Alvern (CORES V), tendo o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) como referência para o atendimento ambulatorial especializado.

Para implantação dessa LC, foram realizadas oficinas de capacitação com a temática Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas Redes de Atenção à Saúde para médicos e enfermeiros da ESF das referidas UAPS e para os profissionais do ambulatório especializado de DM do HUWC; reuniões de integração entre os profissionais da APS e da AAE para construção do fluxo do compartilhamento do cuidado entre esses pontos de atenção além de ações de monitoramento do processo implantado.

Também foi construído um grupo de contatos telefônicos de todos os profissionais envolvidos nessa linha de cuidado para favorecer a comunicação e a troca de conhecimento no cotidiano.

A partir de fevereiro de 2016, o cálculo da estratificação de risco de pessoas com DM passou a ser realizado de forma automática no prontuário eletrônico (PE). Para isso, o médico ou enfermeiro, após classificar o diagnóstico do sujeito em Diabetes Mellitus do tipo 01 ou 02, deve preencher corretamente as complicações ou problemas e os exames. Ao final da consulta, o risco cardiovascular é calculado automaticamente, conforme as diretrizes clínicas de Fortaleza.

A UAPS Luís Albuquerque Mendes, em fevereiro de 2019, apresentava 286 pessoas diabéticas cadastradas no prontuário eletrônico. Destas, 257 estavam cadastradas quanto ao risco conforme preconizado pelas DC do Município de Fortaleza. Dos estratificados, 51% apresentavam risco baixo ou moderado, 20% risco alto e 29% risco muito alto.

Os percentuais de alto e de muito alto risco obtidos estavam bem acima do estimado nas diretrizes clínicas que é de respectivamente 25% e 5%. Esse fato pode denotar uma falha na captação desses pacientes pelos serviços de saúde antes de apresentarem lesões de órgão alvo e condições clínicas associadas.

Além disso, conforme a DC, estima-se que 7,2% da população acima de 20 anos apresente DM. Assim, considerando a estimativa populacional do IBGE de 17.674 pessoas acima de 20 anos nessa UAPS, espera-se aproximadamente 618 pessoas com DM. Isso denota que apenas 46% do esperado de pessoas com DM estão cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde da família.

Na análise das agendas de médicos e enfermeiros dessa UAPS, identificou-se que três médicos destinavam seis horas semanais para atender pessoas com HAS e/ou DM e um destinava quatro horas semanais para esse atendimento.

Quanto às enfermeiras, duas destinavam quatro horas e três destinavam três horas à consulta de Enfermagem às pessoas com HAS e/ou DM.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

5.2.1. Usuários

Quadro 11 - Caracterização dos participantes usuários, Fortaleza (CE), 2019

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA
Sexo	
Masculino	02
Feminino	07
Faixa etária (em anos)	
40 a 50	01
51 a 60	03
61 a 70	03
71 a 80	01
> 81	01
Tempo de diagnóstico de DM	
< 5 anos	05
5 a 10 anos	01
11 a 20 anos	03

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as pessoas com DM que participaram do CHD, a maioria é do sexo feminino, apresenta mais de 60 anos e têm menos de cinco anos que foram diagnosticadas com essa doença crônica.

5.2.2 Trabalhadores de saúde

Quadro 12 - Caracterização dos participantes trabalhadores de saúde, Fortaleza (CE), 2019

(continua)

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA
Sexo	
Feminino	06
Masculino	04
Faixa etária (em anos)	
30 a 40	04
41 a 50	04
51 a 60	01
> 60	01
Categoria profissional	
Agente comunitário de Saúde	04
Cirurgião dentista	01
Enfermeiro	02
Médico	02
Nutricionista	01
Vínculo empregatício	
Concurso público	08
Seleção pública	01
Programa Mais Médico	01
Tempo de atuação na ESF	
< 5 anos	02
5 a 10 anos	04
11 a 20 anos	04

Profissionais de nível superior com pós-graduação em saúde da família ou saúde coletiva	
SIM	04
NÃO	02

Fonte: Elaborado pela autora.

No grupo dos trabalhadores, a maioria é do sexo feminino, apresenta mais de 40 anos e é servidor público municipal. Além disso, 80% atuam na ESF mais de cinco anos, apresentando vasta experiência na APS.

Vale salientar também que, dentre os trabalhadores com nível superior, 66,7% dispõem de pós-graduação em saúde da família ou saúde coletiva. Isso denota que a maioria dos trabalhadores que participaram desse estudo tem tanto vivência quanto conhecimento sobre APS.

5.2.3 Gestores

Quadro 13 - Caracterização dos participantes gestores, Fortaleza (CE), 2019

(continua)

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA
Sexo	
Feminino	04
Masculino	03
Faixa etária (em anos)	
30 a 40	01
41 a 50	04
51 a 60	02
Tempo de atuação na gestão	
< 5 anos	02
5 a 10 anos	03

> 10 anos	02
Categoria profissional	
Cirurgião dentista	03
Enfermeiro	02
Médico	02
Vínculo empregatício	
Concurso público	06
Seleção pública	01
Pós-graduação realizada nas áreas de saúde da família ou saúde coletiva	
Especialização	02
Residência	01
Mestrado	02
Doutorado	02

Fonte: Construção da autora

No grupo dos gestores, há uma discreta predominância do sexo feminino. Ademais, a maioria tem mais de 40 anos, é servidor público municipal e atua na gestão mais de cinco anos.

Vale salientar também que todos apresentam pós-graduação nas áreas de saúde da família ou saúde coletiva.

5.3 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E DA PRODUÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO

5.3.1 Estrutura das UAPS para atenção às pessoas com DM: Recursos físicos, materiais e humanos

Os participantes do estudo não destacaram muitas fragilidades na disponibilização de equipamentos ou insumos para cuidado com a pessoa com DM. Relataram apenas desabastecimentos pontuais de fitas para realizarem glicemia capilar dos usuários na UAPS.

“Recebo queixas que as fitinhas usadas para fazer o exame antes da consulta, às vezes, faltam. Medicamento, graças a Deus, tá ok.” (P01)

“Às vezes, falta a fita pra fazer a glicemia. Eu sempre faço o exame do dedinho antes da consulta e, algumas vezes, não tinha fita pra fazer.” (ENU)

Alguns também apontaram que a ausência de sala de reunião ou auditório na UAPS dificulta a realização de reuniões ampliadas com todos os profissionais de saúde e de atividades coletivas de educação em saúde. No entanto, no entorno da referida unidade de saúde, existem vários equipamentos sociais como igrejas, escolas e um Centro de Referência da Assistência Social que podem disponibilizar espaço para o desenvolvimento dessas atividades.

“No Luís Albuquerque Mendes, essa reunião com todas as equipes, a gente tentou fazer. Mas, assim, não estava todo mundo até porque o espaço não comporta e tem uns horários deles que são meio complicados.” (P05)

É difícil até fazer algum grupo no posto de saúde porque não tem espaço. Os consultórios são pequenos, os corredores são estreitos. Não tem nem uma sala de espera grande onde a gente possa reunir as pessoas pra fazer uma atividade coletiva. Aí o jeito é utilizar o ABC, o CRAS ou a escola.(ENP)

Também não foram manifestadas dificuldades para realização dos exames laboratoriais que devem ser realizados rotineiramente pelos indivíduos portadores da referida doença crônica, conforme as DC de DM.

Tanto os profissionais quanto os usuários relataram que os exames são agendados e realizados com tempo hábil para serem analisados pelo médico na consulta subsequente. Os resultados dos exames coletados no posto de coleta da UAPS são automaticamente inseridos no prontuário eletrônico.

“Os exames de sangue e de urina, não têm dificuldade pra fazer. Mas, se for outros tipos de exame tipo eletro e ultrassom aí já ficam na fila e demora mais”. (U05)

Ele faz um hemograma e com seis meses me mostra e eu solicito outro pra ele. Isso tem garantido. A gente também tenta colocar a dosagem de microalbuminúria pra saber se tem alguma lesão renal e tenta pelo menos agendar uma consulta com o oftalmologista. Pelo menos esses exames laboratoriais e uma consulta com o oftalmologista, eles têm garantido. (P10)

Vale salientar que, a partir de 2013, a SMS de Fortaleza iniciou a implantação do Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária que contemplou ações de melhoria na estrutura física das unidades, aquisição de mobiliário e equipamentos médicos e odontológicos; implantação do Prontuário Eletrônico, instalação de postos de coleta de exames laboratoriais em todas as

UAPS e padronização de medicamentos disponibilizados na APS. (FORTALEZA, 2014)

Quanto à disponibilização de medicamentos antidiabéticos e anti-hipertensivos na APS, os profissionais e usuários participantes da pesquisa expuseram que, até 2016, havia uma distribuição irregular nas farmácias das UAPS. E, portanto, muitos comumente precisavam recorrer às farmácias populares ou farmácias com o projeto “Aqui tem farmácia popular” para manter o tratamento farmacológico para HAS e/ou DM.

“Até agora não. Nunca precisei nem buscar remédio no terminal.” (U01)

“Antigamente, faltava muito. Mas, agora eu tô recebendo. Nunca mais faltou. E quando dificilmente falta no posto, não fico sem o medicamento não. Vou pegar em outro posto ou peço pra alguém pegar pra mim no terminal.” (U03)

“De pressão e diabete, num falta não. Pelo menos, até agora, dos que eu venho pegar, num falta não.” (U04)

“Só faltou medicamento numa época aí, faz uns dois ou três anos. Mas, graças à Deus, não falta mais. Até hoje, não faltou mais.” (U06)

O programa Farmácia Popular, criado em 13 de abril de 2004, pela Lei nº 10.858, e regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 objetivava disponibilizar mais uma alternativa de acesso aos medicamentos considerados essenciais através de unidades próprias.

Em 09 de março de 2006, por meio da Portaria nº 491, o Ministério da Saúde (MS) expande o Programa Farmácia Popular do Brasil por meio do projeto “Aqui Tem Farmácia Popular” que credenciava farmácias e drogarias comerciais para dispensar medicamentos para hipertensão arterial e diabetes até 90% mais baratos. (BRASIL, 2006 c)

A partir de 2011, por meio da campanha “Saúde Não Tem Preço”, estabelecida por meio da portaria 184/2011, o Programa passa a disponibilizar os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes sem custos para os usuários.

No entanto, em 31 de março de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) decidiu que o aporte financeiro repassado para manter as unidades de farmácia popular seria destinado ao financiamento da Assistência Farmacêutica Básica nos municípios brasileiros. Em função desta decisão, as unidades da rede

de farmácia popular foram paulatinamente desabilitadas, tendo seu funcionamento encerrado no fim do ano de 2017.

Os sujeitos da pesquisa também referem que, a partir de 2017, os medicamentos para tratamento da HAS e/ou DM, pertencentes ao elenco básico da APS do município de Fortaleza, estão sendo dispensados regularmente nas farmácias das UAPS e nas Centrais de Dispensação de Medicamentos dos Terminais (CDMT).

As CDMTs foram implantadas, partir de agosto de 2017, em Terminais de integração de ônibus urbano no intuito de melhorar a logística de distribuição de medicamentos para a população. Atualmente, todos os terminais de integração dispõem de uma CDMT, totalizando sete centrais no município.

“Quando não tem nesse posto, vou a outro posto porque você pode receber também em outros postos. Ou até mesmo você pode receber nos terminais. Então, nunca falta nem os medicamentos da pressão nem os da diabetes.” (ENU)

Essas centrais atendem exclusivamente usuários dos terminais de ônibus e funcionam como uma extensão das farmácias dos postos de saúde, distribuindo medicamentos cujas receitas tenham passado pelas farmácias destas unidades anteriormente. Assim, qualquer usuário que procurar a farmácia das UAPS e não encontrar algum dos medicamentos que compõem a lista dos 84 remédios prioritários da APS disponibilizados pelo município, é encaminhado para recebê-los na CDMT que deverá ter o abastecimento garantido.

Não foram mencionadas fragilidades de disponibilização de estetoscópio, esfigmomanômetros, fitas métricas, balanças antropométricas ou glicosímetros. Por outro lado, identificamos que não havia diapasão 128 Hz, martelo de reflexos neurológicos e monofilamento de 10 g para realização da avaliação do pé da pessoa com DM, conforme as DC. Esse último instrumento, contudo, foi disponibilizado à UAPS durante o período da realização da pesquisa.

De acordo com as DC de DM, para realizar o rastreamento e avaliação do pé diabético, deve-se avaliar se há perda da sensibilidade protetora plantar através da realização do teste com o monofilamento de 10 g associado ao teste sensorial com o diapasão de 128 Hz ou ao teste para sensação de picada, realizado com um objeto pontiagudo, ou teste para o reflexo Aquileu feito com um martelo apropriado para percussão do tendão de Aquiles. (FORTALEZA, 2016)

Portanto, o monofilamento de 10 g é imprescindível para avaliação do pé da pessoa com DM por não especialistas para identificar o risco aumentado de ulceração pelas vantagens da grande sensibilidade, boa especificidade, simplicidade, e do baixo custo. (BRASIL, 2013g).

Assim sendo, não é possível realizar um rastreamento e identificação oportuna do pé diabético sem dispor desse instrumento.

Porém, embora a indisponibilidade desse instrumento possa ter contribuído para negligência no exame dos pés das pessoas com DM, não adianta tê-lo e não saber como nem por que utilizá-lo.

Os profissionais participantes da pesquisa relataram não examinarem rotineiramente os pés das pessoas com DM por falta de tempo ou desconhecimento de como realizá-lo. Também apontaram que não sabiam como classificar o risco do pé diabético nem manejá-lo de acordo com essa classificação.

“Aqui nunca examinaram meus pés. E nem falaram nada sobre isso.”
(U06)

“Acho que nunca examinaram meus pés aqui. E também num lembro de terem dito pra eu examinar em casa. Pra ser bem sincera, eu nem ligava muito de cuidar dos meus pés.” (ENU)

“Não sei cuidar de um pé diabético. Se eu atender uma pessoa com pé diabético, eu vou encaminhar ao médico. E ele encaminhará, com certeza, ao especialista (risos). Ou seja, a gente não sabe mesmo como cuidar da pessoa nessa situação.” (P04)

Até porque eu sei que na consulta dele, ele não tem tempo de está orientando a questão do pé diabético, do que fazer quando começa a ter um ferimento. Pela demanda que ele atende, pelo número de pacientes que ele atende, ele não consegue fazer essa parte. Eu sinto. (P06)

Os médicos expuseram que apenas realizavam antibioticoterapia na presença de úlceras com sinais flogísticos ou encaminhavam ao cirurgião geral no caso de úlceras com exposição de tecidos nobres como tendão, osso e articulação.

Mas, a gente sabe que é uma coisa muito superficial, o atendimento é muito superficial mesmo. A gente vê, pensa num tratamento, encaminha pra um tratamento, mas, a gente não tem aquela convicção que vai dar tudo certo, que ele vai tratar. (P09)

Se for aquela úlcera que ainda está com o tecido vivo, a gente faz um tratamento que é a Benzentacil por seis meses, mais ciprofloxacina e metronidazol e geralmente fecha. Agora, se for aquela úlcera que o tecido ao redor já está morto e precisa fazer uma raspagem, a gente encaminha

para o Frotinha e lá eles fazem a raspagem. Aí depois que fazem a raspagem, eles voltam pra gente e a gente prescreve o antibiótico. (P10)

Todavia, é recomendado que, durante as consultas médicas e/ou de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com DM deve-se incluir a avaliação sistemática dos pés através da avaliação musculoesquelética, vascular, neurológica e da pele com vistas a identificar e manejar oportunamente os indivíduos com maior risco para ulceração dos pés. (BRASIL, 2013g)

Conforme as DC de DM, após a análise da história clínica e a realização de exame físico, a equipe deve classificar o risco de a pessoa desenvolver complicações como úlceras, infecções e amputações para, a partir disso, planejar o cuidado. Indivíduos sem risco adicional ou em risco para desenvolver pé diabético devem ser abordados essencialmente pelos profissionais da ESF através da avaliação sistemática dos pés durante as consultas e de práticas de educação em saúde sobre os cuidados necessários com os pés e calçados. (FORTALEZA, 2016)

Nesse estudo, contudo, percebemos que a APS está identificando prioritariamente os pés diabéticos com alto ou muito alto risco que já apresentam respectivamente doença arterial periférica com ou sem perda da sensibilidade protetora e histórico de úlcera ou amputação. Esses casos já necessitam também de intervenção especializada de estomoterapeutas, cirurgias vasculares ou gerais. (FORTALEZA, 2016)

“Quando, de repente, o paciente tem um problema e vêm atrás, aí eles ficam sabendo que tava com um problema no pé, foi para o hospital, voltou e veio atrás de material de curativo, entendeu? É o contrário.” (G01)

“Não sei manejar um pé diabético. Eu sei avaliar o pé e fazer algumas orientações quanto ao cuidado com o calçado, com as unhas, mas como classificar direitinho o risco em desenvolver o pé diabético, eu não sei.” (P04)

Por outro lado, conforme o discurso abaixo, atividades de prevenção ao pé diabético que devem ser realizadas principalmente pelos profissionais da APS, muitas vezes, estão sendo feitas por profissionais da atenção especializada que desconhecem os aspectos socioculturais dos indivíduos que podem dificultar o autocuidado.

[...] de janeiro de 2018 a janeiro de 2019, nos ambulatórios de pé diabético dos CEADH, foram realizados 1845 atendimentos. Desses atendimentos, 70% foram de tratamento e 30% foram de prevenção. Então, provavelmente, a gente evitou internação, amputação, conseguiu cicatrização mais precoce da ferida, conseguimos que as pessoas

retornassem às suas atividades laborais mais cedo, deu orientações sobre o uso de calçados, de alimentação.

Quanto aos recursos humanos disponíveis na APS, conforme dados sobre cobertura da ESF coletados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, 53,4% domicílios no Brasil estavam cadastrados em unidade de saúde da família. A Região Nordeste apresentou a maior proporção (64,7%), enquanto a Região Sudeste, a menor (46,0%). (IBGE, 2015)

Em relação ao município de Fortaleza, conforme a PNS, 40,9% pessoas eram moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família. Esse dado é semelhante à cobertura populacional por ESF informada em dezembro de 2013 no site do Departamento de Atenção Básica (DAB)/ MS que era de 36,9%. (MALTA et al, 2016).

De 2013 a 2017, houve uma ampliação do quantitativo de equipes de saúde da família, obtendo-se uma cobertura de 63,53 % no final de 2017. (FORTALEZA, 2017) Ademais, no PMS 2018-2021, foi proposta a expansão da cobertura populacional por ESF para 71% até 2021. (FORTALEZA, 2018)

Mas, apesar de ter havido uma ampliação da ESF, a cobertura ainda é baixa, comprometendo, sobretudo o cuidado às pessoas com condições crônicas na APS.

Nesses seis anos, de 2013 até agora, nós tivemos algumas dificuldades como de cobertura assistencial que isso dificulta muito essa organização da linha de cuidado do diabético. Há uma grande rotatividade dos profissionais principalmente dos médicos e da Enfermagem um pouco [...] Nós tínhamos uma cobertura razoável, mas, agora está péssimo. A cidade cresceu e a população SUS dependente aumentou. Então por mais que tenha melhorado o acesso aos exames laboratoriais, aos medicamentos pelas centrais de medicamentos, a nossa cobertura de equipe está mais baixa. (G07)

Na unidade de saúde onde foi realizado o estudo de caso, a cobertura da ESF, conforme os dados do atesto de funcionamento, é de aproximadamente 61,2%, assemelhando-se à cobertura municipal. Nos relatos dos trabalhadores de saúde, é evidenciado o excesso de população e famílias por equipe.

Não fazemos plano de cuidado para os pacientes diabéticos. Como a demanda é muito grande, o tempo é muito curto. Então, fazemos praticamente uma consulta ambulatorial bem simples, não dá pra gente ter uma atenção maior e melhor. (P09)

A demanda da equipe é muito grande. E ainda atendemos a população da equipe verde que não tem médico. Então os hipertensos ou diabéticos de

baixo risco conseguem voltar de seis em seis meses. Mas, os de médio e alto risco não conseguem mais marcar de três em três meses, às vezes, vêm com cinco meses, às vezes, de seis em seis meses. (P10)

Aí a gente trabalha num posto de saúde que a população é muito grande. As pessoas do Bairro Serrinha usam muito o posto de saúde. A gente tem uma demanda de cinco equipes para quatro médicos num modelo que realmente prioriza muito mais o atendimento de emergência. (ENT)

Frente ao exposto, muitas vezes, os profissionais, limitam-se a atender as pessoas com condições crônicas de forma reativa, fragmentada e centrada na medicalização das queixas apresentadas na consulta. Não há espaço para dialogar nem planejar o cuidado estimulando a autonomia dos sujeitos para realizar o autocuidado.

Aqui não dá pra conversar muito na consulta não. Quando a gente entra na sala, ainda tem um monte de gente esperando lá fora. Aí o doutor num pode demorar né? Só pergunta se a gente tá sentindo alguma coisa e passa os remédios e os exames. Converso mais com farmacêutica de onde eu trabalhava. (U08)

Vale destacar que essa ampliação da ESF em Fortaleza foi possível, sobretudo, pela criação pelo MS de políticas de fomento ao provimento e formação de médicos para APS. Nesse sentido, destaca-se o Programa Mais Médico (PMM), implantado em 2013 com o objetivo prioritário de formar recursos humanos na área médica para o SUS. Essa política estruturava-se nos seguintes eixos estratégicos: formação para o SUS; melhoria da infraestrutura das UBS; e provimento emergencial de médicos. (BRASIL, 2013b)

No entanto, em 2019, com a substituição do PMM pelo Programa Médicos pelo Brasil, por meio da medida provisória do Congresso Nacional nº 890, o provimento de médicos será priorizado para municípios rurais remotos, Unidades de Saúde da Família ribeirinhas e fluviais, e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, não contemplando, portanto, grandes capitais como Fortaleza. (BRASIL, 2019)

Por outro lado, o programa Médico da Família Ceará (MFC), instituído por meio do decreto nº 33.018/CE, apesar de não ter como objetivo o provimento desses profissionais no âmbito da APS, contribui para mantê-los na composição de ESF durante um ano.

Esse programa será desenvolvido através de um programa de pós-graduação “Latu Sensu” coordenado pela Escola de Saúde Pública do Ceará e realizado em serviço, nas UAPS. O médico aprovado em processo seletivo para

participar do curso receberá bolsa formação, durante o período de realização do curso, limitado a dozes meses.

Todavia, essas políticas ou programas que objetivam ou fomentam a lotação de médicos nas ESF apenas mitigam a carência e a rotatividade desses profissionais, pois além de não enfrentarem as causas prioritárias da dificuldade de fixação dessa categoria na APS, são estruturados com curtos períodos de duração, comprometendo a longitudinalidade do cuidado.

Nessa perspectiva, Giovanella et al (2016) apontam como principais fatores associados à rotatividade destes profissionais: condições de trabalho adversas, precarização nos vínculos trabalhistas, baixa remuneração, reduzidas oportunidades de ascensão profissional, baixo reconhecimento social entre os pares e ausência de formação condizente com o modelo adotado pela ESF.

Gonçalves et al (2009) evidenciam também como causas de insatisfação do médico em trabalhar na APS: a falta de respaldo diante no nível secundário para encaminhar os casos mais graves e a insuficiência de profissionais para trabalhar em área de abrangência grandes com excessivo contingente populacional.

Nesses estudos, sobressaem-se ainda como causas da dificuldade de fixação dos médicos na APS, a permanência de uma formação acadêmica fragmentada e hospitalocêntrica que não motiva nem forma os profissionais para optarem por este campo de trabalho. (GONÇALVES et al, 2009; Giovanella et al, 2016)

[...] porque nós ainda temos uma grande deficiência de ter profissionais que vejam a atenção primária como estruturante e coordenadora do cuidado. Ainda a atenção primária é vista pela grande parte dos profissionais como aquela coisa do profissional que não conseguiu uma coisa melhor e foi pra atenção primária. Ainda é visto dessa forma, certo? [...] (G04)

É inviável a ESF assumir o papel de coordenadora do cuidado e responsabilizar-se longitudinalmente pela população adscrita à área de abrangência sob sua responsabilidade sanitária, independente da ausência ou presença de doença, sem profissionais estáveis, que estabeleçam vínculo com as pessoas e com a comunidade onde atuam através de uma fonte de regular de atenção ao longo do tempo. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

5.3.2 Linha de cuidado à pessoa com DM: da elaboração das diretrizes clínicas à construção inacabada do cuidado em rede

Nesse estudo, alguns participantes apresentaram uma concepção equivocada sobre linha do cuidado, associando-a apenas a um fluxo para atendimento por profissionais especialistas no Centro Especializado de Atenção à Diabetes e Hipertensão (CEADH) quando os sujeitos são estratificados com muito alto risco cardiovascular.

O profissional tem a opção de encaminhar esse paciente que foi estratificado como muito alto risco para o CEADH dentro do próprio prontuário na linha de cuidado. Ele pode escolher linha de cuidado: Hipertenso, diabético ou do hipertenso e diabético. Quando ele chega no CEADH, é atendido por uma linha de cuidado que vai ter um enfermeiro âncora que é o enfermeiro de referência e esse enfermeiro, depois, vai dar os direcionamentos para o paciente. (G02)

Foi pensada uma nova estratégia de organização de atenção aos diabéticos que foi a criação dos CEADH que é o Centro Especializado de Atenção à Diabetes e à Hipertensão. Mas, quem seriam as pessoas atendidas nesse centro? Só os diabéticos de muito alto risco [...]O objetivo de um CEADH, de uma linha de cuidado é fazer com que aquele paciente que foi encaminhado com muito alto risco, fique nessa linha de cuidado até que saia dessa condição de muito alto risco e vá para o alto risco e vá para médio risco. (G03)

Em contrapartida, outro gestor manifestou uma concepção mais ampliada em que não considerava a LC da pessoa com DM implantada apenas pela disponibilização do CEADH, pois, nessa construção, deveriam ser incluídas também as ações de atenção, promoção à saúde e prevenção de agravos que são desenvolvidas na APS.

[...] É tentar atingir um objetivo pela ótica da doença e não da promoção da saúde ou do autocuidado apoiado, da identificação dos diabéticos de baixo e médio risco e na prevenção de que esses diabéticos de baixo e médio risco virem diabéticos de alto e muito alto risco. Não. Você não está preocupado com o diabético de baixo e médio risco. Você está pelo menos garantir que os de alto e muito alto risco não morram precocemente. (G04)

Conforme Brasil (2010), a construção da LC não pode ser limitada ao estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência para atenção especializada. Trata-se da articulação de recursos e práticas de saúde, conforme as DC, para que os usuários acessem de forma oportuna e efetiva as possibilidades de diagnóstico e de terapias mais condizentes com suas necessidades de saúde.

Nessa perspectiva, a organização de LC deve ser realizada a partir da pactuação com a rede assistencial, articulando todos os recursos disponíveis por meio de fluxos que garantam o acesso oportuno às tecnologias necessárias à assistência. (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004)

Além de nortear o caminho dos indivíduos pelo sistema de saúde, e dentro dos próprios equipamentos de saúde, a LC deve incluir as dimensões micropolítica e relacional do trabalho oriundas desse percurso. (MALTA; MERHY, 2010). Portanto, não basta definir fluxos de referência e contrarreferência, é necessário que esses fluxos sejam pactuados entre os pontos de atenção de modo a reorganizar os processos de trabalho. (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

No decorrer da pesquisa, sobretudo, no encontro de negociação com gestores, percebemos que os participantes ampliaram o conceito sobre LC e compreenderam que a construção desse fluxo de cuidados ininterruptos deve ser iniciada no território a partir da vinculação do sujeito a sua ESF. Ademais, perceberam que esse caminhar na rede assistencial deve ser assegurado pela comunicação e pela articulação eficientes em e entre todos os pontos de atenção.

O nosso discurso é errado quando a gente diz que vai implantar a linha de cuidado quando implanta um CEADH. Como? A linha de cuidado já existe a partir da busca ativa no território, da consulta com a estratificação no posto de saúde, do acompanhamento com os profissionais do NASF. A gente fala da linha como se fosse somente o CEADH esquecendo o ponto de partida e mais importante que é a atenção primária. [...] A gente não está mais tentando implantar a linha, a gente está tentando articular esse ponto de atenção da linha de cuidado. (ENG)

A linha de cuidado não é só ofertar atendimento especializado. É inclusive investir mais na prevenção das complicações para que a gente precise cada vez menos de atendimentos especializados. Não podemos pensar em implantar uma linha de cuidado pensando primeiro na atenção especializada. A base tem que ser a Atenção Primária. (ENG)

Para direcionar o itinerário do sujeito na rede de atenção e realizar a gestão desse cuidado é essencial a padronização de condutas por meio da elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidência. Conforme Mendes (2012), as DC são recomendações que objetivam melhorar a qualidade da atenção em determinadas condições de saúde definindo as ações que devem ser prestadas em todos os pontos de uma rede de atenção à saúde. São imprescindíveis para gestão da clínica, contudo, devem ser percebidas como trilhas e não como trilhos para uma atenção à saúde efetiva.

O uso de diretrizes e protocolos pelas equipes de Saúde contribui significativamente para melhor qualidade da assistência por favorecer diagnósticos mais precisos, tratamentos mais adequados, otimização no uso de recursos e exames e melhores resultados em saúde. (BRASIL, 2014).

Sob essa ótica, foram elaboradas diretrizes clínicas das condições crônicas pertencentes às redes temáticas priorizadas no município objetivando definir as competências de cada ponto de atenção, fluxos de referência e contrarreferência além de fornecer informações técnicas baseadas em evidências científicas para profissionais e gestores. (Fortaleza, 2016)

Contudo, conforme evidenciado na fala abaixo, as DC da DM foram elaboradas, sobretudo por profissionais médicos da sociedade cearense de endocrinologia, dos ambulatórios especializados da rede pública municipal e estadual e da ESF de Fortaleza.

A construção das diretrizes clínicas de diabetes foi muito focada na participação dos especialistas. Era uma disputa entre os especialistas e dos consensos das sociedades [...] Era uma disputa de vaidades imensa. Não foi pensado na equipe multidisciplinar. É por isso que não houve participação de enfermeiros, dentistas, nutricionistas. As discussões foram focadas na percepção do cardiologista, do endocrinologista e de outros especialistas que eram os salvadores da diabetes. E também houve as brigas entre os especialistas e os médicos de saúde da família. (ENG)

Portanto, essa construção não envolveu significativamente os enfermeiros da ESF e estomoterapeutas, cirurgiões dentistas, nutricionistas, farmacêuticos, profissionais de Educação Física e tantos outros que são imprescindíveis no cuidado integral à pessoa com DM. Esse fato pode ter contribuído para a referida DC focar prioritariamente no rastreamento, diagnóstico, tratamento farmacológico e prevenção das complicações da DM.

Não participamos da construção das diretrizes clínicas da diabetes. Conseguimos participar de outras diretrizes como da gestante, da criança. [...] A gente sabe que foi colocado, mas, no momento da construção, a gente não participou dessa discussão coletiva. Acho que talvez porque essa inter-relação entre diabetes e doença ou saúde bucal não ser ainda 100% compreendida pelas pessoas. Mesmo colocando lá dentro da diretriz, não houve uma discussão de forma mais concreta com a área técnica. (G05)

“Não houve participação da saúde bucal na elaboração das diretrizes clínicas. Eles poderiam estar na linha de cuidado dos CEADHs e também não estão.” (ENU)

Ademais, embora a referida diretriz também aborde o tratamento não medicamentoso, ressaltando a importância dos hábitos de vida saudáveis como prática regulares de atividade física e alimentação adequada, não define os papéis dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional nem evidencia a necessidade desta para prestar a atenção ao indivíduo com a supracitada doença crônica.

Após a elaboração das DC, não foram pactuados fluxos assistenciais entre a APS e AAE, definindo como seria realizada a comunicação e o compartilhamento do cuidado entre esses pontos de atenção.

Houve a tentativa de implantar, em algumas UAPS, a LC da pessoa com DM tendo o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) como referência para o atendimento especializado. Apesar de essa experiência ter sido bastante exitosa, como pode ser evidenciado nas falas abaixo, foi finalizada em 2017.

Isso aconteceu na época que a gente teve a consultoria do Eugênio Vilaça. E o LAM foi escolhido como laboratório. Tiveram algumas reuniões em que os profissionais do posto puderam conhecer os profissionais do HU. Além disso, esses profissionais do HU também vieram no posto de saúde pra conhecer a realidade dos profissionais do posto de saúde [...] No HC, esse paciente fazia o atendimento com todos os profissionais da linha de cuidado. Então, depois do atendimento, o HC entregava uma cópia do plano de cuidados ao paciente e enviava o plano de cuidados para regional para esta enviar à unidade para que os profissionais da atenção primária pudessem dar continuidade ao cuidado. E, assim, a unidade também ficava sabendo tudo que tinha sido feito com o paciente, quais as condutas dos profissionais e quais os tratamentos prescritos. E aí esse paciente só retornaria ao HC quando o médico da unidade de saúde visse a necessidade. Além dos retornos que eram agendados no HC até que o paciente recebesse a alta. Então, se o paciente tivesse alguma intercorrência podia ser referenciado logo para o HC. (G06)

[...] Eles pensavam “Eu estou atendendo e estratificando o risco dessa pessoa, preencho o papel da referência, e eu sei que ele vai ser visto por um endócrino, um cardiologista, um oftalmologista e, o mais importante, vai voltar com um plano de cuidado da atenção especializada. E se eu precisar posso entrar em contato com o especialista para tirar alguma dúvida.” Isso fazia sentido pra eles! Os médicos tinham os contatos dos especialistas da referência e, muitas vezes, mandavam Whatsapp ou ligavam mesmo quando precisavam. Existia essa troca. (G01)

Nós conhecíamos os profissionais que atendiam lá no HU. Nós tivemos várias reuniões com eles com a Dra Fabiana que era a endocrinologista, com a nutricionista...Lembro de ter tido vários encontros com eles. E...tínhamos um certo acesso a eles. (P09)

Quando, por exemplo, o paciente estava usando doses elevadas de insulina e ainda assim não conseguia controlar a glicemia, a gente conseguia encaminhar. Não tinha dificuldade. A gente preenchia uma fichazinha e a coordenação marcava. E eles voltavam com o plano de cuidado com todas as orientações. E também se precisasse podia entrar em contato (P10)

A partir de 2017, buscou-se fortalecer o fluxo entre APS e AAE com a implantação de CEADHs em algumas UAPS que seriam referência para o atendimento especializado de pessoas com HAS e/ou DM estratificadas com muito alto risco. Atualmente, esse programa está implantado em apenas duas UAPS e dispõe de endocrinologista, cardiologista e estomoterapeuta.

[..] O profissional tem a opção de encaminhar esse paciente que foi estratificado como muito alto risco para o CEADH dentro do próprio prontuário na linha de cuidado. Ele pode escolher linha de cuidado: Hipertenso, diabético ou do hipertenso e diabético. Quando ele chega no CEADH, é atendido por uma linha de cuidado que vai ter um enfermeiro âncora que é o enfermeiro de referência e esse enfermeiro, depois, vai dar os direcionamentos para o paciente. Ele pode ir para o cárdio, endócrino e também para estomoterapeuta. Dependendo do atendimento que ele tem com o enfermeiro da linha de cuidado, que é o profissional inicial, é que que ele será encaminhado para um desses três profissionais. (G02)

Todavia, para garantir acesso aos serviços de saúde, de forma equânime e de acordo com a necessidade do usuário, não é suficiente apenas estabelecer os fluxos assistenciais. É preciso também reorientar as relações entre os todos os atores sociais envolvidos no trabalho em saúde nos diversos pontos da rede de atenção.

Apesar de o CEADH ser implantado no espaço físico de uma UAPS, pela fala abaixo, inferimos que não há uma articulação efetiva entre os seus especialistas e os profissionais da APS. Há apenas a referência e contrarreferência impessoal realizada por meio do prontuário eletrônico.

A gente não tem momentos de discussão desses casos clínicos mais complexos entre os profissionais da APS e os especialistas do CEADH. Eu acho que seria um grande ganho, acho que seria um diferencial, na verdade ter esses momentos de discussão. Acho que poderia ser no próprio CEADH, na própria unidade de saúde, sobre os casos mais complexos e discutir sobre o que todos poderiam fazer porque esse aprendizado seria de forma muito mais fluída quando as pessoas se veem e se conhecem, né? (G02)

A utilização dos protocolos assistenciais não pode desconsiderar a singularidade dos sujeitos na elaboração dos planos de cuidado. Devem-se agregar diferentes saberes para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde, produzindo compartilhamento de saberes e relações de cooperação.

Nesse sentido, a equipe deve compreender que apesar de as diretrizes apresentarem as melhores recomendações de acordo com evidências científicas,

cada indivíduo é único e, por isso, os profissionais têm que utilizar o julgamento clínico para avaliar em que medida as recomendações são úteis para cada sujeito (BRASIL, 2014).

[...] aí nós começamos a observar a diabetes não apenas como uma patologia que era tratada em vários níveis de saúde, mas sim com uma situação que se precisa criar uma linha de cuidado e uma diretriz pra ser guiado dentro dessa linha de cuidado e daí, hoje, a atenção à pessoa com diabetes segue essa característica de linhas de cuidado. É feito uma estratificação de risco para poder organizar melhor como será feito esse cuidado, de que forma nós podemos organizar o processo de trabalho numa equipe de saúde da família dentro de uma comunidade, dentro de uma determinada área. (G04)

Apesar da elaboração das DC da DM e dos avanços obtidos nos sistemas de apoio diagnóstico-terapêutico e assistência farmacêutica e no sistema logístico de registro eletrônico, os discursos demonstram que ainda estamos distantes de implantar uma rede contínua de cuidado integral à pessoa com DM em Fortaleza.

No município de Fortaleza, eu acho que assim, houve um grande avanço principalmente físico e estrutural, certo? Houve um avanço também em organização de processos porque realmente não existia nada institucionalizado, não existia, tudo dependia da vontade de cada equipe querer trabalhar bem [...] Nós fizemos as diretrizes clínicas, mas precisam ser revisadas, precisam ser monitoradas se elas estão sendo aplicadas realmente. (G04)

O próprio prontuário estratifica, mas, para isso, é preciso alimentar alguns dados em algumas telas. E o que a gente percebe também é que muitos profissionais, eu não vou especificar quais, tentam burlar a estratificação que é um processo demorado que você vai alimentando os dados e vai abrindo janelinhas com outras perguntas e isso requer um tempo. O que eles fazem? Eles preferem colocar o paciente em uma consulta ambulatorial do que ter que fazer a estratificação de risco do diabético porque demora, porque dá trabalho, porque precisa ficar alimentando o sistema pra concluir a estratificação que o próprio prontuário eletrônico faz. (G03)

Ao longo do estudo, identificamos também que a fragilidade no acesso ao atendimento de saúde especializado e o déficit na comunicação entre os níveis de atenção têm desmotivado os profissionais da APS a estratificarem o risco cardiovascular dos usuários com DM e a planejarem o cuidado da ESF a partir do estrato de risco. Alguns profissionais criam artifícios para burlarem as telas do prontuário eletrônico que realizam automaticamente a ER.

A gente não pode afirmar que a linha de cuidado da pessoa com diabetes está totalmente implantada. [...] Nós elaboramos as diretrizes clínicas. A gente fortaleceu muito a Atenção Primária. Mas, daqui pra frente, vou pra onde? Se eu não tenho para onde encaminhar meu paciente, o que adianta estratificar risco? E isso evou à desmotivação do profissional em querer estratificar. Às vezes, eles querem burlar o sistema do prontuário eletrônico

e colocam Z00 para não estratificar, ou não reestratificam. Esses se questionam: Eu vou reestratificar para quê? O paciente que era médio risco está alto risco. Mas, o que isso vai mudar no cuidado com ele?

Eu acho que eles acham que a estratificação de risco não tem mais importância porque antes quando eles sabiam que tinha um lugar para encaminhar os pacientes de alto e muito alto risco e que esses pacientes seriam vistos e eles teriam um retorno daquele atendimento, para eles tinha um sentido. [...] Agora, ele estratifica e quando precisa ser visto por um endócrino ou outro especialista fica na fila de espera e demora muito tempo, né? (G01)

“A gente esbarra principalmente na questão da comunicação. Como se dá a comunicação entre um Frotinha e uma unidade de saúde primária ou entre o Frotinha e um Centro Especializado de Diabetes e Hipertensão?” (G02)

Essa fragilidade nos mecanismos de regulação e ordenamento do fluxo de usuários contribui para ampliar a fragmentação da atenção à saúde. Através dos seguintes depoimentos, pudemos constatar que o percurso dos usuários na rede assistencial comumente é interrompido quando são encaminhados à AAE.

“Pra marcar consulta aqui não é tão difícil, mas pra fazer determinados exames fora do posto é difícil demais. Tem exame que o Dr. X passou que a gente não consegue de jeito nenhum. Passa um tempo danado numa fila”. (U08)

“É muito difícil conseguir fazer todos os exames que não faz aqui no posto. Você acaba tendo que pagar particular pra conseguir fazer mais rápido e mostrar ao médico.” (ENU)

Os sujeitos desta pesquisa evidenciaram um sistema desarticulado e fragmentado, insuficiente para suprir suas necessidades de saúde dos usuários com DM, com comprometimento significativo da coordenação do cuidado pela APS.

A dificuldade é quando eles colocam na fila de espera, né? Custa a sair. Essa é a maior reclamação deles. Às vezes, retornam pro doutô no posto e a consulta continua na fila de espera. E, às vezes, eles não podem ficar vindo muito na unidade de saúde, em alguns casos, porque são pessoas idosas e a micro área fica muito distante e não tem uma pessoa pra ficar vindo acompanhar esses pacientes 3 vezes na unidade de saúde para olhar se saiu da fila de espera ou não. É por isso a importância dessa comunicação entre o NAC e o ACS pra gente dar um suporte nesse tipo de situação, né? Quando sai da fila de espera, a gente leva esse encaminhamento até esse paciente. (P01)

Frente ao exposto, constatamos que a existência de protocolos e diretrizes clínicas não são suficientes para constituir, de fato, uma linha de cuidado. É importante destacar a importância dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários,

bem como propor algumas reflexões acerca da percepção hierárquica, piramidal e fragmentada das práticas de cuidado e dos níveis de atenção.

Para responder adequadamente ao aumento crescente das condições crônicas, o sistema de atenção à saúde não pode ser fragmentado, reativo, episódico e focado no enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Ademais, para prestar uma atenção contínua a população, não pode haver desarticulação entre os pontos de atenção. (MENDES, 2011).

Esse cenário pode impactar na micropolítica do cotidiano das unidades de saúde em que os profissionais, muitas vezes, atuam de forma fragmentada e descontextualizada, focando na doença e não no sujeito, como se cada ponto de atenção pudesse cuidar isoladamente de um aspecto do indivíduo, desconsiderando a integralidade da atenção.

Sob a ótica do pensamento complexo, os fenômenos multidimensionais como as doenças crônicas devem ser abordadas de forma integral já que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo do mesmo modo que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes, não sendo o todo redutível a soma das partes. (MORIN, 2011)

Esse equívoco também produz efeitos nos usuários dos serviços de saúde que, diante dessa fragmentação, banalizam o cuidado na APS e passam a buscar, cada vez mais, “consumir” consultas especializadas para perceberem-se adequadamente cuidados.

Eu acho que o mais difícil aqui no posto é não ter um médico adequado pra atender a diabetes, não tem um médico certo dessa área como é a Dra. Fabiana. Aqui é só clínico geral. Não é um médico certo pra acompanhar. Os dois são maravilhosos. O Dr. X é muito bom. E ela é ótima. Mas, pra acompanhar a diabetes, o certo é ela. (U06)

Esse relato denota a concepção arraigada no Brasil de que a APS é o lugar de atenção simples, de baixo custo e efetivada com poucos equipamentos. Essa percepção contrapõe-se à proposta de reorganização assistencial e de coordenação do cuidado nesse nível de atenção na perspectiva das RAS. (RAUPP et al, 2015)

Para a ESF tornar-se realmente coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS é necessário que a gerência da oferta seja substituída pela gerência de base populacional. Isso significa que a programação das ações de saúde não deve

ser elaborada somente a partir de parâmetros obtidos por séries históricas, mas principalmente a partir das necessidades concretas da população cadastrada em cada equipe, identificadas por meio de parâmetros epidemiológicos e de estratos de riscos definidos em diretrizes clínicas. (MENDES, 2012)

A coordenação do cuidado possibilita que as pessoas percorram nas RAS de forma ininterrupta, oportuna e efetiva. Algumas fragilidades na coordenação do cuidado pelas equipes de saúde da família foram evidenciadas também pela falta de apoio matricial aos profissionais da APS para gerenciarem condições mais complexas.

[...] Eu acredito que esse distanciamento prejudica o tratamento mesmo, né? Prejudica a continuidade do tratamento. Se eu não sei o que ele fez lá e nem se ele foi, mesmo se eu solicitei a consulta com urgência, não sei se ele foi agendado logo ou se não foi agendado. Aí quando ele volta, vem pior. (G01)

Quem é que vai me conduzir? Na hora que eu identifico que a pessoa é de muito alto risco, eu quero ter um suporte para continuar o acompanhamento dele. Eu vou precisar de exames mais específicos, não somente da hemoglobina glicada. Existe algum suporte para que ele retorne para mim com uma orientação da condução? (ENG)

Não houve ainda nenhuma capacitação com os endócrinos, cardíacos do CEADH treinando as equipes da Atenção Primária ou trocando informações!!! Eu desconheço disso pelo menos durante esse tempo que eu estou. Isso é algo que ainda precisa ser feito. É uma boa ideia!!! (G02)

Nesse cenário, os encaminhamentos para atenção especializada são realizados geralmente quando os sujeitos apresentam queixas que não podem ser gerenciadas na APS e, portanto, não são realizados conforme o calendário de compartilhamento do cuidado com AAE proposto pela DC.

[...] nós ainda temos lacunas nesse processo de implantação da linha de cuidado. A primeira lacuna que eu visualizo é a questão do conhecimento, do mapeamento da população diabética. [...] Nós não temos um mapeamento adequado e correto dessa população. O que nós temos é uma demanda mais reativa de condições já agravadas que chegam para os profissionais na atenção básica. (G04)

Todavia, segundo MENDES (2009), a coordenação do cuidado busca romper com a fragmentação dos serviços por meio de uma rede integrada de pontos de atenção em que a APS atua como centro de comunicação e coordenadora dos fluxos. Quando esse atributo está fragilizado, o primeiro contato torna-se meramente administrativo já que, nesse cenário, a longitudinalidade e a integralidade dificilmente conseguem ser implementadas.

Os exames laboratoriais de rotina são agendados e feitos na própria unidade. Agora, o agendamento de endócrino e do vascular é feito através do sistema de marcação de consultas UNISUS. Então, eles entram numa fila de regulação e assim como todos os outros pacientes que precisam desses especialistas e aí existe um endócrino na central e um vascular que avaliam essa fila e fazem a classificação do paciente como prioridade baixa, média ou alta. E aí quando as vagas ficam disponíveis no sistema, eles começam a agendar esses pacientes. (G06)

Quando o médico da ESF encaminha o usuário para uma consulta com o endocrinologista, cardiologista, oftalmologista ou vascular, não há o acompanhamento nem pelo profissional e nem pela gestão local para averiguar se o acesso foi garantido.

Quando o profissional abre o prontuário, tem lá se o paciente foi agendado ou não foi. Na maioria das vezes, vai estar: Aguardando agendamento pela central. Isso aparece no prontuário dele. Quando o profissional coloca nos agendamentos, aparece a situação de todos os agendamentos. A gente tinha o acompanhamento de quantos foram encaminhados e destes quantos foram atendidos quando nós tínhamos uma referência direta porque semanalmente eu preenchia uma planilha e sabia quantos tinham sido encaminhados, quantos tinham sido marcados, quantos tinham faltado a consulta e eu fazia esse acompanhamento na verdade. [...] Eu acompanhava, mas, depois que a gente perdeu esse vínculo eu parei de acompanhar porque se perde no meio de tantos outros, entendeu? (G01)

O que está acontecendo hoje é que quando a gente solicita a consulta especializada, coloca no sistema e a gente não vê mais esse paciente, a gente não acompanha se ele consegue agendar essa consulta. A gente remarca nossa consulta e continua fazendo nosso acompanhamento. Às vezes, o paciente até desiste da consulta com o especialista de tão longa que é a espera [...] (P09)

Quando o profissional realiza um encaminhamento para atenção especializada no UNISUS, é registrada a informação no prontuário eletrônico se houve agendamento, se está aguardando regulação ou se está na pendência do Telessaúde.

O UNISUS WEB é a atual ferramenta utilizada pela Central de Regulação do SUS (CRESUS), que coordena o Complexo Regulador do Ceará. Esse sistema integra atividades distintas, de tal forma que o Controle, Avaliação e Auditoria são realizados por meio da Secretaria de Saúde do Estado, enquanto a Regulação Assistencial por intermédio das Centrais Regionais de Regulação Assistencial integrantes das macrorregiões de Fortaleza, Sobral e Cariri.

O Telessaúde foi implantado, prioritariamente, no intuito de possibilitar a regulação mais qualificada das solicitações inseridas no sistema por meio da

avaliação de médicos especialistas; Oportunizar o encaminhamento de pacientes com perfis adequados às instituições especializadas; Identificar com maior celeridade pacientes com alta prioridade; Favorecer a elaboração e seguimento de protocolos; Promover a educação permanente através da interação entre o médico especialista e o médico da APS; Apoiar as decisões clínicas dos médicos das APS nas especialidades firmadas; Reduzir o tempo de regulação e agendamento das solicitações e Promover a equidade em saúde.(BRASIL, 2012a).

No entanto, há um desencontro entre as práticas dos médicos reguladores e da ESF. Não há protocolos de regulação do acesso às consultas e exames especializados que possam orientar os profissionais da APS a realizarem encaminhamentos que contenham todas as informações necessárias para o regulador avaliar a prioridade do agendamento. Por outro lado, os reguladores desconhecem as DC elaboradas pelo município de Fortaleza.

“Os reguladores realmente não conhecem as diretrizes clínicas.” (G07)

“Eu nunca recebi orientação pelo Telessaúde. Nem conheço esses profissionais e eles não conhecem nossa realidade. Vêm muitas pendências do Telessaúde pra gente responder. E isso tem sido um incômodo pra gente.” (P09)

E hoje quando a gente encaminha pelo UNISUS, pedem pra gente responder as pendências. Por exemplo, todos os pacientes que são encaminhados para o vascular, têm nove perguntas que o especialista quer que você responda independente da queixa do paciente. O cardiologista quer o eletrocardiograma. [...] Então, às vezes, a gente fica perdendo tempo porque os profissionais da atenção especializada não se reúnem com a gente pra dizer quais são as informações básicas que eles querem que todo paciente encaminhado para aquela especialidade já tenha a resposta por que senão o paciente fica no limbo. (ENT)

Diante desse contexto, o Telessaúde, além de não está conseguindo apoiar e promover a educação permanente dos médicos da APS, ainda está gerando mais uma demanda para esses profissionais, pois quando o regulador identifica a carência de alguma informação no encaminhamento, é enviada uma notificação ao solicitante da consulta ou do exame especializado com a pendência para que a justificativa da solicitação seja complementada.

Aí tem essa História do Telessaúde que eles reclamam muito porque tem umas coisas que acham que não tem nada a ver, não têm relação alguma com o médico regulador como tinham antes com o especialista que era uma relação mais próxima, mais pessoal do médico da atenção especializada, o médico do posto e o paciente. (G01)

E a gente ainda tem outra demanda que são as pendências do UNISSUS. Hoje, a gente encaminha um paciente pra uma especialidade e esse especialista retorna o encaminhamento com várias perguntas. Eu estou tendo que responder as perguntas do especialista em casa porque a gente não tem tempo no posto pra responder isso. (ENT)

Pelos relatos, na maioria das vezes, o médico da ESF não conhece o especialista para o qual encaminha os indivíduos sobre sua responsabilidade sanitária e não recebe a contrarreferência do atendimento especializado.

Hoje, essa comunicação é muito ruim. Esse fluxo não existe. Basicamente, nossa rede especializada de cuidado do diabético é muito pulverizada. Têm duas policlínicas, José de Alencar e Jangurussu, onde ainda não tem essa linha bem fortalecida pela carência de alguns profissionais. Às vezes, tenho endócrino, mas, não tenho cárdio. Tenho cárdio, mas não tenho endócrino. Ou tenho endócrino, mas, não tenho estomoterapeuta pra cuidar do pé diabético. Então, assim, ela é uma linha muito frágil. Com um vínculo com a APS pouco construído. (G07)

Por outro lado, o especialista que foi agendado pela central de regulação, conforme a disponibilidade de vaga, muitas vezes, também não conhece as diretrizes clínicas da HAS e DM elaboradas pelo município, não sabem os exames laboratoriais disponíveis na APS nem a dificuldade de acesso a determinados exames de imagem.

Como é que a atenção primária coordena o cuidado, mas não tem gerência sobre as vagas da atenção especializada? Como é que ela pode coordenar uma coisa desse tipo se não tem qualquer gerência sobre a demanda especializada, sobre o que fazer em relação à demanda especializada? [...] No momento em que um profissional do hospital não conversa e nem confia na atenção primária e nem vice e versa eu não tenho coordenação nenhuma. Eu mal posso dizer que tem integralidade do cuidado. (G04)

Enquanto a gente não conseguir fortalecer e dar credibilidade nessa articulação com a atenção especializada a linha de cuidado não vai funcionar. Eu acho que esses serviços ambulatoriais ainda não passaram credibilidade pros servidores. A gente acredita que com o fortalecimento da rede de policlínicas, a gente vai conseguir fortalecer essa referência e contrarreferência. (G07)

Nessa perspectiva, Mendes (2015) propõe o modelo de coordenação do cuidado em que a APS, a partir das diretrizes clínicas e das estratificações de risco, define quem se beneficia da AAE. Para tal, é imprescindível a aproximação entre generalistas e especialistas com elaboração de planos de cuidados compartilhados, prontuários clínicos, preferencialmente eletrônicos, que interliguem APS e AAE e indicadores de qualidade do cuidado coordenado.

Enquanto a gente não conseguir fortalecer e dar credibilidade nessa articulação com a atenção especializada a linha de cuidado não vai funcionar. Eu acho que esses serviços ambulatoriais ainda não passaram credibilidade pros servidores. A gente acredita que com o fortalecimento da rede de policlínicas, a gente vai conseguir fortalecer essa referência e contrarreferência. (G07)

Segundo esse autor, o sistema de regulação por meio de centrais que atuam de forma burocrática e impessoal, é antagônico ao modelo de coordenação do cuidado. Evidencia ainda a importância da territorialização da AAE de modo que os generalistas de um território sejam vinculados a determinados especialistas.

Nenhum traz contrarreferência. Eu nunca vi e acho que nenhum médico recebeu. Talvez, eles tragam solicitação de exames, né? Mas, não tem uma contrarreferência está nessa situação e oriento isso. O que acontece é ele voltar para fazer outros exames mais específicos que foi solicitado pelo cardiologista e ele vem para agendar. E aí a gente fica sabendo que ele foi para consulta quando ele vem na unidade procurando agendar os exames que o especialista solicitou, por exemplo. (G01)

Os reguladores realmente não conhecem as diretrizes clínicas. [...]na medida em que eles começaram a dialogar com os servidores e lendo as respostas dos servidores questionando algumas coisas, eles começaram a mudar os protocolos. Então, qual é o pensamento da telerregulação? É criar protocolos seguindo nossas diretrizes pra facilitar e não dificultar esse diálogo com a APS que em algum momento foi dificultado. (G07)

Destacamos ainda o desequilíbrio entre a demanda de usuários e provimento de especialistas na rede SUS, agravando as dificuldades de regulação e de estabelecimento de apoio matricial destes para os médicos da APS.

Tivemos dificuldade também de encontrar pontos tanto na atenção especializada, policlínicas ou CEADHS, quanto atenção terciária. A grande dificuldade foi não encontrar uma rede bem solidificada pra que a gente tivesse todos os pontos bem construídos. (G07)

Sobre esse aspecto, conforme o discurso abaixo, a SMS de Fortaleza está buscando superar essa lacuna por meio do fortalecimento da policlínica do Jangurussu e da inauguração, até o próximo ano, das policlínicas do Jóquei, Siqueira e Passaré.

[...] E a gente precisa fortalecer o vínculo da APS com a Atenção Especializada para isso fazer sentido pros profissionais. Hoje, eles não têm, a rede de retaguarda. Não têm ambulatorios de referência que a gente necessitaria para atender os pacientes de alto e muito alto risco. A realidade é essa. É por isso que eu acredito muito que com a rede de policlínica como Siqueira e Passaré, que já vão ser entregues até o meio do próximo ano. E,

agora, fortalecendo o Jangurussu e o Jóquei, vamos dar um *up grade*. Já temos recurso financeiro garantido do PROREDES para realizá-lo. Vamos investir também na formação desses especialistas para conhecerem a realidade da APS e das nossas diretrizes (G07)

O Programa de Fortalecimento de Inclusão Social e Redes de Atenção (PROREDES Fortaleza) é um projeto do Município de Fortaleza, financiado parcialmente pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que objetiva contribuir para a melhoria das condições de saúde da população. Dentre as ações previstas, destacamos o fortalecimento da atenção especializada de média complexidade por meio da construção de novas policlínicas. (FORTALEZA, 2017)

A organização das LC deve contemplar também a definição de metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das suas ações. As DC de DM propõem dezessete indicadores de acompanhamento tanto dos processos de trabalho quanto dos resultados obtidos por meio do funcionamento da LC.

O SISPACTO que estabelece o conjunto de indicadores universais e específicos para monitoramento e avaliação de políticas públicas prioritárias aponta como indicador de pactuação comum e obrigatória a Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). (BRASIL, 2016)

Contudo, os participantes do estudo revelaram que não há regularmente no nível local nem no nível central o monitoramento e avaliação desses indicadores.

“Realmente, não há planejamento sistemático. Só houve sistematicamente encontros de planejamento na época da consultoria. Logo no início, a saúde bucal participava das reuniões.” (ENG)

“Eu acho que meta é quando está no SISPACTO, quando está no planejamento estratégico e não tem nenhuma meta relacionada à implantação da linha de cuidado de diabetes.” (ENG)

A partir de 2017, quando finalizou a consultoria, não houve mais esse planejamento com envolvimento de todas as áreas técnicas. Porque eu não posso dizer que o planejamento dos CEADHs pode ser considerado porque não envolveu, por exemplo, a saúde bucal. E o CEADH não era para todo município de Fortaleza. (ENG)

Ainda não há um momento de planejamento e avaliação conjunto. Isso está sendo pensado [...] Se você me perguntar qualitativamente e

quantitativamente, se os pacientes que entraram no CEADH diminuam seus riscos, Nós não temos essa resposta porque esses resultados não estão sendo avaliados e nem monitorados. Então, hoje, está muito na questão de avaliar quantos estão encaminhando. (G03)

O que a gente tem pensado. Quando eu assumi a atenção primária, não existia na CEAPS uma pessoa específica responsável pelo monitoramento da Hipertensão e da Diabetes e a gente colocou a X porque sempre participou desse processo desde 2013. Ela está fazendo um levantamento no prontuário eletrônico dos pacientes com baixo, médio, alto e muito alto risco. E aí, nós vamos pedir para que seja feito um plano de ação por unidade, com prioridade, é lógico, em relação aos altos e muito altos risco, mas com programação também para esses pacientes de baixo e médio risco para que não fiquem alto e muito alto risco. (G07)

Alguns mencionaram que está havendo apenas o acompanhamento dos dados de produção ou do quantitativo de pessoas com DM cadastradas e estratificadas quanto ao risco no PE. Esses dados não têm sido avaliados sistematicamente, de forma coletiva e crítica, nem pelas áreas técnicas da gestão nem pelas equipes de saúde produtoras dos dados.

“Hoje, só tem indicadores de atendimentos.” (ENG)

Aqui no posto, todo mês, eu faço o levantamento pelo prontuário eletrônico do quantitativo de diabéticos cadastrados e estratificados por equipe e a quantidade de acordo com a classificação de risco pra preencher a planilha que enviamos pra regional. Mas, discutir esses dados e comparar com a quantidade de pacientes diabéticos atendidos naquele mês, ainda não conseguimos fazer. (G01)

Mas, eu não faço essa contagem do número de pacientes diabéticos na minha equipe aqui. Eu lembro que a gente conseguiu o número total com a coordenadora. Mas, saber quantos são de baixo, médio ou alto risco eu não sei. Eu não sei se pelo Fastmedic se tem como a gente saber porque tem muita função no prontuário eletrônico que a gente desconhece.[...] Mas, a gente não se reúne para monitorar isso não. (P10)

Por outro lado, na verificação da execução do projeto PROREDES Fortaleza, também serão avaliados indicadores referentes à morbimortalidade por doenças cardiovasculares e à internação por causas sensíveis à atenção primária. Isso tem contribuído para buscar instituir uma rotina de monitoramento e avaliação de indicadores associados ao funcionamento da LC sobre DM.

[...] E os indicadores prioritários são diminuição do número de doenças cardiovasculares, diminuição de internação por causas sensíveis à atenção primária. Tem os indicadores e nós temos que atuar com foco neles. Não é só garantir a entrega do prédio construído, é alcançar as metas dos indicadores de resultado. (G07)

Para LC funcionar de fato como “uma malha de cuidado ininterrupto” é essencial a instituição do monitoramento e avaliação de indicadores que possam refletir os avanços e desafios para seu funcionamento.

Também é válido explicitar a potência de estratégias de avaliação participativa que incluam a ótica dos distintos grupos envolvidos na produção da LC como os usuários, os trabalhadores, e os gestores. Essa metodologia possibilita captar as fragilidades tanto da micro quanto da macropolítica que podem contribuir para interrupção do percurso do sujeito na rede de atenção à saúde.

5.3.3 Modelo de atenção pautado na atenção aos eventos agudos?

Os trabalhadores de saúde, participantes do estudo apresentaram descontentamento em relação à carga horaria semanal destinada ao acolhimento e atendimento dos eventos agudos. Eles também apontaram que as escalas de enfermeiros e médicos para acolher e atender a demanda espontânea durante todo período de funcionamento da UAPS prejudicou significativamente o acompanhamento das pessoas com doenças crônicas por suas equipes de saúde da família.

[...] Mas, depois desse novo modelo com implantação do acolhimento, as coisas ficaram bem difíceis. Pode perguntar a qualquer enfermeiro. Todos começam a sofrer na véspera no dia do seu acolhimento. Eu mesma rezo, peço à Deus sabedoria e paciência para suportar. Eu gosto muito da saúde da família, mas, da saúde da família e não da demanda espontânea. (P04)

“Eu acho que esse DESP interferiu de forma muito negativa na parte de atendimento não só ao diabético como em relação a todos os pacientes com doenças crônicas.” (P09)

Mendes (2012) aponta que a implantação do modelo de atenção às condições agudas possibilita a classificação do risco de uma pessoa em situação de urgência para, a partir disso, definir o tempo-resposta e o local adequado ao atendimento.

Ademais, Brasil (2011) ressalta que o acolhimento à demanda espontânea deve ser compreendido em três dimensões: Como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso já que possibilita a inclusão de usuários que não são portadores de agravos mais prevalentes e/ou não estão inseridos em de ciclos de vida priorizados; Como postura, atitude e tecnologia de cuidado relacional

pautadas na humanização, na escuta qualificada e no respeito à autonomia dos sujeitos; Como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe.

Nesse estudo, contudo, percebemos que o acolhimento está sendo utilizado apenas como dispositivo para ampliar o acesso à consulta médica. Os relatos evidenciam que os usuários comumente utilizam o ACCR como “porta de entrada” para solicitar exames, prescrição de medicamentos de uso contínuos e atestados médicos.

Os enfermeiros e médicos, diante de uma demanda crescente e ávida por “consumir procedimentos e medicamentos”, reagem realizando consultas rápidas onde não é possível realizar uma escuta qualificada para apreender para além da queixa biológica manifestada.

Embora o município Fortaleza tenha adotado o protocolo proposto pelo CAB nº 28 para realizar a classificação de risco da demanda espontânea, durante o período de observação e nos CHD, constatamos que esse protocolo não foi incorporado à prática dos enfermeiros. Cada enfermeiro utiliza critérios distintos para classificar o risco e/ou vulnerabilidade e definir se o usuário será encaminhado para atendimento médico no turno ou não.

Não, não uso o caderno 28. E acho que nenhuma enfermeira usa. Como classificar risco se todos têm praticamente as mesmas queixas? Nessa época de virose, todos estão com febre, tosse, coriza ou diarreia. Atendo em média 30 a 35 pessoas por turno com queixas muito parecidas. E nem todos são da área do LAM. Às vezes, vem gente de outras unidades, de outras equipes que estão sem médico. É uma demanda muito grande. (P04)

Esses critérios também são modificados quando o médico que estaria de referência para atender os eventos agudos está ausente por motivo de férias ou doença. Nessa ocasião, apenas os usuários com queixas que demandam atendimento médico imediato e algumas demandas de atendimento prioritário são encaminhados para os demais médicos da unidade que estão realizando atendimentos programados.

Quando o médico de referência pra DESP não vem, é uma tranquilidade porque a gente acolhe e, quando é algo mais simples, a gente orienta, passa algum medicamento sintomático pra febre, pra dor e eles aceitam sem xingamento. Quando é realmente uma urgência, a gente encaixa para qualquer outro médico que está no posto. Mas, quanto tem “o médico da DESP”, não tem jeito. Querem passar pelo médico mesmo que tenha atendimento misto. (ENT)

Não passo o mesmo problema que as outras enfermeiras enfrentam no acolhimento da demanda espontânea com pessoas que vêm só pra mostrar exame e querem de qualquer forma falar com o médico. Com o Dr. X, isso não acontece porque ele não atende. Já quando estou acolhendo a demanda espontânea com o doutor Y, chegam muitos pacientes dizendo que o doutor disse que eles viessem. Quando pergunto o que eles estão sentindo, dizem que não estão sentindo nada. E aí eu mando ir pra salinha do doutor e esperar pra falar com ele. Se ele disse que lhe atende, então, ele vai atender. (ENT)

O acolhimento à demanda espontânea quando é compreendido e direcionado apenas a partir da gravidade do caso, pode negligenciar a captação de aspectos não orgânicos e subjetivos do usuário e perder a oportunidade de intervir em situações de risco e vulnerabilidade. No entanto, percebemos que, muitas vezes, quando o profissional não consegue objetivar as queixas dos usuários em critérios biológicos, tende a desqualificá-las e a não as legitimar como pertinentes aos serviços de saúde. (BRASIL, 2013f)

Se ele não tem nenhuma queixa, como é que eu vou colocar como atendimento de urgência. E eles dizem mesmo: O doutor disse que eu viesse hoje que é o dia dele. E eu digo: Pois, então, a senhora vá pra portinha dele falar com ele. E ele atende mesmo. (ENT)
Eu atendo não é porque eu sou bonzinho. É porque não tem mais como agendar o retorno do paciente pra mostrar um exame. Quando eu peço um exame numa emergência, por exemplo. Para quando vou marcar esse paciente pra mostrar os resultados se eu estou marcando retorno pra dezembro. (ENT)

Assim, apesar de o protocolo de acolhimento sugerir a avaliação de risco e vulnerabilidade, no cotidiano, as necessidades visíveis são apenas aquelas associadas a queixas físicas.

Muitas pessoas encaminhadas pro médico do DESP não precisariam de atendimento naquele dia. Na realidade, emergência, emergência como febre e dor é muito pouco. É...O que mais aparece são pessoas pra repetir uma receita, marcaram uma consulta pra muito tempo depois e aí o medicamento acaba, a validade da receita acabou e aí a pessoa vem. Aparece muita gente também pra mostrar exame, muitos utilizam até de queixas de que estão sentindo alguma coisa, mas, na verdade, querem mesmo é mostrar exames ou renovar alguma receita. A grande parte não é uma emergência. Poderiam ser atendidos pela equipe sem ter tanta pressa. (P09)

Eu coloco sim. Não vou mentir que eu vou está brigando com o paciente, que eu não vou. Às vezes, eles chegam com uma queixa que a gente não tem como provar. Dizem que estão com muita dor. Quando eu olho pra ele, eu não vejo uma face de dor. Mas, como vou dizer que ele não está sentindo muita dor? Eu aprendi na minha vida que o quê me faz mal não quero para mim. Então, não discuto. Mando pro doutor. Embora, muitas vezes, eu perceba que ele não tem nada. (ENT)

[...]Às vezes, me acho uma mera anotadora de pacientes para o médico. Coloco os dados do paciente no computador para encaminhar para o médico. Antes, tinha o controlista de acesso que, apesar de, às vezes, atrapalhar, também ajudava a dar algumas orientações evitando que todos fossem à sala do acolhimento até para pedir uma informação. (P04)

A implantação de acolhimento da demanda espontânea impõe uma transformação na organização do processo de trabalho, nas relações entre os profissionais e nos modos de cuidar. Não basta disponibilizar vagas para encaminhar ao atendimento médico. É preciso que a equipe sobre reflita sobre as ofertas que tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2013f)

Alguns profissionais manifestaram que a ESF é responsável apenas pela prevenção, promoção da saúde e atenção às demandas programáticas. Assim, não deveria responsabilizar-se pelo acolhimento e atendimento à demanda espontânea. Ademais, os eventos agudos deveriam ser atendidos nas UAPS por uma equipe destinada exclusivamente para essa finalidade ou nas Unidades de Pronto Atendimento.

É bastante compreensível os usuários busquem às unidades de saúde em situações de condições agudas tanto pela proximidade física quanto pelos vínculos que possuem com os profissionais de saúde. Além disso, aqueles que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas também podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção não planejada pela equipe da APS. (BRASIL, 2013f)

Além disso, a PNAB aponta que todos os profissionais da ESF têm como atribuição a participação no acolhimento dos usuários, com classificação de risco e vulnerabilidades para posterior identificação de necessidades de cuidado (BRASIL, 2017)

Ressaltamos ainda que a APS para ser resolutiva, ser reconhecida e ter legitimidade, não pode responsabilizar-se somente pela promoção e prevenção no nível coletivo nem se restringir a realização de consultas e procedimentos. Além de programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais, é fundamental planejar-se para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades e os imprevistos. (BRASIL, 2013f)

Então, assim, realmente, as pessoas precisam parar de enxergar a atenção primária como um pacotinho de serviços que era ofertado antigamente e

enxergar como estratégia de diagnóstico da demanda populacional para organização do atendimento a essa demanda. Essa ainda é uma grande fragilidade. Não só do ponto de vista do profissional, mas da própria comunidade porque a nossa cultura é uma cultura medicalizada. Então, as pessoas não procuram a unidade de saúde para cuidar da saúde e sim para tratar uma doença. (G04)

Contudo, nesse estudo, muitos sujeitos culpabilizaram a implantação do ACCR nas UAPS pela fragmentação da atenção às condições crônicas, principalmente às pessoas com HAS e/ou DM.

É porque a gente faz 32 horas semanais, mas, dessas, 15 horas são utilizadas para DESP. Cada médico faz. Se você atende 4 pacientes por hora, dá 60 pacientes atendidos semanalmente por cada médico na "emergência". Sendo que de 24 pacientes atendidos num turno de DESP, se tiver 08 pacientes realmente doentes é muito. Eles vêm com queixas de sintomas que você não consegue provar, nem o médico nem a enfermeira. São queixas de dor nas costas, tontura, diarreia. São 60 pacientes atendidos semanalmente que se você multiplicasse por 04 médicos daria 240 pacientes. Essas vagas poderiam ser destinadas para hipertensos e diabéticos. (ENT)

Esse discurso pode ocultar algumas fragilidades bastante relevantes e percebidas durante a realização desse estudo como a fragilidade na organização de encontros com todos os trabalhadores de saúde da UAPS para avaliarem e planejarem conjuntamente os processos de trabalho; a irregularidade da realização das reuniões de equipe; o cardápio restrito de ofertas de ações de saúde, focados, sobretudo, na consulta médica; a fragilidade de processos de educação permanente que fomenta a análise e transformação das práticas cotidianas.

Torna-se muito difícil modificar a busca excessiva e, muitas vezes, desnecessária, da população por consultas médicas se as ações e os serviços de saúde estão organizados em uma perspectiva medicocentrada. Muitos sujeitos transformam seus sofrimentos psíquicos e sociais em queixas biológicas para garantirem o direito de escuta, independentemente de ser qualificada ou não.

No estudo realizado por Araújo; Assis (2017), os dados obtidos também evidenciaram que os profissionais identificavam o atendimento médico como a oferta prioritária do serviço de saúde. Ademais, apontaram que as diversas categorias profissionais percebiam a atenção à demanda espontânea como desorganização no processo de trabalho.

Contudo, a proposta do acolhimento no Brasil foi ampliar a clínica realizada por todos profissionais da equipe para incluir abordagens e intervenções,

além das biomédicas, para os adoecimentos e demandas, retirando do médico o papel central do cuidado. (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010)

Nesse sentido, as equipes de saúde da APS devem ter tanto capacidade ampliada de escuta quanto um escopo variado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais lidam cotidianamente. Precisam desenvolver a capacidade de identificar as peculiaridades de cada situação apresentada para, a partir disso, agenciar os recursos e as tecnologias (leves, leve-duras e duras) mais condizentes. (BRASIL, 2013f)

Tesser; Poli Neto; Campos (2010) ressaltam ainda que grande parte da demanda não programada é caracterizada por problemas de saúde “medicalizados” desencadeados principalmente pela cultura do consumismo, do medo e da insegurança propagada pela mídia. Diante disso, o espaço do acolhimento pode contribuir para quebrar essa perspectiva medicalizante na medida em que oferta outras possibilidade de cuidado ao invés de utilizar esse momento para apenas fornecer a tecnologia médica.

Porém, os profissionais estão sendo formados e apoiados para intervir diante de problemas que extrapolam os protocolos assistenciais? O que fazer quando as dores manifestadas pelo sujeito que adentra o consultório não podem ser definidas por um diagnóstico e tratadas por um medicamento? Como estabelecer um encontro entre profissional de saúde e o usuário como um espaço intercessor em um tempo restrito de interação?

O ACCR foi muito comentado nos CHD e nos encontros de negociação com gestores e trabalhadores e, dentre as RQPs do estudo, foi a única que apresentou resolução incompleta. Talvez, isso tenha acontecido porque o ACCR revelou muitas fragilidades na organização do processo de trabalho que estavam encobertas pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo, dos sujeitos que não se encaixavam no rol de ofertas programáticas.

Como foi evidenciado nos relatos dos participantes, não foram realizadas ações de educação permanente nem uma reorganização das práticas de saúde no intuito de prepararem as equipes para implantar o ACCR e garantir a continuidade do cuidado após o acesso ao serviço de saúde. Esse processo foi realizado subitamente logo quando as UAPS de Fortaleza começaram a funcionar de segunda à sexta-feira de 7 às 19 horas.

Foi uma transição muito intensa. Eu entendo os enfermeiros. Para abrir os postos de 7 às 19, organizar as cargas horárias e implantar o acolhimento levou no máximo seis meses [...]foi apresentada na ABO sem ter discussão, sem ter nada em uma tarde. E os gestores no dia seguinte tiveram que implantar nas unidades. Foi a loucura da loucura. E não disseram como deveria ser. Se deveria ter atendimento misto ou não. Na época, todo mundo detestou e agora todo mundo se acostumou. (ENG)

O apoio gerencial e o quantitativo de profissionais suficientes são essenciais para possibilitar um cenário que favoreça o acolhimento. Caso contrário, haverá uma tendência a realizar uma clínica medicalizante, centrada na doença e no consumo de procedimentos. Esse fato pode ser agravado quando o acolhimento não é realizado pela ESF de referência, pois há a dificuldade de apreender o contexto e dinâmica psicossocial, econômica e cultural que podem interferir no processo saúde promover, comprometendo a continuidade do cuidado. (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010)

O atendimento à demanda espontânea faz parte da atenção primária à saúde, sim! [...] Eu tenho tempo pra fazer isso se eu for responsável por 3.000 pessoas. Se eu for responsável por 8.000, eu não tenho como fazer isso porque a demanda espontânea vai me sugar todo para isso. Então, as pessoas precisam entender o seguinte: O problema não é a demanda espontânea. O problema é a deficiência de cobertura. (G04)

Das 32 horas que a gente trabalha, 15 horas são pra demanda espontânea. Por mais que você tente fazer atendimento misto, não consegue. Vá numa terça feira à tarde para ver a lotação. É famoso. Às três e meia da tarde, ainda têm muitos pacientes pra eu atender. É uma quantidade absurda. (ENT)

No entanto, como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, o acolhimento impõe transformações nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, é necessário que a equipe reflita e aproprie-se sobre o conjunto de ofertas disponíveis para lidar com as necessidades de saúde da população para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. (BRASIL, 2013f)

Sobre esse aspecto, Tesser; Poli Neto; Campos (2010) destacam que a abertura das equipes à demanda espontânea costuma produzir angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional. Isso deve ser considerado e mitigado através de estratégias de apoio emocional e institucional para os profissionais, de fortalecimento da parceria entre os membros da equipe e da promoção de ações de educação permanente.

No encontro de negociação, os trabalhadores propuseram a reorganização da modelagem do ACCR no intuito de fortalecerem o vínculo com as pessoas da área de abrangência da sua equipe e tornarem tanto a consulta de Enfermagem quanto a consulta médica da demanda espontânea mais resolutiva.

Eu acho que a gente poderia tentar organizar o atendimento da DESP por equipe mesmo que tivesse sempre uma equipe de referência pra atender os pacientes das áreas que os profissionais não estão no posto ou da equipe que não tem médico. Acho que talvez seja a melhor forma de pelo menos diminuir essa confusão toda da demanda espontânea. (ENT)

Atualmente, o modelo implantado é o da equipe de acolhimento do dia em que um único enfermeiro acolhe todos os usuários que chegam por demanda espontânea e um único médico mantém-se na retaguarda do acolhimento. O enfermeiro que está na equipe de acolhimento fica com agenda exclusiva para essa finalidade e o médico destina aproximadamente 70% da agenda para atender os indivíduos acolhidos e encaminhados pelo enfermeiro.

Os trabalhadores que participaram desse estudo apontaram que essa modelagem de acolhimento além de gerar uma sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia fragiliza a responsabilização e o vínculo entre equipe e população adscrita.

Frente ao exposto, Norman; Tesser (2015) ressaltam que a organização de um acolhimento único, com revezamento de profissionais das equipes, predispõe a postura medicalizante identificada nos serviços de pronto atendimento, já que se criam dois serviços, com lógicas distintas, na mesma unidade de saúde: um voltado para os sintomas, as doenças, e as intercorrências e, portanto, mais medicalizante; outro que realiza ações programáticas, promoção e educação à saúde.

Esses autores evidenciam ainda que para os profissionais que estão no “plantão” do acolhimento essa atividade funciona como “a cota de sofrimento da semana”. Sendo assim, a demanda é percebida como um fardo, não algo que a equipe compreende como sua responsabilidade.

Então, para o Dr. X não interessa se é da equipe dele ou não. Ele vai atender e fazer tudo que for necessário. Se tiver que solicitar exame, ele vai solicitar. Às vezes, quando chega um paciente diabético descompensado com a glicemia alta, ele modifica a medicação também. Ele não se contenta em apenas passar uma medicação pro paciente sair da crise, ele vai mexer no esquema terapêutico também, entendeu? Se precisar passar insulina, ele pede pro paciente vir de três em três dias pra ir aumentando a dose da insulina paulatinamente. Não importa se o paciente é da área dele ou não. E

quando o paciente chega no NAC pra marcar o retorno com a receita dele, não vão verificar de onde ele é. Então marcam os retornos pra ele. (P06)

Diante disso, propuseram a modelagem de acolhimento misto em que o usuário que comparece à UAPS por demanda espontânea é preferencialmente acolhido e atendido pela sua equipe de referência visto que todos os profissionais, nesse modelo, destinam vagas nas suas agendas para demanda espontânea e programada.

Caso isso não seja possível devido à ausência de profissionais por motivo de atestado, férias, visita domiciliar ou educação permanente, o indivíduo é atendido pela equipe de retaguarda do dia. Os profissionais dessa equipe teriam um número mais reduzido de atendimentos agendados para acolherem/atenderem a demanda espontânea da área cujos profissionais da ESF estão ausente ou da área de abrangência de outras UAPS.

Esse formato, segundo os sujeitos da pesquisa, permite que mais de um profissional acolha e atenda a demanda espontânea simultaneamente diminuindo a sobrecarga principalmente em períodos com quantitativo elevado de eventos agudos. Além disso, ao se depararem com pessoas com condições crônicas agudizadas de sua área de abrangência, os enfermeiros e os médicos podem realizar uma abordagem mais ampliada e propor ajustes na terapêutica que intervenha nas causas da descompensação da condição crônica.

Outra coisa é organizar o acolhimento por equipe. O meu sonho era acolher somente minha equipe. Não vou mentir. Quando eu atendo alguém da minha área no acolhimento, eu tenho um olhar especial. Eu faço todas as orientações, vejo se está tomando a medicação direitinho. E eu sempre olho o endereço das pessoas que atendo no acolhimento pra saber de qual equipe são ou saber se são realmente do LAM. (P06)

Eu já até sugeri aqui no posto que o DESP fosse utilizado pra atender nossa equipe. Podia utilizar esse tempo pra... é...Agendar e deixar um espaço pra as pessoas da nossa equipe com necessidade mais imediata. Mas, que cada um atendesse a sua equipe, que essas emergências, que o DESP fosse pra sua equipe. A gente poderia até encaminhar, se precisar, venha em tal dia, em tal turno. Porque garantiria o atendimento mais rápido dessas pessoas que precisariam ser vistas logo, é...Melhoraria a aderência de tratamento crônico sem deixar de atender essas emergências que a gente vem atendendo (P09)

Também seria uma oportunidade para os enfermeiros resgatarem o acompanhamento daquelas pessoas com DM que comparecem às UAPS, por

demanda espontânea, apenas para “renovar” receita dos medicamentos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos.

É até mais fácil acolher os pacientes da área da gente. Tem uns que a gente já sabe até quando estão tentando enganar a gente pra conseguir consulta com o médico porque perdeu a consulta que tava marcada [...] No caso dos pacientes diabéticos, você pode até passar mais tempo avaliando se tá tomando os medicamentos direito, como está a alimentação e fazer todas as orientações necessárias porque aquela pessoa é da sua área, é da sua responsabilidade. Você está aproveitando aquela oportunidade. (ENT)

Nessa perspectiva, Tesser; Poli Neto; Campos (2010) recomendam que o acolhimento e a responsabilidade devam ser personalizados e referentes à população adscrita a cada equipe visto que essa modelagem contribui para reduzir o estresse da avaliação de risco/vulnerabilidade e favorece a corresponsabilização entre equipe e usuários.

Portanto, urge construir estratégias personalizadas para o contexto singular de cada unidade de saúde a fim de que o acolhimento à demanda espontânea não seja percebido meramente como classificação dos riscos biológicos, mas também como oportunidade para captar sujeitos com condições de vulnerabilidades que precisam ser incluídos nas ações de saúde da equipe.

Além disso, é preciso que a APS não garanta apenas a atenção ao primeiro contato que foi significativamente ampliada a partir da implantação do ACCR nas UAPS. É necessário que as ESF sejam apoiadas para desenvolverem suas práticas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções na perspectiva de produzirem um cuidado contínuo, integral e coordenado pela APS. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)

5.4 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO: DA PROPOSTA DE INTEGRALIDADE À FRAGMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS.

5.4.1 Atenção centrada no médico com distanciamento do enfermeiro do cuidado com a pessoa com DM na APS

Nesse estudo, observamos que, apesar de todas as enfermeiras disponibilizarem vagas para atendimento à pessoa com DM, apenas a enfermeira da

EACS atende regularmente. Nas demais equipes, esse atendimento é realizado prioritariamente pelos médicos.

“Nós constatamos também nesses relatórios do prontuário eletrônico que os médicos estão atendendo bem mais diabéticos que os enfermeiros.” (G03)

Porque eu nunca cheguei a marcar consulta com a enfermeira. Eu nem sabia que precisava marcar consulta pra enfermeira acompanhar a diabetes. Achei que só o médico resolvia porque como a receita vale seis meses e venho antes de vencer, então tava tudo certo. (U06)

“Se já fui atendido por ela, num lembro não. Só sou atendido pelo doutô mesmo”.(U01)

Algumas profissionais, diante do absenteísmo dos usuários com DM nas consultas de Enfermagem, foram paulatinamente inserindo outros atendimentos na agenda destinada ao acompanhamento da pessoa com HAS e/ou DM.

“Elas pegaram o dia que elas tinham e colocaram outras coisas. Elas atendem criança, atendem planejamento familiar, atendem bolsa família, atendem outra coisa que chega naquele momento.” (G01)

“Eu tenho o dia de atendimento. Mas, terminei preenchendo com outras coisas que a gente vai atendendo como resultado de prevenção, com bolsa família e esse espaço que ficou vazio foi preenchido com outros atendimentos.” (P06)

Além disso, os agendamentos das consultas subsequentes não são realizados conforme proposto pelas DC em que as pessoas com DM estratificadas com baixo e médio risco devem ter pelo menos uma consulta de Enfermagem anual. Já aquelas estratificadas com alto e muito alto risco devem dispor de, no mínimo, uma consulta de Enfermagem semestral. (FORTALEZA, 2015)

Paradoxalmente, todas as pessoas com DM são marcadas apenas para o atendimento médico a cada seis meses aproximadamente, conforme a disponibilidade de vagas na agenda.

O caderno da Atenção Básica nº 36 aponta que os enfermeiros devem responsabilizar-se pelas consultas de rastreamento para as pessoas identificadas com maiores riscos para desenvolver DM tipo 2 além de acompanhar pessoas diagnosticadas com DM utilizando, preferencialmente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que objetiva prioritariamente promover a educação em saúde para desenvolver habilidades para o autocuidado. (BRASIL, 1013)

A SAE para acompanhamento das pessoas com DM é composta por seis etapas inter-relacionadas: Histórico, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado, planejamento e implementação da assistência bem como avaliação do processo de cuidado.

Nessa perspectiva, a assistência de Enfermagem é planejada e implementada utilizando estratégias de prevenção, mitigação ou correção dos problemas identificados, conforme os estratos de risco, a capacidade e a motivação da pessoa com DM para o autocuidado. Ademais, a cada consulta, o processo de cuidado é avaliado com a pessoa e/ou sua família, verificando-se se as metas pactuadas foram alcançadas e o grau de satisfação em relação ao tratamento. (BRASIL, 2013g)

Contudo, constatamos que os enfermeiros não estão realizando de forma sistemática o acompanhamento das pessoas com DM. Esses profissionais limitam-se, na maioria das vezes, à transcrição de receitas de antidiabéticos com validade vencida realizada nas consultas de acolhimento à demanda espontânea.

Constatamos é que, dentro da própria agenda programada dos profissionais enfermeiros, está cada vez mais escasso o atendimento dos diabéticos. Eu já fiz um levantamento pra avaliar o quantitativo de consultas de Enfermagem. E, em relação às consultas médicas está muito, muito, muito inferior. (G03)

[...] os pacientes, às vezes, não conseguem marcar para determinado período ou perde-se uma consulta e eles vêm com a receita vencida, aí a gente manda pra enfermeira da demanda. Quando coincide que a enfermeira da demanda é a enfermeira da equipe, é ótimo. Quando não é, ele termina sendo visto por uma outra enfermeira que não é a da equipe. (G01)

Aliás, hoje, só atendo pacientes hipertensos e diabéticos na DESP pra renovar receitas. [...] Fico pensando que quando esses pacientes estão sem medicamento, nosso atendimento para renovar receita serve. Mas, quando é pra agendar consulta, ninguém quer. (P04)

Os referidos profissionais relatam que esse distanciamento foi acentuado com o início do processo de estratificação das pessoas HAS e/ou DM quanto ao risco cardiovascular, inicialmente, realizado de forma manual, e, posteriormente, no prontuário eletrônico, pois, a princípio, apenas o médico poderia realizá-la.

Então, apesar dos enfermeiros terem participado de capacitações sobre a estratificação de risco, conforme as DC de HAS e DM, no primeiro momento, não foram considerados aptos a realizá-las.

Diante disso, as consultas de pessoas com HAS e/ou DM eram agendadas prioritariamente para os profissionais médicos de modo que a estratificação de risco fosse concluída mais brevemente.

Aproximadamente seis meses, após a implantação desse processo, foi definido que os enfermeiros também teriam acesso às telas de estratificação de risco no prontuário eletrônico.

No primeiro momento, os especialistas não aceitavam que os enfermeiros estratificassem. E os médicos de saúde da família defendiam que os enfermeiros estratificassem. E o processo começou sem que os enfermeiros pudessem estratificar. Depois, foi modificado. (ENG)

[...] E aí os enfermeiros se sentiram ofendidos porque durante décadas fizeram acompanhamento e consulta ao paciente hipertenso e diabético e não puderam fazer a estratificação de risco. A partir daí, começou a existir um desestímulo dos profissionais para consultar, pois já que não podiam estratificar, também não iam fazer uma consulta só para fazer uma transcrição de medicamento que foi prescrito pelo médico. (G03)

Depois que a diretriz estava pronta, que a estratificação estava inserida no prontuário eletrônico é que se percebeu que os médicos não estavam dando conta de estratificarem sozinhos todos os pacientes, liberaram os enfermeiros para estratificarem também. (ENG)

Acho que se acomodaram. Primeiro, no início, elas não podiam fazer a estratificação, somente, os médicos podiam. O Mas, agora já podem e elas já sabem disso. Elas já abrem as telas da estratificação de risco no prontuário eletrônico. Mas, assim, terminou acomodando. “Então, esse paciente não é meu? Então, deixa que ele faz!!!” (G01)

Mas, para os de baixo e médio é tão importante a consulta da Enfermagem para agregar valor, pra saber se estão tomando a medicação direito, pra saber como está a glicemia, para fazer orientações alimentares, orientações sobre medicamentos. É super importante esse atendimento. Então, temos que focar no resgate da consulta de Enfermagem. (G07)

Os participantes dessa pesquisa ainda relataram que quando as DC foram implantadas na UAPS Luís Albuquerque Mendes, em 2015, havia um abastecimento irregular dos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos na farmácia da unidade.

Diante disso, as pessoas com HAS e/ou DM não compareciam com assiduidade às consultas de enfermagem agendadas porque queriam receber apenas receitas prescritas pelo médico para receberem os medicamentos nas farmácias populares.

[...] No início, quando estava faltando medicação, elas diziam que agendavam dentro das escalas de consulta alternada para médico e

enfermeiro e eles não vinham. [...]. E eles pegavam na farmácia popular e a popular farmácia não entregava com a prescrição da enfermeira. (G01)
Acho que começou quando alguns medicamentos para Hipertensão e Diabetes começaram a faltar na farmácia do posto e os pacientes não queriam receber as receitas carimbadas pelos enfermeiros porque precisavam receber os medicamentos na farmácia popular. E, na farmácia popular, só aceitavam prescrições médicas. Daí eles se acostumaram a ser consultados somente pelos médicos. (P04)

Para adquirir os medicamentos disponíveis nas unidades de farmácia popular ou nas farmácias credenciadas no programa, era necessária a apresentação de uma receita médica ou odontológica que eram consideradas válidas até 180 dias após a emissão.

A análise dos discursos permite inferir que a atenção às pessoas com DM está essencialmente focada na renovação de receitas, muitas vezes, de forma fragmentada e descontextualizada, sem avaliação do estilo de vida do sujeito ou da ocorrência de possíveis efeitos adversos.

Quando eu venho pra renovar a receita e o Dr X não está aqui ou não tem vaga pra marcar pra ele, a enfermeira renova a receita pra eu esperar a consulta com o médico. [...] Nunca fiz consulta com a enfermeira não. Ela só renova a receita quando não tem vaga pro médico. (U08)

Eles não entendem que eu preciso ver, eu preciso da pressão e da glicemia daquele paciente. Eu preciso avaliar se o remédio tá fazendo efeito ou não. Se a pessoa tá usando a medicação, se tá fazendo uma dieta, uma atividade física. Mas, não. Eles percebem como renovar receita. Se uma pessoa veio no acolhimento trazer uma receita de outro e eu não renovo é porque eu sou ruim, porque eu gosto de complicar e é um pensamento da maioria, entendeu? E a gente acaba entrando nesse ciclo e vai renovando, renovando, renovando. (P06)

“Não tem mais a consulta com o enfermeiro. Não que eu saiba, né? Não está mais tendo. Agora é só o douto porque como passa esse tempo todinho sem consulta, quando eles vêm, querem a consulta com o doutô.”(P03)

Corroborando com esses achados, a pesquisa realizada por Silva et al (2014) evidenciou que a consulta de Enfermagem à pessoa com DM é predominantemente realizada de forma fragmentada e centrada no modelo biomédico, não considerando a subjetividade do indivíduo no processo de cuidado.

É importante ressaltar que portaria nº 2436/2017 MS respalda legalmente a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares pelos enfermeiros de acordo com as disposições legais da profissão e com os protocolos

ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.(BRASIL, 2017)

O município de Fortaleza, por meio da portaria nº 294/2015, também valida a prescrição ou transcrição de medicamentos e solicitação de exames laboratoriais complementares aos sujeitos com HAS e/ou DM pelos enfermeiros da ESF, conforme proposto nas DC.

Todavia, a atenção prestada à pessoa com DM não deve pautar-se apenas na prescrição de medicamentos ou solicitação de exames. Os enfermeiros assim como os demais membros da ESF são responsáveis pela elaboração de plano de cuidados às pessoas com condições crônicas da área sob a responsabilidade sanitária da equipe que contemplem os aspectos psicossociais além dos fatores biológicos. (BRASIL, 2017)

Sobre esse aspecto, Ferreira; Acioli (2010) apontam o cuidado como núcleo da competência e razão existencial da Enfermagem que possibilita a realização de uma prática humanizada e dialógica que transcende a técnica.

Além disso, as ações educativas desenvolvidas durante as consultas de Enfermagem são essenciais para o cuidado da pessoa com DM, pois ao empoderá-la para o autocuidado pode contribuir significativamente para o controle metabólico e redução do surgimento de condições clínicas associadas. (SANTOS; RODRIGUES; SANTOS, 2008)

Todavia, percebemos o desconhecimento e a desvalorização do cuidado de Enfermagem tanto pelos profissionais quanto pelos usuários do serviço de saúde.

“A agenda do enfermeiro está vazia porque quem agenda é o NAC. E o NAC não agenda consulta de hipertenso e diabético para o enfermeiro.” (ENG)

Pra começar, a maioria dos pacientes atribui a consulta de Enfermagem de hipertenso e de diabético para receber remédio, né? Eles não entendem que tem toda a parte de educação, tem toda a parte de orientação. Na verdade, eles vêm pra consulta querendo receber o remédio. (P06)

Os pacientes, o NAC, os ACS, todos desvalorizam a consulta de Enfermagem. Às vezes, quando vou fazer visita domiciliar com o médico e os ACS, os ACS gritam na porta da casa dos pacientes “É o médico!!! Abre a porta!!!” E eu digo “É a equipe!!!” Porque é a equipe que está fazendo a visita. Mas, sinto que é a presença do médico que é mesmo valorizada. (P04)

Com a implantação desse novo modelo e a ampla divulgação na mídia que tem médico no posto de 7 às 19, a população passou a achar mais ainda que o foco do posto é a consulta médica. Todos os outros profissionais são

coadjuvantes. E isso é reforçado todos os dias. Muitas vezes, os profissionais do NAC dizem para o paciente: “Não tem vaga para o médico, então, vá à sala da enfermeira para ela passar a medicação enquanto você aguarda a consulta do médico”. É como se realmente a nossa consulta não tivesse importância alguma para o cuidado do hipertenso ou diabético. (ENT)

Esse último relato refere-se a um vídeo institucional da prefeitura de Fortaleza, veiculado nas redes de televisão e mídias sociais em 2013, que divulgava o funcionamento das unidades de saúde, a partir daquele momento, de segunda à sexta-feira de 7 às 19 horas e ressaltava que todas as unidades de saúde teriam médico em todo o período de funcionamento.

Porém, a hegemonia do médico na atenção prestada à pessoa com DM também é ressaltada diariamente quando os profissionais do NAC não agendam as consultas de Enfermagem ou quando os ACS reduzem os enfermeiros a meros transcritores de receita ou quando os médicos não compartilham o cuidado desses usuários com os enfermeiros de suas equipes.

“Hoje, o médico não quer largar o paciente. Ele não agenda consulta de retorno para o enfermeiro. Ele agenda o retorno pra ele.” (G7)

“Mas, eles procuram mais o médico que pode passar mais exames, mais remédios, mais coisas, né? Mas, quando eles estão sem, procuram a enfermeira e ela atende.” (P03)

Eu não sei qual o medicamento que a enfermeira não pode passar. Eu não sei o que pode e o que ela não pode passar. Aí eu fico na dúvida se eu encaminho ou não pra enfermeira mesmo sendo um paciente de baixo risco [...] Não tô encaminhando paciente pra enfermeira porque eu não sei se ela vai realmente conseguir atender ele. Então, tá tudo vindo pra mim. Eu remarco pra mim mesmo há muito tempo. (P09)

Essa relação poder-saber presente nos serviços de saúde advém de uma complexa construção social que paulatinamente foi cristalizada no imaginário social de que o médico detém domínio sobre a vida e a morte do indivíduo. (VILLA et al, 2015)

Contudo, é preciso refletir sobre a centralidade que o modelo biologicista e medicocentrado ocupa nas ações e serviços de saúde. Quando as ações de saúde ofertadas são focadas na doença e nos seus respectivos diagnóstico e tratamento farmacológico, o saber médico continua sendo enaltecido em detrimento dos saberes dos outros membros da equipe, legitimando o poder dessa categoria profissional.

Tem aquela visão hierárquica de achar que só o médico tem o conhecimento. [...] E, muitas vezes, a orientação da enfermeira é muito mais relevante. É mais importante porque ela tem um outro olhar. Assim, o médico não é tão próximo do usuário quanto à enfermeira. A Enfermagem está mais atenta, vai mais ao território e conhece melhor a comunidade. O médico não. Ele é mais distanciado. Ele pode saber da vida dos pacientes, mas, não tem aquele contato, aquele elo que o enfermeiro tem com o paciente. Então, existe uma relação de confiança com a enfermeira. (P07)

Nesse sentido, Assis et al (2010) apontam que o saber biomédico hegemônico comumente impõe uma verdade única que de acordo com a intencionalidade pode traduzir a saúde como bem de uso ou de troca.

Eu acho que isso cria um hábito no paciente. Então, eles já vêm com a intenção de pedir algum exame, medicamento e não tem aquela rotina de uma consulta normal de fazer uma História clínica pra fazer um diagnóstico. Então, isso condiciona o paciente a ter esse hábito de consumir algum procedimento. Consumir tudo que acham que têm direito. (ENT)

Tem dias que eu registro 30 atendimentos numa tarde. Então, assim, não dá pra trabalhar a prevenção e a promoção com pacientes que estão viciados em consulta, viciados em receita, viciados em esperar na porta pra serem atendidos logo. Eles sabem que têm dificuldade de marcar pra gente e reagiram como? Ficando na porta do consultório, indo na emergência mostrar resultado de exame. Não importa se o atendimento é rápido. Basta o doutor olhar o exame e passar um remédio pra ele. Essa é a reação da população ao modelo de atenção primária de Fortaleza. (ENT)

A partir do século XVII, o papel higienista exercido pelos médicos que ditavam hábitos saudáveis de vida à população para protegê-las das epidemias conferiu um poder cada vez mais crescente a essa categoria. Nesse sentido, Foucault (2017) aponta que a aceitação e a permanência de um poder ocorrem a partir da construção de uma rede produtiva que atravessa todo corpo social que, não apenas reprime, mas também produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso.

“É o medicalocentrismo mesmo. Atenção focada no médico e no remédio. Se não for consulta médica com prescrição de remédio, eles não têm interesse algum.” (ENP)

“Mas, eles dizem que os pacientes só querem marcar o retorno para os médicos, eles brigam por isso [...]”

“Porque os usuários querem mais a figura do médico. Eles acham que o médico é tudo.” (P07)

“Mesmo que tenham sido vistos e orientados pela enfermeira e recebido a medicação na farmácia, se não tiverem sido avaliados pelo médico, acham que não tiveram consulta.” (G01)

Frente ao exposto, percebemos que a atenção à pessoa com DM está focada prioritariamente no tratar ao invés do cuidar. Nesse sentido, Ayres (2004) aponta que enquanto o termo tratar designa um conjunto de procedimentos e objetivos previamente definidos para corrigir, curar ou reabilitar alguma anormalidade morfofuncional tida como patológica, o cuidado está pautado em sucessos práticos, ou seja, possibilita a permeabilidade entre técnico e o não técnico bem como afluência de diferentes interesses e projetos, intersubjetivamente pactuados entre os sujeitos.

A assistência à saúde centrada no ato prescritivo, não considera as determinações sociais e ambientais relacionadas ao processo saúde-doença, pois valoriza apenas as dimensões biológicas. Este formato tem custos elevados e crescentes, pois utiliza como recursos prioritários as tecnologias duras pautadas em exames e medicamentos como se fosse um fim em si mesmo e fossem capazes de restabelecer isoladamente a saúde do indivíduo. (MALTA; MEHRY, 2010)

Isso fica bastante evidente na fala abaixo quando a profissional menciona que a presença do médico na referência para atendimento aos eventos agudos, induz nos usuários o desejo de “consumo”, muitas vezes, de forma desnecessária, de medicamentos e exames.

Aqui tudo é focado na medicação. Quando eu trabalhava no interior, não era tanto. Mas, aqui em Fortaleza, há uma cultura da medicalização muito forte. Para você ter uma ideia quando tem médico no atendimento da demanda espontânea, se eu passar um paracetamol e um soro fisiológico pra uma pessoa gripada que estou atendendo no acolhimento e não encaminhar pro médico, ela vai ficar revoltada porque quer ir de qualquer forma pro médico na expectativa dele passar mais medicamentos ou um antibiótico ou algum exame. Mas, quando não tem médico no atendimento da demanda espontânea, eles vão embora muito satisfeitos com o paracetamol e soro fisiológico. (P06)

É preciso resgatar a centralidade do cuidar no cotidiano das UAPS que possibilita a captação das singularidades do modo em que cada sujeito vivencia seu processo de saúde-doença e que engaja os profissionais na articulação dos seus saberes e vivências distintas para como equipe obterem “sucessos práticos”.

Diante das distintas compreensões sobre trabalho em equipe, Araújo; Rocha (2007) destacam as concepções de equipe como agrupamento de agentes e como integração entre relações e práticas. A primeira caracteriza-se por ações fragmentadas e a segunda, pela possibilidade de um profissional se reconstruir na prática do outro, sendo ambos transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Esta última estaria consoante com a proposta da integralidade das ações de saúde e a necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados.

Para obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e promover um cuidado integral aos sujeitos, a organização do processo de trabalho das ESF não pode ser a mera justaposição de ações individuais e fragmentadas. É essencial que haja integração entre os profissionais de modo que todos atuem de forma articulada com compartilhamento e valorização das competências de cada um.

Urge substituir um pensamento disjuntivo e redutor por um pensamento complexo, na perspectiva literal do termo “complexus”, o que é tecido junto. Não basta apenas construir práticas inter ou transdisciplinares, devemos “ecologizar” as disciplinas, ou seja, considerar seus contextos socioculturais, os modos como surgem, problematizam-se e transformam-se. (MORIN, 2017)

Nesse sentido, cada profissional deve ter ciência dos conhecimentos e habilidades de todas as categorias que compõem a ESF e o NASF e legitimar cotidianamente a importância de cada um na produção do cuidado.

Eu sempre tento focar a importância da equipe. Inclusive numa entrevista que dei sobre a atenção à pessoa com diabetes, disse que o importante é o cuidado pela equipe multiprofissional composta por enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo. Mas, isso também deve estar internalizado nos profissionais. (ENG)

Para fortalecer o cuidado realizado pelo enfermeiro, a gente precisa ter médicos que empoderem esses enfermeiros diante dos usuários. É importante ele dizer para os usuários que vai agendar para o enfermeiro porque a consulta de Enfermagem também é importante. Dizer que as consultas médicas são alternadas com as consultas de Enfermagem como é preconizado nas diretrizes clínicas. Dizer que esses enfermeiros vão fazer orientações sobre a alimentação, vão examinar os pés desses pacientes, vão orientar os cuidados que eles devem ter com esses pés. (ENG)

Eu acho que uma conversa com os agentes de saúde e já estabelecer que do mesmo jeito que o médico diz pra gestante que a próxima consulta é

com a enfermeira, eu acho que ele também poderia dizer: A sua consulta comigo é daqui a tantos meses, mas, você terá uma consulta antes dessa consulta com a enfermeira. (G01)

Acho que primeiro é preciso conversar bastante com os ACS pra eles entenderem que o objetivo da consulta de hipertenso e diabético não é passar a medicação. Isso é o fim último, mas, não é somente isso. Tem várias outras coisas importantes como orientar os cuidados com a alimentação, com o pé do diabético, verificar se a pessoa está tomando a medicação direito e se está se dando bem com aquela medicação. Aqui tudo é focado na medicação. Quando eu trabalhava no interior, não era tanto. Mas, aqui em Fortaleza, há uma cultura da medicalização muito forte. (P06)

Os relatos acima destacam que para resgatar o acompanhamento das pessoas com DM pelos enfermeiros, é essencial que a gestão construa estratégias para esclarecer as competências desses profissionais a todos os trabalhadores da UAPS e reorganize os processos de trabalho de modo que os agendamentos das consultas possam ser realizados conforme as diretrizes clínicas.

Além disso, é fundamental que os médicos legitimem a consulta de Enfermagem junto aos ACS e aos usuários, informando a relevância do compartilhamento do cuidado entre médicos e enfermeiros.

Isso foi amplamente dialogado no encontro de negociação com os trabalhadores em que todos os participantes receberam uma pasta com as atribuições do enfermeiro no cuidado à pessoa com DM, a portaria municipal que respalda a prescrição ou transcrição de medicamentos e solicitação de exames laboratoriais pelos enfermeiros e o cronograma proposto para agendamento de consultas para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, de acordo com o estrato de risco, conforme as DC.

Eu nem sabia que o enfermeiro podia passar esses remédios e solicitar todos esses exames [...] Realmente, acho que poderíamos organizar melhor esse atendimento dos hipertensos e diabéticos com os enfermeiros. Fácil, não é! Mas, podemos tentar né? (ENT)

Lá, é, no máximo, 15 minutos para cada paciente em cada consulta, mas, às vezes, esses 15 minutos não dá para escutar tudo do paciente. Muitas vezes, você atende um paciente que não vem só com o problema da diabetes. Às vezes, é um paciente que tem também problema de saúde mental e começa a chorar no consultório. Aí, você vai ter que acalmar o paciente pra depois passar as informações pra ele. (ENT)

Fomentamos a reflexão de que o acompanhamento das pessoas com DM realizado exclusivamente pelo médico é pouco efetivo além de inviável. Os sujeitos estratificados com alto ou muito alto risco, que demandam uma atenção médica

mais frequente, não conseguem ser atendidos porque todos independente do risco estão sendo atendidos por uma única categoria profissional.

[...] Agora, no consultório, o que eu observo muitas vezes e o que eu escuto no feedback que a comunidade dá quando vem, são consultas rápidas devido ao próprio tempo do médico que tem um número X de atendimento. Muitas vezes, não é aquela consulta que deveria ser com uma escuta mais qualificada. Não é. Geralmente é: O quê você está sentindo? É renovar receita. É deixa eu ver se nesse ano você fez exame de sangue ou então, o médico pede o exame de sangue [...]

Ademais, como é apontado no relato acima, a responsabilidade pela atenção de todas as pessoas com DM sobrecarrega os médicos, tornando as consultas cada vez mais curtas e limitadas a um processo de queixa conduta.

5.4.2 Cuidado incipiente prestado pelos cirurgiões dentistas às pessoas com DM

A demanda reprimida por atendimentos individuais odontológicos tem contribuído para que a equipe de saúde bucal (ESB) permaneça a maior parte da sua carga horária de trabalho no consultório odontológico, distanciando-se, muitas vezes, da dinâmica da saúde da família.

Não conheço o dentista porque num sou atendida. Então, como é que eu vou saber o nome, se nunca nem vi. Na semana passada, eu tava com uma amiga minha que disse assim: “E aí, tu conseguiu?” e eu disse “Mulher, eu tô tentando ver se eu consigo pagar um plano dental de fora a parte porque eu sei que eu preciso de um dentista e aqui nunca dá”. (U04)

Já quanto à marcação de dentista, a gente não fica sabendo. Eu até falei pra coordenadora nessa semana que colocasse os avisos sobre as marcações pros dentistas no grupo com os ACS. A gente precisa saber disso [...] Quando tem algum caso sério relacionado ao dentista, aí eu bato lá na odontologia e falo com as meninas. Então, assim, o acesso é bem limitado. (P07)

A saúde bucal das pessoas com DM deve ser acompanhada regularmente já que pessoas com controles glicêmicos inadequados comumente apresentam xerostomia, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. Também é frequente a modificação da flora bucal com tendência ao desenvolvimento de candidíase oral e queilite angular. (BRASIL, 2006)

Ressaltamos ainda que a doença periodontal, além de ser relevante fator de risco para diabetes e doenças vasculares e cardíacas, está presente em aproximadamente 75% das pessoas com DM. Esse agravamento caracteriza-se pelo

desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante a placa bacteriana, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. (BRASIL, 2006)

Nesse estudo, constatamos que tanto a área técnica de SB quanto os cirurgiões dentistas (CD) compreendiam a importância desse acompanhamento sistemático e a necessidade de priorizá-lo na organização do processo de trabalho.

Existe uma explicação científica e clínica que o paciente com a diabetes vai ter seu problema de saúde bucal agravado, como algum problema gengival que ele tenha, e o problema gengival, problema periodontal simultaneamente vai agravar sua diabetes. Uma pode descontrolar a outra. Se a gente não controlar a saúde bucal do paciente, vai complicar a saúde sistêmica. E se a saúde sistêmica não tiver bem, vai comprometer a saúde bucal. (G05)

[..] Já tem comprovação científica que se você tem foco infeccioso na boca, a compensação da diabetes vai ser mais difícil pela constante liberação dos mediadores inflamatórios. Então, esses pacientes vão ter uma facilidade no acesso ao tratamento, para ser tratado, para poder extrair os dentes que precisarem, manter principalmente a saúde periodontal, com limpezas frequentes.

As DC da DM do município de Fortaleza propõem que todas as pessoas com DM, independente da estratificação de risco, tenham, no mínimo, uma consulta odontológica ao ano.

Contudo, os participantes desse estudo desconheciam o cronograma de acompanhamento à pessoa com DM pelo cirurgião dentista (CD) proposto pelas DC. Talvez, esse fato seja decorrente do não envolvimento da área técnica de saúde bucal na elaboração das diretrizes clínicas.

“Não conheço essas diretrizes clínicas. É um documento específico do município de Fortaleza? Nunca recebi uma cópia dela.” (P08)

“O que eu sei é que o dentista, por exemplo, tem uma agenda especial para esses tipos de paciente, né? Se é diabético, se é gestante, eles tentam priorizar. Agora, se tem alguém encaminhando pra eles, eu não sei.” (P06)

Paradoxalmente, a linha guia de saúde bucal do município de Fortaleza, propõe que as pessoas com DM devem ser acompanhadas em grupos operativos multidisciplinares, com participação dos CD, e captadas para atendimento clínico os que, após estratificação de risco, forem considerados os mais vulneráveis. (FORTALEZA, 2016)

Nessa perspectiva, aqueles estratificados como muito alto ou alto risco e identificados com risco odontológico 01 por apresentarem cárie ou doença periodontal ativa; lesão de tecidos moles; limitações funcionais com comprometimento da mastigação, deglutição, fala ou comprometimento estético de urgência, teriam seu agendamento garantido.

A seguir, seriam agendadas as pessoas com DM identificadas como risco odontológico 02 que não apresentassem cárie nem lesão de mucosa ativas, mas que tivessem cálculo e, por fim, aqueles identificados com risco odontológico 03 que necessitassem apenas de atividades de promoção e prevenção da saúde.

Então, esse diabético, por si só, já pertence a um grupo que tem que ter uma atenção especial pelo cirurgião dentista. Então, o que a gente tem conversado e pactuado com os profissionais é que esses pacientes têm prioridade no atendimento. A gente sabe que, muitas vezes, os profissionais não conseguem dar o acesso a todos os diabéticos que eles possam ter nas suas áreas, mas que esse acesso, quando possível, seja facilitado. (G05)

A dissonância entre as DC de DM e a Linha guia de saúde bucal na forma de captação e acompanhamento do sujeito com DM pelo CD foi bastante evidenciada pelos participantes do encontro de negociação com os gestores.

A área técnica de SB, apesar de compor, a nível central, a célula de Atenção Primária à Saúde, não participa frequentemente do planejamento, monitoramento e avaliação das suas ações.

Em relação à organização das LC das RAS prioritárias em Fortaleza, envolveu-se ativamente apenas na elaboração das diretrizes clínicas de criança e gestante. Esse fato é refletido no cotidiano das unidades de saúde onde percebemos um maior engajamento dos CD no acompanhamento de pré-natal e puericultura.

“A diretriz clínica de diabetes não conversa com a linha guia de saúde bucal. São contraditórias.” (ENG)

“A área técnica de saúde bucal ficou muito envolvida na construção da linha guia de saúde bucal.” (ENG)

“A área técnica da saúde bucal só participava sistematicamente dos encontros de planejamento na época da consultoria. Quando terminou a consultoria, não participamos mais” (ENG)

“Nunca consegui consulta com o dentista. Toda vida eu pelejei. Nunca deu certo. Aí não é da sua equipe, aí tem que ter o dia.” (U04)

“Nem conheço o dentista da minha equipe.” (U06)

“Aqui no posto, pelo menos na minha equipe, eu vejo que tem um cuidado maior com as gestantes pelo dentista. Com os diabéticos, não tem esse cuidado.” (P07)

Todavia, observamos que, no cenário do estudo de caso, a organização da atenção à saúde bucal dos indivíduos com DM não estava pautada nem nas DC nem na linha guia de saúde bucal. O atendimento odontológico às pessoas com essa doença crônica apenas era priorizado quando o buscavam de forma espontânea ou quando os demais profissionais da ESF os encaminhavam devido à apresentação de queixas na boca.

Isso revela outra contradição. Apesar do reconhecimento da relevância do acompanhamento da pessoa com DM pelo CD, não há a organização do processo de trabalho entre a ESB e ESF para o compartilhamento desse cuidado. Esses sujeitos estão tendo apenas atendimentos reativos, fragmentados e pontuais mediante a presença de queixas odontológicas,

“Normalmente, encaminho para o dentista quando os pacientes se queixam. Não tem um objetivo só de avaliar. E como foge um pouco da nossa área quando eles se queixam a gente encaminha.” (P09)

“A minha irmã que também tem diabetes muito alta começou a perder dente sem motivo. Ela perdeu dois dentes. Eu não sabia que podia ter uma relação com a diabetes.” (ENU)

“Já a dentista atende quando eles procuram o atendimento, normalmente, quando estão com alguma queixa.” (P04)

Se chegar um paciente hipertenso e diabético, é prioritário para eles. Mas, eu acho que os médicos encaminham mediante queixas. Não é como a gestante que é encaminhada como rotina. Eu acho que o diabético que vai é o queixoso. [...] Não vejo como rotina. (G01)

Os usuários com DM da unidade de saúde em foco, em sua maioria, não sabiam da importância do cuidado da saúde bucal para manutenção da saúde sistêmica. Além disso, demonstravam a concepção de que a consulta odontológica era necessária apenas para cuidar dos dentes, tornando-se dispensável para edêntulos.

“Não. Eu num tenho dente não. Aí nem preciso mais me preocupar de conseguir ficha pro dentista”. (U02)

“Assim, né? Eu arranquei muito dente aqui, muito mesmo. Acho que isso é acompanhamento, né?” (U03)

“Verdade, doutora! Quando a gente não tem dente, a gente esquece que tem que ir pro dentista. A gente só lembra dele se tiver um dente doendo.” (ENU)

Esses relatos podem refletir o histórico de dificuldade de acesso ao atendimento odontológico no Brasil, fazendo com que as pessoas se acostumassem a buscá-lo apenas em casos de dor. O acesso limitado à consulta e a oferta restrita de serviços odontológicos contribuiu por muito tempo para primazia da extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora. (BRASIL, 2016)

Esse quadro começou a ser modificado a partir de em 2003 com o lançamento, pelo MS, da Política Nacional de Saúde Bucal: Programa Brasil Sorridente que objetiva garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, compreendendo que esta é fundamental para a saúde sistêmica e para a qualidade de vida da população. (BRASIL, 2016)

Nessa perspectiva, a ESB não deve se limitar apenas ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Deve também interagir com os demais profissionais da APS e contribuir para abordagem integral dos indivíduos. Contudo, muitas vezes, os profissionais não estão preparados e motivados para atuar de forma articulada, pois esses encontros são permeados por conflitos, resistências e disputas. (BRASIL, 2004)

Nesse sentido, a participação nas reuniões de equipe e a realização de planejamentos conjunto de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças ou de atenção aos grupos prioritários é uma importante estratégia de aproximação e de integração com os profissionais da ESF e NASF.

5.4.3 Fragmentação das práticas do NASF

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 para ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da APS. Em 2017, o MS, através da portaria 2436, buscou fomentar a compreensão dessa equipe como membro orgânico da APS, denominando-a de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (BRASIL, 2017)

Esse dispositivo estratégico é composto por equipes multiprofissionais constituídas por profissionais de saúde de distintas categorias ou especialidades que devem atuar de forma integrada para apoiar às equipes de saúde da família e da APS dando suporte clínico, sanitário e pedagógico. (BRASIL, 2017)

Na unidade de saúde onde foi realizado esse estudo, a equipe do NASF pertence à modalidade tipo I e é composta por assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista cujo somatório das cargas horárias totaliza 200 horas semanais. (Atesto de funcionamento das equipes, agosto/19)

A referida equipe desde janeiro de 2018 desenvolve suas atividades nas UAPS Luís Albuquerque Mendes e Dom Aloísio Lorscheider, apoiando nove equipes de saúde da família.

No estudo realizado por Silveira (2016) sobre a percepção dos profissionais da APS sobre a gestão do autocuidado de pacientes com DM, na UAPS Luís Albuquerque Mendes, os participantes apontaram como fragilidade para efetividade das práticas de autocuidado a ausência de uma equipe de NASF que apoiasse as ESF na realização de grupos operativos e de ações extramuros de promoção à saúde, limitando as orientações sobre o autocuidado ao momento da consulta individual.

Conforme os relatos abaixo, os profissionais do NASF não participaram de atividades de educação permanente especificamente sobre a atenção à pessoa com DM ou sobre as diretrizes clínicas elaboradas pelo município de Fortaleza. Também não houve ações educativas sobre apoio matricial.

Para ser bem sincera mesmo, nem sabia que tinha uma diretriz clínica do município sobre diabetes. E nem sabia que tinha cronograma de atendimento pelo nutricionista. É como eu disse, desde que entrei no NASF daqui nunca participei de capacitação sobre Hipertensão ou Diabetes. A gente vem trabalhando com o que a gente sabe. (P05)

De 2016 até hoje, também não aconteceu nenhuma capacitação, nem educação continuada nem educação permanente para esses profissionais do NASF na perspectiva nem da Hipertensão nem da Diabetes. E nem sobre matriciamento. (G03)

As atividades do NASF devem ser desenvolvidas tendo como referencial teórico-metodológico o apoio matricial que é um arranjo organizacional que possibilita a retaguarda especializada das ESF por meio da dimensão clínico-assistencial que contempla as ações clínicas diretas com os usuários e através da

dimensão técnico-pedagógica que compreende o apoio matricial às equipes. (BRASIL, 2014)

Trata-se de um modo de realizar a atenção à saúde através do trabalho compartilhado, colaborativo e integrado entre as equipes de referência com perfil generalista e as equipes ou profissionais com outros núcleos de saberes distintos daqueles da APS, cujas intervenções terapêuticas e pedagógicas buscam romper com a visão fragmentada tradicional. (BRASIL, 2014)

É concretizado por meio do compartilhamento de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções, mantendo a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de APS. (SANTOS; FIGUEIREDO; LIMA, 2017)

Portanto, o apoio matricial objetiva promover a clínica ampliada que contribui para transformação da atenção individual e coletiva ao possibilitar que os sujeitos possam ser compreendidos e abordados para além dos aspectos biológicos. (CUNHA, 2010).

Todavia, os relatos dos sujeitos da pesquisa evidenciaram que as ações da equipe do NASF têm sido planejadas e executadas, muitas vezes, sem articulação com as ESF. São realizadas predominantemente atividades coletivas como grupos com idosos, gestantes e adolescentes; ações educativas em equipamentos sociais ou nas salas de espera da UAPS e campanhas educativas temáticas.

O atendimento compartilhado é realizado apenas quando realizam esporadicamente visitas domiciliares conjuntas e nos encontros realizados mensalmente com duas ESF e com uma equipe do Centro de Atenção Psicossocial Geral para atendimento compartilhado ou discussão de casos complexos na área de saúde mental.

Raramente a gente se encontra com as equipes. A gente, por exemplo, tem um grupo de saúde mental com o CAPS. A gente faz “das tripas coração” para fazer esse encontro, para fazer esse matriciamento que não deixa de ser um encontro. Mas, ali é outro foco, né? A gente vai fazer saúde mental. Mas, não é uma reunião de equipe, né? Para resolver os problemas nossos ou resolver casos em conjunto não tem. (P05)

Os atendimentos individuais têm sido realizados através de encaminhamentos burocráticos de referência e contrarreferência, na mesma perspectiva de ambulatórios especializados, sem a relação orgânica e regular com as equipes da ESF, como propõe a PNAB 2436.

Eu atendo os pacientes que são encaminhados pela equipe de saúde da família. Geralmente, são aqueles pacientes que estão com alguma dificuldade de controle da glicemia, toma medicamento, mas tem muita dúvida sobre a alimentação, não sabe como se alimentar. Eu auxilio nessa parte de está fazendo um cardápio, orientando sobre quais são as melhores opções. (P05)

“O individual só quanto é um caso bastante extremo que já está muito avançado, né? Aí a nutricionista faz...mas, geralmente, é em grupos.” (P01)

“No começo, quando eles chegaram, teve uma reunião para apresentá-los, mas, eles não atendem individual não. Pelo menos, não repassaram nada pra gente. Quando eles querem nutricionista, tem que ficar na fila.” (P03)

“Eu até já vi a nutricionista atendendo paciente diabético, mas, não sei dizer quem encaminhou ou como eles conseguiram marcar a consulta.” (P04)

“Também não sei se o NASF atende.” (P06)

Conforme evidenciado na fala abaixo, também não há um fluxo instituído para discussão dos casos mais complexos encaminhados para consultas individuais com a nutricionista do NASF.

“Às vezes, quando a gente percebe que aquele paciente tem muita resistência e dificuldade, aí a gente procura o médico e conversa a respeito. Mas, é assim. Não é nada oficial, não. Não tem nenhum fluxo.” (P05)

“Não. Não tem discussão de casos de diabetes ou hipertensão.” (G01)

Ademais, não existe um fluxo de busca ativa dos usuários faltosos aos atendimentos individuais agendados com profissionais do NASF pelas equipes de saúde da família, comprometendo a continuidade do cuidado.

A adesão ao plano alimentar daqueles que retornam, tem sido boa. Tem uns que não retornam. Mas, o que retornam, geralmente, eles conseguem fazer e ter uma boa adesão e tem uma melhora da glicemia. Os que não retornam são mais ou menos uns 50%. Eu ainda não pensei numa estratégia de está entrando em contato e tal para fazer uma busca ativa. (P05)

Vasconcelos (2013) destaca que a fragilização da percepção global enfraquece a responsabilidade pelo todo, nesse caso, pelo cuidado integral, já que cada um torna-se responsável apenas pela sua tarefa específica. Sendo assim, a

especialização excessiva “abs-trai” ou “extraí” um objeto de seu contexto, negligenciando suas intercomunicações com o meio e sua multidimensionalidade.

Nesse sentido, as ações dos profissionais do NASF devem ser planejadas a partir das necessidades, das fragilidades ou limitações das equipes de APS diante das demandas e das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade sanitária, buscando tanto ampliar o escopo de ofertas das Unidades Básicas de Saúde quanto articular outros pontos da RAS ou da rede comunitária, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários. (BRASIL, 2014)

Mendes (2012) enfatiza ainda que para manejar adequadamente as condições crônicas na APS, é necessário deslocar a atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional, pois os sistemas de atenção à saúde que estruturaram essa atenção na consulta médica de curta duração fracassaram.

Agora, uma das coisas positivas que eu vejo é a participação do NASF com o grupo. Inicialmente, quando as meninas vieram pensaram em criar um grupo de diabetes e de hipertensão, mas, pensamos que era melhor criar um grupo de idosos. Aí abrange mais pessoas e quem for hipertenso e diabético e quiser também pode participar. Então, essa iniciativa também foi muito positiva porque fez com que a gente pudesse tratar da questão não só daquela visão medicamentosa, mas também da importância da atividade física, da importância da alimentação e principalmente, com a roda de conversa, ajudar na saúde mental do passivamos ao mente. (P07)

Desse modo, faz-se necessário a formação de uma equipe de trabalho que compartilhe a produção do cuidado agregando as potencialidades de cada categoria profissional de modo que os profissionais do NASF passem a atuar como membros orgânicos e não meramente como apoiadores das equipes.

Pelos discursos dos usuários, percebemos que a maioria desconhece os trabalhadores que compõem a equipe de NASF da UAPS bem como suas atribuições. Isso foi enaltecido, sobretudo, no encontro de negociação (EN) onde apresentamos as categorias profissionais que fazem parte da ESF e do NASF da UAPS Luís Albuquerque Mendes e como eles podem ser inseridos na atenção à pessoa com DM.

“Nem existe esses profissionais aqui.” (ENU)

“Tô sabendo agora que tem nutricionista nesse posto. E por que colocam na fila de espera?” (ENU)

“A senhora jura que têm esses profissionais tudinho aqui no posto? Eu sou desse posto há vinte e cinco anos e nunca soube disso. Tô impressionada!” (ENU)

Eles ficam na sala esperando...Como é que vamos adivinhar que tem esses profissionais no posto? Isso é uma falta de comunicação. Como é que somos acompanhados nesse posto e nem sabemos que tem nutricionista, farmacêutico, educador físico? E pior, às vezes, ficamos numa fila de espera pra ser marcada uma consulta com um nutricionista em outro lugar para dar algumas orientações que poderiam ser dadas aqui mesmo. (ENU)

Vale ressaltar que alguns usuários que participaram do EN também participaram no mesmo dia de uma atividade de educação em saúde na sala de espera que foi conduzida pela nutricionista e farmacêutica do NASF. Diante disso, nos questionamos por qual motivo esses profissionais não estão sendo percebidos e reconhecidos pelos usuários.

No ENU, vislumbramos que essa “invisibilidade” do NASF pode ser decorrente da realização prioritária de ações pontuais como rodas de conversa em salas de espera em que muitas vezes são confundidos com acadêmicos e preceptores de instituições de ensino.

Valha! E são profissionais do posto? Pensei que fosse esses professores que às vezes vêm aqui no posto com os alunos fazer umas atividade com a gente. Já participei de outras palestras dessa aqui enquanto tava esperando o atendimento do doutô. (ENU)

Esse fato também pode refletir a construção de agendas para atendimentos individuais de forma fragmentada e desarticulada com as ESF em que não há a disponibilização de espaços nas agendas dos profissionais para realizar reuniões de planejamentos, atendimentos compartilhados ou discussão de casos.

Essa desarticulação entre as equipes é evidenciada nas falas abaixo em que alguns profissionais desconhecem as categorias profissionais que compõem a equipe do NASF da UAPS.

Tem profissional do NASF que nem conheço ainda. Tem um psicólogo que chegou agora que eu conheci quando foi fazer uma visita com a psicóloga X. No começo, achava que era estudante que a X estava acompanhando e depois, com a conversa, descobri que ele era psicólogo do NASF. (ENT)

Têm algumas pessoas que ficam aguardando o final das minhas consultas e, que nem sempre são da minha equipe, para pedirem encaminhamento pra nutricionista do NASF. Aí, às vezes, a gente faz esse encaminhamento.

Mas, eu mesmo encaminhar direto para o NASF não acontece. Encaminho mesmo pelo sistema. É uma falta de contato tão grande que, muitas vezes, a gente nem lembra que eles existem. (P10)

No Luís Albuquerque Mendes, essa reunião com todas as equipes, a gente tentou fazer. Mas, assim, não estava todo mundo até porque o espaço não comporta e tem uns horários dele que são meio complicados. Mas, tinha enfermeiro, médico, tinha agente de saúde, mas, eu não sei se ficou muito claro... (P05)

Nessa perspectiva, além do compartilhamento de responsabilidades e práticas, busca-se um processo de trabalho interdisciplinar no qual há uma transferência tecnológica cooperativa e horizontal em que progressivamente os núcleos de competência de cada profissional ampliam o campo comum de competências, potencializando a capacidade de cuidado neste nível de atenção (BRASIL, 2014).

Não foi institucionalizada uma estratégia de prevenção, promoção para essa população diabética do município de Fortaleza na perspectiva do NASF. E eu estou falando institucionalizado. Pode ser que esteja acontecendo ações pontuais, individuais que não sendo nem monitoradas nem avaliadas. (G03)

Portanto, é fundamental o diálogo entre as equipes da ESF e NASF para pactuação de ações para evitar a construção de ofertas de apoio que sejam consideradas irrelevantes ou desnecessárias pelas equipes apoiadas.

“Teve uma reunião assim que a gente começou, mas, na época a gente não tinha muito esse fluxo para atendimento individual muito definido. A gente, primeiro, disse qual era o perfil dos pacientes.” (P05)

Nesse sentido, é imprescindível que existam espaços onde o NASF possa captar as demandas dos seus públicos alvos: os usuários e as equipes da APS.

Da mesma forma, dentro das próprias equipes de saúde existe uma tendência de pouco diálogo interdisciplinar, já que são estruturadas em relações de poder excessivamente assimétricas. Aponta-se, então, a necessidade de construírem-se mecanismos para valorizar com mais equilíbrio os diversos profissionais de saúde, de diferentes serviços da rede assistencial. (CUNHA; CAMPOS, 2011)

Para isso, a organização dos processos de trabalho dos NASFs deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com compartilhamento de práticas e saberes com as equipes de referência apoiadas, no intuito de subsidiá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos ou sanitários, ampliando a capacidade de gestão do cuidado na APS. (BRASIL, 2014b)

5.4.4 Fragilidade nas ações de prevenção e promoção à saúde

Nesse estudo, identificamos a baixa ocorrência de atividades educativas no âmbito individual e coletivo no intuito de informar e engajar as pessoas com DM para realizarem o autocuidado.

Os médicos manifestaram que a demanda crescente por atendimentos individuais, contribuem para redução do tempo de duração das consultas, restringindo-as, muitas vezes, ao tratamento de queixas ou complicações desencadeadas por essa condição crônica.

Mas, como todos os nossos horários são lotados com consultas, tinha que ser um horário livre. Ou a gente não marcava paciente ou então teria que remarcar alguns pacientes. Hoje, não temos tempo pra participar de grupo porque a demanda de consulta pro médico é muito grande. (P10)

Para fazer educação em saúde com os pacientes, aconselhando o paciente diabético, por exemplo, sobre a importância da atividade física, sobre a alimentação dele, dizendo que não é só o medicamento que vai tratar, você precisaria de um certo tempo. E, hoje, não temos esse tempo. (ENT)

[...] não tenho como trabalhar educação em saúde com os pacientes porque tem uma demanda de atendimento absurda desde a hora que piso na calçada do posto. No modelo atual não tem como fazer atenção primária em Fortaleza. E, nas UPAS, vejo as pessoas chegando com AVC, pé diabético avançado, complicações de hipertensão e da diabetes que são ocasionadas por falta de um acompanhamento adequado. (ENT)

Antigamente, tinha grupos de diabéticos junto com o hipertenso. Mas, a medida que o tempo foi passando, o tempo foi ficando muito restrito e essa parte educativo ficou muito sob a responsabilidade do NASF. A gente não tem mais muito tempo. O médico e o enfermeiro não têm mais tanto tempo pra fazer educação em saúde a não ser individualmente na consulta (P09)

Todavia, as ações de educação em saúde são essenciais na atenção às pessoas com DM para promover um controle efetivo e integral, que seja capaz de alcançar a prevenção das complicações crônicas. (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017)

Nessa perspectiva, devem-se realizar atividades educativas que rompam com a concepção tradicional verticalizada e promovam uma percepção do sujeito em seu âmbito sociocultural para, a partir disso, desenvolverem um processo dialógico profícuo de ação-reflexão-ação. (FREIRE, 2011)

Por meio das falas dos participantes do estudo, inferimos que comumente não são realizadas ações de busca ativa de diabetes na população embora as DC de DM sugiram que esse rastreamento seja feito por meio da aplicação do

questionário FINDRISK pelos ACS na população acima de 20 anos. Essa ferramenta de avaliação é bastante confiável, facilmente aplicada e estratifica alguns fatores de risco, definindo a probabilidade para desenvolver DM nos próximos 10 anos. (FORTALEZA, 2016)

“Quanto às atividades de busca ativa de pessoas com diabetes, não existe aqui.” (P07)

Eu acho que o grande desafio é promover a saúde dessas pessoas. Se elas tivessem informação sobre o diabetes no próprio posto de saúde, orientação sobre alimentação saudável, sobre exercício, sobre evitar tabagismo. Promover saúde mesmo, né? A gente teria menos pessoas com diabetes, menos pessoas com complicações por diabetes. (G02)

Também não é feito o acompanhamento das pessoas que apresentaram glicemia de jejum alterada e/ou teste de tolerância à glicose diminuídas para serem orientadas quanto aos hábitos de vida saudáveis necessários para prevenir o desenvolvimento de DM tipo 2.

[...] quando paciente chega à unidade de saúde, ele já está com a diabetes porque ele já vem sentindo os sintomas, tá passando mal, indo pra emergência e aí na emergência é detectado que ele tá com a diabetes porque ele passou mal. Mas, antes ele poderia ter vindo pra fazer essa prevenção para não ter diabetes... mas, a dificuldade é em marcar a consulta. (P01)

Eu fui tirar atestado num lembro pra quê no posto e, quando fui me pesar, falei pra mulher: De vez em quando eu sinto umas tonturas, umas dormências aqui. Aí ela fez o exame e tava 400. (U 01)

Diante disso, percebemos que o modo de organização do processo de trabalho contribui para que os profissionais da ESF restrinjam a responsabilidade clínica para diagnosticar e tratar doenças de sujeitos que demandam atenção nas UAPS. Essa racionalidade fragiliza a realização de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos para além dos muros do posto de saúde.

Ademais, conforme relato abaixo, atualmente, os médicos, enfermeiros e dentistas da ESF atuam prioritariamente na assistência individual enquanto os profissionais do NASF responsabilizam-se por ações de educação em saúde coletivas, como por exemplo, a realização dos grupos temáticos.

[...] Mas, à medida que o tempo foi passando, o tempo foi ficando muito restrito e essa parte educativo ficou muito sob a responsabilidade do NASF. A gente não tem mais muito tempo. O médico e o enfermeiro não têm mais tanto tempo pra fazer educação em saúde a não ser individualmente na

consulta. A gente tá muito dependente de outros profissionais nesse sentido. (P09)

No cenário do estudo de caso, não são realizados grupos operativos ou atenção compartilhada em grupo com as pessoas com DM. Alguns participantes da pesquisa revelaram que é desenvolvido mensalmente um grupo com idosos em um equipamento social da área de abrangência da UAPS em que são abordadas temáticas como alimentação saudável e práticas regulares de atividade física.

A maioria dos idosos que estão no grupo tem hipertensão e/ou diabetes. E abordamos sempre esses temas. Na semana passada, por exemplo, a gente falou sobre os carboidratos, né? Então, a gente sempre fala da importância de saber a quantidade, o tipo de carboidrato que você come. Nesse dia, tinha uma diabética que ficou cheia de dúvidas.. (P05)

Inicialmente, quando as meninas vieram, pensaram em criar um grupo de diabetes e de hipertensão, mas, pensamos que era melhor criar um grupo de idosos. Aí abrange mais pessoas e quem for hipertenso e diabético e quiser também pode participar. Então, essa iniciativa também foi muito positiva porque fez com que a gente pudesse tratar da questão não só daquela visão medicamentosa, mas também da importância da atividade física, da importância da alimentação e principalmente, com a roda de conversa, ajudar na saúde mental do paciente. (P07)

Também são realizadas esporadicamente atividades de educação em saúde sobre temas variados nos corredores dos consultórios com as pessoas que estão aguardando atendimento médico ou de Enfermagem.

Participei uma vez aqui ao lado na igreja. Faz muito tempo. Foi com uma equipe de profissionais que tinha aqui no posto. Era sobre alimentação, sobre fazer exercício físico. Eu participo mais dessas atividades no hospital. Lá é maravilhoso. Eu participo de uma equipe. Eles examinam do pé a cabeça. Me deram um papel desse tamanho sobre alimentação. (U06)

Nunca participei de palestra sobre diabetes aqui no posto. Sinto até falta porque às vezes a gente tem um monte de dúvida e como a consulta com o douto é muito rápida, num dá pra ficar conversando muito né? Se tivesse essas palestras dava pra gente perguntar mais. (U08)

O caderno de atenção básica número 36 preconiza que os profissionais de saúde devem realizar assistência, orientando quanto à doença, suas possíveis complicações bem como tratamento farmacológico e não farmacológico. (BRASIL, 2013g).

Nesse estudo, observamos a carência dessas informações de modo que os sujeitos possam ser empoderados para realizarem um autocuidado efetivo.

É muito importante porque esclarece, abre um leque de informações tipo o que devemos comer, o que realmente faz mal à saúde. Eu achava que se tomasse somente a medicação, a minha glicemia ia controlar. Mas, não é só isso. Tem todo um processo pra que eu saia da Metformina e passe a usar insulina. Então, eu tenho que ter um autocontrole de tudo que eu me alimento, bebo. [...] Isso tudo foi me esclarecido e eu percebo que a minha diabetes não ultrapassa porque eu sei o que eu devo comer e como devo agir. Então, o grupo é importante pra isso.(ENU)

[...] um passa a experiência para o outro. A gente pode contar sobre as dificuldades que já teve e como conseguiu enfrentar. E quem tá escutando se passar pelo mesmo problema pode ter uma ideia de como enfrentar. (ENU)

“Olha queria muito que tivessem outros encontros desse. A gente tira tantas dúvidas que sai até mais confiante que vai dar tudo certo.” (ENU)

Entretanto, práticas educativas coletivas que fomentem o diálogo entre profissionais da saúde e usuários, e usuários entre si, são imprescindíveis para ressignificar a concepção sobre o processo saúde/doença e para promover o autocuidado, convergindo com as diretrizes políticas da educação em saúde. (VIEIRA; CECÍLIO; TORRES, 2017)

É muito importante ter essas reuniões com a gente pra poder falar das nossas dificuldades, pra trocar experiência com os outros. Hoje descobri tanta coisa que tava fazendo errado. Tinha medo de comer até fruta porque era doce. Mas, era só falta da informação mesmo porque a consulta com o médico é tão rápida que, às vezes, a gente nem lembra de perguntar as coisas. (ENU)

[...] E aí uma das propostas que surgiu foi pegar uma rua de microáreas vizinhas pra gente trabalhar aquela área com os hipertensos e diabéticos, a gente convida pra casa de um usuário e a gente vai falar sobre a questão da alimentação, mostrar a quantidade de sal que tem em cada comida, conversando, escutando, colocando vídeo e aí pode vir a nutricionista, outro dia a enfermeira. Então, a proposta era utilizar mais esses espaços de igreja, associação de Bairro e fazer que a comunidade se sinta parte do posto de saúde, que as pessoas possam conversar, ter aquela visão mais presente da enfermeira

No ENU, percebemos que muitas pessoas com DM anseiam por participar de encontros para dialogarem sobre os cuidados que devem ter com alimentação e com a prática de atividade física bem como esclarecer dúvidas sobre os efeitos colaterais de alguns medicamentos. Também buscam espaços para compartilharem experiências sobre DM para descobrir com outros que vivenciam a mesma condição crônica a melhor forma de autocuidado.

Embora muitos idosos tenham HAS e/ou DM, nem todos se identificam com a dinâmica de um grupo de idosos. Ademais, muitos adultos apresentam DM e desejam participar de atividades grupais para trocar saberes e vivências sobre essa condição de saúde.

Os usuários, durante a realização do CHD, mostravam-se, muitas vezes, lacônicos com dificuldade para manifestarem-se sobre a atenção prestada a eles na unidade de saúde. Em contrapartida, no ENU, foram muito participativos. Além de opinarem bastante sobre todas as “questões sínteses”, aproveitaram o encontro para esclarecerem dúvidas sobre o cuidado com a DM.

Todos relataram interesse em participar de novos encontros e solicitaram que ficasse com os contatos telefônicos deles para informá-los caso fosse implantado um grupo com pessoas com DM.

Diante disso, solicitei que a nutricionista e a farmacêutica do NASF participassem da etapa de “ampliação das construções conjuntas” do ENU para dialogar com eles a alimentação saudável e sobre o tratamento medicamentoso bem como já estabelecer uma aproximação com esses sujeitos.

Como não sou profissional dessa unidade de saúde não poderia me comprometer em realizar grupos operativos com a temática de DM. Porém, não poderia perder a oportunidade de tentar encantar trabalhadores e usuários para construir, a partir da necessidade desses últimos, um espaço para promoção da saúde e prevenção de agravos.

Mendes (2012) propõe a atenção compartilhada em grupo (ACG) como estratégia para abordar, de forma coletiva, os aspectos educacionais, psicológicos e sociais, além das necessidades biológicas, de um grupo de pessoas com condições crônicas de saúde semelhantes.

A ACG é um processo interativo de atenção à saúde, realizado por uma equipe multiprofissional, por meio de encontros periódicos com um grupo de 20 a 25 pessoas que desejam e têm perfil para participar dessa modalidade de atendimento. É antecedida pelo planejamento da equipe com definição expressa dos objetivos da atividade como, por exemplo, motivar as pessoas para o autocuidado, ampliar a satisfação dos usuários e da equipe com a atenção à saúde, obter os padrões ótimos definidos nas DC e implantar um sistema de monitoramento das condições crônicas. (MENDES, 2012)

Outra possibilidade para oportunizar o aprendizado para o autocuidado e favorecer o compartilhamento de saberes e experiências entre sujeitos que vivenciam condições crônicas semelhantes é o grupo operativo. Essa técnica, proposta por Pichon-Riviére, é um instrumento de intervenção grupal, pautado na concepção do sujeito social e historicamente produzido, que se caracteriza por estar centrada, de forma explícita, em uma tarefa, que pode ser a aprendizagem. (ALMEIDA; SOARES, 2010)

Nessa proposta, o grupo é considerado como o núcleo da interação entre os sujeitos que estão em constante dialética com o ambiente em que vivem e, desse modo, constroem o mundo e nele se constroem, com a inter-relação entre eles, valorizando a experiência da aprendizagem. (PICHON-RIVIÉRE apud ALMEIDA; SOARES, 2010)

Essa tecnologia é indicada para pessoas que necessitem e, sobretudo, desejem modificar seus hábitos de vida e apresentem condições biopsicossociais para interagir de forma produtiva em grupo. Distingue-se da ACG prioritariamente por ser realizado com um quantitativo menor de participantes, previamente selecionados, e, por inicialmente já definir com os participantes os temas, a periodicidade e duração dos encontros, as tarefas e os objetivos do GO que devem ser mensuráveis e monitorados pelos profissionais facilitadores.

Durante a consultoria do Eugênio Vilaça Mendes em Fortaleza, foram realizadas oficinas de capacitação com profissionais da ESF sobre ACG e GO. Contudo, não identificamos a implantação dessas tecnologias de gestão da clínica.

Isso pode denotar a fragilidade da realização pontual de capacitações como indutor da ressignificação dos modos de trabalho e incluir novas práticas de saúde no cotidiano das unidades de saúde.

5.4.5 Processo de trabalho focado prioritariamente em tecnologias duras e leve-duras

Os profissionais de saúde manifestaram práticas focadas em abordagem biologicistas e prescritivas realizadas principalmente por meio de consultas rápidas. O “diálogo” é focado essencialmente no questionamento e na escuta de alterações morfofuncionais.

Para você trabalhar a tecnologia leve no consultório e escutar o paciente de forma tranquila com todas as suas demandas tem que ter tempo. Lá, é 15 minutos para cada paciente em cada consulta, mas, às vezes, esses 15 minutos não dá para escutar tudo do paciente. (ENT)

[...] O médico consulta a gente e diz o que a gente tem que fazer. Passa os remédio, pede os exame e diz também o que a gente num pode comer. A gente é que, às vezes, num faz exatamente como eles dizem que é pra fazer porque quando a gente vai tentar num é tão fácil quanto parece né? Acho que é por isso que a diabete não controla né? (U03)

As equipes de saúde, muitas vezes, produzem um modelo fascista de atenção em saúde, prescritivo, previsível, normatizador, no qual um conjunto de sinais e sintomas equivale a um diagnóstico que aponta determinado tratamento e prognóstico pautados na doença e não o sujeito. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES; 2016)

“Ninguém me escuta não! Eu só venho aqui mesmo pras consultas com o médico. Não tem ninguém pra tá conversando com a gente não.” (U07)

[...] Não temos espaço para ampliar muito a consulta porque se eu demorar 15 ou 20 minutos numa consulta, os outros pacientes ficam batendo na porta. Quando estou atendendo gestante, por exemplo, e demoro perguntam se estou fazendo o parto. Abrem a janela pra ver e reclamar que ainda tem que fazer o almoço. Então, assim, a gente trabalha num ambiente com muita pressão pra gente ainda conseguir fazer o que deve ser feito na atenção primária. (ENT)

Os usuários, ao adentrarem os muros da unidade de saúde, muitas vezes, anseiam muito mais do que o consumo de uma das ações de saúde ofertadas no cardápio de serviços. Às vezes, isso é evidenciado claramente. Em outras situações, isso é manifestado de forma velada por meio das “não adesões” à pactuações feitas com os profissionais de saúde ou por meio das tentativas de transgressões das regras impostas pelo serviço.

Têm muitos pacientes da minha área que vieram pra nutricionista que não seguem o cardápio que ela montou. Vieram pra consulta, foram orientados, mas, quando vou na casa deles, tão fazendo tudo ao contrário. E o pior é que quando voltam pras consultas não contam a verdade. (P02)

Constatamos a persistência da visão rígida e verticalizada de programas e protocolos que fragmentam a prática clínica e não possibilitam a construção de planos de cuidado pautados na escuta das necessidades de saúde dos sujeitos.

Por outro lado, alguns trabalhadores constroem linhas de fuga, transgressões ao instituído na tentativa de melhor cuidar. Buscam produzir o

cuidado para além dos protocolos e da dinâmica dos equipamentos de saúde. Criam rotas de fuga e potencializam a construção de possibilidades, em ato, a partir do espaço intercessor entre trabalhador e usuário.

Como eu sou médico de PSF até o fundo da alma, eu não consigo ver uma mulher com 50 anos sem mamografia e não solicitar. (Choro)[...] Se um paciente hipertenso está há dois anos sem exame, eu peço todos os exames relacionados à hipertensão e à diabetes. Eu não consigo ver uma criança que nunca fez uma avaliação e não fazer um encaminhamento pra puericultura. E aí essas pessoas voltam pra mim, não interessa pra elas se não sou o médico da equipe delas. Não querem ir pro profissional da área e voltam pra mim. Criaram vínculo. (P09)

Nesse estudo, principalmente durante o encontro de negociação, os trabalhadores foram ampliando o olhar sobre a atenção prestada à pessoa com DM e foram ressignificando suas práticas de cuidado para além do cardápio de serviços ofertados formalmente na unidade de saúde. Isso inclui perceber os sujeitos de forma integral, buscando compreender as distintas formas de andar a vida de cada um.

Estão aumentando os custos em função das medicações. As pessoas estão se dopando de medicações, as medicações têm seus efeitos colaterais, mas, não estão entendendo como a doença se comporta no organismo e como é a real maneira de combatê-la. Eu brincava com as pessoas dizendo que enquanto elas continuassem comendo pão, tomando café com açúcar e ficando somente em casa deitada na rede, a glicemia não ia baixar como num passe de mágica. Ela precisava dar a parcela de contribuição. Se queria fazer seu tratamento odontológico, tinha que fazer sua parte também. E, muitas vezes, a pessoa até sabia, mas travava na mudança de hábito. E, agora, percebo o quanto nós podemos contribuir nisso também. Nós devemos apoiá-los para se sentirem protagonistas do cuidado e terem forças para mudar porque realmente não é fácil. Não é fácil para nós que somos profissionais de saúde. (ENT)

A atenção prestada às pessoas com DM de forma fragmentada, impessoal e com valorização de habilidades técnicas em detrimento da relação médico-paciente não tem estimulado responsabilização dos usuários na elaboração do plano terapêutico. Neste contexto, a passividade do usuário e centralidade da decisão no profissional pode implicar na falta de adesão e do não empoderamento do usuário, o que pode reduzir a prática do autocuidado.

Acho que precisamos nos encontrar mais, discutir mais, todos juntos, sobre os nossos problemas de trabalho, conhecer o que os colegas fazem e podem fazer para procurar soluções para pelo menos amenizar as dificuldades que enfrentamos no trabalho do posto. Eu descobri coisas aqui que o enfermeiro pode fazer que eu não sabia. Não conhecia a portaria de prescrição dos medicamentos pelo enfermeiro. Acho que, às vezes, ficamos paralisados com tantos problemas que ficamos sem ânimo de remar contra

a maré, de tentar mudar, de fazer melhor. E aí a gente precisa se juntar, se apoiar pra um motivar o outro. E a gestão também precisa nos apoiar e dá espaço pra que isso aconteça. (ENT)

A abordagem das pessoas com DM não pode se restringir somente a doença, mas deve contemplar também suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Além disso, deve estimular sua autonomia e protagonismo na construção do seu plano de cuidado, através de uma relação dinâmica de compartilhamento de saberes e negociação com a equipe de saúde.

Só sou atendida pelo médico mesmo. Num dá tempo conversar muito porque sempre o tempo tá muito corrido. O doutô é muito ocupado porque tem muita gente pra ele atender. Aí num dá tempo de falar muito né? Às vezes, a gente até quer perguntar umas coisas, tirar umas dúvidas, mas, a gente fica tão apressada quando entra na sala do médico que acaba até esquecendo. (U02)

Assim, a relação profissional/usuário precisa ser ressignificada de modo que este se sinta parte do processo de cuidado e não apenas um objeto de práticas e condutas.

[...] Então, é muito mais fácil pros usuários pensarem: Ah, eu já sei quais são meus medicamentos, então, eu não vou perder tempo no posto. É sempre a mesma coisa. E é desse jeito que eles falam. Vou lá, renovam minha receita, perguntam como eu estou, às vezes, nem me escutam, digo que estou com uma dor e nem olham. Então, vou lá na farmácia e compro os remédios. (P07)

É necessário potencializar e motivar o autocuidado para que os sujeitos com condições crônicas sejam protagonistas de seu processo terapêuticos, tendo os profissionais da saúde como apoiadores.

[...] eu tenho que garantir espaços onde aquela pessoa que precisa manter um autocuidado, por isso que o nome é autocuidado apoiado, porque ela precisa ter a segurança de que existe uma equipe no caso a equipe de saúde da família, que está lá para o que ele necessitar, que um agente de saúde de vez em quando vai passar na casa dele e vai avaliar, vai avaliar determinadas situações rotineiras que ele esteja cumprindo em relação a isso, tá certo? E que ele vai ter um enfermeiro que vai poder chegar e tirar uma dúvida dele, fazer uma escuta qualificada na hora que ele tiver precisando, que ele tiver uma dúvida, certo? E não dizer o seguinte: Vá marcar uma consulta que, quando você marcar uma consulta pra eu lhe atender, eu lhe explico, certo? (G04)

Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de uma atenção centrada na pessoa, que considere suas necessidades e opiniões para desenvolver o tratamento a partir da definição conjunta dos problemas, das prioridades e das

metas, elaborando, desse modo, um plano de cuidado condizente com os modos de vida dos usuários. (MENDES, 2012).

A excessiva objetivação e a focalização da abordagem biológica negligenciam muitos outros aspectos constitutivos da produção da vida tanto na compreensão da condição de adoecimento quanto nas intervenções para enfrentá-la. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES; 2016)

Ademais, a perda da dimensão cuidadora devido à ação profissional biologicista, centrada em procedimentos, esvaziada de interesse no outro e que prescindiu da ação/cooperação de quem está sendo “tratado” têm contribuído para perda da potência e eficácia da atenção à saúde apesar dos contínuos avanços científicos. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES; 2016)

O trabalho em saúde requer que o profissional disponha uma caixa de ferramentas onde a criatividade e a inventividade precisam operar incessantemente para lidar com toda imprevisibilidade do encontro que não pode ser capturada pelos fluxos e protocolos. Assim, são necessários três tipos de caixas de ferramentas: Uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, outra aos saberes e outra às relações. (MERHY, 2005)

Portanto, o cuidado é sempre um ato relacional no “entre” onde os profissionais detentores de determinados saberes científicos precisam apreender e valorizar a relevância da intercessão coletiva entre as distintas categorias profissionais que atuam naquele cenário para ampliar dimensão cuidadora da atenção prestada e fomentar mais conforto e autonomia aos sujeitos que vivenciam sempre de modo singular suas condições crônicas. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES in FEUERWERKER; BERTUSSI; MERHY, 2016)

Nesse sentido, Merhy e Feuerwerker (2009) destacam que as tecnologias leves, pautadas nas relações que permeiam o encontro trabalhador-usuário por meio da escuta, do interesse e da construção de vínculos, são essenciais no cotidiano da produção dos serviços de saúde.

Essa perspectiva de “trabalho vivo em ato” permite apreender a singularidade, o contexto sociocultural e os “modos de andar a vida” dos sujeitos, tornando mais efetiva, a utilização das tecnologias duras e leve-duras que também são necessárias para construção de um plano de cuidado.

Assim, para cuidar da saúde de alguém, mais do que intervir sobre ele, é necessário apreender os projetos de felicidade que ele almeja construir nessa busca

pelo serviço de saúde. Sob essa ótica, o encontro entre profissional e usuário constitui-se um espaço relacional que mesmo apoiado por algumas tecnologias ultrapassa esse controle técnico e se abre para a construção de intersubjetividades. Nessa perspectiva o cuidado é uma dimensão imprescindível na atitude dos profissionais diante dos usuários que deve se expandir para além das tecnologias ou procedimentos e deve incluir a integralidade na atenção à saúde. (AYRES, 2011)

Mas, como ampliar o olhar sobre a produção do cuidado quando os trabalhadores estão capturados por fluxos, protocolos e normas que, muitas vezes, apenas cerceiam possibilidades?

Como utilizar os protocolos para ampliar a capacidade, inclusive, de abordar as singularidades ao invés de anulá-las?

Merhy; Feuerwerker; Gomes (2016, p.33) apontam “o campo do cuidado como o campo das afetações mútuas e da possibilidade de incluir a diferença na produção do encontro”.

Para isso, é necessário despir-se das supostas certezas e representações sobre o indivíduo que demanda o cuidado para, a partir disso, ampliar o olhar e a escuta no intuito de compreender a complexidade de sua vida para além do processo saúde-doença, colocando-o como protagonista na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016).

Alguns usuários, devido a sua complexidade, não se encaixam em fluxos e protocolos tradicionais, demandando um tempo maior na agenda do profissional. E o processo de trabalho deve ser organizado de modo a possibilitar a flexibilização do tempo da consulta conforme a singularidade de quem está sendo cuidado.

Hoje, as coisas estão sendo muito rápidas e a gente não tem tempo pra conversar, pra discutir sobre educação, né? Muitas vezes, eu gasto um tempo maior com alguns pacientes que precisam de orientação, mas tudo isso feito individualmente. Mesmo que os outros pacientes reclamem que a consulta está demorando, não consigo vê-lo pela metade. (P09)

Na relação entre trabalhador de saúde e usuários, a não imundização com o outro pode significar processos repetitivos de diagnósticos e tratamentos que desconsideram a singularidade e a autonomia do sujeito. (ABRAHÃO et al., 2013 in OLIVEIRA et al, 2016).

E o quê precisa mudar é a grande pergunta! Cuidando do cuidador. A gente teve uma reunião com o NASF e sugeriu isso. A gente precisa se cuidar. Como é que eu tô doente e vou ajudar outra pessoa, né? Então, uma das propostas que a gente levantou pro NASF foi ter esse momento de cuidando do cuidador. Eu até conversei com a psicóloga individualmente e disse “Vocês precisam trazer os agentes de saúde pra vocês porque a gente precisa de automotivação!” Como é que eu vou fazer o meu trabalho e eu não vejo saída, não vejo perspectiva? A prefeitura só quer números, só quer produção e tudo mais. Só quer cadastro, né? E a promoção de saúde? Quando vem um grupo assim pra dá esse suporte de ir com a gente na área, é muito bacana. E a gente precisa muito disso na prefeitura de grupos que venham pra somar, pra trabalhar com a promoção. (P07)

Contudo, o envolvimento com os usuários e com toda sua subjetividade, em alguns momentos, exige tanto uma implicação de si que pode tornar-se insuportável para alguns trabalhadores de saúde. (OLIVEIRA et al., 2016)

[...] O próprio trabalhador adoece porque a gente se sente...como é que eu posso dizer...O quê fazer? Diante disso tudo. Porque não é só o acesso, são outras questões estruturais de moradia, de trabalho e outras coisas que a gente não pode ajudar, muitas vezes, a gente é só a escuta, é um ombro amigo pra pessoa, chora junto com a comunidade, sofre junto e aquela questão de entender que a gente é só um profissional, num dá pra gente, pro agente de saúde é impossível. (P07)

A dificuldade em lidar com condições psicossociais complexas que permeiam o processo saúde-doença contribuem para que o profissional busque como mecanismo de defesa o agir mecanizado, impessoal e focado em aspectos biológicosque podem ser enquadrados nos protocolos ou fluxogramas.

Nesse sentido, destacamos que a clínica com objeto de trabalho restrito tem uma função falsamente protetora porque possibilita que profissional não escute um indivíduo ou um coletivo em sofrimento e, desse modo, não lide com os medos e as dores que o trabalho em saúde pode produzir em si mesmo. (BRASIL, 2009)

Assim, torna-se necessário garantir espaços de compartilhamento entre os profissionais das situações de impotência vivenciadas no cotidiano das práticas de saúde para amenizar as angústias desencadeadas bem como para recriar novos modos de cuidado mais ampliados pela contribuição dos saberes das diversas categorias que compõem a equipe de saúde.

O reconhecimento da complexidade da clínica ampliada deve promover o compartilhamento de diagnósticos de problemas e de propostas de solução entre os profissionais da equipe de saúde, entre os serviços de saúde, entre os setores e, sobretudo, com os usuários. (BRASIL, 2009)

É preciso investir em processos de educação permanente como dispositivo de cuidado na medida em que possibilitam a reflexão sobre os processos de trabalho e fomentam a ampliação das ações ofertadas nos serviços de saúde para além dos protocolos instituídos que não captam as singularidades dos modos de vida dos indivíduos.

Nessa perspectiva, Merhy (2015) aponta que ao permitirmos que os acontecimentos sejam percebidos como elementos provocadores que promovem novas formas de agir conosco e com o outro, produzimos coletivamente novas formas de conhecimento e renovação.

5.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁXIS NA ATENÇÃO À PESSOA COM DM

Os participantes da pesquisa reconhecem a educação permanente como um dispositivo potente para reorganização da atenção prestada à pessoa com DM por meio da aproximação entre as práticas educativas e o contexto real do trabalho em saúde.

A educação permanente em serviço, de fato, pode contribuir para identificar e superar as dificuldades encontradas na prática. Ou seja, são processos que serão revertidos para melhoria do meu processo de trabalho para atender com mais qualidade a demanda da população. Educação permanente não é um horário pra eu fazer um curso ou um horário pra eu fazer uma educação à distância. (G04)

Mas, a grande dificuldade que acho que temos que avançar é a formação desses profissionais. Eu acho que ainda falta um pouco de conhecimento, principalmente porque, às vezes, você capacita os profissionais e eles saem. Então, temos que investir na educação permanente dos profissionais da APS. (G07)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), publicada inicialmente em 2004, recomendava que os processos de educação dos trabalhadores da saúde fossem realizados a partir da problematização de suas práticas e da valorização dos seus saberes e vivências prévias no intuito de desencadear uma aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos. (BRASIL, 2004)

Ademais, o MS, ao definir a Educação Permanente em Saúde como uma política, buscava integrar o mundo do trabalho ao mundo da formação de modo que

a formação dos profissionais possa ser desenvolvida de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar (BRASIL, 2004)

A segunda versão da PNEPS, publicada em 2009, ressalta que para modificar práticas cristalizadas no âmbito do trabalho é imprescindível realizar constantemente análise dos processos de trabalho para a elaboração de pactuação de mudanças e propostas de intervenção. (BRASIL, 2009)

O processo de ensino-aprendizagem pautado exclusivamente no saber científico negligencia a complexidade que permeia os sujeitos e o que eles buscam nos serviços de saúde. Assim, o repasse descontextualizado de conhecimentos e a prescrição de práticas não geram transformações no cotidiano dos serviços de saúde. (ABRAHÃO; MEHRY, 2014)

Nesse sentido, ainda conforme esses autores:

A experiência como elemento dinamizador da formação implica colocar-se à disposição do exercício de apreender com e no mundo do trabalho, enquanto um campo essencialmente micropolítico. A formação nos convoca a experimentar durante o cuidar, durante o ato do trabalho; despertar sensações e afetos produzindo-se no cuidado. (ABRAHÃO; MEHRY, 2014, p.317)

Conforme SANTA CRUZ et. al. (2008) a reunião de equipe deve constituir-se uma possibilidade de encontro entre os sujeitos para compartilhar os conhecimentos formais e informais a fim de construir uma estratégia de intervenção capaz de transformar uma determinada realidade.

Educação permanente em serviço é eu sentar com a minha equipe estudar, por exemplo, o diagnóstico situacional da minha área e definir estratégias de como a gente pode atuar daqui pra frente pra melhorar essa situação que a gente detectou. Isso é uma educação permanente em saúde. É perceber, por exemplo, que está aumentando muito os casos de diabetes na nossa área. O que está acontecendo? Então, a gente vai estudar o processo. É entender que começou agora um surto de tracoma na minha área. O que é tracoma? Vamos sentar todo mundo e vamos ler juntos. Vamos estudar. Vamos chamar um oftalmologista pra falar sobre tracoma e entender o que está acontecendo e em que a gente pode atuar, certo? (G04)

Sobre esse prisma, as reuniões de equipe são espaços que podem ser utilizados para reflexão sobre o cotidiano do trabalho, compartilhamento de saberes entre os membros da equipe e reorganização dos processos de trabalho. Portanto, podem ser utilizadas para desenvolver ações de educação permanente a partir da discussão de casos complexos em uma perspectiva interdisciplinar.

No cenário desse estudo de caso, na agenda dos médicos, dos enfermeiros e dos ACS das ESF, semanalmente, era reservado um período de aproximadamente uma hora e meia do turno destinado à visita domiciliar, para realizar as reuniões de equipe.

“Eles fazem visita no turno de 4 horas em que eles chegam às 7 horas da manhã e saem às 11. O carro da visita chega mais ou menos às 08h30min. Então, nesse período de sete horas até oito e meia, eles podem fazer a reunião.” (G01)

Contudo, de acordo com os relatos abaixo, essa carga horária, muitas vezes, não é utilizada para essa finalidade. Alguns médicos frequentemente utilizam esse espaço na agenda para atenderem usuários da área adscrita da sua equipe que não conseguiram agendar consulta e, muitas vezes, são orientados pelo NAC a comparecerem à UAPS nesse dia para solicitarem o atendimento ao profissional.

Só se a gente fizer a reunião fora do posto porque a agenda já é bloqueada pra reunião. Não tem agenda aberta pra o doutor na segunda-feira pela manhã. Não tem paciente agendado. Mas, quando ele chega, os pacientes que querem mostrar exames, renovar receita são atendidos por ele como consulta complementar. Se ele entrar na sala, tem uma fila atrás. E se eu chamar ficam com muita raiva. (ENP)

“Os pacientes, às vezes, nem me deixam entrar pra colocar a digital. Só dá pra fazer reunião de equipe fora do posto.” (ENP)

“E, às vezes, são pessoas do posto mesmo que vão colocando. Vão dizendo pra esperar que ele atende. É como se a visita não fosse importante, como se a reunião de equipe não fosse importante. Importante é atender, atender e atender.” (ENP)

Em muitas falas, percebemos que não há o reconhecimento da reunião de equipe como espaço relevante para autoanálise das práticas de saúde, identificação de fragilidades dos processos instituídos e construção de estratégias de superação das “situações-limites”.

Alguns profissionais manifestaram claramente a percepção desse momento apenas para fins administrativos e burocráticos como repasse de informes ou treinamentos que devem ser conduzidos preferencialmente por sujeitos externos à equipe.

Assim, normalmente, temos reunião 1 x por mês. Mas, não é bem uma reunião. Conversamos um pouco, uma hora mais ou menos, pergunto sobre as gestantes e as crianças da equipe. Mas, não gosto muito... os ACS são bem difíceis, reclamam muito, não gostam de participar de reunião, dizem

que reunião não serve para nada. Às vezes, me sinto até desconfortável de fazer reunião sozinha com eles. [...] O médico nunca participa e a dentista raramente participa. (P04)

Não temos reunião de equipe. Na prática, o que acontece é, no dia da visita, fico me escondendo na coordenação com a enfermeira e os ACS, antes do carro chegar. Não é bem uma reunião, simplesmente estão todos no mesmo lugar. Normalmente, não ficam todos os ACS, alguns vão embora. Não tem uma reunião de equipe pra poder debater alguns problemas, com pautas definidas ou informes importantes. (P10)

Ademais, não há organização das escalas ou agendas dos cirurgiões-dentistas para que participem das reuniões de suas equipes, contribuindo para o distanciamento entre a saúde bucal e saúde da família.

“Não participo das reuniões com tanta frequência. Minha agenda não coincide. Mas, quando tem uma reunião maior, participo.” (P08)

“Os dentistas não se encaixam porque eles não estão nesse mesmo horário. Mas, médico e enfermeira estão porque fazem as visitas juntos. Mas quanto aos dentistas, nem todos estão pela manhã no turno de visita da equipe.” (G01)

Os profissionais do NASF também não sabiam da existência de carga horária semanal destinada para realizar reunião de equipe.

Cada equipe? Não sabia que as equipes tinham essas reuniões. Só se for nos dias que não estou lá porque eu nunca vi essa reunião de equipe. Eu nunca vi, nunca participei de nenhuma reunião de equipe. Nem eu e acredito que ninguém do nosso NASF. (P05)

Diante disso, identificamos a fragilidade na integração entre as categorias profissionais e no diálogo crítico-reflexivo sobre o cuidado produzido pelas equipes de saúde da família, saúde bucal e NASF, diminuindo a qualidade do serviço prestado. Como avaliar os processos de trabalho instituídos, identificar necessidades de formação, planejar fluxos de compartilhamento do cuidado sem estabelecer encontros com os membros da equipe?

Essa reflexão do trabalho em saúde no cotidiano do serviço deve ser motivada tanto pelos trabalhadores quanto pela gestão a fim de promover uma reflexão do profissional sobre sua prática, desencadeando no mesmo uma maior contextualização do seu conhecimento teórico com sua realidade e um deslocamento para ampliar a qualidade da assistência.

Nessa perspectiva, Stroschein e Zocche (2011) destacam que as autoanálises individuais e coletivas das práticas de saúde são essenciais para

reconhecimento do que deve ser modificado, mantido ou recriado. Quando a reflexão sobre o processo de trabalho não é contemplada, há espaço apenas para a reprodução de práticas de cuidado e formas de pensar individuais engessadas.

Também foi apontada a necessidade de processos de educação permanente direcionados ao ACS a fim de potencializar a ação dessa categoria na produção do cuidado pela equipe de saúde da família.

Eu não me recordo de nenhuma capacitação sobre o cuidado com o paciente diabético. Eu sei que tem muitas dúvidas. Porque eu sei que os agentes de saúde estão pedindo muito é trabalho com educação permanente porque muitas coisas vão mudando no processo de trabalho, na questão da ciência e das políticas públicas e você não tem como repassar porque não sabe. Ou você pesquisa sozinho e tenta buscar esse tipo de conhecimento. Mas, na época do nosso curso técnico, aí teve essas orientações como o que você tem que fazer, como o ACS devia trabalhar na micro área. Isso foi na época que nós entramos e fizemos o curso técnico. Depois disso, a gente vê mais palestras, mas, não nesse sentido de apresentar que o município trabalha dessa forma. (P07)

O trabalhador precisa falar e ser ouvido, pois gestões, que somente monitoram o desempenho e as produtividades das equipes, deparam-se com profissionais resistentes às mudanças independentemente das cobranças realizadas ou desestimulados e sem capacidade de inovar nas suas práticas de trabalho. (ASSIS et al, 2010)

Acho que se distanciou um pouco por conta da gente não está se encontrando mais. A gente não tem reunião pra discutir, né? Muitas vezes o horário não combina, não é compatível [...] A gente também cortou o tempo pra gente conversar com outros profissionais, com os colegas de outras equipes pra discutir os problemas. E assim avançou foi minha desesperança....Assim, porque a estratégia Saúde da Família trabalha com educação e.... (Choro) (P09)

Nesse aspecto, a EPS pode contribuir tanto para tornar a gestão mais permeável às demandas dos trabalhadores e usuários quanto para torná-los mais motivados e engajados na produção de um cuidado mais efetivo.

Mas, é necessário deslocar as equipes da postura paralisante de lamentar a ausência de espaços para reunirem-se, mas não aproveitar as cargas horárias da agenda que poderiam ser utilizadas para essa finalidade como no período antes da visita domiciliar ou nas oito horas semanais destinadas à EPS. Conforme o relato da profissional abaixo, as reuniões de equipe comumente foram realizadas apenas com os enfermeiros e ACS.

O médico e a dentista não participam. Quando a gente fala em reunião de equipe, a gente pressupõe a equipe, né? Mas, não é. Nessa semana, a dentista disse que queria fazer uma reunião com a gente e ela estava acordando com a enfermeira a questão dos horários porque pra ela era melhor à tarde. E é muito complicado porque cada um tem sua escala de trabalho. Mas, nunca teve, nem uma vez na vida, nesses dez anos, reunião com a equipe toda. (P07)

Assim, embora os médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e ACS, servidores da ESF, disponham semanalmente de oito horas semanais para serem destinadas a processos de EPS, de fato, não estão utilizando essa carga horária para essa finalidade. Não foi observado ou identificado nos relatos dos participantes o planejamento de ações locais para analisar os processos de trabalho e, a partir disso, definir atividades de educação permanente desenvolvidas pelos profissionais da ESF ou do NASF.

Oliveira; Campos (2015) destacam que o apoio matricial também é uma ferramenta de EPS já que promove espaços coletivos de reflexão sobre práticas e certezas cristalizadas.

Com a implantação das equipes de NASF, institucionalizou-se o apoio matricial como ferramenta de trabalho na APS. Na dimensão colaborativa técnico-pedagógica, o NASF deve desenvolver ações educativas junto às equipes apoiadas no intuito de ampliar a capacidade de cuidado e qualificar o trabalho. (BRASIL, 2014b)

Assim, muitas lacunas de conhecimento manifestadas pelos sujeitos do estudo poderiam ser superadas utilizando a carga horária semanal destinada à EPS para o compartilhamento de saberes e vivências entre os profissionais da ESF e NASF.

A gente precisava se atualizar mais, saber orientar sobre a alimentação, sobre os remédios. Por exemplo, eu tenho diabético da minha área que usa insulina, então, eu acho que eu devia saber explicar direitinho sobre como aplicar, sobre os cuidados que deveria ter... Essas coisas. Mas, às vezes, é difícil dar uma orientação pros pacientes da área se a gente também não sabe né? (ENP)

Acho que é importante a gente ser capacitado sobre os cuidados que o diabético deve ter com sua saúde. A gente tem que saber o que orientar pra eles, como deve ser a alimentação, como tomar os remédios...Porque a gente tá todo dia na área, na casa deles. Então, é mais fácil saber se estão seguindo as orientações de verdade ou não. (P01)

Essa possibilidade de atividade de EPS foi bastante discutida no encontro de negociação com os trabalhadores onde alguns participantes mencionaram a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre os fármacos mais utilizados para o

tratamento de DM ou sobre os hábitos alimentares e as atividades físicas mais adequadas para as pessoas com DM.

Nesse momento, refletimos que a equipe de NASF da UAPS Luís Albuquerque Mendes dispõe de nutricionista, farmacêutico e profissional de Educação Física, profissionais detentores dos saberes científicos especializados sobre as referidas temáticas. Portanto, eles poderiam planejar encontros dinâmicos e interativos com os enfermeiros e ACS para compartilhar conhecimento a partir dessas fragilidades identificadas.

Nesta perspectiva, é possível aproximar as práticas educativas para dentro do contexto real dos trabalhadores de saúde a fim de alcançar através da EPS uma promoção de saberes no cotidiano da unidade de saúde.

No entanto, no estudo, não identificamos a atuação do NASF no apoio pedagógico às equipes. Ao analisarmos os motivos da fragilidade nessa prática formativa, desvelamos que os profissionais do NASF, muitas vezes, não dispõem das competências necessárias para as ações de matriciamento.

Por outro lado, a EPS ainda é bastante confundida com educação continuada. Muitas vezes, são planejadas capacitações para promover a reorganização de processos de trabalho da unidade, por meio da inserção de novas atribuições dos profissionais, ou para enfrentar demandas prioritárias.

Não tem como a gente motivar os enfermeiros do jeito que está. Primeiro, temos que capacitar os enfermeiros para realizar uma consulta de Enfermagem qualificada. Nós temos que pensar que consulta de Enfermagem nós queremos. Porque prescrição de medicamentos não é. A gente tem que elaborar um protocolo de consulta de Enfermagem para hipertenso e diabético. (ENG)

A educação permanente que teve foi uma atualização clínica ofertada pelo município que se falou de farmacologia e de medicação para o diabético. Aí se falou de doença periodontal. Aí a gente fez um tópico só sobre diabetes, inclusive eu participei como ministrante. Mas, de atendimento específico ao diabético, não houve. Isso seria bem interessante até para passar essas diretrizes para os profissionais. (P08)

“Aqui em Fortaleza nunca participei de capacitação sobre diabetes, não. Mas, já pesquisei na internet algumas diretrizes de alguns municípios.” (P05)

O estudo realizado por Bispo Júnior; Moreira (2017) na Região Sudoeste da Bahia também constatou a predominância de um modelo formativo pautado capacitações e treinamentos pontuais, pautados na transmissão unidirecional da informação.

Conforme a PNEPS (Brasil, 2004), a educação continuada e a educação permanente têm diferenças conceituais bastante significativas. Na educação continuada, busca-se realizar atualização de conhecimentos específicos, de forma descendente, a partir da leitura geral dos problemas. Já, na educação permanente, objetiva-se transformar as práticas, a partir da análise coletiva do processo de trabalho, identificação dos nós críticos e construção de estratégias contextualizadas para enfrentá-los.

A magnitude da EPS é a possibilidade de transformar práticas e realidades vivenciadas através da problematização de questões reais e cotidianas. (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017)

Por outro lado, a educação continuada fortalece um pensamento simplificador que promove “mutilações” do saber ao unificar abstratamente realidades complexas com a anulação da diversidade das singularidades. (VASCONCELOS, 2013)

Sendo assim, não é possível reorganizar atenção à saúde prestada às pessoas com DM investindo apenas na construção de protocolos ou na realização de cursos e treinamentos como se fosse possível prescrever mudança de práticas aos profissionais sem que elas façam sentido no cotidiano dos serviços de saúde.

O processo educativo biologicista com ênfase nas prescrições de procedimentos e protocolos contribui para formação de profissionais pouco comprometidos com a reorganização dos processos de trabalho e que apenas executam procedimentos de forma alienada e fragmentada. (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017)

As consultorias e assessorias implantadas para promover incorporação de novos conceitos às práticas estabelecidas tanto de gestão quanto de atenção não podem atuar de maneira descontextualizada e pautada somente na transmissão de informações padronizadas. É preciso refletir sobre as práticas e concepções vigentes, não abstratamente, mas, concretamente, a partir do trabalho de cada equipe para construir novos processos que façam sentido e sejam significativos nessa realidade. (CECCIM, 2005)

Sobre esse aspecto, Morin (2017) aponta a necessidade de desenvolver um pensamento ecologizante em que situa todo acontecimento, informação ou conhecimento de modo inseparável com seu contexto cultural, social, econômico, político e natural. Trata-se, portanto, de buscar as relações e inter-retro-ações entre

cada fenômeno e seu contexto, refletindo sempre como uma modificação local repercute sobre o todo e como uma modificação do todo repercute sobre as partes.

Talvez, o processo padronizado de implantação de micro e macroprocessos da APS nas unidades de saúde a partir da realidade vivenciada em uma unidade laboratório, conforme proposto pela consultoria implantada em Fortaleza de 2013 a 2016, não tenha favorecido a apreensão das fragilidades singulares de cada UAPS para operacionalizar as mudanças ditadas, gerando frustração nos gestores e profissionais ao depararem-se com os desafios do cotidiano.

Conforme Mendes (2015), para serem selecionadas como laboratório, as unidades deveriam ter ESF completas; ter aproximadamente 3.500 pessoas sob a responsabilidade de cada equipe; ter NASF; ter infraestrutura adequada; e ter espaço próprio ou comunitário para realizar as atividades coletivas.

A UAPS Luís Albuquerque Mendes foi escolhida como laboratório apenas por ser a unidade que mais se aproximava desse cenário na CORES IV. Mas, na época, não dispunha de NASF e sua cobertura da ESF era e, ainda permanece aquém do que foi proposto.

Diante disso, como reordenar processos a partir de padrões que, muitas vezes, não se encaixam na realidade vivenciada por gestores e trabalhadores?

É preciso dialogar sobre os desencontros entre as macros e micropolíticas para despertar o desejo de implicar-se nas mudanças. Através da discussão coletiva, os ruídos podem ser captados e transformados em possibilidades de construção de novas formas de compreender e ofertar as ações e serviços de saúde para que respondam às expectativas de usuários e trabalhadores. (ASSIS et al, 2010)

Teve uma fase minha que eu estava desencantada e aí teve a oportunidade de fazer o curso de educação popular que me deu uma outra visão, um estímulo. Então, o profissional tem que está procurando por estímulos, por cursos que lhe despertem pra poder dar seu melhor na microárea porque se não partir de você, não vai partir do outro, aí é difícil. As ideias existem. Falta prática (P07)

Esse discurso reflete exatamente a potência da EPS de afetar os sujeitos, de promover deslocamentos, de transformar práticas para produção de um cuidado efetivo e humanizado. Não é possível reordenar processos de trabalho com vistas a implantar um modelo de atenção às condições crônicas, pautado no trabalho

interprofissional colaborativo e no estímulo à autonomia dos sujeitos, sem promover processos educativos que motivem e engajem gestores, trabalhadores e usuários nessa perspectiva.

Portanto, no cenário de organização e estruturação de novos modelos de atenção, “a educação permanente em saúde é um desafio ambicioso e necessário” (CECCIM, 2005, p.167), pois possibilita a transformação de recursos humanos em atores sociais das reformas e da construção de práticas mais acolhedoras e resolutivas de gestão e atenção à saúde. (CECCIM, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou avaliar a atenção à saúde oferecida às pessoas com DM nas UAPS do município de Fortaleza na perspectiva do MACC a partir dos pressupostos teóricos metodológicos da Avaliação de Quarta Geração e do paradigma da Complexidade.

No decorrer dessa pesquisa, mergulhei nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, nos seus discursos e nas suas práticas para avaliar de que modo o modelo de atenção à pessoa com DM foi implantado e como se concretiza na micro e macropolítica. A partir das reflexões construídas neste processo, finalizei esse percurso com algumas respostas e muitas outras perguntas e inquietações.

O método avaliativo-participativo revelou-se extremamente potente para construção de análises coletivas e democráticas além de ter sido adequado para alcançar os objetivos propostos no estudo. É uma ferramenta não só de mensuração, de descrição e de julgamento, mas, sobretudo, de negociação por valorizar a apreensão das óticas distintas dos atores sociais interessados.

Por outro lado, avaliar a atenção prestada à pessoa com DM sob a ótica de gestores, trabalhadores e usuários, em uma perspectiva participativa e construtivista foi bastante desafiador porque lidamos, muitas vezes, com concepções bastante distintas e conflitantes.

Esse processo tornou-se ainda mais complexo por ser sujeito totalmente implicado nesse processo. Avaliar a implantação do modelo de atenção à pessoa com DM foi também refletir sobre minha prática de gestão.

Nesse sentido, o paradigma da complexidade proporcionou a ampliação de nossas lentes na busca de captar os fatos ocultos no cotidiano das práticas de atenção e gestão. Possibilitou compreender que o reordenamento das práticas de saúde não pode ser percebido de forma reducionista e simplificadora como causa e efeito. Os resultados são obtidos a partir das interações sobre os indivíduos.

O pensamento complexo também nos permitiu vislumbrar a incapacidade de ter certeza, de conceber uma ordem absoluta e a potência de captar as contradições. Na visão complexa, identificar contradições não significa um erro, mas atingir as camadas mais profundas da realidade.

Embora a pesquisa não tivesse o propósito de realizar uma intervenção, devido ao seu caráter participativo, houve um deslocamento dos sujeitos envolvidos que foram afetados pelas transversalidades produzidas. Nesse percurso, foi possível presenciar mudanças nas falas ou ações cotidianas de gestores e trabalhadores.

A minha proximidade com os gestores e os trabalhadores, participantes do estudo, embora tenha facilitado o acesso ao campo e a realização dos encontros, também gerou constrangimento e incômodos, sobretudo nos encontros de negociação, quando nos deparamos com as fragilidades na organização dos serviços.

Como gestora e pesquisadora, fui significativamente afetada pela manifestação de desânimo e de esgotamento de trabalhadores que se sentiam capturados por fluxos e protocolos rígidos que cerceavam a subjetividade e a criatividade que devem fazer parte do cuidar em saúde.

Através do estudo, constatei que há uma intencionalidade da gestão em implantar um modelo de atenção às pessoas com DM que possibilite um cuidado integral, longitudinal e coordenado pela APS a partir do desenvolvimento de tecnologias de gestão da clínica como elaboração das diretrizes clínicas e da implantação de um plano diretor da APS.

São evidentes também os avanços obtidos no sistema logístico de registro eletrônico em saúde, no sistema de apoio diagnóstico e terapêutico bem como da assistência farmacêutica que compõem a estrutura operacional da RAS da pessoa com DM. Também foi identificada melhoria da estrutura física e ambiência da UAPS e no quadro de recursos humanos por meio de uma discreta ampliação da cobertura da ESF e ESB bem como pela implantação das equipes de NASF.

Todavia, apesar desses avanços, as práticas de saúde ainda revelam uma abordagem reativa, prescritiva e centrada na consulta médica em que comumente não há compartilhamento de saberes para produção do cuidado nem entre os profissionais das equipes ESF, ESB e NASF nem entre estes e os usuários.

As ações de cuidado às pessoas com DM prestadas por médicos, enfermeiros, dentistas e profissionais do NASF, geralmente, têm sido executadas de forma desarticulada e reativa.

Não há, de forma sistemática, elaboração de planos de autocuidado com os sujeitos nem atendimento compartilhado para elaboração conjunta de planos de

cuidado individualizados para pessoas com condições clínicas e sociais complexas que demandam uma abordagem interdisciplinar e/ou intersetorial.

Ainda neste contexto, identificamos fragilidades na construção de uma rede de atenção à pessoa com DM visto que há dificuldade de acesso a consultas e exames especializados. Ademais, percebemos uma desarticulação entre a APS e AAE que impossibilita a coordenação e o acompanhamento dos sujeitos durante o percurso entre os pontos de atenção da RAS.

No processo de reorganização da APS, destacou-se a implantação dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas. O primeiro macroprocesso implicava em acolher, classificar quanto ao de risco e vulnerabilidade e, a partir disso, abordar às pessoas que comparecem por demanda espontânea com condições agudas, agudizações das condições crônicas e com condições inespecíficas.

A implantação do segundo macroprocesso era realizada através do MACC que significava realizar ações de promoção à saúde, prevenção de complicações e gestão da condição da saúde através de uma abordagem proativa e interdisciplinar.

Contudo, percebemos que a organização do ACCR com cronograma de equipes responsáveis por acolher e atender todos os usuários, independente da área adscrita, tem contribuído para fragilizar o vínculo e a continuidade do cuidado pelos profissionais da ESF.

Ademais, não percebemos diferenças significativas nos modos de organizar a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas. Ambos têm sido pautados prioritariamente na consulta médica e no tratamento farmacológico com medicalização das queixas apresentadas.

Por outro lado, identifiquei que não são realizadas com regularidade ações intersetoriais de promoção à saúde nem atividades educativas no âmbito individual ou coletivo no intuito de informar e engajar as pessoas com DM para realizarem o autocuidado.

Os profissionais da ESF dedicam-se prioritariamente a realização de consultas individuais destinadas à prescrição medicamentosa ou ao tratamento de queixas ou complicações desencadeadas pela DM. Já os profissionais do NASF realizam mais frequentemente atividades pontuais de educação em saúde sobre

hábitos de vida saudáveis em salas de espera ou ações educativas em campanhas temáticas.

Diante disso, percebemos que algumas práticas de atenção e gestão cristalizadas têm dificultado a substituição de uma atenção prescritiva e centrada na doença para uma colaborativa e focada no sujeito.

Gestores, trabalhadores e usuários, muitas vezes, apresentam percepções diferentes e buscam estratégias distintas e desconectadas para obterem os mesmos objetivos. Contudo, o êxito da atenção à pessoa com DM depende fortemente da participação de todos e, sobretudo do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento.

É preciso substituir os encaminhamentos impessoais e burocráticos pelo compartilhamento do cuidado tanto dentro das UAPS quanto entre os pontos de atenção, garantindo não apenas o acesso ao primeiro contato, mas a atenção longitudinal, integral e coordenada pela APS.

A linha de cuidado da pessoa com DM está sendo tecida, mas, para ser realmente construída e implantada devemos articular e engajar todos os atores de todos os pontos envolvidos, pois cada um pode significar possibilidades de ruptura independente da instituição de fluxos ou protocolos.

É preciso prescrever menos e construir mais. Temos dispensado muito tempo prescrevendo hábitos saudáveis de vida, medicamentos para tratar complicações não identificadas e tratadas oportunamente, práticas de saúde, protocolos, fluxos assistenciais e proporcionado pouco tempo para os momentos de construção coletiva de planos de cuidado que valorizem a autonomia dos sujeitos, de processos de trabalho colaborativos com compartilhamento de saberes e poderes e de linhas de cuidado com engajamento de todos os atores envolvidos.

Nesse sentido, torna-se necessário fortalecer processos de educação permanente para ressignificar as práticas de saúde e identificar possibilidades de superação das situações limites a partir das potencialidades vislumbradas no cotidiano da Saúde da Família.

Na perspectiva de contribuir para impulsionar novas formas de atenção e gestão, recomendamos:

- Atualizar as diretrizes clínicas, garantindo que esse processo seja realizado com a representação de todos os profissionais envolvidos no cuidado da pessoa com DM. Ademais, é importante definir as atribuições de cada

profissional da ESF, da ESB e do NASF bem como de cada equipamento da RAS na atenção prestada à pessoa com DM;

- Implementar processos de educação permanente aos trabalhadores e aos gestores das UAPS que fomentem a reflexão e transformação das práticas de atenção e de gestão;
- Disponibilizar a atenção ambulatorial especializada a partir da estratificação de risco, conforme programação das DC de DM, de forma territorializada de modo que os profissionais da ESF de determinado território possam ser vinculados a especialistas de um local específico. Nessa perspectiva, haveria além do compartilhamento de planos de cuidado entre a APS e AAE, o matriciamento dos generalistas pelos especialistas. Almejamos concretizar essa recomendação com implantações das policlínicas no município de Fortaleza.
- Reorganizar o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea conforme as especificidades de cada UAPS, priorizando que, na medida do possível, o sujeito seja acolhido e atendido pela ESF responsável sanitariamente por ele;
- Garantir espaços para discussão e construção de plano de cuidado conjunto dos casos mais complexos de pessoas com DM por profissionais da ESF, ESB e NASF;
- Implementar tecnologias que fortaleçam o cuidado multiprofissional e compartilhamento de saberes e experiências entre os sujeitos com DM como, por exemplo, a atenção compartilhada em grupo e os grupos operativos;
- Realizar o monitoramento e avaliação da LC da pessoa com DM a partir de indicadores de processo e de resultado que possibilitem identificar as fragilidades na atenção integral ao sujeito com DM e, por conseguinte, realizar os ajustes necessários;

Por fim, destacamos que tais recomendações são preliminares e buscam apresentar possibilidades para qualificar os processos de atenção e gestão na Rede de Atenção à Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

ABRAHAO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000200313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018.

ALMEIDA, Shirley Pereira de; SOARES, Sônia Maria. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1123-1132, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

ANDRADE, Luís Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; CAVALCANTI, Caio Garcia Correia Sá. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. **Epidemiologia & Saúde**. 7ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. Cap.24.p.473-79.

ANDRADE, Luís Odorico Monteiro de; Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Claudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. Cap. 25. p. 783-836.

ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

ARAÚJO, Priscila Oliveira; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Organização da demanda e oferta de serviços na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde**, v.13, n.4, p.994-1002, 2017.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. **Produção do cuidado no programa saúde da família**: Olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 1º agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Seção 1, p. 50-52.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2013. Seção 1, p. 59-140

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006, Retificada em 22 março 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2002. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2203, de 05 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Seção 1, p. 48-96.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017, p.68.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013**. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012, 123p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: MS, 2011. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011, seção 1, p.79.

_____. 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). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011, seção 1, p.55.

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

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: MS, 2005. 35 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**. Brasília, DF, 2016. 74 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.

_____. Ministério da Saúde. **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, 2013. 28 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf> Acesso em: 18 jul. 2018

_____. _____. _____. _____. (2013, f) Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**, 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

_____. **Saúde Bucal: Cadernos de Atenção Básica nº 17** Brasília, 2008. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: 2016. 19 p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel - Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRITO, Fausto. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade**. Belo Horizonte: CEDEPLAR; UFMG, 2007.

CEARÁ. Decreto nº 33.018, de 18 de março de 2019. Regulamenta o Programa Médico da Família Ceará. **Diário Oficial do Estado**, Fortaleza, 2019.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019**. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2016. 229 p.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de, organizadores. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. Cap.7, p.165-184.

CECILIO, SumayaGiarolaet al. Aspectos psicossociais do viver com diabetes Mellitus na promoção do autocuidado. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p.44-51, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2604/pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A AVALIAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: CONCEITOS E MÉTODOS. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Cap. 2. p. 29-47. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CORTEZ, Daniel Nogueira. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015.

CUNHA, Aluísio Augusto Gonçalves. **Proposta para fortalecimento do grupo educativo HIPERDIA em uma equipe de saúde da família, Patos de Minas/MG**. 2014. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção

Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade / continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2019.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2010, 212p.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.63, n.4, jul./ago. 2010.

FERTONANI, Hosanna Pattridge et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n. 6, p. 1869-1878. 2015.

FORTALEZA (Município). Lei nº 10645, de 23 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Plano Plurianual (PPA) de Governo do Município de Fortaleza para o quadriênio 2018–2021. **Diário Oficial do Município**. Fortaleza, CE, 04 dez. 2017. n. 16153

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2018 – 2021**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2017. 170p.

_____. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas. (Ed.). **Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2016. 139 p. (Série Organização das Redes de Atenção à Saúde. Normas e Manuais Técnicos, 1. - Diretrizes Clínicas: Diabetes Mellitus, 1.1). Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/Diretrizes_diabetes_hipertensao_pdf.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

_____. Coordenação de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal/ Fortaleza.** Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Fortaleza, 2016. 83p.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017.** Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2014. 250 p. Disponível em: <<http://saude.fortaleza.ce.gov.br/2016-05-19-20-16-08>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FERREIRA, Vanessa de Almeida, ACIOLI, Sônia. Prática de Cuidado desenvolvida por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde: Uma abordagem hermenêutica-dialética. **Revista Erferm.**, Rio de Janeiro, v.18, n.40, p.530-535, out./dez. 2010.

FOUCAULT, Michal. **Microfísica do poder.** 25. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO et al (Org.). **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2004.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. Cap. 22. p. 715-739

_____. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Campinas, v. 6, n.1, p. 165 - 181, 2001.

GIOVANELLA, Ligia et al . A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2697-2708, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902697&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenados cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012, 71p.

GONÇALVES, Rebeca Jesumary et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5502200900030009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna.S. **Avaliação de quarta geração.** Campinas: Unicamp, 2011.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; LENARDT, Maria Helena. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-365, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013.

_____. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Censo Demográfico 2010**: Características Gerais da População. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. 156 p.

_____. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LOURENCO, Eloisio do Carmo et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012. 512 p.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, Emerson Elias. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v.1, n.1, p.07 -14, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>> Acesso em: 12 out. 2019.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____; FEUERWECKER, Laura Camargo Macruz.; GOMES, Maria Paula Cerqueira. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz, BERTUSSI, Débora Cristina, MERHY, Emerson Elias (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.25-34.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa, v.10, n. 2, p. 435. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

_____. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010 b.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A construção da clínica ampliada na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1737-1739, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. 23. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017, 128p.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015, 120 p.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2011, 102 p.

_____. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009, p.350.

NEMES, Maria Inês Baptistella. **Avaliação em saúde: Questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Fundamentos de Avaliação Nº 1 - Coleção ABIA. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. 28 p.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. Cap. 24. p. 767-782.

_____. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. 20. p. 567-586.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

PINTO, Hêider Aurélio. Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 22-34, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Educao%20Permanente%20e%20Gesto%20Regionalizada_BA.pdf> Acesso em: 18 jul. 2018.

PORTELA Luana Rodrigues; DIAS, Maria Socorro de Araújo, VASCONCELOS, Maria Inês Osawa. Programa Nacional Da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Análise da Autoavaliação em Sobral, Ceará. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.12, n.1, p. 40-45, jan./jun. 2013.

RAUPP, Luciane Marques et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-634, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200615&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

SALCI, Maria Aparecida; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452018000100214&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

SANTOS FILHO, Carlos Victor dos; RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho; SANTOS, Rita Batista. Papéis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes Mellitus. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 125-129, mar. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520080010100019&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12 out. 2019.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, ago. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

SERAPIONI, Mauro; LOPES, Clélia Maria Nolasco; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação em saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. Cap.28, p.533 -557.

SILVA, Neide EmyKurokawa e; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

SILVA, Tiago Fernando Aragão et al. Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Básica. **Rev. Min. Enferm.** v.18, n.3, p.710-716. jul/set. 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. supl., p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; VILASBOAS Ana Luiza Queiroz. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, Jamilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 287-302.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares reis. 2016. 44p. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIII). São Luís, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, 343p.

VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; CECILIO, SumayaGiarola; TORRES, Heloísa de Carvalho. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000100217&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. trad. Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-16052007-150813/pt-br.php>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de observação

Data da observação: ____/____/____

Hora de início: ____ h ____ min Hora de término: ____ h ____ min

Descrição da estrutura da UAPS no tocante aos recursos humanos, infraestrutura física, equipamentos e insumos destinados ao atendimento e acompanhamento das pessoas com diabetes mellitus;

Descrição do processo de trabalho para produção do cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus, dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas;

Descrição de ações de promoção à saúde de pessoas com diabetes mellitus desenvolvidas pelos profissionais das ESF ou NASF.

Descrição dos mecanismos de regulação do acesso à atenção à pessoa com DM na UAPS e na atenção especializada.

Potencialidades no cuidado às pessoas com diabetes mellitus.

Fragilidades no cuidado às pessoas com diabetes mellitus.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista dos usuários

Identificação

Nome fictício: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Grau de instrução: Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino Médio ()
Ensino Superior ()

Tempo do diagnóstico de DM 2: _____

Tempo de cadastramento no programa de controle de DM nessa UAPS: _____

ESF: _____ Micro área: _____

Já participou de atividade educativa sobre DM nessa UAPS? Sim () Não ()

Se sim, qual profissional realizou essa atividade educativa? _____

Quais os profissionais que realizam o cuidado relacionado à DM nessa UAPS? _____

_____**Roteiro de entrevista Temática inicial:**

Fale sobre o atendimento à pessoa com DM nessa UAPS.

Temáticas emergentes da primeira construção (C1):

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista dos trabalhadores

Identificação

Nome fictício: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Pós-graduação: Sim () Não () Qual (is): _____

Tempo de atuação na ESF: _____

Tempo de atuação na ESF do município de Fortaleza: _____

Vínculo empregatício: _____

Roteiro de entrevista Temática inicial:

Fale sobre a atenção prestada à pessoa com DM no contexto de sua unidade de saúde.

Temáticas emergentes da primeira construção (C1):

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista – gestores

Identificação

Nome fictício: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Pós-graduação: Sim () Não () Qual (is): _____

Tempo de atuação na gestão: _____

Tempo de atuação no cargo atual: _____

Vínculo empregatício: _____

Roteiro de entrevista Temática inicial:

Fale sobre a atenção prestada à pessoa com diabetes mellitus no contexto de sua prática.

Temáticas emergentes da primeira construção (C1):

APÊNDICE E– Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos você a participar de um estudo que tem como tema: **“Atenção primária às pessoas com Diabetes Melitus: Um estudo avaliativo”**, desenvolvida pela aluna do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Karol Marielly Távora Moita, sob a orientação do professor Doutor Andrea Caprara. Tal pesquisa tem como objetivo principal: Avaliar a atenção à saúde oferecida às pessoas com Diabetes Mellitus nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

A sua participação nesse estudo possibilitará a identificação das fragilidades no atendimento primário das pessoas com Diabetes Mellitus para subsidiar o planejamento de ações que visem à qualificação desse cuidado.

Você não é obrigado a participar e poderá desistir da sua participação em qualquer momento. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que você trabalha ou recebe cuidados de saúde.

Ressaltamos também que a participação nesse estudo não trará ônus financeiro nem prejuízo no cotidiano do seu trabalho ou cuidado na UAPS. Por outro lado, sua participação é voluntária e, portanto, você não será remunerado.

Caso concorde em participar da pesquisa, você será entrevistado e, posteriormente, convidado para participar de uma roda de conversa com os demais participantes da pesquisa sobre os temas abordados nas entrevistas. Garantimos sua privacidade, seu anonimato e o sigilo de todas as informações obtidas.

Para minimizar os possíveis riscos de constrangimento decorrente do contato face a face nas entrevistas ou de violação da confidencialidade dos relatos dos participantes realizados nas rodas de conversa, a pesquisadora realizará um diálogo de aproximação com o entrevistado antes da realização das entrevistas e fará um pacto de convivência com os participantes antes da realização de cada roda de conversa.

Além disso, para preservar o anonimato dos participantes, os recortes das falas apresentados nos resultados serão codificados, por meio de uma sigla que representa o grupo de interesse e por um número que indica a sequência de entrevista.

Todas as dúvidas sobre o desenvolvimento desse estudo poderão ser prontamente esclarecidas pela pesquisadora através do contato telefônico (85) 988247078 ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará de segunda à sexta-feira de 8 às 17 horas através do contato telefônico (85) 31053200, pelo e-mail cep@uece.br ou na Avenida Silas Munguba, 1700, Campus Itaperi em Fortaleza/Ceará.

Este termo será preenchido em duas vias, uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Após os esclarecimentos sobre os procedimentos, as finalidades, os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação na pesquisa **“Atenção primária às pessoas com Diabetes Melitus: Um estudo avaliativo”** concordo em participar como voluntário (a). Declaro ter sido informado (a) pela pesquisadora que poderei, sem qualquer prejuízo, deixar de colaborar com o estudo em qualquer momento que desejar.

Fortaleza, _____ de _____ de 2019.

Nome do sujeito da pesquisa

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável KarolMarielly Távora Moita
Contatos: (85) 988247078/ karolmtmoita@hotmail.com