UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NUNILA FERREIRA DE OLIVEIRA

Participação do usuário com diabetes *mellitus* tipo 2 na
produção de cuidado na rede de Atenção Básica

RIBEIRÃO PRETO

2014

NUNILA FERREIRA DE OLIVEIRA

Participação do usuário com diabetes *mellitus* tipo 2 na
produção de cuidado na rede de Atenção Básica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de
saúde

Orientador: Silvana Martins Mishima

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Oliveira, Nunila Ferreira de

Participação do usuário com diabetes *mellitus* tipo 2 na produção de cuidado na rede de Atenção Básica. Ribeirão Preto, 2014.
206 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Silvana Martins Mishima

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família 3. Condições Crônicas. 4. Participação do paciente. 5. Enfermagem.

OLIVEIRA, Nunila Ferreira de

Participação do usuário com diabetes *mellitus* tipo 2 na produção de cuidado na rede de Atenção Básica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico esta tese à memória de meus avós Maria, Dalvina e Leobino, que morreram no decorrer da produção desta tese, mas se fazem vivos nas nossas lembranças.

Também aos meus queridos: Adaiton, Nilda, Karemmme, Pabline, Adaiton Filho e Fernando.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Jesus e Anjos de Luz sempre presentes, incondicionalmente.

À minha família, pelo cuidado, também incondicional.

Ao meu querido companheiro, Fernando, pela presença constante, amorosa e cuidadosa.

À Universidade de São Paulo e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oportunidade concedida.

À professora Silvana Martins Mishima, pelo acolhimento, tranquilidade, profissionalismo e, acima de tudo, generosidade . agradeço pela partilha, com muito cuidado e respeito, ao longo da produção da tese.

Às professoras Denize Bouttelet Munari e Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza que fazem parte dessa tese, pela presença marcante na minha trajetória enquanto enfermeira, professora e pesquisadora.

Às professoras Silvia Matumoto, Cinira Magali Fortuna, Maria José Bistafa Pereira e Fernando Silveira, pela presença e parcerias durante a escrita desta tese.

A todas as pessoas com as quais trabalhei ao longo do período de produção desta tese, professores, trabalhadores da área da saúde, equipes de Enfermagem, alunos - durante as experiências de trabalho na assistência e docência na Enfermagem, validando minha trajetória de escolha profissional e de posicionamento de luta pelo contínuo aperfeiçoamento de nossa profissão.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP, pela autorização e valorização da execução do presente projeto.

Ao Sinval, pela disponibilidade e cooperação para a produção da primeira etapa da coleta de dados da tese.

À Equipe da Unidade de Saúde onde foi realizado o estudo, pela disponibilidade e presteza.

Aos usuários da UBS, onde foi realizado o estudo, pelas contribuições essenciais para a realização do presente estudo e também pela generosidade ao cederem tempo e disposição para participação nesta tese.

Aos meus colegas de trabalho na Universidade Federal de Goiás, pela colaboração, parceria, compreensão e cuidado conforme minhas necessidades para a escrita desta tese.

Aos professores Calíope Pilger, Rafaela Lima e Rafael Guimarães, por terem assumido minhas atividades docentes durante a escrita da tese.

Aos meus alunos agradeço pela compreensão da minha necessidade de saída das atividades acadêmicas fora do previsto, nos momentos finais de escrita da tese.

Ao Hélio, Karemme, Marianna, Pabline, Adaiton e Fernando, pelo compromisso, cuidado e responsabilidade na colaboração durante diferentes etapas da coleta de dados.

Às queridas amigas . anjos que cuidaram de mim durante a produção da tese: Karemme Ferreira de Oliveira, Calíope Pilger, Nilda Ferreira de Oliveira, Carla Natalina e Gicele Elena, pelo verdadeiro cuidado, aquele que nem eu mesma sabia que precisava, em diversos momentos, de diversas formas...

À amiga, irmã, colega de profissão Karemme pela colaboração essencial na finalização da escrita da tese.

À minha família, grande família, pela presença, cuidado e boas vibrações.

Às colegas do Laboratório de Recursos Humanos, mais presentes no começo do período do doutorado, Cristiane, Carolina, Marianna, Vanessa, Márcia, Lauren.

Aos servidores da EERP. USP, pela gentileza, cuidado, carinho: Adelmana, Elaine, Rosana e Lourdes.

À Miyeko, pela imprescindível colaboração na análise dos dados quantitativos.

Aos servidores da USP, Lélis, Lino, Sérgio e Ivanilde durante o tempo de estada em Ribeirão Preto, vocês fizeram parte de atividades que trouxeram mais dias à minha vida e mais cor aos meus dias.

...que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

Manoel de Barros

RESUMO

OLIVEIRA, N.F. **Participação do usuário com diabetes *mellitus* tipo 2 na produção de cuidado na rede de Atenção Básica**. 2014. 206 f. Tese (Doutorado) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A prevalência do Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) está em ascensão por todo mundo; no Brasil é considerado um problema de saúde pública. O tratamento visa controle glicêmico e depende prioritariamente de mudanças de hábitos de vida . tratamento não medicamentoso (TNM), podendo associar terapêutica medicamentosa (TM), e requer acompanhamento contínuo de saúde. Esse acompanhamento deve ser realizado prioritariamente nos serviços de Atenção Básica, com suporte de outros pontos da rede de atenção à saúde quando necessário. O presente trabalho tem objetivo de analisar a participação das pessoas com DM2 no processo de cuidado frente acompanhamento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no município de Ribeirão Preto, SP. Pesquisa quantiquantitativa, norteada pelo referencial teórico do processo de trabalho em saúde, com coleta de dados realizada em duas etapas: a primeira com obtenção de dados a partir das fichas de cadastro do HIPERDIA da UBS Amendoeira em Flor e segunda, realizada junto a pessoas cadastradas no HIPERDIA e com consulta médica agendada, sendo convidadas 64 pessoas, e após a utilização de critérios de exclusão e o consentimento destas, permaneceram 25 pessoas junto com as quais foi realizada coleta de dados por meio de observação não participante de atendimento na UBS e entrevista semiestruturada no domicílio. Para a realização da pesquisa, foram seguidos preceitos éticos. Os dados quantitativos foram submetidos a análise estatística descritiva simples e os dados qualitativos passaram por análise de conteúdo na vertente temática. Os resultados foram apresentados a partir de três temas: 1) *Contexto de vida das pessoas com diabetes*; 2) *Representação do DM2 na vida das pessoas e os cuidados produzidos*; 3) *Mediação com a rede de atenção à saúde: articulações para a produção de cuidado frente ao DM2*. Os entrevistados, pessoas com DM2 cadastradas na UBS Amendoeira em Flor, são em sua maioria mulheres, idosas, com escolaridade até nível fundamental, apresentando comorbidades além do DM2, principalmente relacionadas a complicações cardiovasculares; moram com familiares; e seu contexto de vida, também é marcado pelas condições de cuidado mediante as demandas do trabalho. Constatamos que as características pessoais influenciam nos cuidados dispensados ao DM2 e podem subsidiar a produção deste cuidado. A relação mediada com a condição de adoecimento agrega concepções de saúde-doença-cuidado e influenciam o enfrentamento desta condição, bem como a adesão ao tratamento. Verificamos que essas pessoas utilizam a rede de atenção à saúde, sendo a UBS, a referência para a maioria delas, buscam também serviços ambulatoriais e de urgência e emergência, além disso, articulam recursos privados e utilização de serviços que se caracterizam como informais para a rede de saúde, como forma de qualificar o acompanhamento em saúde. A participação se configura em práticas individualizadas com vistas a qualificar o próprio cuidado, estando ausente a concepção e prática da participação social. Ao longo de todo o trabalho analisa-se que a produção de cuidados ainda é pautada pelo modelo biomédico e com ênfase no TNM. A participação do usuário no processo de cuidado se efetiva alheia à relação com o profissional de saúde e se configura nas escolhas feitas para efetivação do cuidado.

Palavras. Chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família, Condições Crônicas; Participação do paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, N.F. **Participation of the patient with type 2 diabetes mellitus in the primary health care.** 2014. 206 f. Tese (Doutorado) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The prevalence of Type 2 Diabetes *mellitus* (DM2) is on the rise around the world; in Brazil is considered a public health problem. Treatment focuses on glycemic control and depends primarily of lifestyle changes - not drug therapy (NDT) and may involve drug therapy (DT), and requires continuous monitoring of health. Such monitoring should be performed priority in the Primary Care services, with support of other parts of the health care network when needed. This study aimed to analyze the participation of people with DM2 in front monitoring care process in a Basic Health Unit (BHU), located in Ribeirão Preto, Brazil. Quanti-qualitative research, guided by the theoretical framework of the health work process, with data collection carried out in two stages: the first with obtaining data from HIPERDIA registration forms of UBS Amendoeira em Flor and second, conducted with people registered in HIPERDIA and scheduled medical appointments, were invited 64 people, and after the use of exclusion criteria and their consent, 25 people remained with which data collection was carried out through not participant observation in the attendance in the UBS and semistructured interview at their home. For the research, ethical guidelines were followed. Quantitative data were submitted to simple descriptive statistics and qualitative data passed by content analysis in the thematic side. The results were presented from three themes: 1) *Context of life of people with diabetes*; 2) *DM2 representation in people's lives and produced care*; 3) *Mediation with the health care network: joints for the production of care face the DM2*. The interviewees, people with DM2 registered at UBS Amendoeira em Flor, are mostly women, elderly, with schoolarity up to elementary level, presenting comorbidities beyond DM2, mainly related to cardiovascular complications; live with family; and their life context, it is also marked by the care conditions with demands of work. We find that the personal characteristics influence the care provided to DM2 and may subsidize the production of this care. Mediated relation to the illness condition adds health-illness care concepts and influence face this condition, as the treatment adherence. We found that these people use the health care network, with the UBS, as reference to most of them, also seek ambulatory and, also, articulate private resources and use of services that are characterized as informal for health network, in order to qualify monitoring in health. Participation is configured in individual practices in order to qualify the proper care and without a concept and practice of social participation. Throughout the work is concerned that the production of care is still guided by the biomedical model and with emphasis on NDT. User participation in the care process is effective alien to the relationship with the health care professional and is configured in the choices made to provide care.

Key words: Primary Health Care, Family Health Strategy, Chronic Conditions, Patient Participation, Nursing

RESUMEN

OLIVEIRA, N.F. **Participación del usuario con diabetes mellitus tipo 2 em la producción del cuidado em la red de Atención Primaria de Salud.** 2014. 206 f. Tese (Doutorado) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La prevalencia de Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) está en ascensión en todo el mundo; en Brasil es considerado un problema de salud pública. El tratamiento se centra en el control glucémico y depende principalmente de los cambios de estilo de vida - tratamiento no medicamentoso (TNM) y puede incluir terapia medicamentosa (TM), y requiere un acompañamiento continuo de la salud. Este acompañamiento debe llevarse a cabo principalmente en los servicios de Atención Básica, con el apoyo de otras partes de la red de atención de salud cuando sea necesario. Este estudio tuvo como objetivo analizar la participación de las personas con DM2 en el proceso de cuidado frente acompañamiento en una Unidad Básica de Salud (UBS), ubicado en Ribeirão Preto, Brasil. Investigación quantiquantitative, guiada por el marco teórico del proceso de trabajo en salud, con la recopilación de datos llevado a cabo en dos etapas: la primera con la obtención de datos de los formularios de registro del HIPERDIA de UBS Amendoeira em Flor y la segunda, llevada a cabo con personas registradas en HIPERDIA y con citas médicas programadas, siendo invitadas 64 personas, y después de la utilización de criterios de exclusión y sus consentimiento, permanecerán 25 personas durante la recogida de datos que ocurrió a través de la observación no participante en el atendimento en la UBS y entrevista semiestructurada en casa. Para la realización de la investigación, fueron seguidas las normas éticas. Los datos cuantitativos fueron sometidos al análisis estadística descriptiva simple y los datos cualitativos pasaron por análisis de contenido en la parte temática. Los resultados se presentaron a partir de tres temas: 1) *Contexto de la vida de las personas con diabetes*; 2) *Representación del DM2 en la vida de las personas y cuidado producido*; 3) *La mediación con la red de atención a salud: articulaciones para la producción de la atención frente al DM2*. Los entrevistados, personas con DM2 registrados en UBS Amendoeira em Flor, son en su mayoría mujeres, de edad avanzada, con escolaridad hasta nivel elemental, presentando otras comorbilidades más allá del DM2, principalmente relacionadas con las complicaciones cardiovasculares; viven con sus parientes; y su contexto de vida, también es marcada por las condiciones de cuidado por parte de las exigencias del trabajo. Hemos constatado que las características personales influyen en los cuidados prestados al DM2 y pueden subsidiar la producción de este cuidado. La relación mediada con la condición de enfermedad añade conceptos de salud-enfermedad-cuidado e influyen el enfrentamiento de esta condición, bien como la adhesión al tratamiento. Hemos verificado que esas personas utilizan la red de atención de salud, siendo la UBS, la referencia a la mayoría de ellos, buscan también servicios de ambulatorios y urgencia y emergencia, también articulan los recursos privados y utilización de servicios que se caracterizan como informales para la red de salud, con el fin de calificar la vigilancia en salud. La participación se configura en las prácticas individuales con el fin de calificar el propio cuidado, estando ausente la concepción y de la participación social. A lo largo del trabajo, es analizado que la producción de los cuidados aun guía por el modelo biomédico y con énfasis en el TNM. La participación del usuario en el proceso de cuidado se efectiva demás a la relación con el profesional de la salud y se configura en las decisiones tomadas para efectución del cuidado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Estrategia de Salud Familiar, Condiciones Crónicas, Participación del Paciente, Enfermería

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Key determinants of Cronic Diseases	24
Figura 2- Diagrama representativo da coleta de dados da pesquisa em suas duas fases. Ribeirão Preto, 2014	39
Figura 3 - Fluxo do processo de seleção dos sujeitos participantes da pesquisa. Ribeirão Preto, 2014	42
Figura 4 - Fluxograma representativo da análise dos dados qualitativos. Ribeirão Preto, 2014	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 . Distribuição numérica e percentual dos registros de cadastros sobre fatores de risco e doenças concomitantes. Ribeirão Preto, 2014	53
Quadro 2 . Distribuição numérica e percentual dos registros de cadastros acerca a situação familiar/conjugal. Ribeirão Preto, 2014	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

mg/dl	Miligramas por decilitros
%	Porcentagem

SUMÁRIO

APRESENTANDO O INTERESSE PELO TEMA EM SUA SUBJETIVIDADE	17
1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	19
2. OBJETIVOS	29
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>29</i>
3. MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	30
4 PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1 Tipo de estudo.....	36
4.2 O campo e o cenário do estudo	37
4.3 As fases da pesquisa: sujeitos, coleta de dados, dados primários e secundários, técnicas utilizadas.....	38
4.4 Análise dos dados.....	44
4.5 Aspectos éticos.....	48
5 A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E TRAJETÓRIAS E PROTAGONISMO DA PESSOA COM DM2	49
5.1 Pessoas com DM2 na UBS Amendoeira em Flor	50
5.2 Contexto de vida das pessoas com diabetes	51
5.2.1 Os outros problemas de saúde das pessoas com DM2	52
5.2.2 Família e rede de apoio para o enfrentamento do DM2	57
5.2.3 Cuidados diante do DM2 mediante as condições de trabalho	66
5.3 Representação do DM2 na vida das pessoas e os cuidados produzidos	73
5.3.1 Representação do DM2 na vida das pessoas e os cuidados produzidos	74
5.3.2 Cuidados no cotidiano: produção de dificuldades?	83
5.3.3 Aprendizado sobre o diabetes.....	108
5.4 Mediação com a rede de atenção à saúde: articulações para a produção de cuidado frente o DM2	115
5.4.1 O acompanhamento na Atenção Básica . dificuldades da transição do modelo de atenção à saúde	116
5.4.2 Fluxos na rede de atenção à saúde: acompanhamento com especialistas e busca por atendimentos de urgência/emergência	144
5.4.3 Associação entre recursos públicos e privados como forma de qualificar o acompanhamento em saúde.....	157
5.4.4 O desafio da participação social.....	163
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS.....	179
APÊNDICE A	199
APÊNDICE B	200
APÊNDICE C	202
ANEXO A - FICHA HIPERDIA (FRENTE)	203
ANEXO B - FICHA HIPERDIA (VERSO)	204
ANEXO C	205
ANEXO D	206

APRESENTANDO O INTERESSE PELO TEMA EM SUA SUBJETIVIDADE¹

Pelo que me recordo, a preocupação com o autocuidado (mais dos outros do que de mim mesma) nasceu junto com a formação na graduação em enfermagem, no processo de conhecimento sobre a saúde humana, esse tema me chamou a atenção desde o primeiro contato. Primeiro (e ingenuamente), iniciei trabalhos de extensão ~~orientando~~ orientando+ pessoas portadoras de *diabetes mellitus* sobre ações de autocuidado, com o recorte específico da alimentação e atividade física.

Nesse meio da formação, acho importante abrir aqui um parêntesis para contar sobre minha avó, que tem a ver com essa história toda. Minha avó, Maria, mineira, mãos de fada na cozinha, faz a melhor pamonha que eu conheço, e, por sinal, adora esse prato. Adora também arroz, macarrão, carne de lata... Um dia se viu diabética! E eu, sua neta (que também sempre comi e adorei os pratos mineiros, gordos e deliciosos), me vi enfermeira. Crise na certa!

A neta-enfermeira, na hora de comer as delícias se fazia mais neta e esbaldava nos almoços de domingo. A enfermeira-neta, quando via os valores da glicemia da avó se fazia mais enfermeira e cobrava da avó menos pamonhas (para ela) e mais frutas, menos arroz branquinho com alho, mais atividade física...

Com o passar das primaveras, fui refletindo sobre essa problemática... notando que havia algo de errado na conduta profissional a qual eu aprendi como correta, fui percebendo o tamanho daquela incoerência: ~~orientar~~ orientar+ e não fazer! Orientar, ignorando as dificuldades para se estabelecer uma dieta equilibrada, orientar a fazer atividade física sem ter feito mais do que três meses contínuos de algo parecido, orientar sem perguntar o que se acha disso tudo... Orientar o que nunca tinha feito...

Não levo à questão das atividades como adesão a tratamento medicamentoso, mas a reflexões principalmente relacionadas à alimentação e atividade física, essenciais para o sucesso no tratamento das pessoas com doenças

¹ Esta apresentação é parte do seguinte trabalho: OLIVEIRA, N.F.; FORTUNA, C.M. **Por uma ética do (auto) cuidado**. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Análise Institucional, Esquizoanálise e Esquizodrama: clínica de grupos, organizações e redes sociais], Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação, Uberaba, 2012.

APRESENTANDO O INTERESSE PELO TEMA EM SUA SUBJETIVIDADE

crônicas como o *diabetes mellitus* e hipertensão arterial. Ao mesmo tempo essas atividades são recomendadas para qualquer pessoa, inclusive para quem as recomenda, para o alcance de um estilo de vida saudável e prevenção de doenças em geral.

E, assim, passei a buscar fazer reeducação alimentar e atividade física regularmente e minha postura profissional (inclusive como enfermeira-neta) mudou. Percebi a necessidade de um contínuo renovar de forças não só para as práticas de autocuidado, enquanto alimentação e atividade física, mas para um posicionamento ativo perante a vida, o corpo, as próprias necessidades, as relações, a relação com a natureza e com o cosmos .

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A temática desta investigação é a participação das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) na produção de cuidado no contexto da Atenção Básica.

O diabetes *mellitus* (DM) é uma condição crônica que vem se caracterizando como problema de saúde pública, devido às proporções alarmantes na população e às comorbidades associadas a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos seus portadores (SBD, 2014; BRASIL, 2013; AL-SHEHRI et al., 2008).

Estudos comprovam que o aumento da prevalência do DM tem sido contínuo em todo o mundo, ao longo dos anos, com maior proporção entre as populações de países em desenvolvimento (IDF, 2013; SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010; WILD et al., 2004).

As modificações ocorridas nos últimos anos no padrão de vida da população de muitos países, incluindo o Brasil, culminaram no quadro de transições epidemiológica, demográfica e nutricional, responsáveis por mudanças no processo de adoecimento, com aumento na prevalência de condições crônicas, dentre elas o DM. Esse quadro impõe o redirecionamento da atenção à saúde, visando intervenções pautadas numa lógica que consiga alcançar o grau de complexidade inerente às condições crônicas (OPS, 2013; MENDES, 2002; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008a; COLLINS, 2009).

Diante desse quadro, caracterizado pela crescente prevalência das condições crônicas, suas causas complexas, e multifatoriais, bem como as consequências potencialmente graves, há a necessidade de assertividade em ações clínico-assistenciais, acompanhamento longitudinal, além de olhar para a promoção da saúde da população ainda não acometida e estratégias para a prevenção de complicações, segundo a perspectiva de um cuidado integral que englobe promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008a). Destaca-se, ainda, a importância da participação dos usuários portadores da doença no próprio cuidado e na estrutura assistencial que delineia o acompanhamento em saúde que recebe.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Importante destacar que há, aqui, como ponto de partida desta pesquisa, a perspectiva de que, no contexto das unidades de saúde da Atenção Básica, os profissionais atuem na produção de cuidados, que não necessariamente resultem em promoção, proteção da saúde ou cura, apesar de ser o objetivo dos atos cuidadores (MERHY, 2007; FRANCO; MERHY, 2011), mas as relações entre trabalhadores e usuários configuram formas de cuidado que se ressignificam mediante recomendações profissionais e autonomia dos usuários. Esse enfoque solicita maiores aprofundamentos acerca do processo de trabalho em saúde, da micropolítica do trabalho e das necessidades de saúde, temas que serão abordados no item que delimitará o marco teórico de referência deste trabalho.

Tendo em vista essas considerações, vale retomar que, na trajetória de conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a organização da atenção passou por diversas mudanças estruturais e paradigmáticas, influenciadas por interesses econômicos e movimentos político-ideológicos nacionais e internacionais, a partir da percepção de ineficácia de estratégias com foco na doença e tendo a saúde como bem de consumo (MENDES, 1994).

Desde que foi oficialmente instituído, o SUS possibilitou grandes avanços na estruturação da assistência à saúde; no entanto, estando em processo de construção e sua consolidação demanda que desafios importantes sejam superados, incluindo o de redirecionar as práticas de saúde para o atendimento efetivo e eficaz das condições crônicas (BRASIL, 2006a; CAMPOS, 2007). Com o intuito de melhor embasar as discussões, vale destacar as perspectivas da Atenção Primária à Saúde (APS), para abordar a sua relação com os cuidados e direcionamentos para as condições crônicas no Brasil.

A APS traz uma perspectiva assistencial de redirecionamento das práticas em saúde, baseada em princípios voltados para a equidade, solidariedade e direito no nível de saúde mais elevado possível. O direcionamento de práticas em consonância com a APS partiu do intuito de aproximar o trabalho em saúde da população e tem sido desenvolvido de trouxe consigo iniciativas em âmbito internacional, desenvolvidas de diversas formas, trazendo consigo diferentes concepções e operacionalizações da APS nos sistemas de saúde de vários países (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Em 2007, a Organização Panamericana da Saúde publicou o documento

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas (OPAS, 2007) com o intuito de refletir sobre a diversidade de perspectivas da APS, desenvolvidas pelo mundo e colaborar com o seu fortalecimento enquanto norteadora do desenvolvimento de sistemas de saúde.

Dessa forma, a OPAS divulgou resultados de estudos acerca das diferentes perspectivas de APS difundidas, culminando em quatro abordagens: APS *seletiva*, englobando limitados serviços de alto impacto oferecidos à população mais carente de recursos; *Atenção primária*, vista como primeiro nível de atenção, ou seja, refere-se a um nível de atenção no sistema de saúde, constituindo a porta de entrada para atendimentos generalistas com perspectiva de cuidado contínuo para a maioria das pessoas; APS *abrangente de Alma-Ata*, consonante com a definição de APS abordada na declaração de Alma-Ata, engloba, na atenção à saúde, elementos de participação da comunidade, bem como compreende a saúde enquanto campo de ações intersetoriais e associadas a amplos determinantes sociais, que devem oferecer acesso universal e ser custo-efetivo; o último tipo é *Enfoque em Saúde e de Direitos Humanos*, abordagem filosófica que compreende também o setor social e enfatiza a abordagem dos determinantes sociais e políticos para compreensão da saúde, enquanto um direito humano (OPAS, 2007).

No Brasil, as práticas de saúde inicialmente foram inseridas em um contexto histórico de associação com a manutenção da cadeia produtiva, sendo propostos modelos de atenção à saúde mais excludentes do que eficazes, com mínima ênfase para a saúde da população não contribuinte. A partir das perspectivas discussão da APS em sintonia com fortes movimentos políticos e sociais que passaram a refletir sobre as práticas em saúde, propostas alternativas surgiram no campo da Saúde Coletiva, enquanto possibilidades de enfrentamento do modelo assistencial hegemônico e para a consolidação do SUS. Contrapondo as premissas flexnerianas, experiências localizadas como Silos (Bahia), Saudicidade (Curitiba) e Em Defesa da Vida (Campinas) e outras, operacionalizaram-se preceitos da Reforma Sanitária e foram oferecidas ao país exemplos de sua eficácia (SILVA JÚNIOR, 2006).

Em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) criada inicialmente enquanto um programa, foi implementada como resposta às aspirações, já formalmente aprovadas, de universalização do acesso à saúde e descentralização político-

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

administrativa, proporcionando considerável expansão do acesso da população à APS. Dados mais recentes do Ministério da Saúde para o ano de 2014 apontam que essa estratégia apresenta cobertura de 58,46% da população brasileira². Atualmente, além do discurso quantitativo, da necessidade de aumentar gradativamente a cobertura por ESF, está-se no dilema de consolidar a qualidade desses serviços, com efetividade de ações clínico-assistenciais e integração com os demais serviços que fazem parte da rede de assistência do SUS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

O controle do DM2 está previsto como uma das áreas estratégicas da Atenção Básica em todo o território nacional (BRASIL, 2006c), cabendo, aqui, um pequeno parêntesis. Em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde divulgou a Portaria nº 399, que estabelece o Pacto pela Saúde e suas diretrizes. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do sistema, foi elaborado contemplando três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006c). No Pacto pela Vida, são trazidas prioridades, sendo que, dentro dessas, ressalta o *fortalecimento da atenção básica* (grifo nosso).

Nesse sentido, diante dos novos desafios impostos pelo quadro epidemiológico atual com maior demanda por cuidados a condições crônicas, como forma de reduzir a morbimortalidade associada ao DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), foi proposto, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e diabetes mellitus, com a finalidade de assegurar o acompanhamento e atendimento dessa população por equipes de saúde capacitadas e integradas a uma rede de serviços articulados (BRASIL, 2001). Uma das estratégias para a implementação desse plano foi a criação do Sistema HIPERDIA para cadastramento e acompanhamento das pessoas com DM e HAS na atenção básica.

Dentre os desafios postos para a qualificação da assistência à saúde, está o de fortalecer na rede de serviços de saúde, o atendimento às condições crônicas, com

² Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE (dados considerando o mês de junho de cada ano) http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acesso em outubro de 2014.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

suas devidas proporções e peculiaridades, conforme já mencionado, já que se pauta, prioritariamente, na lógica de atendimento a problemas agudos (BRASIL, 2010).

Duncan et al. (2012, p.131) indicam que há longa e forte tradição brasileira no controle efetivo de doenças infecciosas e na atenção a problemas agudos e infantis, que ainda constituem prioridades importantes, ilustra nossa capacidade para responder a grandes desafios de saúde.

Em resposta à convocação da Assembleia Mundial da ONU para reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), o Brasil se preparou por meio da produção do *Plano de ações estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022*, por meio de consulta a diversos segmentos da sociedade para construir intervenções para o enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011).

O referido plano conta com ações relacionadas aos quatro fatores de risco modificáveis: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo abusivo de bebidas alcoólicas, além da expansão da atenção farmacêutica, com distribuição gratuita de medicamentos e lançamento do Programa Brasil sem Miséria, com alvo nas iniquidades sociais, em destaque as ações para o enfrentamento de doenças crônicas como DM e HAS. Esses são simultaneamente responsáveis por parte do desenvolvimento de DCNT . agravos cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas - na população (BRASIL, 2011).

Voltando ao cenário mundial, em setembro de 2011, ocorreu a 66ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde, com abordagem central acerca da prevenção e controle das DCNT em nível global, enfatizando, entre outros fatores, a importância de se reduzir a exposição da população aos fatores de risco modificáveis que são comuns às DCNT já mencionados, bem como fortalecer a APS nos sistemas de saúde para atuação frente à promoção da saúde, prevenção das DCNT e suas complicações, de forma eficaz, sustentável e com resultados baseados em evidências científicas, custos efetivos e equitativos, enfatizando a importância do empoderamento das pessoas com DCNT (UNITED NATIONS, 2011).

Dessa forma, em consonância com as referências já destacadas, enfatiza-se a importância da Atenção Básica na prestação de serviços e na atenção à saúde a essa população de pessoas com DCNT, sem menosprezar a importância da

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

organização do sistema em rede de atenção à saúde, tendo a APS enquanto eixo estruturante, com pontos qualificados e integrados de modo a possibilitar acesso universal com atenção integral (MENDES, 2012; BRASIL, 2011). Conforme PAHO (2007) a região das Américas possui as maiores taxas de mortalidade por diabetes mellitus dentre todas as regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS), associadas a iniquidades socioeconômicas que agravam ainda mais essa situação, no entanto, têm sistemas de saúde bem estabelecidos de forma que ajustes na APS podem conferir maior eficácia para lidar com as condições crônicas. No diagrama abaixo são representados os determinantes para as DCNT.

Figura 1- Key determinants of Chronic Diseases (Fonte: PAHO, 2007)

A partir desse enfoque, pode-se analisar que, por meio de políticas públicas e parcerias intersetoriais, pode-se atuar ante os determinantes ambientais (aspectos sociais, econômicos, condições políticas como: renda, condições de vida e trabalho, infraestrutura, ambiente, educação, acesso a serviços de saúde e medicamentos essenciais), e, enquanto área da saúde, principalmente relacionada a serviços da Atenção Básica (AB), cabe aqui, abordar os fatores de risco modificáveis, relacionados ao comportamento (tabagismo, dieta, atividade física e abuso de álcool), influenciando diretamente os fatores de risco biológicos modificáveis (sobrepeso/obesidade, hipercolesterolemia, hiperglicemia e hipertensão arterial) e, consequentemente, atuando frente à prevalência, incidência e mortalidade por DCNT (PAHO, 2007).

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Nesse sentido, cabe à AB o enfocar as ações de promoção e proteção à saúde da população, além do acompanhamento longitudinal com vistas ao controle dos parâmetros metabólicos e das condições de saúde dos usuários. Considerando que 95% dos resultados das ações terapêuticas dependem das pessoas que possuem DM e da família. Vale ressaltar a importância das atividades educativas realizadas nesse contexto, com vistas a instrumentalizar essas pessoas para o autocuidado (OPAS, 2013; COSTA; ALMEIDA NETO, 2004; FARIA et al. 2013b).

Estudos (FERREIRA et al., 2008; OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008; OLIVEIRA et al., 2009; TORRES et al., 2009; OLIVEIRA, 2010; FARIA et al. 2013b) apresentam iniciativas de cuidado a pessoas com DM com resultados promissores alcançados principalmente por meio de intervenções educativas, em sua maioria realizadas em grupos, que possibilitam às pessoas atendidas maior adesão ao tratamento medicamentoso, à reeducação alimentar e à prática da atividade física, bem como à obtenção de maiores conhecimentos relacionados à doença.

No entanto, ao se selecionar investigações realizadas no contexto de serviços de saúde da Atenção Básica, verificam-se resultados indicativos de assistência ainda prioritariamente baseada no atendimento médico, segundo uma lógica curativa em detrimento da perspectiva de acompanhamento integral do usuário, da prevenção de complicações, das ações de promoção de hábitos saudáveis, da busca da autonomia do usuário. Consequentemente, obtém-se como resultado um padrão de controle metabólico aquém do esperado (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; SOUZA; GARNELO, 2008; SILVA, 2009; FARIA; BELLATO, 2009; DURANZA, 2010; TAMBO-LIZALDE, 2013), destacando-se que o atendimento oferecido às pessoas portadoras de DM ainda apresenta deficiências que comprometem a efetividade no controle individual e coletivo dessa doença (BRASIL, 2006a).

A partir da premissa de que a participação da pessoa com DM2 no processo de cuidado é fundamental para a obtenção de resultados terapêuticos satisfatórios, pesquisas têm sido direcionadas para investigar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento (BERG; EVANGELISTA; DUNBAR-JACOB, 2002; GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009; FARIA et al. 2013a; GOMES-VILLAS BOAS, 2014), no entanto, cotidianamente, pode-se observar discrepâncias entre as ações terapêuticas recomendadas pelos profissionais e a efetivação dessas pelos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

usuários. Nesse sentido, acredita-se que um olhar, segundo a perspectiva desses usuários, pode trazer à tona questões relacionadas às incongruências entre cuidado prescrito e cuidado efetivado.

Considerando a participação social como um dos princípios que orienta a AB (BRASIL, 2006a), que pode ser entendida desde uma perspectiva mais ampla da participação política dos cidadãos nos processos de gestão na área da saúde, até o processo de desenvolvimento de autonomia no modo do usuário decidir seu destino, cabe aqui se pensar e propor estudos com vistas a analisar o papel do usuário no processo de produção de cuidados em saúde. Nessa direção, Oliveira (2010) indica estreita relação entre a participação ativa e comprometida de pessoas portadoras de DM no processo de cuidado com a efetividade do tratamento, reportando-se à participação enquanto condição mediada pela autonomia, que permite às pessoas serem sujeitos do seu modo de viver e caminhar, libertados da posição alienante do não saber sobre a própria condição de saúde (CARVALHO, 2004; SOUZA; LIMA, 2007; HAESER; BÜCHELLE; BRZOZOWSKI, 2012).

Para a execução do presente projeto, houve a aproximação da perspectiva de participação dos usuários, englobando questões relacionadas ao envolvimento com o autocuidado, à relação profissional/cliente, à relação que o usuário mantém com o sistema de saúde, à governabilidade dessas pessoas sobre a própria doença, dentre outros aspectos considerados no contexto da produção do cuidado, com foco nos usuários enquanto sujeitos sociais que podem participar ativamente desse processo, tendo em vista as demandas singulares que impõem o acompanhamento e proposição de ações terapêuticas das condições crônicas como o DM (ENTWISTLE et al., 2008).

Não deixando de considerar a relevância de perspectivas de análise do cuidado frente às condições crônicas como a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, autocuidado, as comorbidades, as complicações, dentre outras, buscou-se deslocar o olhar de análise da perspectiva biomédica para abordar subjetividades presentes nas relações em saúde (usuário/unidade de saúde; usuário/profissional; usuário/diabetes), mediados pelo referencial do processo de trabalho em saúde, perpassando pela participação desse usuário no seu processo de cuidado ante as necessidades de saúde que apresenta.

Bordenave (1994) afirma que a participação é uma necessidade inata do

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

homem como ser social, defendendo que estamos na *Era da Participação*, na medida em que sociedades inteiras lutam em oposição a regimes e posturas ditatoriais; a mídia nos convida a participar dos programas enviando opiniões; o nosso sistema de saúde tem a participação popular como um de seus princípios primordiais, no entanto, ainda nos faltam conhecimentos sobre estratégias para potencializar os mecanismos de (e a disposição para) participação.

Apesar de dirigir o olhar mais detido sobre a participação com enfoque social e político, Bordenave (1994) traz algumas considerações que ajudam a pensar a participação sobre o processo de cuidado. O autor aborda diversas classificações para a participação: *afetiva* (movida por desejo, satisfação pessoal) e *instrumental* (com enfoque em resultados); *participação ativa* (tomar parte, de forma engajada) e passiva (apenas fazer parte); participação *micro* e *macrossocial*.

Ao destacar que existem maneiras de se participar, Bordenave (1994) exemplifica a educação em saúde como forma de *participação provocada* (dirigida ou manipulada), na medida em que é direcionada por interesses de instituições ou agentes externos %que ajudam os outros a realizarem seus objetivos ou os manipulam a fim de atingir seus próprios objetivos previamente estabelecidos+(p.28).

Acredita-se que na concepção apontada, mora o desafio da Atenção Básica e da participação dos usuários no processo de cuidado, o desafio para deflagrar a reflexão sobre os problemas e necessidades de saúde, enquanto dilemas sociais e ao mesmo tempo pessoais para quem os vivencia. Não basta participar passivamente comparecendo aos serviços de saúde, anotando curvas glicêmicas e pressóricas, urge participação ativa no processo de cuidado.

Toma-se aqui, o cuidado de apontar que não se designa essa problemática como exclusiva do usuário, mas que se encontra no ~~entre~~ na relação entre o usuário e os profissionais, a unidade, a rede, enfim, o sistema de saúde.

Dessa forma, a participação no processo de cuidado tem estreita relação com a busca por serviços de saúde de referência, sendo assim, a utilização de serviços de saúde sofre interferência de fatores predisponentes à procura, outros relacionados às necessidades de saúde e também associados ao contexto e aspectos individuais e relativos aos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Os resultados do estudo de Almeida et al. (2002) indicam que os portadores de doenças crônicas mantêm um padrão peculiar de utilização dos serviços de saúde, apresentando 2,78 vezes mais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

procura por atendimentos do que as demais pessoas, sendo que os motivos de doença, tratamento e reabilitação superam os relacionados à prevenção.

As evidências de Almeida et al. (2002), somadas a indagações surgidas a partir de experiências na prática nos serviços de saúde e resultados de outras publicações acerca da assistência oferecida a pessoas com DM, na área da Atenção Básica (DURANZA, 2010; SILVA, 2009; SOUZA; GARNELO, 2008), instigam questionamentos a respeito da participação dos usuários nesse processo de cuidados.

Tais questionamentos se voltam a: as pessoas se percebem enquanto protagonistas do próprio cuidado ou a consideram ação exclusiva dos profissionais de saúde? Por que é baixa a adesão às atividades educativas realizadas nos serviços de saúde? O que esperam as pessoas quando buscam por atividades de promoção da saúde? Quais são as necessidades de saúde que instigam o usuário portador de DM a procurar pelos serviços? De que forma a interação profissional/serviço de saúde interfere nessas necessidades?

Há como hipótese, na presente investigação, que as pessoas com DM que participam ativamente do processo de cuidado junto às equipes da Atenção Básica, desenvolvem práticas de autocuidado mais autônomas, com possibilidades de serem criadas alianças terapêuticas em detrimento das prescrições verticalizadas, com maior potencial para se alcançar um cuidado mais eficaz.

O presente projeto se justifica pela necessidade de investigar a participação das pessoas nas ações de cuidado realizadas na AB. Esse direcionamento de investigação tem se mostrado prioritário (BRASIL, 2008b), tendo em vista a perspectiva do fortalecimento da Atenção Básica enquanto eixo estruturante do SUS. Assim, acredita-se que a análise da produção do cuidado, com foco na participação das pessoas portadoras de DM, incluirá aspectos diretamente relacionados à qualificação das ações de cuidado produzidas nesse contexto como: os atendimentos ofertados, ações terapêuticas oferecidas, a organização e a lógica de atendimento do serviço de saúde; relação trabalhador/usuário . corresponsabilização, escuta, envolvimento, vínculo e compromisso.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Considerando o quadro acima, nesta investigação objetivou-se analisar como se dá a participação das pessoas com DM2 no processo de produção de cuidados em saúde no contexto de uma unidade de saúde da Atenção Básica do município de Ribeirão Preto, SP.

Objetivos específicos

- Identificar e caracterizar o perfil sócio demográfico e epidemiológico das pessoas com DM2, cadastradas no HIPERDIA, na Unidade de Saúde cenário da pesquisa . Unidade Básica de Saúde Amendoeira em Flor, do município de Ribeirão Preto, SP.
- Caracterizar o fluxo de atendimento das pessoas com DM2 na unidade de saúde selecionada para o estudo.
- Analisar as necessidades de saúde que levam os usuários com DM2 a buscarem o serviço de saúde da Atenção Básica, segundo esses usuários.
- Analisar como os usuários com DM2 percebem sua própria participação na produção de cuidados para o controle do agravo.

3. MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

Nesta pesquisa, analisa-se a relação entre usuários e profissionais de saúde é segundo a perspectiva do processo de trabalho em saúde, que concebe as profissões da área, incluindo a enfermagem, enquanto práticas historicamente situadas, inter-relacionadas e inseridas em contextos institucionais e sociais, e permite também que sejam consideradas e legitimadas as subjetividades, desejos, projetos, historicidades inerentes ao processo de cuidado (ALMEIDA; ROCHA, 1997; MENDES GONÇALVES, 1992; MISHIMA et al., 2003b).

Ter o processo de trabalho como marco de referência significa situar o trabalho enquanto uma prática social, buscando compreender seus elementos constitutivos e a forma como é objetivado em contextos sociais e históricos específicos. O sentido teórico se dá na medida em que a teoria é constantemente retroalimentada pelas práticas, o que induz novas acepções teóricas para análise das mesmas, fazendo-se um processo em ciclo (MENDES GONÇALVES, 1992).

O processo de trabalho é resultante da combinação entre: objeto, meios/instrumentos e produto, além do próprio trabalho. Nesse sentido, impulsionado por uma idealização inicial, movimento específico da atividade humana - uma matéria-prima/objeto, é transformada por intermédio de meios materiais e saberes, resultando em determinado produto, sendo que, nesse processo, tem-se sempre a presença de certo saber operante que encaminha o seu desenvolvimento (MISHIMA et al., 2003b; MERHY; ONOCKO, 1997).

O que diferencia o trabalho humano do animal é que o trabalho humano se constitui em processo de transformação não espontânea, processo esse impulsionado por uma idealização inicial; ou seja, o homem projeta um dado resultado e planeja um determinado processo de trabalho para suprir carecimentos próprios ou de outros homens, portanto, dois aspectos diferenciam fundamentalmente o trabalho humano do animal: a intencionalidade e a socialidade. No animal, esse processo é instintivo e vem modulado geneticamente, não sendo refletido, nem podendo ser delegado (MENDES GONÇALVES, 1992; MISHIMA, 2003b).

A transformação de um objeto natural em produto acontece a partir da delimitação no primeiro, das características que o permitem ser transformado no segundo, sendo essa delimitação feita a partir da finalidade pré-estabelecida para o produto. Portanto, o objeto natural deve conter intrinsecamente o produto em potencial. Não se concebe transformação ao acaso a partir do trabalho humano. Para que a transformação ocorra, o homem lança mão da utilização de instrumentos de trabalho criados previamente em outros processos de trabalho, que devem ter a capacidade de auxiliar a obtenção do produto, a partir do objeto natural (MENDES GONÇALVES, 1992).

Ao homem também é reservada a capacidade de intelectualizar a execução do trabalho separadamente do ato de executá-lo. Dessa forma, o processo de trabalho humano opera transformações de objetos e do próprio homem na medida em que o mesmo se faz presente como ser pensante, acompanhando o processo de produção/transformação e se satisfaz quando esse é concluído, ganha a experiência de ter participado nessa transformação, podendo executá-la mais facilmente em uma próxima ocasião, além disso, gera novos carecimentos a partir da satisfação dos anteriores (MENDES GONÇALVES, 1992, p.8).

Aqui cabe um pequeno parêntesis para se destacar que, operacionalmente, existem diferenças entre processos produtivos fabris e do setor de serviços (MERHY, 2007). No primeiro caso, o processo de trabalho acontece separadamente do consumo, por exemplo, a produção de um lápis acontece na fábrica, por meio da ação do maquinário sobre a matéria-prima, envolvendo tecnologias específicas, certo saber necessário e intrinsecamente relacionado a todo o acúmulo de experiências/saberes para a produção de lápis ao longo dos anos. A relação com o consumidor acontece (ou não) a partir do interesse do mesmo por adquirir e utilizar o lápis, seja para escrever, dar de presente, usar como enfeite na mesa de trabalho ou outra qualquer motivação. A relação entre o lápis e o consumidor, constitui uma *relação objetal*, que não se dá instantaneamente, mas a partir do interesse pelo consumo, e disso não depende o processo produtivo do lápis (MERHY, 2007).

No setor de serviços, incluindo a área da saúde, a produção e o consumo acontecem ao mesmo tempo, na medida em que um trabalhador opera ações (com o auxílio de distintas ferramentas) direcionadas a satisfazer necessidades no próprio consumidor e, dessa forma, a produção e o consumo se dão em ato. Para que o

MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

processo de trabalho ocorra, há que se formar espaço de encontro em uma *relação intercessora*. No caso da produção de serviços, então, entram no processo de trabalho elementos da subjetividade: as necessidades, desejos, aspirações dos sujeitos envolvidos que podem coincidir . ou não (MERHY, 2007).

Como exemplo, uma mulher quando procura um salão de beleza, a partir da percepção de que seu cabelo não está ~~bonito~~+- de acordo com padrões de beleza constituídos cultural, social e/ou economicamente . busca um profissional que, utilizando tesouras, secador, navalhas, sua própria habilidade manual, e um dado saber (saber operante) para utilizar de todos esses instrumentos, realiza mudanças na própria consumidora e satisfaz (ou não) suas necessidades. Se essa consumidora é uma mulher japonesa, que vai a um salão de beleza, na África, pode ser que haja divergência entre os padrões de beleza e estética de cabelos entre o produtor e consumidor, tendo em vista as diferenças culturais, estéticas, dentre tantas outras. Ainda, se a mulher está se achando na necessidade de cortar os cabelos após uma separação conjugal, esse corte de cabelos pode denotar muito mais do que um simples corte e exigir do cabelereiro habilidades outras além do ato de cortar cabelos. Essa questão será discutida mais detidamente adiante.

No salão de beleza, há uma relação de encontro, mas ainda passiva entre produtor e consumidor: a mulher senta na cadeira, seus cabelos são lavados, cortados, secados e depois ela vai embora, com o ~~problema~~+resolvido. Quando se pensa no contexto das relações intercessoras que acontecem nos serviços de saúde, essa relação pode acontecer de forma passiva, como no salão de beleza, ou exigir do consumidor . pela própria característica do trabalho do produtor . posicionamento mais ativo diante do problema que ele traz.

Rememorando o objeto de estudo da presente investigação, toma-se como exemplo, o caso de uma pessoa portadora de DM em acompanhamento na Atenção Básica. O seu tratamento depende da ação do profissional de saúde que informa, orienta, prescreve, solicita exames de controle, acompanha, no entanto, o resultado do tratamento depende muito do seu posicionamento diante dessa condição. O consumidor, nesse caso, também deve se portar ativamente nesse processo para que se obtenha o controle do DM como produto (nesse caso há uma peculiaridade, pois é um produto sempre almejado, nunca obtido por completo enquanto cura).

Nesse contexto, pode-se olhar para as subjetividades presentes no processo

MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

de trabalho enquanto possibilidades de compreender a dinâmica de uma relação de cuidado.

Em algumas áreas, como saúde e educação, o homem pode se constituir enquanto objeto, instrumento ou produto do trabalho, que se dá em nível das interações estabelecidas. A depender da qualidade dessa interação, o produto do trabalho pode se materializar em autonomia e novas perspectivas de vida. Uma característica peculiar do processo de trabalho em saúde, nesse contexto, é que o produto é consumido no ato da sua produção (MERHY; ONOCKO, 1997).

No processo de trabalho em saúde, como já apontado, os objetos, instrumentos, bem como os carecimentos que o antecedem também são social e historicamente determinados; têm a especificidade do objeto (e também do instrumento) do processo de trabalho ser o próprio homem, incluindo sua subjetividade, suas relações, mediadas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito+(MENDES GONÇALVES, 1992, p.28).

A produção depende que a pessoa/trabalhador utilize de suas capacidades criativas (trabalho vivo em ato) para manipular instrumentais/materiais (trabalho morto) necessários à transformação de um objeto em produto (usuário com necessidades de saúde em usuário com necessidades satisfeitas ou resolvidas). O trabalho morto, já instituído, cristalizado, foi produzido também pela ação do trabalho vivo sobre determinado objeto (MERHY; ONOCKO, 1997).

Pode-se associar os carecimentos que antecedem a busca por um serviço de saúde enquanto necessidades de saúde, mediados por incômodos de diversas ordens que impulsionam a busca por formas de restabelecimento da homeostase. Os usuários buscam os serviços impulsionados pelo desejo de ter suas necessidades de saúde atendidas, sendo que o produto (teoricamente esse produto é caracterizado por maior saúde/bem-estar) é resultante da interação com o profissional que pode utilizar prioritariamente tecnologias como: seringas, agulhas, estetoscópio e formulários, ou pode ele próprio servir como instrumento/meio para atender as demandas trazidas pelos usuários.

Cecílio (2006, p.116) subsidia esse direcionamento reflexivo ao indicar que

MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

[...] demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames, as ofertas tradicionalmente percebidas pelos usuários; as necessidades delas podem ser bem outras.

Dessa forma compreende-se que as necessidades de saúde são também mediadas por relações subjetivas e influenciadas por questões de diversas ordens, e a compreensão da saúde que se necessita pode ser diferente entre o profissional que atende a pessoa/usuário que busca atendimento. Sendo assim, a demanda e a oferta podem ser resultantes de diferentes processos sociais, econômicos, culturais e políticos. Nesse aspecto, olha-se aqui, mais detidamente para os processos inerentes à relação da pessoa/usuário que busca o serviço de saúde, com suas concepções do produto que deseja ter a partir da relação com o serviço de saúde, bem como sua participação nesse processo.

No presente projeto de investigação, a concepção de *necessidades de saúde* será utilizada com base na taxonomia discutida por Cecílio (2001)³, a saber: necessidade de ter boas condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe e necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de ~~andar~~ a vida+. Esse direcionamento pode ser considerado enquanto possibilidade estruturante de um atendimento integral, ao reforçar a importância de que os profissionais adotem uma postura de escuta atenta que permita a eles decodificarem as necessidades trazidas pelos usuários ao procurarem um serviço de saúde, bem como perceber que essas necessidades podem ser moduladas pela oferta do serviço/sistema de saúde.

Ainda há que se consideram, nesse processo, o caráter relacional inerente ao processo de trabalho em saúde e o encontro do profissional com o usuário que pode ser mediado pela utilização de tecnologias leves, estabelecidas na relação entre os sujeitos do processo de cuidado e dependentes do trabalho vivo em ato; por tecnologias duras, inscritas nos instrumentos; ou, ainda, por tecnologias leve-duras, que compõem os conhecimentos técnicos, que são compostos por uma parte dura/estruturada e outra leve, que depende da forma como o profissional os utiliza na produção de cuidado (MERHY; FRANCO, 2003).

³ A partir do estudo de Norma Fumie Matsumoto: MATSUMOTO, N.F. A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de saúde. Dissertação [mestrado], Escola de Enfermagem da USP, 1999.

MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

Na medida em que numa ação de cuidado, imperam as tecnologias duras, em detrimento da relação usuário/profissional, uma lógica de atendimento se conforma e são obtidos determinados produtos. Nessa perspectiva, o processo de produção de cuidados é gerenciado e estrutura-se segundo lógicas determinadas, que influenciam diretamente o caráter do produto/cuidado obtido.

A respeito da concepção de cuidado adotada, partilha-se, aqui, do conceito defendido por Ayres (2004, p 22) que o designa como *uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência de adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde*. A ação de cuidar tem natureza relacional, existencial e contextual e acontece na interação e convivência com o outro, mediada por saberes específicos, voltados para a finalidade do cuidado (WALDOW, 2001).

Os conceitos de cuidado e de processo de trabalho em saúde articulam-se no sentido do caráter relacional da ação/cuidado estabelecida, idealizada pelo usuário a partir de suas necessidades de saúde que, então, busca um profissional/serviço de saúde que ele, o usuário, acredita possuir os instrumentos necessários para a sua cura ou restabelecimento, enquanto produtos idealizados *a priori*. Tais direcionamentos teóricos sustentarão esta pesquisa no sentido de auxiliar a compreensão mais aprofundada do objeto de estudo proposto.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 *Tipo de estudo*

Trata-se de uma investigação de abordagem quantiqualitativa, com caráter descritivo-exploratório, sustentada pelo referencial teórico do processo de trabalho em saúde e das necessidades de saúde.

Essa forma de aproximação do objeto de estudo permite a utilização complementar, das especificidades inerentes a cada uma das abordagens: qualitativa e quantitativa. Assim, tem-se em vista obter dados relativos ao dimensionamento e descrição do objeto de estudo, além de analisá-lo com foco nas interações, crenças, valores e representações, utilizando assim o potencial inerente à triangulação de métodos (MINAYO et al. 2010).

O caráter descritivo do estudo pode proporcionar uma caracterização dos fatos e fenômenos da realidade estudada, sendo os resultados passíveis de serem aproveitados para uma alteração futura das práticas (LEOPARDI, 2001). E, por ser exploratória, esta investigação também permitirá a obtenção de maior contextualização e familiaridade com a temática, permitindo explicitá-la. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente utilizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2011, p 28).

A descrição proveniente da análise dos dados quantitativos forneceu base para conhecer a dimensão da população de estudo, propiciando a aproximação de suas características demográficas, sociais, familiares, padrão de morbidade e tratamento; por outro lado, por meio do componente qualitativo do presente estudo, buscou-se compreender, segundo a perspectiva das pessoas com DM2, mediante análise das ações de cuidado provenientes da relação com o serviço de saúde da atenção básica, a sua participação no processo de cuidado diante desse agravo.

4.2 O campo e o cenário do estudo

A investigação foi desenvolvida na rede de Atenção Básica do município Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. O município é considerado o mais importante da região administrativa que compreende 25 municípios, com população estimada em 658.059 habitantes, para o ano 2014⁴.

O município é considerado importante polo científico do país, especialmente no setor saúde, com a presença da Universidade de São Paulo, responsável pela formação de pessoal principalmente para área da saúde em diferentes campos do conhecimento.

A rede de AB do município é dividida geográfica e operacionalmente em 5 Distritos de Saúde, tendo como unidade de referência para essa área geográfica, em cada Distrito, uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) e unidades de Saúde (Unidades Básicas de Saúde . UBS e Unidades de Saúde da Família . USF/Núcleos) a elas articuladas. Os cinco distritos são: Norte . Distrito do Simioni, Sul . Distrito de Vila Virgínia, Leste . Distrito de Castelo Branco, Oeste . Distrito de Sumarezinho e Região Central . Distrito Central. O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (RIBEIRÃO PRETO, 2013) indica que o município conta com 48 estabelecimentos de ABS.

O campo da pesquisa se constituiu no Distrito Oeste. Esse Distrito de Saúde conta com população de 151.218 habitantes, sendo selecionado por ser um Distrito com o qual a Universidade de São Paulo mantém parceria acadêmico-assistencial com a Secretaria Municipal de Saúde. Esse Distrito conta com 1 Unidade Básica e Distrital de Saúde, 9 Unidades de Saúde da Família, 8 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Saúde Escola, com atenção básica tradicional com foco na atenção à saúde da mulher e saúde da criança, 1 Centro Médico Social Comunitário ligado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, FMRP-USP (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas [internet]. Contagem da População 2014. Brasília [acesso 12 de outubro de 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto>

Para a seleção da unidade, lócus da investigação, considerou-se o conjunto das unidades que se constituem como cenários de prática para disciplinas dos cursos de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP (bacharelado e licenciatura), sendo indicada uma das unidades, a Unidade Básica de Saúde Amendoeira em Flor.

Assim, a UBS Amendoeira em Flor foi selecionada, pois é um dos serviços da Atenção Básica, cujos trabalhadores em parceria com a Universidade de São Paulo, foram partícipes do projeto Pró-Saúde . Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 2005 (BRASIL, 2005), com a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram tomando por base a integração com serviços de saúde, e o fortalecimento do SUS. É uma iniciativa que visa a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da Atenção Básica.

Além disso, essa é uma unidade de saúde em que outros projetos indutores do Ministério da Saúde para mudança dos processos de formação como, por exemplo, o PET Saúde . Programa de Educação para o Trabalho, têm sido desenvolvidos junto à Universidade de São Paulo.

Nessa unidade, a EERP-USP desenvolve, além da formação, projetos voltados para a atenção à saúde oferecida às pessoas portadoras de DM e HAS. Essa articulação indica que um olhar diferenciado já tem sido disparado para analisar a atenção despendida a essa população. Outro fato que instigou a eleição dessa unidade de saúde foi a inserção da pesquisadora em atividades da Monitoria em Saúde⁵ na Atenção Básica, durante os anos de 2009 e 2010, e, por conseguinte, maior proximidade com os profissionais e usuários, principais atores do processo de cuidado desenvolvido.

4.3 As fases da pesquisa: sujeitos, coleta de dados, dados primários e secundários, técnicas utilizadas

⁵ Modalidade de inserção do aluno de pós-graduação proposto pela Universidade de São Paulo, de forma que o aluno possa desenvolver atividades de supervisão junto ao ensino de graduação.

PERCURSO METODOLÓGICO

Conforme indicado por Patton (2001), pesquisas qualitativas permitem o estudo de temáticas em profundidade e detalhamento, devido à aproximação ao trabalho de campo sem a predefinição de categorias de análise para obtenção das informações. As pesquisas quantitativas requerem a definição de medidas padronizadas e as experiências e respostas das pessoas devem se encaixar nesse número limitado de categorias pré-determinadas, conforme a possibilidade de atribuições de significados numéricos.

Dessa forma, considerando as diferentes especificidades dos dados, a execução da coleta se deu em duas fases distintas.

A primeira, mais extensiva com foco na caracterização dos portadores de DM tipo 2 cadastrados no Sistema HIPERDIA da área de abrangência da UBS Amendoeira em Flor, foi realizada entre os meses de dezembro de 2012 e maio de 2013.

A segunda fase, realizada no contexto da unidade de saúde selecionada, com coleta de dados junto aos usuários portadores de DM tipo 2, constando de observação participante e entrevista semiestruturada, foi realizada entre os meses de julho e dezembro de 2013. As entrevistas foram agendadas no momento da Observação Participante, em data e horário indicados pelos usuários. O diagrama abaixo ilustra as fases da coleta de dados e as atividades que as compuseram.

Figura 2- Diagrama representativo da coleta de dados da pesquisa em suas duas fases. Ribeirão Preto, 2014

PERCURSO METODOLÓGICO

A primeira fase da coleta de dados, que compreendeu análise quantitativa, descritiva, foi realizada por meio da coleta de dados secundários das fichas do Sistema HIPERDIA, referentes à UBS Amendoeira em Flor, visando caracterizar a população de estudo. A coleta de dados foi realizada pela coordenadora da pesquisa junto com auxiliares de pesquisa treinados e se deu a partir das fichas de registro do HIPERDIA que, nesse caso, correspondia ao período de 2001 a 2011, sendo construído instrumento específico, considerando os dados presentes na Ficha de Cadastro já existente para o Sistema HIPERDIA (ANEXOS A e B) e elaborado constando as variáveis de interesse para a presente pesquisa (APÊNDICE A).

Cabe destacar que o Sistema HIPERDIA, como já assinalado anteriormente, existe desde 2001, contudo, sua efetiva implementação tem se dado de forma lenta e heterogênea no município. Dessa forma, no momento da coleta de dados secundários, nos havia um processo de cadastramento desatualizado e moroso, devido a dificuldades com recursos humanos responsáveis por essa atividade na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). E, assim, foram apontadas duas possibilidades de fonte de dados para o projeto: o banco de dados disponível no SisHiperdia, referente às fichas já cadastradas entre 2001 e 2011 ou, ainda, fichas de cadastro disponíveis em arquivo físico na SMS para serem utilizadas como fonte de dados e para construção de um banco de dados próprio para o presente projeto.

Tendo em vista o exposto, devido às dificuldades metodológicas em trabalhar com ambos os bancos de forma associada, optou-se pela segunda opção, conformando, então, uma amostra por conveniência, formada pelas fichas de cadastro preenchidas para registro no sistema HIPERDIA. As fichas de cadastro se encontravam nas próprias dependências da UBS Amendoeira em Flor. É importante destacar que essa unidade, como já assinalado, constituía cenário de desenvolvimento do Programa PET Saúde, cujo projeto acordado junto ao Ministério da Saúde estava diretamente relacionado ao o programa HIPERDIA.

A escolha das fichas de cadastro não lançadas no sistema também foi motivada pela possibilidade de acessar outros dados inseridos nas mesmas pela equipe da unidade de saúde no momento do cadastro como, por exemplo, a inserção manuscrita de respostas cujo arquivamento é indisponível no SisHiperdia (situação familiar e conjugal, outras complicações e outros medicamentos) e, ainda, o acesso a fichas não cadastradas devido à ausência de informações obrigatórias

PERCURSO METODOLÓGICO

para lançamento no banco de dados oficial que não constam enquanto dados utilizados para a presente pesquisa, como informações de registros de documentos pessoais.

Na elaboração do banco de dados, buscou-se sistematizar os dados coletados de modo a torná-los variáveis numéricas. Para isso, foi criada uma tabela no Microsoft Office Excel 2007, onde foi realizada a primeira e a segunda digitação, permitindo validação do banco de dados que, após esse processo, foi exportado para o SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*. Foram transcritas as variáveis que constam no instrumento de coleta de dados, relacionadas com a identificação dos sujeitos (nome, data de nascimento, sexo, nome da mãe e do pai, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, unidade de saúde), dados clínicos (pressão arterial sistólica e diastólica, medida da cintura, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), glicemia capilar, fatores de risco e doenças concomitantes, presença de complicações), além de variáveis relativas ao tratamento medicamentoso (medicação utilizada - dose diária, insulina - unidades/dia).

A segunda fase da coleta compreendeu três fases: 1) busca ativa dos usuários cadastrados no HIPERDIA, com atendimento médico agendado na UBS, 2) acompanhamento/observação do percurso do usuário na unidade de saúde no dia da consulta médica e 3) entrevista no domicílio.

Conforme indicado, para a seleção dos sujeitos foi feito o cruzamento da lista de cadastro no Sistema HIPERDIA da unidade selecionada com o agendamento de consultas médicas na UBS, portanto, foram sujeitos da pesquisa usuários cadastrados no HIPERDIA, que passaram por consulta médica durante o período do estudo. Optou-se por identificar o usuário na ida à unidade por consulta médica, tendo em vista que compreende a única atividade estruturada e contínua desses usuários na unidade de saúde.

De posse dos horários de agendamento, os auxiliares de pesquisa, conforme a proposta do presente estudo, abordavam os usuários na sala de espera, explicavam sobre os procedimentos da pesquisa e, em casos de aceite, acompanhavam os usuários por toda trajetória na UBS . pré-consulta, consulta médica, pós-consulta, farmácia, sala de medicação (quando necessário), e demais atendimentos pelos quais passava na UBS. Ainda, nesse encontro, era agendada uma visita domiciliar para entrevista semiestruturada, conforme disponibilidade de data e horário indicados pelos participantes.

PERCURSO METODOLÓGICO

O fluxograma abaixo demonstra o total dos usuários convidados (64) para a pesquisa, descrevendo os percursos de coleta até a obtenção de 28 usuários que foram entrevistados. Ao final, foram considerados para esta pesquisa 25 entrevistados, tendo em vista a perda de 3 entrevistas realizadas.

Figura 3 - Fluxo do processo de seleção dos sujeitos participantes da pesquisa. Ribeirão Preto, 2014

A observação não participante permitiu que fossem captadas as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal do cotidiano (MINAYO, 2004, p.120), uma vez que é caracterizada não somente como uma técnica de pesquisa em particular, mas como um modo de estar-no-mundo característico de pesquisadores (DENZIN; LINCOLN, 1994, p.249). No processo de investigação, esse recurso auxilia a associar os fatos às suas representações e contradições que se manifestam na prática do cotidiano (MINAYO, 2004).

Conforme destacado por May (2004, p.180), a exigência e dificuldades da observação não participante estão relacionadas a variados aspectos dessa técnica, sendo que dependem

das metas do estudo e do relacionamento anterior dos pesquisadores com aqueles que trabalham, esse método requer que gastem uma grande quantidade de tempo em cercanias com as quais podem não estar familiarizados. Estabelecer e manter relacionamentos com pessoas com as quais possam ter pouca

PERCURSO METODOLÓGICO

afinidade pessoal; fazer numerosas anotações sobre o que normalmente pareceriam acontecimentos ordinários. Possivelmente correr algum risco pessoal no campo e, então, como se não bastasse, passar meses fazendo análises depois do trabalho de campo.

Dessa forma, vale destacar que, antes de iniciar a observação não participante, além dos aspectos éticos formais de solicitação à Secretaria Municipal de Saúde, os pesquisadores obtiveram apoio e anuência da gerência para acompanharem os atendimentos na unidade de saúde, bem como participaram de duas reuniões de equipe com o intuito de apresentar o projeto aos trabalhadores do local e, ainda, a cada dia, antes de iniciar as atividades passavam pelos locais de atendimento, nos quais se colocariam em observação silente, até o reconhecimento dessa atividade por todos os profissionais envolvidos.

A partir das observações dos atendimentos, os auxiliares de pesquisa faziam anotações livres, constando principalmente a descrição do atendimento realizado, com foco no posicionamento do usuário na relação com os profissionais de saúde, bem como descreviam suas impressões subjetivas acerca dos fatos observados, conforme direcionamento da temática em estudo. As observações foram transcritas para posterior análise em complementação aos demais dados para a pesquisa.

A realização da entrevista semiestruturada visou captar, junto às pessoas com DM2, aspectos relativos ao acompanhamento realizado, à adesão ao projeto terapêutico proposto, à participação em atividades educativas dentre outros aspectos a serem delimitados no desenvolvimento da investigação. Vale ressaltar que a entrevista semiestruturada foi realizada no domicílio dos usuários e com duração de, aproximadamente, uma hora e com esse direcionamento e localização, pôde-se realizar a entrevista fora do serviço de saúde, e acredita-se que esse locus e realização da entrevista, posteriormente ao atendimento, permitiram aos usuários um olhar diferenciado para a relação com a unidade de saúde se comparado à entrevista feita nas dependências do próprio serviço, mas, ao mesmo tempo, ainda com as ressonâncias do atendimento recente (APÊNDICE B).

Conforme processamento da coleta e análise dos dados de forma continuada foram sendo feitas adequações no instrumento de coleta de dados para aproximações ao objetivo do presente estudo. A interrupção das entrevistas se deu a partir do critério de saturação, com a constatação de padrões de repetição dos

PERCURSO METODOLÓGICO

discursos dos sujeitos da pesquisa, com progressiva redução das contribuições no agregado de dados acerca do processo de cuidado para as pessoas com DM2 na atenção básica e enfoque acerca da participação das mesmas nesse processo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada conforme a especificidade dos dados das diferentes etapas da pesquisa.

Para a análise dos dados secundários, obtidos por meio das fichas do Sistema HIPERDIA referentes ao cadastro dos usuários portadores de DM tipo 2, foi utilizada a estatística descritiva, com a utilização da frequência simples das variáveis consideradas na caracterização do usuário.

As variáveis analisadas foram: *data de nascimento, data de consulta, idade; sexo; raça; escolaridade; situação familiar; fatores de risco e doenças concomitantes e presença de complicações*. As variáveis *nome e nome da mãe* - essencial na identificação dos sujeitos com cadastros repetidos - foram utilizadas para auxiliar a construção do banco de dados.

Abaixo se encontra a descrição de algumas variáveis utilizadas na análise que merecem maior atenção por terem sido adequadas ou obtidas a partir dos dados das fichas do HIPERDIA, antes do processo de análise.

- A idade foi calculada a partir da data de nascimento e data de consulta, portanto, se refere à idade dos usuários na data do cadastro e após, foram criadas faixas etárias, com intervalos de 10 anos.
- As variáveis: sexo, raça, escolaridade, fatores de risco e doenças concomitantes e presença de complicações seguiram as categorias da Ficha de Cadastro do HIPERDIA para digitação no banco de dados e, também, foram analisadas por frequência simples.
- A variável situação familiar e conjugal teve uma particularidade: foi seguida a categorização descrita na Ficha de Cadastro do HIPERDIA e, também, inseriram-se dados manuscritos durante o cadastramento, criando categorias extras devido à frequência expressiva com que foram encontrados e, por se acreditar que denotam a

PERCURSO METODOLÓGICO

concepção de situação familiar dos usuários cadastrados. A visualização dessa particularidade será melhor descrita nos resultados, com o paralelo da apresentação dos dados.

Para apresentação desses dados foram usados valores absolutos e porcentagens.

Os dados primários oriundos das entrevistas semiestruturadas e da observação não participante foram submetidos à análise de conteúdo em sua vertente temática, que [p.a.] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado+ (MINAYO, 2004, p 209). A transcrição das entrevistas semiestruturadas foi o eixo de análise, e a seguir será complementada pelos dados provenientes das observações participantes.

Para o desenvolvimento da análise temática foram consideradas três etapas articuladas: *organização dos dados*, sendo realizada a seleção dos documentos submetidos à análise de forma a responder às questões de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência; *exploração do material empírico*, mediante a leitura exaustiva dos registros, com posterior codificação dos dados, definição das unidades de registro, a separação dos recortes de acordo com as convergências, divergências e o inusitado presente nesses e, finalmente, a classificação e agrupamento dos dados em temas.

Para Patton (2001), o desafio da análise qualitativa está em produzir algum sentido a partir da grande quantidade de dados, o que envolve reduzir o volume de dados trazendo a essência da informação, separar o trivial do que é significativo, identificar padrões de significância e construir uma rede de comunicação a partir da essência do que os dados revelam. O autor indica, ainda, que não há receita ou regras, apenas direcionamentos para esse processo, já que cada pesquisa qualitativa é única, o padrão da análise também o é.

Esse momento de análise e síntese apresenta o desafio de articular os dados primários e secundários de forma a permitir um quadro geral da participação do usuário em seu acompanhamento na rede de atenção. No desenvolvimento dessa análise, o material empírico proveniente das entrevistas foi norteador, sendo submetido à análise inicial, os dados foram categorizados conforme convergência de conteúdo, e os dados provenientes da observação participante e da análise quantitativa complementaram as categorias de análise relativas às entrevistas,

PERCURSO METODOLÓGICO

resultando nos seguintes temas:

- 1) *Contexto de vida das pessoas com Diabetes*
- 2) *Representação do DM2 na vida das pessoas e os cuidados produzidos;*
- 3) *Mediação com a rede de atenção à saúde: articulações para a produção de cuidado frente ao DM2*

Cada tema foi dividido em subtemas conforme representado na Figura 4.

PERCURSO METODOLÓGICO

Figura 4 - Fluxograma representativo da análise dos dados qualitativos. Ribeirão Preto, 2014

4.5 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento desta investigação foram cumpridos os aspectos éticos preconizados para pesquisas com seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), e atualizados pela Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Os sujeitos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e a pesquisa foi realizada com aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa sob Protocolo nº 1289/2011 (ANEXO C) e anuência da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO D), além do cumprimento das exigências formais, e observando as especificidades das estratégias para coleta de dados, os pesquisadores participaram de reuniões de equipe junto à UBS Amendoeira em Flor, para apresentação do projeto aos seus profissionais, bem como ao início de cada atividade de observação, antes de solicitar o consentimento dos participantes, se apresentavam aos trabalhadores até que se fizeram conhecidos pelos mesmos.

Na apresentação dos dados, com intuito de manter o sigilo, os nomes dos usuários foram trocados, seguidos de E ou OP para sinalizar a fonte dos trechos de falas, respectivamente de entrevistas ou observação participante. Também foram suprimidos os nomes dos profissionais e dos serviços de saúde citados ao longo das entrevistas.

5 A produção do cuidado na rede de Atenção Básica É trajetórias e protagonismo da pessoa com DM2

A produção de cuidado junto com pessoas com DM2, usuárias do SUS e acompanhadas em serviço de saúde da Atenção Básica, está marcada por peculiaridades, na relação com a condição de adoecimento, trazendo, na perspectiva da responsabilização pelo próprio cuidado, a possibilidade de reinventar fluxos e buscar formas de qualificar o cuidado.

Na presente tese, apresentam-se os resultados segundo três temas principais:

- ✓ **CONTEXTO DE VIDA das pessoas com diabetes**, em que, são apresentados os aspectos das vidas dos participantes da pesquisa que trazem estreita relação com a condição de adoecimento crônico e suas possibilidades de cuidados ante ao DM2, perpassando por problemas de saúde além do DM2, família e rede de apoio e condições de trabalho;
- ✓ **REPRESENTAÇÃO DO DIABETES na vida das pessoas e os cuidados produzidos** agrupa aspectos da relação mantida com a condição de adoecimento crônico e dos cuidados contínuos realizados frente ao DM2 - alimentação, medicamentos, cuidados com os pés, atividade física, acompanhamento dos níveis glicêmicos e tratamentos alternativos . analisando-os conforme sua efetivação na articulação com o serviço de saúde; também foram discutidas as formas de aprendizado acerca do diabetes para se efetivar a produção de cuidados.
- ✓ **PRODUÇÃO DE CUIDADO diante do diabetes na mediação com a rede de atenção à saúde** é o terceiro e último tema, que enfatiza a produção de cuidado das pessoas com DM2, mediante os recursos oferecidos pela rede de atenção à saúde, com maior detalhamento da abordagem referente à atenção básica . enfatizando o fluxo de atendimento dos usuários nesse contexto, trazendo, também, aspectos dessa produção em unidades de saúde dos níveis secundário, terciário e serviços de urgência/emergência. Ainda, aborda-se a associação entre recursos públicos e privados como forma de qualificar a assistência à saúde e os desafios para efetivar a participação social.

O desenvolvimento desses temas tem o intuito de compreender a produção de cuidados da pessoa com DM2 no contexto de sua relação com a condição de adoecimento crônico e as possibilidades de cuidados resultantes da relação mediada com o serviço e o sistema de saúde, enfatizando a participação do usuário nesse processo.

5.1 Pessoas com DM2 na UBS Amendoeira em Flor

Neste primeiro momento, cabe destacar quem são as pessoas com DM2 atendidas na UBS Amendoeira em Flor. Na UBS totalizam-se 239 cadastros de pessoas com DM2 no Sistema HIPERDIA e, desses, 60,6% referem-se a idosos com 60 anos ou mais; sendo 153 (64%) do sexo feminino, 83 (34,7%) do sexo masculino e não consta essa informação em 3 (1,3%) fichas; no momento do cadastro, 145 (60,7%) pessoas se declararam brancas, 43 (18%) negras, 3 (1,3%) amarelas, 31 (13%) pardas e em 17 (7,0%) dos cadastros não constava a informação.

Os demais dados e informações de caracterização dessa população serão descritos ao longo do desenvolvimento dos temas, em articulação com a análise dos dados qualitativos.

Conforme já descrito no Capítulo 2, a partir desses 239 cadastros, foi feito o cruzamento com a agenda de atendimentos do profissional médico, para definição dos sujeitos da segunda etapa da coleta de dados. Assim, foram feitos 64 convites⁶, ao final totalizando 25 participantes, cujas atividades na UBS Amendoeira em Flor foram observadas e, após, passaram por entrevista semiestruturada.

O grupo dos 25 participantes tem idade entre 37 e 88 anos, sendo 18 do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Desses, 17 fazem tratamento somente com hipoglicemiantes orais e 8 com insulinoterapia. Não foi quantificada a associação com hipoglicemiantes orais. Todos estavam em acompanhamento na UBS Amendoeira em Flor, com tempo variado de cadastro, alguns provenientes de transferências de outras unidades de saúde, outros referiram acompanhamento de longa data, desde a inauguração da unidade de saúde.

⁶ Ver critérios de seleção na página 42

5.2 Contexto de vida das pessoas com diabetes

A pessoa com diabetes constitui o objeto das ações de cuidado analisadas nesta pesquisa e, em suas singularidades, trazem consigo histórias de vida, experiências, relacionamentos interpessoais, relações de trabalho, problemas de saúde e muitos outros fatores, que fazem parte de uma realidade na qual ter DM2 é mais uma condição presente.

Ao longo das entrevistas, percebeu-se a vida de forma mais ampla, e que o DM2 perpassa pelos fatos do cotidiano e pelas ações de cuidado, direciona necessidades de saúde e demandas por atendimentos na rede de atenção à saúde, mas, também, permanece junto com outros problemas de saúde e outras demandas na vida das pessoas. Com isso, aponta-se aqui, que tomar a pessoa como foco da atenção em sua singularidade, como uma pessoa que se apresenta com o DM2, traz para o processo de trabalho em saúde formas específicas de se produzir o cuidado.

Nos contextos da vida das pessoas entrevistadas, majoritariamente composta por idosos, alguns ainda trabalham para manter a família ou mesmo para complementar o tratamento da saúde; elas demonstram que, muitas vezes, as condições de vida não são propícias aos cuidados com o DM2, conforme solicitado pelos profissionais de saúde. Por ora, também os relatos permitem inferir que atividades de lazer e a existência de uma rede de apoio, como família, amigos e vizinhança, permitem um melhor enfrentamento aos desafios relacionados com o diabetes. Dessa forma, as pessoas com DM2 em suas singularidades se inserem no processo de trabalho em saúde, solicitando ações específicas de cuidado, delineadas pelas condições gerais da vida e por suas expectativas derivadas desses contextos.

As falas dos usuários permitiram analisar que o DM2 é um problema de saúde que entremeia as experiências de vida de cada um, não sendo condicionante da vida dos mesmos, fazendo parte da mesma, mas não determinando, necessariamente, a rotina e as relações estabelecidas pelos sujeitos, de modo que nem sempre é o problema de saúde considerado mais relevante, e, para alguns, sua

presença nem mesmo é indicativa de necessidade de mudanças de sua rotina de vida.

Cada pessoa com DM2 vive uma situação que define e se articula ao seu contexto de vida, de acordo com uma determinada condição social, cultural e econômica, bem como mediada por necessidades/possibilidades de cuidar-se, configurando assim entre os usuários entrevistados, diferentes formas de cuidado, nem sempre consonantes com as indicadas por profissionais de saúde. No contexto de atendimento na Atenção Básica, há possibilidade de considerar essas especificidades e singularidades com vistas a um cuidado integral, convidando esses sujeitos para rediscutirem as práticas de saúde historicamente construídas⁷.

Esse primeiro tema da tese foi desenvolvido na perspectiva de três vertentes:

- 1) Os outros problemas de saúde das pessoas com DM2*
- 2) Família e rede de apoio para o enfrentamento do DM*
- 3) Cuidados frente ao DM2, mediante as condições de trabalho*

Estes tópicos reúnem relatos das abordagens dos usuários diante da vida que vai além do DM2 e suas demandas de cuidado. Sem a pretensão de responder pela complexidade dos fatos cotidianos da vida das pessoas e suas relações, reuniu-se aqui, relatos que retratam, de forma mais ampla, a realidade que se objetiva compreender.

Os relatos permitiram agrupar informações acerca de problemas de saúde, família/rede de apoio e trabalho, enquanto perspectivas que trazem à tona o contexto de vida das pessoas com DM2, com suas dificuldades, potencialidades e habilidades que agregam elementos para analisar as ações/relações de cuidado. Apesar das divisões, cortes e agrupamentos, para dar conta da análise de forma mais didática, percebe-se que cada tema e seus tópicos são interligados, aproximando-se da realidade à qual se objetiva compreender.

5.2.1 Os outros problemas de saúde das pessoas com DM2

⁷ Práticas de saúde construídas com direcionamento para condições agudas, neste aspecto mora um dos desafios do SUS (MENDES, 2012).

Além do DM2, outros problemas de saúde são referidos pelos entrevistados, dentre esses estão doenças como gripes, resfriados, ou, ainda, sinais e sintomas como inchaços e dores; problemas psiquiátricos com e sem acompanhamento estruturado, além de referências a problemas que se caracterizam como complicações do DM2 ou associados aos riscos cardiovasculares e cerebrovasculares aos quais esses pacientes já estão submetidos pelas condições gerais do organismo, como infarto e indicação de sintomas que podem estar relacionados com neuropatia e retinopatia. Vale ressaltar que alguns dos problemas de saúde relatados, da mesma forma que o DM2, também exigem cuidados contínuos, mudanças de hábitos e acompanhamento de saúde.

Os registros das fichas do Sistema HIPERDIA nos trazem informações acerca dos fatores de risco e comorbidades dessa população. Considerando que todos os 239 cadastros analisados correspondem àqueles de pessoas com DM2, o Quadro 1 abaixo apresenta os dados referentes aos campos %Fatores de Risco e Doenças Concomitantes e Presença de Complicações⁸, bem como a quantidade de fichas nos quais não constam esses dados.

Fatores de Risco	N°	%	Sem informação	%
Antecedente familiar cardiovascular	130	54,4	2	0,8
Tabagismo	56	23,4	4	1,7
Sedentarismo	127	53,1	4	1,7
Sobrepeso/obesidade	119	49,8	22	9,2
Hipertensão arterial	216	90,4	5	2,1
Presença de complicações	N°	%	Sem informação	%
Infarto agudo do miocárdio	26	10,9	5	2,1
Outras coronariopatias	36	15,1	6	2,5
Acidente vascular cerebral	25	10,5	7	2,9
Pé diabético	11	4,6	5	2,1
Amputação por diabetes	7	2,9	5	2,1
Doença renal	31	13,0	6	2,5

Fonte: Fichas de Cadastro do HIPERDIA . 2001-2011

Quadro 1 . Distribuição numérica e percentual dos registros de cadastros sobre fatores de risco e doenças concomitantes. Ribeirão Preto, 2014

⁸ Ver Ficha HIPERDIA Anexos A e B

Conforme consta no Quadro 1, quanto aos fatores de risco, prevalece a hipertensão arterial com 216 (90,4%) registros, seguida por antecedente familiar cardiovascular com 130 (54,4%%). Quanto às doenças concomitantes, outras coronariopatias foi o fator mais citado com 36 (15,1%) e, próximo, doença renal 31 (13%). Vale destacar a quantidade de fichas sem informações sobre a variável, que chega até mais de 10% no caso do sobrepeso/obesidade.

Durante as observações, pôde-se identificar também a presença das comorbidades relatadas pelos sujeitos da pesquisa, permitindo perceber que essas representam motivos de preocupações e de direcionamento de recursos, cuidados e atenção por parte dos usuários e profissionais de saúde.

A usuária está acompanhada pelo filho e neta. Em conversa com a mesma, ela afirma que, no sábado anterior, 21 de setembro, teve um infarto e a taxa de glicose chegou a 595. Em função do infarto, foi levada para [UBDS] e de lá encaminhada para o [hospital de referência 1]. Lá realizou angioplastia e cateterismo (*sic*). Ainda segundo a usuária, é o segundo infarto que ela apresenta apenas esse ano, o primeiro foi em fevereiro. Por causa dessas complicações de saúde atualmente está morando com a filha. Usuária aguarda atendimento conversando com o filho (Rosa - OP).

13h12 – Consulta médica

- Tá tomando os remédios direitinho dona Maria? – da pressão?
- Tô tomando, mas da pressão ele mandou parar. Mas, eu tô inchada ainda, e sentindo dor no corpo.
- A última receita que você tem de uso contínuo tá aqui?
- Não, do senhor não tenho não. A que eu tenho aqui é do doutor do [hospital de referência 1]. Eu queria um encaminhamento para consulta pra ver essa dor no braço direito.
- Mas aí é da cirurgia também. Você ficou muito tempo na mesa de cirurgia. Tem que ter um pouco mais de calma. O inchaço também é do problema cardíaco.
- O senhor acha que não precisa de um especialista? (Roberta – OP).

Foram mencionados, pelos entrevistados, a ocorrência de procedimentos cirúrgicos e tratamentos/condições/problemas de saúde anteriores enquanto preocupações que demandaram cuidados específicos; ainda foram referidos problemas psiquiátricos/psicológicos, hipertensão arterial e hipercolesterolemia, problemas infecciosos, osteomusculares, respiratórios, gástricos/intestinais, hematológicos e trauma (queda), compreendendo diversas situações, cujos tratamentos e condutas, em muitos casos aumentam as restrições e recomendações de cuidados.

Sou hipertenso [...] Eu sou muito nervoso, muito agitado, entendeu? Ataco os nervos, tenho dor na coluna, tenho problema de coluna, já operei uma vez, né? E a aí quer dizer então que influi tudo, né? Aquilo ali, começa a me perturbar, já fico... E dormir, também não tô dormindo bem também não [...] Eu já tive depressão, então eu sou acompanhado lá na Saúde Mental [...] É, lá no [ambulatório de Saúde Mental]: Já fiquei internado 19 dias lá e no [hospital de referência 1]. Depois fui lá pro [hospital de referência 2], fiquei ruim mesmo. E aí, depois disso aí, eu passei a tomar esses remédios. Mais fortes. Peguei o... Como é que chama lá? Mostra pra ela. Complicado! [...]

É, eu voltei a trabalhar graças a Deus. Ela [filha] tava com dois anos na época, quando me deu a depressão, já tá com catorze, já tem doze anos [...] É, não é fácil não (Augusto . E).

Eu tomo remédio da pressão e da diabete até hoje. Tomo da diabete, da pressão, do colesterol, do triglicérides, só não tem ácido úrico, o resto tenho tudo um pouquinho, mas tá tudo controlado [...] Tá tudo dentro do normal (Renato . E).

Consulta (13h28 – 13h36)

Médico: Hoje vamos ver só os exames, tá sem sistema. O ácido úrico tá um pouco alto, precisa diminuir a carne vermelha e o feijão.

Jorge: Tá tudo bem doutor?

Médico: Tá sim.

Jorge: Vai dar pra pegar receita?

Médico: Vai, vai sim. Estão aqui as receitas que você me pediu.

Paciente comunicativo, falta de ar durante a consulta (dependente de O² – 3 lt/min, 18 horas/dia).

Jorge: Tô tomando oxigênio pros pulmão, tão ferrado. Tá me dando uma dor na boca do estômago, lascado.

Médico: Toma cuidado com pimenta e comida ácida, fruta cítrica. É porque toma muito remédio. Vou passar um remédio pro ácido úrico, tem que diminuir pra metade.

Jorge: O quê que é mesmo pra diminuir?

Médico repete as orientações.

Jorge: Obrigado doutor (Jorge – OP).

As entrevistas corroboram os dados indicados nos registros nas Fichas de Cadastro do Sistema HIPERDIA, reforçando a informação de que as pessoas são acometidas por variados agravos e condições, algumas como complicações agudas e/ou crônicas do DM2, outras enquanto comorbidades. As falas indicam formas de enfrentamento dessas condições, a influência das mesmas no tratamento do DM2 e na utilização de serviços de saúde.

A carga de DCNT, especialmente por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, no Brasil, tendeu à redução, o que indica inicialmente que o conjunto das ações de atenção propostas e em curso têm sido adequadas, no entanto, por

consequência dessa redução da mortalidade, o número de pessoas com DCNT a buscar o sistema de saúde tende a aumentar (DUNCAN, 2012), requerendo otimizar progressivamente as estratégias macro e micropolíticas de enfrentamento dessas condições.

Conforme designado pela OPS (2013, p.11): *Las enfermedades crónicas no deben considerarse en forma aislada, sino como una parte del estado de salud del individuo, que puede ser susceptible a sufrir múltiples riesgos de salud.*

Esse mesmo documento de referência defende uma atenção integrada às condições crônicas, com foco na pessoa em suas múltiplas necessidades e fatores de risco. Essa abordagem é justificada porque as pessoas que chegam a desenvolver uma ou mais dessas doenças geralmente apresentam associação de fatores de risco. Tais condições demandam práticas sanitárias amplas no sentido de abarcar os fatores de risco que são comuns a essas doenças de alta prevalência e, ao mesmo tempo, requerem atenção singular para cada pessoa em suas necessidades específicas de cuidado (HAMMERSCHMIDT; LENARDI, 2010; OPS, 2013; BRASIL, 2013).

Uma população composta em sua maioria por idosos, denota necessidades de adaptação das atividades assistenciais para as especificidades dessa faixa etária, bem como, por exemplo, realizar atividades educativas mais detalhadas, com verificação dos aspectos apreendidos e implementados na rotina de cuidados (MARQUES et al., 2013). Diante da prevalência similar de DM2 entre homens e mulheres (TORQUATO et al., 2003; MORAES et al., 2010), pode-se analisar a necessidade de direcionamento de ações visando a identificação e a maior inclusão dos homens no cadastramento e acompanhamento na UBS em estudo, tendo em vista a expressiva diferença entre homens (34,7%) e mulheres (64%) encontrada no presente estudo (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013; GOMES et al, 2011).

As comorbidades e presença de complicações frente ao DM2, destacados entre os dados da presente pesquisa, também são fatores que modulam a relação entre essa população e o serviço de saúde. O aumento da carga de doenças provoca maior procura e utilização de serviços de saúde, maior necessidade de encaminhamentos para outros níveis do sistema de saúde, bem como solicita abordagem profissional diferenciada para um atendimento integral, com foco na atuação de uma equipe multiprofissional.

Dentre os fatores de risco e complicações, observa-se alto nível de hipertensão arterial (90,4%) e de eventos cardiovasculares - antecedente familiar cardiovascular (54,4%), outras coronariopatias (15,1%) e infarto agudo do miocárdio (10,9%) . que denotam necessidades de direcionamento clínico assistencial diferenciado, por conta da probabilidade de complicações ainda mais graves nesse grupo (KLAFKE et al, 2014; DALY et al , 2014).

A abordagem de caracterização de pessoas com DM2, por meio de variáveis sócio-demográficas não permite forte associação preditiva quanto à adesão ao tratamento e à participação no cuidado (FARIA e al., 2013a), mas quando se analisam as subjetividades expostas nessas condições, o fato de conhecer a população estudada permite analisar a interferência das características sociais e demográficas na produção do cuidado.

As diferentes características da população, formada por pessoas com DM2, agregam diversas possibilidades de direcionamento terapêutico. Essas informações são importantes para que a equipe de saúde da AB programe ações no sentido de estimular a produção de alianças terapêuticas, com autonomia e empoderamento para o autocuidado, conforme as especificidades da comunidade da área de abrangência.

5.2.2 Família e rede de apoio para o enfrentamento do DM2

No contexto de vida das pessoas, além das características sociodemográficas e dos problemas de saúde associados ao DM2, que conferem desafios para os cuidados de rotina, obtiveram-se informações acerca de aspectos que auxiliam nos cuidados e no enfrentamento dessa doença, como a participação e apoio da família e religiosidade.

Os dados provenientes da Ficha de Cadastro do Sistema HIPERDIA mostram um panorama acerca da situação familiar/conjugal, e estão apresentados no Quadro 2. Para melhor entendimento, convém explicitar a categorização utilizada na apresentação dos dados. Os itens 1 a 7, do Quadro 4, referem-se à categorização da Ficha de Cadastro do Sistema HIPERDIA (ANEXOS A e B). Os itens 8 a 13 foram

utilizados na coleta de dados a partir de registros das questões em aberto, presentes na ficha.

Situação familiar/conjugal		n°	%
1	Convive com companheira(o) e filhos	67	28,0
2	Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filhos	33	13,8
3	Convive com companheira(o), filhos e/ou outros familiares	10	4,2
4	Convive com familiares, sem companheiro	51	21,3
5	Convive com outras pessoas, sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais	8	3,3
6	Vive só	19	7,9
7	Não consta	21	8,8
8	Amasiado	1	0,5
9	Casado	19	7,9
10	Divorciada	1	0,5
11	Separada	2	0,8
12	Solteira	1	0,5
13	Viúva	6	2,5
Total		239	100,0

Fonte: Fichas de Cadastro do HIPERDIA . 2001-2011

Quadro 2 . Distribuição numérica e percentual dos registros de cadastros acerca a situação familiar/conjugal. Ribeirão Preto, 2014

O Quadro 2 mostra, ainda, que 67 (28%) dos registros são de pessoas que no momento do cadastro declararam ter uma rede social de convivência com familiares e/ou cônjuges; 8 (3,3%) das pessoas cadastradas convivem com pessoas sem laços de parentesco; 19 (7,9%) são pessoas que vivem sozinhas; 3 (1,3%) declararam ter algum tipo de separação conjugal (divorciado ou separado), não referindo convivência com outras pessoas ou familiares; 21 (8,8%) das fichas não continham informação sobre essa variável.

As características da estrutura familiar indicam possibilidades e apoio para o cuidado. Diversos tipos de relações familiares foram mencionados, por exemplo, a família enquanto cuidadora e, ao mesmo tempo, promotora de encontros sociais em que as pessoas com DM2, não podem participar integralmente, principalmente devido às restrições alimentares; família que é parceira no cuidado e enfrentamento do DM2 gerando até situações de dependência; família enquanto culpada+ pelo desenvolvimento do DM2, pelo fator de hereditariedade.

Conforme caracterização, a maioria das pessoas com DM2 da área de abrangência mora com familiares, com diferentes graus de parentesco, prevalecendo os que convivem com companheiros e filhos. No entanto, alguns entrevistados moram sozinhos e indicam formas diversas de socialização, como visita aos parentes e amigos, confraternização em busca de lazer junto com familiares e em atividades na comunidade, como pescaria e ir à igreja.

Quando se associa que a maioria dessa população é composta por idosos, se faz necessário investigar e acompanhar mais diretamente se são esses os que moram sozinhos, pelo risco de dificuldades para assumir as atividades de cuidados frente ao DM2 (MARQUES et al., 2013).

Principalmente durante as entrevistas, são mencionados os problemas de saúde presentes entre membros da família, incluindo o DM2, em algumas situações há ênfase do fator hereditário dessa doença e as pessoas mencionam os familiares que foram a óbito por complicações do DM2, situações que em alguns momentos são temidas e, em outros, servem como estímulo para o cuidado e como fontes de conhecimento e experiências frente a doença.

Eu pejejo pra não cair na insulina [...] Ah, é muito difícil você ficar se picando, se picando, onde viaja tem que tá levando isso... E pior . a minha irmã morreu faz um ano, com esses negócios e tudo que eu sinto ela sentia também. Ela deu 73 anos, ela foi embora. E olha lá pra mim chegar lá, hein? [risos] Ai, Meu Deus! Ela emagreceu também, nossa foi uma peleja pra ela, tadinha. Aí ela ficou nessa insulina uns cinco anos ou mais. Por fim não tava resolvendo tomar a insulina e tomar a metformina, aí deu %enfarto+ nela, deu %enfarto+ Porque dá, né? Que eu, quando eu vou fazendo regime, vou fazendo regime de medo dela aumentar e aumentar, quando pensa que não ela abaixa, vai eu pro hospital (Rute . E).

A presença do DM2 na família tem abrangência crescente, os usuários referem também os filhos que desenvolveram a doença. Em algumas entrevistas viu-se que havia famílias em que todos os membros estavam com DM2.

Eu tenho um filho, ele é problema de rim, não é diabete não, mas eu já tô com dois filhos que tá começando a tratar de diabetes [...] Meu filho e minha filha. Mas por quê? Sabe a época da menopausa, ela já tá entrando na época da menopausa, já tá com 46 anos já. Falei: %Minha filha, você se trata, minha filha, porque, olha, é feroz. Se não tratar, bem tratado, seguir negócio de médico, ela mexe com a pressão, pressão só vira um disparo. E costuma até morrer nessa época. Tem uma amiga ali embaixo que morreu (Rute . E).

Os usuários descrevem os (maus) hábitos dos familiares que têm (ou tiveram) DM2 com desfecho negativo perante a doença, comparando com as mudanças realizadas nos próprios hábitos.

Familiar: Ele tem um pai que faleceu vai fazer dois anos, de diabetes. Ele falou pra você? [...] Dois anos. Infelizmente, né, é ruim de mais, eu vou te falar, infelizmente.

Arnaldo: O cara não cuidava da alimentação.

Familiar: Tem que mudar a alimentação.

Arnaldo: Não controlou a alimentação. [...] eu como mais, assim, verdura; verdade, ela [mãe] gosta mais; verdura de folha eu como bastante mesmo, ela gosta de verdura e, tipo, eu moro no fundo aqui, né, então eu como bastante... (Arnaldo . E).

Por ser uma doença com fatores hereditários, o DM2 pode fazer parte da história das famílias, muitas vezes enquanto fator negativo - muitos dos entrevistados já vivenciaram experiências de complicações e mortalidade de familiares por DM2 - mas, por outro lado, também pode conferir melhor preparo para o autocuidado, pelo conhecimento prévio acerca da doença, seus tratamentos e possíveis complicações.

Em algumas situações, a pessoa com DM2 estimula a própria família na busca por hábitos de vida mais saudáveis, em outras, a família é culpada pelas dificuldades na adesão ao tratamento, principalmente associadas à alimentação (ZANETTI et al., 2008;). Dessa forma, é importante que a constituição da família e sua representação no cuidado frente ao DM2 façam parte da avaliação em saúde, o que permite abordar dimensões socioculturais, para um cuidado mais coerente com as necessidades de saúde das pessoas assistidas, bem como incluindo sua capacidade para o autocuidado junto com a família (SANTOS et al., 2011; SANTOS; MARCON, 2014; PEREIRA et al ., 2009).

Os relatos indicam a atuação direta de familiares nos cuidados frente ao DM2, por meio de ações que vão desde auxílio nas atividades terapêuticas até controle extremado com ações coercitivas. Preparar e auxiliar as famílias para o enfrentamento da condição crônica de um membro (ou mais de um, ou a família toda) pode ser abordado por equipes da AB, incluindo análise dos fatores intervenientes na adesão ao tratamento do DM2 e as possibilidades de enfrentamento conjunto dessa situação.

Santos e Marcon (2014) indicam que, quando a família tem conhecimento sobre o DM2 e os cuidados requeridos, há condições de oferecer apoio mais efetivo.

Da mesma forma que, quando as modificações no estilo de vida são realizadas somente pela pessoa com diagnóstico de DM, há menor possibilidade de incorporar essas mudanças na rotina de vida.

As pessoas com DM2 consideram as relações familiares enquanto ponto de apoio para o cuidado. Isso deve ser observado por parte das equipes de saúde na AB, ainda mais que muitas dessas pessoas podem ser idosos, com associação de doenças e em uso de polifarmácia, conforme já destacado no presente estudo, tornando os cuidados ainda mais complexos. Dessa forma, as equipes de saúde devem operacionalizar na prática a inclusão das famílias no processo de cuidado, estimulando e preparando as mesmas para participação ativa nesse cuidado (ROSLAND; HEISLER; PIETTE, 2011).

Na análise da participação do usuário no contexto do tratamento do DM2 agrega-se, também, a participação da família que pode potencializar a produção de cuidados, dessa forma, a equipe conta com a família enquanto parceira para o cuidado e solicita sua presença quando há necessidade de discutir direcionamentos do tratamento e cuidados.

Deixa eu te falar uma coisa, você é o que dela? (pergunta para a acompanhante) – vizinha – não tem ninguém da família que pode vir com a senhora? – não, por que eles trabalham ([médico] pergunta para a acompanhante se pode trocar um medicamento dela que teria que comprar, a vizinha responde que não sabe). – tem que vim com alguém da família viu Rosa, pra conversar coisas que a família precisa decidir – é alguma coisa grave? – não, são coisas da medicação mesmo. A senhora está com as mesmas coisas de sempre, a diabetes e a pressão alta. É por que com o familiar a gente vê se pode trocar alguma medicação. Pede pra seu filho vir junto que eu dou um atestado de acompanhante para ele, como a senhora é idosa a firma tem que aceitar (Rosa – OP).

A família é referência para o cuidado e acompanhamento na unidade de saúde, e os profissionais apresentam atitudes coerentes com as premissas da ESF e APS, solicitando a presença da família enquanto núcleo de cuidados para participar do acompanhamento e das decisões sobre o tratamento do DM2 (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

A família configura rede de apoio, cuidado, vínculo e carinho, importantes na vida das pessoas com DM2, e ajudam no enfrentamento da doença (PEREIRA et al., 2009). Os entrevistados relatam que moram com filhos e netos que, em sua maioria ajudam nos cuidados inerentes ao tratamento do diabetes, seja com auxílio nas atividades de vida diária, ou acompanhando nos serviços de saúde, oferecendo

cuidados com medicação, atenção/vigilância frente à alimentação, aplicação de insulina e realização de glicosimetria capilar.

14h46 – 15h29 - Consulta médica

O filho entra junto na consulta.

[médico] pede a receita da última consulta.

- Vê aí filho!

Receitas/papéis em uma pasta.

[médico] Dei a receita em julho quando a senhora veio.

Salmão - Tô indo na Barão de Mauá que aqui me encaminhou para lá.

[médico] - Tá tudo bem com a senhora?.

Salmão - Tô

Após solicitação da doutora, Salmão senta na maca para ser examinada e o filho ajuda, [médico] verifica a pressão arterial em ambos os braços: Tá joia, nos dois braços igual. Faz exame clínico (Camila – OP).

Porque lá na casa da minha filha, ali tem sempre gente. Tem condição pra qualquer coisa pra fazer comigo, né? Então eu fico mais lá e ela pega mais no pé, o tratamento, o remédio, ela fica muito em cima das coisas. Por isso que eu fico lá. Porque minha nora trabalha, meu filho trabalha, não tá trabalhando agora porque tá afastado, então aqui não tem ninguém pra ficar em cima de mim com os remédios (Rosa . E).

Famílias são parceiras do sistema de saúde, promovendo a vinculação das pessoas com incapacidades ou dificuldade de locomoção ao sistema de saúde.

[...] as coisas que eles [profissionais da UBS] não quer falar pra mim, que eu não escuto direito, aí fala pros acompanhante. Que nem esse rapazinho [neto] que foi comigo, ou minha filha que vai, ou minha neta que vai, cada vez que vai, vai um. Tem a [neta] que vai sempre comigo, essa que tá trabalhando no Hospital das Clínicas, já fez um ano que ela tá lá, já pegou até férias. Ela vai muito comigo, a Fernanda (Luciana . E).

A dinâmica dos cuidados produzidos no âmbito do núcleo familiar traz informações importantes acerca da adesão das pessoas com DM2 ao tratamento. Na presente pesquisa, ficou evidente o importante papel dos familiares no acompanhamento das ações relacionadas ao tratamento de saúde, principalmente entre os idosos, percorrendo junto com esses usuários o percurso pela rede de atenção à saúde.

Rosland et al. (2001) defendem, ainda, que a participação de acompanhantes, familiares e amigos, nas consultas médicas e visitas domiciliares, oferece suporte e maior qualidade de cuidados em saúde por parte de pessoas com DM, indicando esses acompanhantes enquanto parceiros dos usuários e profissionais de saúde para as ações de cuidado, especialmente casos mais complexos.

Para além disso, algumas famílias se unem na busca por melhor estilo de vida junto com as pessoas com DM2 (PEREIRA et al., 2009). Os hábitos de vida das famílias não configuraram objeto de análise do presente estudo, no entanto, percebeu-se, entre os dados, um direcionamento mais efetivo dos familiares no sentido de cobrar das pessoas com DM2 a realização dos cuidados recomendados, do que de realizá-los conjuntamente.

Pode-se analisar o papel dos familiares enquanto colaboradores diretos na produção do cuidado. Na AB, com caráter especial, mediante o direcionamento das ações em saúde para a família, tendo-a enquanto núcleo de cuidado e também de local onde se expressam os determinantes sociais em saúde, a equipe de saúde deve utilizar ferramentas para conhecer a dinâmica familiar e sua função de apoio (ou dificuldades para realizar essa função) com vistas a qualificar o cuidado.

Além do papel das famílias mediante do tratamento do DM2, percebeu-se sua importância enquanto rede social de apoio, com relações que vão muito além da relação com a condição de adoecimento, mas constituem muitas relações e aspectos a partir da história vivida conjuntamente, mediadas por muito afeto, carinho e cuidados. Nesse sentido, a presença constante dos filhos e netos é valorizada.

Tenho sete filhos [...] Eu tenho acho que 14 netos, duas bisnetas [...] Grande. Ih, dia do meu aniversário isso aqui lota. Enche. Eles fazem uma festa, e me abraça e me beija, aquele carinho gostoso, tão bom! (Rute . E).

Ao longo das entrevistas, também foram indicadas memórias da família, da vida que passou, das oportunidades, do que se fez, indicando e reafirmando o próprio valor enquanto pessoas, porque hoje são dependentes, mas já fizeram muito pela família, pelos que hoje são seus cuidadores. Com falas saudosas, as perdas também são mencionadas.

Vocês tá aqui pesquisando e eu querendo conversar! Nós tinha mudado que antes nós morava em Guarulhos, né. E a gente mudou pra cá e a gente trouxe um troco né, bom, e meu marido queria comprar um carro, e ele tinha sofrido derrame e tomaram a carta dele porque ele sofreu derrame. Aí: Vamos Vina, comprar o carro na Dom Pedroq ai nós morava na Rua Bahia, que nós pagou aluguel um ano, depois que a gente vendeu a casa de Guarulhos que a gente comprou aqui, aí nós lá ia indo pra Dom Pedro, de pé, porque lá na Rua Bahia não passava ônibus nenhum que ia, então a gente ia de pé, ai ele falou: %Aí Vina, tô passando mal, vou voltar pra trás você vai sozinha e eu vou voltar, ai ele voltou pra casa e eu fui pra Dom Pedro, cheguei lá negocieei o carro, mas era um chevete né, vermelho, e vermelho ele não queria, não gostava de carro vermelho,

aí você sabe que eu negocieei com o homem, um vermelho, o homem pôs eu, dentro do carro e levou eu lá em casa pra negociar com ele. Ai ele não queria e falou assim: %Não eu tenho um carro que tá pintando+, que era carro velho, não era que carro novo a gente não podia né, mas um velho dava pra... ai ele falou: %Eu tô pintando um carro na avenida Mogiana, aí assim que pintar nós troca de carro, aí a gente pagou um pouco mais, que aquele outro né, aquele vermelho, aí o homem mesmo levou o carro lá em casa e trouxe o branco, tudo foi eu que negocieei+ [...] Já fui [boa para fazer negócios], mas hoje, hoje eu não tô prestando nem pra comer... (Luciana . E).

Meus filhos iam pra escola, trancava aqui, eu panhava os dois %pititim+ na perua, eu pagava perua pra levar eles num pré que tinha lá no bosque, era um pré bom que tinha lá. Eu tinha que trabalhar no duro, pra mim chegar aqui no máximo cinco e meia pra mim pegar eles. Eu deixava aqui. As meninas também, tadinhas, elas chegavam da escola e iam trabalhar também. Tudo trabalhador aqui em casa, desde pequeno. Uma gracinha, elas me ajudava muito [...] Depois meu velho aconteceu um acidente e ele já veio embora em um caixão [...] Falei: %Glória Deus, meu pai amado, se com ele tá difícil, sem ele agora? Agora nos enrolou os bigodes mesmo. Meu marido trabalhava por conta, ele tinha firma de carpinteiro, sabe? Pegava prédio, forma, essas coiseiras assim. Morreu agarrado nessas forças aí. Morreu bem debaixo da [...] Choque. Matou ele. Saiu daqui cedo, cedo, eu levanta 3 e meia, 4 horas pra fazer marmitta pra ele e pros empregados, os meninos que ia trabalhar já ia e levava também, ia pra escola, os pititim já colocava na perua, já descia pro ponto de pegar ônibus. Aqui não ficava ninguém. Fechadinho. Aí nós lutemos, minha filha, e nós vencemos. Eu ainda fiz a casinha do fundo, arrumei ali, pus piso aqui dentro, que não tinha, todo dinheiro ganhado com esses bracinhos aqui, hoje não aguenta fazer nem meus serviços (Rute . E).

As histórias trazem lembranças que tem relação com a vida do passado, a criação dos filhos, por serem a maioria de idosos, percebe-se entre as pessoas entrevistadas, essa postura saudosa diante da vida, diante das condições de vida atuais, alguns descrevem melhorias importantes principalmente financeiras, mas reclamam ter perdido a força para o trabalho. Conforme destaca Alves (2008, p.37) %Descobrimos que somos velhos não por causa do tempo que passa mas porque dentro de nós moram eternidades+.

No âmbito da ação e do discurso revela-se as identidades pessoais e singulares enquanto seres humanos (ARENDT, 2010), enquanto profissionais de saúde, ao analisar essas singularidades e valorizarmos as potencialidades muitas vezes implícitas, podem ser encontradas formas de construir relações terapêuticas mais efetivas.

A valorização do encontro com atitude de posicionamento atento às necessidades de saúde, que extrapolam as doenças ou motivos que levam os

usuários a buscar os serviços de saúde, pode dar pistas aos profissionais acerca dos carecimentos mais sutis, como a necessidade de conversar, de se expressar e ser valorizado (MATTOS, 2001; BRASIL, 2009).

Tais aspectos estão na ordem da micropolítica e enquanto perspectivas que tratam de sutilezas relacionadas ao encontro entre profissional e usuário, podem dar pistas para fatores antes não percebidos, com potencial para mudar radicalmente a configuração das práticas de saúde e de cuidados. Quando um idoso resgata de sua memória as potencialidades de sua trajetória, pode ser que, se inseridos tais aspectos na relação com a condição de adoecimento crônico, se estabeleçam no encontro entre profissional e usuário pontes para constituir a sua condição enquanto sujeito⁹ do próprio cuidado.

Nesse sentido percebeu-se que muitos dos usuários entrevistados tomam as rédeas da vida nessa condição de sujeitos e na construção de relações que vão além das familiares, levam modos de vida mais protagonicos, em que a condição de adoecimento crônico toma lugar secundário mediante as próprias potências.

É, eu danço, igual semana passada um rapaz me chamou para dançar [...] Eu sou de 41. Vou fazer 71 ou 73? [...] Então, porque pra mim não tá pesando não! Um rapazão me chamou pra dançar, e era xote... E xote você sabe que é por aqui oh! [...] Que eu gosto de dançar assim, esse negócio de dançar arrastando o pé não dá, aí o rapaz me chamou e eu falei oba, preto, é bão, é mais forte, o treco começou lá e foi aqui, foi ali... e ele... Eu falei, uai, você já cansou? Ele falou é, não vou aguentar muito mais não, falei pra ele então pode parar que eu vou dançar sozinha, nós deu três volta e eu já falei você não é de nada não, vai descansar. [risos]. Você tem que ver cada uma que eu arrumo! (Lara - E).

Conforme esse trecho acima destacado, além da família, atividades recreativas como bailes e festas, também foram mencionadas associações religiosas, enquanto fatores que agregam possibilidades de encaminhar a vida para aspectos mais amplos, direcionados para a essência da pessoa enquanto condição estruturante de si mesma (SOUZA; LIMA, 2007).

Caso haja verdadeiros encontros entre profissional e usuário no *setting* da consulta, ou da visita domiciliar, ou dos grupos educativos tais aspectos podem ser acessados e, então, utilizados como direcionadores da formação de uma aliança

⁹ Grupo sujeito é conceito derivado do referencial teórico da análise institucional se refere à perspectiva de protagonismo, com posicionamento ativo perante a vida (BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes teoria e prática. 5ª Ed. Guarani Editora Gráfica: Belo Horizonte, 2002).

terapêutica que ultrapassa os limites do corpo-órgãos e se abre para a abordagem das inúmeras possibilidades diante da vida das pessoas e suas famílias para se construir estratégias de cuidado que englobem **também** o DM2.

5.2.3 Cuidados diante do DM2 mediante as condições de trabalho

Mediante as características da vida das pessoas com DM2, que vão além da condição de adoecimento crônico, o trabalho foi outro aspecto que emergiu enquanto potência para análise da produção de cuidados.

A relação entre o trabalho e os cuidados diante do DM2 foi observada como característica inerente ao contexto de vida, tanto dos usuários que mantêm trabalho formal como entre outros que têm atividades informais para obtenção de renda. As condições de trabalho mencionadas são variadas, muitos dos entrevistados ressaltaram dificuldades para conciliar ações de cuidado requeridas como parte do tratamento do DM2 e a rotina laboral.

Outras questões, relacionando trabalho e cuidado, foram mencionadas: o usuário que utiliza da proximidade das relações de trabalho junto a profissionais de saúde facilitando a criação de fluxos para acompanhamento na rede de atenção à saúde; a possibilidade de, durante o trabalho, buscar formas de fazer exercícios, o que ajuda no cuidado frente ao DM2; a priorização, pelo usuário que trabalha em diversas cidades, em manter acompanhamento na cidade onde mora com a família, fazendo a opção pela maior possibilidade de vínculo e acompanhamento.

[...] tem os médico que trabalha lá [no condomínio onde ele trabalha], converso com um, converso com outro. Dá uma ideia. Então é com eles, e aí, Doutor? Passa assim, assim [...] É, professor lá nas Clínicas... Porque tem médico que ajeita lá nas Clínicas. Ela faz tratamento lá também. Então... ajuda o acompanhamento (Augusto . E).

É, caminhada. Mas eu tava parado, né? Depois que fui na caminhadinha dela. Agora não, agora tô trabalhando, né? Aí eu caminho, vou caminhar muito na obra. Já não é a mesma coisa que caminhada, né, mas eu procuro sempre tá movimentando, né? [...] Aí as pessoas: %Por que você anda tanto?+ Falo: %Não, é porque eu gosto de andar+ Aí não é verdade, é porque eu tenho que tá andando, né? Mas, aqui, eu sempre pego pra caminhar. Se parar, parece que dá, parece que começa a inchar as pernas. Por causa da

pressão também, né? Eu acredito [...] Então eu procuro sempre tá caminhando, andando (Marcelo - E).

A análise dos cuidados realizados durante o trabalho nos permite destacar o protagonismo do usuário na produção de cuidados frente ao DM2. Percebe-se, mediante os trechos das falas, que as condições de trabalho não favorecem a execução de cuidados conforme solicitado pelos profissionais de saúde. Dessa forma, os usuários criam possibilidades, inventam estratégias para manter as ações de cuidado que acreditam ser importantes, criando brechas na rotina para sua execução.

Conforme destaca Arendt (2001, p.303),

a experiência fundamental que existe por trás da inversão de posições entre a contemplação e a ação foi precisamente que a sede humana de conhecimento só pôde ser mitigada depois que o homem depositou sua fé no engenho das próprias mãos.

Nesse sentido, quando os usuários criam formas de cuidado, fazem adaptações buscando maior sintonia entre as necessidades de saúde e as atividades da rotina, vislumbra-se um potente exercício de participação no processo de cuidado. Há autonomia para criar, há internalização da importância das ações de cuidado e, nesse ponto, nota-se que se faz presente a implicação dos usuários com a condição de saúde e cuidados perante o DM2.

Os depoimentos também apontam a influência da rotina de trabalho no cuidado à saúde que é dispensada pela pessoa com DM2. Por vezes, as condições de trabalho não permitem os cuidados necessários com a alimentação, ou mesmo que haja um tempo adequado para fazer acompanhamento de saúde.

Sempre tô andando bastante durante o dia. Comer, comida não tem como, porque lá [no local onde trabalha] não tem comida específica, né, pra quem é diabético, então eu procuro não comer muito, né, só comer coisa, só pra sustentar mesmo (Marcelo - E).

Ah, por exemplo, no caso, porque eu trabalho à noite, eu tenho que alimentar pra comer só lá no serviço, depois só água [...] É, uma janta [...] É, por exemplo, seria das 6 às 6 da manhã. Aí fica mais uma coisinha do intervalo, leva uma janta e aí dá um certo horário, a gente tem comida que leva de casa. Quente, aquece ela e manda, né? Depois só... E essa de manhã aí, antes comia um pão com mortadela, agora [...] É, bolacha de sal, fazer igual o vício do cigarro, né [...] Você sabe que, né, a gente trabalha à noite [...] A gente trabalha muito à noite, né? [...] Trabalha assim, sem dormir direito... É complicado isso aí (Arnaldo - E).

Já [foi convidada para palestras sobre diabetes na UBS] e eu não fui por causa que eu tava trabalhando e não dava tempo. Então eu nunca fui. Até convidavam a gente, mas não dava certo, eu tinha que trabalhar, né? Mas eu falava pra eles que não dava pra mim ir porque eu tinha que trabalhar [õ] Porque o horário deles não batia com o meu porque não dava tempo de eu ir lá. Porque você sabe que diarista não tem horário [õ] Sai cedo e fica até de tarde, então... Não tinha horário certo, mesma coisa as outras pessoas que trabalham não dava, né? Porque também não bate o horário. Um problema aí do postinho que eu acho é esse (Rosa . E).

As condições de execução dos cuidados prescritos ainda não se fazem presentes na pauta do encontro entre profissional e usuários. Analisar as orientações profissionais, considerando as condições reais para a realização dos cuidados, indica que ou os profissionais contam com a criatividade e adequações por parte dos usuários, ou eles não consideram a garantia de efetivação das ações de cuidado recomendadas.

Nesse sentido, Tambo-Litzalde et al. (2013) destacam que os grupos de educação em saúde realizados por equipes da AB devem considerar as condições laborais dos usuários, já que essas demandam rotina de cuidados diferenciada, conforme as especificidades da rotina de trabalho. Tais aspectos podem fazer parte também de um plano terapêutico individualizado, com vistas a adequar e adaptar o controle metabólico às especificidades da vida dos usuários (BRASIL, 2013).

Outro conjunto de questões identificado, diz respeito a como o usuário com DM2 se relaciona com o trabalho e cria estratégias de enfrentamento da doença, de como lidar com a mesma, convivendo com diferentes posicionamentos de gestão do trabalho, que pode proporcionar maior ou menor possibilidade de cuidado entre os trabalhadores.

Não, eu, nesse dia [teve hipoglicemia durante o trabalho], eu cheguei a, não cheguei a desmaiar, mas eu não aguentei ficar em pé, fiquei sentado, foi quase [...] É, quase, fiquei sentado, deitei um pouco debaixo da sombra lá, sozinho, porque eu não falei pra ninguém também [...] Não falei pro meu chefe... Porque era uma obra muito difícil, tanto é que eu vim embora, logo cedo eu vim embora. %Eu não vou ficar nessa obra+ [...] Eu não tô aqui pra me matar, uai [...] Não tem jeito. É, aí fui embora. Diferente dessa que eu tô agora. Lá, é um cara que eu já trabalhei com ele uma vez, então ele sabe todos os problemas que eu tenho, eu sei os problemas, então a gente, é, eu procuro... Por exemplo, hoje, é, a obra tá apertada, que é a entrega do aeroporto, tal, pra 2014, tal, tá apertada, mas como eu tenho que fazer acompanhamento aqui [consulta na UBS], aí eu falei pra ele, e ele falou: %Não, no tempo do senhor.+Falei com o Engenheiro, tal [...] É, faz toda diferença. Lá dá toda atenção, você tem todo apoio, diferente da que eu tava antes, né. (Marcelo - E).

Nesse sentido, percebe-se que, além da saúde laboral, a atitude de cuidado, a mesma (nem sempre) presente nos serviços de saúde perpassa pelas organizações e possibilitam que os funcionários tragam para o trabalho formas efetivas de cuidar (ser).

Outra questão apontada que dificulta o acompanhamento, refere-se à incompatibilidade entre o horário de trabalho e o horário de funcionamento da unidade, sendo que a forma que os serviços estão organizados muitas vezes não colabora com o acompanhamento de saúde da pessoa com DM2.

Isso daí realmente ficou muito ruim pra gente. Por exemplo, eu trabalho na 25 e lá eles não gostam muito que falta, aí, um exemplo, eu vou tentar o encaixe pra ela, eu tenho que estar lá seis horas, correr o risco de não ter para aquele dia. Então fico às vezes é o dia inteiro: se tiver, vou ter que voltar 11:30. Então você fica um dia inteiro pra tentar um encaixe (Arnaldo . E).

Augusto: Trabalho num condomínio [...] Só que nem, eu tô te explicando pra você, por causa do horário, não bate [quando referido sobre necessidade de encaminhamento para nutricionista]. Eu consegui pra ir na [UBDS], mas não batia o horário. Era de manhã e pra mim não tinha como trocar o horário. E lá é troca de turno, aí não tem jeito, se você falhar, também aí vai ficar desempregado, vai ficar pior.

Familiar: Ele vai no dia do médico no dia que ele tá de folga.

Augusto: E eu procuro jogar, que nem, agora eu vou tirar sangue, aí eu vou no dia que eu tirar a folga [...] Então eu vou acompanhando mais ou menos assim, porque lá onde eu trabalho tem bastante médico, lá do [hospital de referência 1], professor, tudo lá. Então é aquele ditado, tem o [hospital de referência 1], como tem do posto, então aí eles falam: %Você tem a parte da tarde pra você ir no médico+ [...] É. Fala desse jeito: %Eu trabalho no posto, sei como que é a rotina, então... você vai ficar trazendo atestado? Você leva atestado hoje, leva amanhã...+ Complica, né? Tem que procurar fazer tudo certinho. Então é onde que eu procuro jogar na minha folga. Lá é cinco por um, né, então toda semana tem uma folga. E um domingo no mês. Então eu tenho que ir equilibrando e tem hora que não controla lá no posto por causa disso [...] E a menina lá falou isso aí: Tudo bem, você vem na sua folga e tira o sangue, mas você avisa antes [...]. Agora os retorno não tá batendo, né? Que eles marcam, cai lá pra agendar... Eu tenho que... E demora, né? [...] No retorno, de vez em quando, eu peço pra pessoa, né, me jogar folga naquele dia pra ir no médico [...] Entendeu? Às vezes cai na quarta, aí eu falo: %Folga na quinta, que fica melhor pra mim, que eu vou no médico+ Então eu venho controlando assim, mas já tô perdendo médico também. Porque não é todo dia que a pessoa pode trocar (Augusto . E).

Nesse contexto, em uma situação limite, evidenciou-se que, em função do trabalho, como justificativa, a esposa do usuário comparece às consultas e recebe

as orientações para o usuário. Certamente é uma situação limite, pois outras interfaces devem estar postas para levar o usuário a ter essa conduta.

Marcelo: Na verdade, faz um... Ele [médico] vai encher o saco, faz um ano...

[esposa]: Eu é que tô indo lá no horário dele [risos].

Marcelo: Vai fazer um ano que eu não vou no médico daí. Por conta do trabalho, né, de vez em quando tô medindo e tá tudo certo, eu não venho, mas é, se tivesse sempre alta, aí é lógico que eu tinha que ir. Mas eu acompanho aqui.

[esposa]: É. Eu que vou. Agora, como ele tem que ir embora, mas eu consegui marcar pra uma segunda-feira, né, aí dá pra ele vim [...] Que ele [usuário entrevistado] queria, eu pedi pra ele [médico] mudar esse né da pressão, ele [médico] falou: Não, tem que mudar com ele, tem que conversar com ele primeiro. Aí ele, deu certo dele vim mudar (Marcelo . E).

A rotina de trabalho dos usuários em muitos casos coincide com a rotina imposta na organização das unidades de saúde da AB, impondo dificuldade de acesso aos primeiros no acompanhamento de saúde, ou mesmo na ocorrência de situações que precisam ser avaliadas com maior rapidez. Fekete (1997) aponta a questão da acessibilidade organizacional, que deve ser pautada cuidadosamente na agenda dos serviços de saúde, criando possibilidades de ampliação de horários para que se criem oportunidades de atendimento ao usuário trabalhador.

Um ponto que se destaca nessa abordagem é de que a maioria dos relatos presentes acerca dos desafios de articulação entre trabalho e cuidado é derivada de entrevistas com homens. E, assim, faz-se presente mais uma vulnerabilidade da população masculina que, historicamente, tem menor ênfase perante as políticas públicas de saúde, o que se associa com as dificuldades de acesso e para efetivação de cuidados derivadas das atividades laborais (GOMES, 2011).

Há depoimentos que indicam que a presença do agravo ou de uma complicação levou à redução da capacidade de trabalho, sendo que alguns sujeitos relataram que pararam de trabalhar devido aos problemas de saúde.

[...] eu trabalhei, eu era cuidadora de senhoras mesmo, meu último trabalho, eu era cuidadora, cuidadora [Parei] Assim que eu fiquei doente [AVC]. Tem três anos (Camila . E).

Porque lá ele encaminhava pro médico, né? Lá do [Hospital de referência 4]. Agora vamos ver lá no [hospital de referência 4] o que é que vai ser diferente dos outros, né? Mas lá o professor mesmo ficava bravo comigo. Que eu tinha que fazer o regime direitinho, que eu tinha que fazer caminhada... Aí eu falava pra ele que eu esquecia, era muita coisa e naquele tempo eu tava muito ruim da cabeça, esquecia o que ele falava, chegava aqui eu não sabia explicar nada e

eu não tinha ninguém pra ir comigo. Então eu ia sozinha, de lá eu já ia trabalhar então minha filha não sabia dos meus médicos, nada. Agora que eles tão pegando mais no meu pé, né? Inclusive eu parei de trabalhar no dia que me deu o infarto. Eu não queria parar de trabalhar de jeito nenhum, mas aí eu desequilibrava assim, aí tive que parar, agora nem o serviço da minha casa eu dou conta de fazer. Eu lavo uma louça, eu paro, sento, volto, lavo mais um pouquinho, não sou mais aquela que eu era antes [õ]. Eu não posso fazer, mas, então, é devagar e mesmo que eu queira eu não posso. Agora eu tô acompanhando melhor. Porque eu não sabia e agora eu já sei (Rosa . E).

Não, eu trabalho só final de semana [...] Só. Ainda porque o médico já deixou [após infarto], né. E tinha aquela coisa que você não pode fazer esforço, não pode pegar peso, lá ele deixa porque é lojinha só e eu não faço esforço, né? Não pega peso, nada. Então a semana toda eu não trabalho mais (Jaqueline . E).

E diante dessa constatação questiona-se: o trabalhador adoece, ao longo de suas atividades laborais, por que não tem condições de acompanhar efetivamente a sua saúde? Ou os problemas de saúde é que dificultam as atividades laborais?

No geral, os relatos indicam que as pessoas com DM2 que trabalham não têm as mesmas condições de cuidado que as demais. No grupo, as três pessoas que mencionaram trabalhar, têm idade entre 40 e 64 anos, outros estão aposentados, mas, de alguma forma, lembraram as condições de cuidado enquanto trabalhavam. Todas as falas indicaram que o trabalho, de certa forma reduz as possibilidades de cuidado, seja por restrição no tempo, pelas condições gerais do próprio trabalho que dificultam manter um padrão alimentar adequado, reduzem as possibilidades e disposição para se realizar atividade física, além de restringir o tempo e acesso aos serviços de saúde da AB, devido ao horário de funcionamento das unidades.

As falas ilustram também porquê o DM2 compromete a capacidade produtiva, afetando aspectos econômicos e sociais entre as pessoas e suas famílias, a partir dos relatos de pessoas que tiveram mal-estar no trabalho ou percurso, decorrentes de variações glicêmicas. Goulart (2011) refere que as condições crônicas trazem efeitos negativos do ponto de vista macroeconômico, porque reduzem a força de trabalho, acarretam em aposentadorias antecipadas, geram maior rotatividade dos empregos, comprometimento dos salários, posição alcançada e estigma. Além disso, as dificuldades individuais extrapolam a rotina de trabalho, influenciando, também, as famílias dessas pessoas e até na capacidade de sustentar e educar os filhos.

Por outro lado, percebe-se também, que o trabalho e capacidade laborativa são aspectos que podem ajudar no enfrentamento do DM2, por aumentarem a rede social com possibilidade de maior apoio, além das características gerais que o trabalho representa na vida do ser humano.

Nesse tema os dados encaminham à reflexão acerca de aspectos inerentes à vida e à rotina das pessoas com DM2 que se associam diretamente às condições e possibilidades para o cuidado. Os problemas de saúde associados ao DM2, referidos pelos participantes da pesquisa, se analisados em quantidade, gravidade e tempo de duração, bem como as condições de trabalho e o papel da família e rede de apoio nesse cuidado, reafirmam o quão peculiar se fazem as condições de saúde de cada pessoa.

Assim, mesmo ao se considerar que as ações propostas pelo Ministério da Saúde, no formato dos programas de controle de caráter nacional, dão conta de um atendimento genérico, destinado de forma programática a um conjunto grande de indivíduos, tendo como foco um olhar amplo para problemas de saúde com alta e crescente prevalência como o DM2, não se pode deixar de considerar que também se faz necessário manter um olhar integral para as condições específicas de saúde e necessidade de cuidado individuais.

Pode ser que essas implicações não deem conta da subjetividade das pessoas que buscam o cuidado, que tragam mais o corpo físico do que as demais dimensões do sujeito que se põe à procura de cuidado, mas a cronicidade da doença traz um aspecto positivo que é o da garantia (ou maior probabilidade) de sucessivos encontros entre profissionais e usuários, podendo agregar cada vez mais importância para os cuidados a serem realizados, até que tomem corpo e comecem a fazer parte da rotina, primeiramente, enquanto brechas na rotina instituída, para então ir tomando corpo e, quem sabe, constituir, enquanto estruturante, outros modos de levar a vida.

5.3 Representação do DM2 na vida das pessoas e os cuidados produzidos

Neste segundo tema foi estruturada uma análise das relações mantidas com a condição de adoecimento no cotidiano de vida das pessoas, considerando as necessidades contínuas de cuidado inerentes ao tratamento do DM2, que perpassam relações familiares e sociais. Além disso, evidencia-se entre os relatos, a importância dos conhecimentos acerca desse agravo e sua implementação na rotina das pessoas com DM2 em ações que, na maioria dos casos, acarretam modificações no estilo de vida e na relação com o próprio corpo.

Os entrevistados mencionam que as ações de cuidado empreendidas frente ao DM2, ocorrem dentro de um limiar entre o que é preconizado pelos trabalhadores da área da saúde, com tendências a seguir a lógica biomédica, e as concepções dos usuários, em seu contexto de vida e com suas necessidades de saúde. As falas remetem à dinamicidade das ações de cuidar, tanto no seguimento das recomendações quanto nas possibilidades de reinventar formas de cuidado mais autônomas.

Na produção de cuidado há um jogo de verdades que se compõem: a verdade do profissional com a verdade do usuário e, nesse entremeio, surgem ações de cuidado, nem sempre passíveis de avaliação positiva pelos instrumentos baseados em tecnologias duras e leve-duras.

Nessa perspectiva, vale refletir que, quando há constante elevação dos níveis glicêmicos, são comprovadas as complicações comprometedoras da qualidade de vida, provocando sofrimentos às pessoas com DM2, dessa forma, se faz necessário respeitar o usuário com sua autonomia e, ao mesmo tempo, ter responsabilidade por nortear as ações de saúde de modo a oferecer real autonomia, com conhecimentos do contexto e direito consciente de escolha das opções de cuidados e consequências da condição de adoecimento (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Nesse sentido, ao longo de todo o tema, descreve-se uma relação dialógica (empreendida na análise dos dados) entre as orientações profissionais e as ações

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS cotidianas realizadas pelos usuá rios (ou opiniões dos mesmos acerca dessas ações, quando não realizadas). Na atuação com o profissional a abordagem desses aspectos não se configura na dialogicidade, predominando a ação unidirecional dos profissionais, mediante a prescrição.

No desenvolvimento dos aspectos relacionados à representação do DM2 no cotidiano de vida dessas pessoas, o tema foi estruturado em três dimensões:

- 1) *Construindo a relação com a doença e com os cuidados requeridos*
- 2) *Cuidados frente ao diabetes: produção de dificuldades?*
- 3) *Configuração dos processos de aprendizagem sobre o diabetes*

5.3.1 Representação do DM2 na vida das pessoas e os cuidados produzidos

A partir da abordagem do contexto de vida das pessoas com DM2, pode-se perceber que, apesar de esse grupo ter como característica comum o diagnóstico de DM2, também apresenta diferentes condições de vida, variando em aspectos financeiros, sociais, culturais, econômicos, de saúde, rede social de apoio e trabalho. Naturalmente, são diversificadas as formas de enfrentamento da condição de adoecimento crônico, segundo a disposição para o cuidado e vulnerabilidades específicas de cada pessoa.

Esse tópico traz falas que denotam a relação das pessoas com a condição de ter DM2. São essas relações e concepções a respeito da condição de saúde que vão direcionar os carecimentos do usuário que levam à busca por serviços de saúde e determinam seus posicionamentos na relação com o profissional de saúde na/para a produção de cuidado.

O tempo de diagnóstico imprime diferentes relações com a condição de adoecimento, bem como com o tipo de tratamento e o conhecimento/experiências acerca do DM e suas complicações. Entre os entrevistados, observa-se que o tempo de diagnóstico referido é variado . entre mais de 20 anos até menos de 5 anos . indicando necessidade de diferentes abordagens profissionais frente à condição de adoecimento.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Diabetes tem tempo, ah, mais de 10 anos! [õ] Oh menina, eu tô com 54 anos, e eu tenho diabetes desde os 40 anos (Camila . E).

Desde que abriu [acompanha na UBS desde sua inauguração] [...] [diabetes] Foi descoberto lá! Aí eles me passaram num médico aí ele mandou fazer uns exame e deu diabetes. Eu tinha 66 anos, já tô com 88 (Luciana . E).

Cinquenta [...] Cinquenta anos. Vou fazer cinquenta e um em novembro agora [...] Com quarenta anos, né, eu comecei. Dez; onze anos quase [diagnóstico de DM2] (Rafael . E).

Entre os entrevistados, observam-se pessoas mais jovens com DM2 há maior tempo e idosos com pouco tempo de diagnóstico. Essa informação denota diferentes aspectos de utilização do serviço de saúde, de mobilização de familiares para o cuidado e de conhecimentos e atitudes frente ao DM2 (RODRIGUES et al., 2012). Tais características individuais também são indicativas de necessidades de abordagens específicas pelas equipes de saúde.

O tempo de diagnóstico de DM2 é difícil de ser exatamente definido mediante o período em que as pessoas se mantêm assintomáticas, dessa forma, muitos deles recebem o diagnóstico quando têm sintomatologia associada a alguma complicação da doença (MORAES et al., 2010). O tempo de diagnóstico deve ser critério analisado no acompanhamento das pessoas com DM2, já que tem relação direta com a adesão ao tratamento e com o risco de complicações (FARIA et al., 2013).

Além do tempo de diagnóstico, há variações entre as situações em que este se efetivou. Em alguns casos, o diagnóstico de DM2 foi feito ao longo de acompanhamento de saúde; para outros, ocorreu de forma associada com algum problema de saúde mais grave, que levou à procura por serviço de saúde, geralmente até relacionadas a complicações cardiovasculares e cerebrovasculares; para outros, a doença foi diagnosticada em momentos de fragilidade emocional, quando se exacerbou o quadro de hiperglicemia.

Ih, bem mais, uns dez [tempo de diagnóstico do diabetes]. Eu tomo remédio assim diário que é pra não aumentar [...] Não sentia nada [quando o diabetes foi diagnosticado], bem, a minha doutora que é a cardiologista é a [médica] [...] toda vez que a gente vai lá ela pede os exame pra ver como que tá, aí ela vai lá e falou: Olha Lara, não é que você tem diabetes, que é diabetes, mas nós precisa ir cuidando disso, você já começa a tomar remédio e não facilita, não come muita massa, não come muito doce, tudo que eu gosto minha filha, mas o que eu vou fazer? (Lara . E).

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Quando deu o infarte em mim, foi que descobriu que eu tinha o diabetes [...] Eu tava desconfiado, mas não tinha certeza, depois quando eu fui no médico foi que fiquei sabendo [...] Tava desconfiado porque tinha a ferida minha que não cicatrizava, ali eu falei, ~~Aí tem coisa~~ aí minha mãe falou: Deve ser diabetes. E não deu outra [...] eu procurei o médico aqui, o médico me orientou, me orientou tudo, e eu falei bom, agora é ir em frente né [...] Desde que deu o infarte que eu tô lá [em acompanhamento na UBS] (Pedro . E).

Também houve relatos de pessoas que buscaram serviço de saúde ao reconhecerem sintomas de DM2, por informações prévias ou experiência com familiares que também têm (ou tiveram) a doença; e de pessoas que tiveram diabetes gestacional e desenvolveram DM2 depois de alguns anos, ou diante de quadros como feridas difíceis de cicatrizar.

Quando foi mencionado o tempo de diagnóstico bem como as condições em que se deram, analisou-se a importância do acompanhamento contínuo de saúde, para que haja avaliação e enfoque de fatores de risco e primeiros sintomas, obtendo abordagem precoce (BRASIL, 2013), prevenindo a médio e longo prazo quadros mais severos da doença, bem como a importância de abordagens distintas frente às pessoas com tempo de diagnóstico diferentes. Naturalmente, aquelas com maior tempo de diagnóstico já devem ter melhor conhecimento diante da doença em contrapartida, maior tempo de exposição indica maior probabilidade de desenvolver complicações (RODRIGUES et al., 2012).

Nesse sentido, a perspectiva de assistência centrada no vínculo, associada à análise epidemiológica para efetivação das ações de saúde, traz oportunidades de cuidar, conforme aspectos mais generalizados, a partir da alta prevalência das condições crônicas com seus fatores de risco em comum, ao mesmo tempo em que se detém para as singularidades relacionadas às especificidades individuais de enfrentamento do DM2 e outras condições crônicas que porventura estejam presentes (TORRES-LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005).

Provavelmente, em decorrência de falhas na abordagem inicial de pessoas recém-diagnosticadas com DM2, percebe-se, entre as falas, que, se há diagnóstico de DM (ou pré-diabetes) sem prescrição de medicamentos, as pessoas menosprezam os riscos e não programam mudanças na rotina de cuidados, o que leva a alterações progressivamente mais graves e complicações ao longo dos anos.

Não, lá no posto o moço falou que já deu alteração [antes do usuário ir lá e comprar o glicosímetro e verificar que a glicemia estava muito alta, já tinha sido informado na UBS sobre o diagnóstico de diabetes]

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

. eu tenho um papel aí, se um dia você voltar aí, eu vou achar ele pra você . falou que eu já tava um pouquinho alta, mas também não... Já era aquele começo de partida, já passou de 110, então tava lá uns 130, lá no postinho, né? Já tava com perigo, não tava? Era pra fazer o tratamento, mas o [médico] ficou um ano sem me dar receita... povo sem vergonha (Jorge . E).

As falas evidenciam progresso das alterações glicêmicas, quando num primeiro momento, do diagnóstico de DM2, as pessoas menosprezam a doença e seus sintomas, não realizam controle alimentar e, então quando, retornam é detectada piora da hiperglicemia até com presença de complicações.

A adaptação a uma doença crônica é desafiadora, conforme já destacado ao longo da presente pesquisa, pois, além da adaptação biofísica, incertezas precisam ser superadas para que haja motivação para o tratamento. A incerteza na doença é um estado cognitivo no qual o indivíduo é incapaz de atribuir um significado aos acontecimentos relacionados com a doença+ (p. 2) e têm relação direta com dificuldades para adesão à terapêutica recomendada, exigindo, dessa forma, estratégias diferenciadas durante a produção de cuidado, para se detectar e analisar a adaptação das pessoas mediante os cuidados recomendados frente ao DM2 (APÓSTOLO et al., 2007).

Não foi possível fazer, nesta pesquisa, uma análise da abordagem de uma pessoa recém-diagnosticada na unidade de saúde, mas, de antemão, destaca-se a importância de estratificar a população atendida em diferentes grupos de risco e condições para o cuidado, para que sejam valorizadas as ações de proteção de complicações antes mesmo de iniciar o tratamento medicamentoso (MENDES, 2012). Uma abordagem dos conhecimentos e crenças relacionadas ao DM2 e seu tratamento devem fazer parte da atenção às pessoas com a doença, já que concepções errôneas ou incerteza frente essa condição podem levar a cuidados equivocados ou aquém do necessário (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009; APÓSTOLO et al., 2007).

Percebe-se que as dificuldades de enfrentamento da condição de adoecimento permanecem ao longo dos anos, tomando diferentes características. Com o passar do tempo, o acompanhamento contínuo gera insatisfações e ansiedade. A perspectiva de controle e impossibilidade de cura precisa ser avaliada com atenção por parte dos profissionais para estimular o autocuidado apoiado, de forma conjunta entre profissionais e usuários, sem fomentar a ansiedade.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Às vezes . eu vou ser sincera- às vezes eu falo assim: %Bra que ir nesses médicos? Eu não tô conseguindo nada, eu não vejo resultado nenhum+ Mas, na verdade, tá tendo porque eu não tô engordando. Eu não emagreci, mas também não engordei. Eles tão fazendo a parte deles tentando me ajudar e eles tão colaborando comigo, né, porque eles tão preocupados comigo. Então, assim, às vezes eu fico chateada, como eu falei, às vezes eu acho que nem necessitaria, mas se eu não tivesse indo... Aí ou minha diabetes estaria muito mais alta ou eu estaria, assim, debilitada, porque você sabe que a diabetes tem uma série de fatores de risco que corre, então, assim, eu acredito que tenha feito bem pra mim, isso (Cláudia . E).

Percebe-se nuances das dificuldades perante a condição de adoecimento na dinâmica das relações que vão se conformando entre o usuário e a forma como entende, convive e atua frente à sua condição de adoecimento. Entre os entrevistados há referências de que a possibilidade de ter DM2 e se manter com saúde é estimulante, ora mencionam que às vezes buscam encarar o DM2 como um problema bem sério para estimular a realização dos cuidados.

Faz-se necessário, ao longo do acompanhamento longitudinal dessa população, perceber a situação real (e atual) da relação com a condição de adoecimento para buscar ações mais efetivas de cuidado junto a esses usuários. Para abordagem adequada dessa população, considerando as variações de estágios de aceitação da condição de adoecimento e de adaptação ao esquema terapêutico, é importante que a conduta profissional seja norteadada por modelos de cuidados próprios para as condições crônicas (RUGGIERO, 2000; MENDES, 2013).

Uma abordagem inicial deve ter o enfoque no fornecimento e fortalecimento de informações, e acompanhamento da implementação dos cuidados recomendados. Cabe destacar que, ao longo dos anos, a depender da disposição para o cuidado e prosseguimento das condições clínicas, faz-se necessário o manejo de acompanhamento dos fatores de risco para complicações e abordagens de análise individualizada das necessidades de saúde. Além disso, aspectos motivacionais devem ser inseridos na abordagem dessas pessoas diante das variações do estímulo para o autocuidado ao longo dos anos (RODRIGUES et al., 2012).

O enfrentamento da condição de adoecimento crônico traz modos específicos de percepção da doença bem como atitudes que ajudam a aceitar o tratamento e a condição de ter uma doença crônica. Mudar a concepção da doença para si, como forma de encarar o tratamento, remete a fatores internos para trazer maior

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS
significação para o cuidado, o que certamente denota maior motivação para adesão ao tratamento proposto (APÓSTOLO et al., 2007).

As falas retratam a dinamicidade dos cuidados, indicando que nem sempre se consegue seguir exatamente como recomendados. Em alguns casos há ênfase nas complicações, o que gera temor frente à condição de adoecimento, ao saber da possibilidade de desenvolvê-las. Muitas vezes esse medo estimula ações de cuidado no cotidiano. O cuidado é condicionante para se obter vida longa e com qualidade.

Mas, cuidando [do diabetes], ~~se~~veq.. É o que o doutor fala: %~~n~~ão é uma doença encravada, mas ela é, assim, de matar mesmo, então tem que ir tomando cuidado. Toma cuidado que você vai longe.+[...] Ela fala, fala. É uma doencinha, enjoada. Não é dessas que pega e logo mata, você vai longe, controlando ela, você tem vida longa [...] Vai viver longe, criar com seus filhos, falo: %~~N~~ossa, isso é ótimo!+ Eu não sei não, eu tenho esperança de viver um pouquinho mais. Se Deus quiser (Rute . E).

Pra cuidar, eu cuido pra poder sobreviver, né? Assim, pra mim... Eu não posso me entregar, eu tô com saúde, eu tenho que... Eu nem considero doença diabete não. Embora é até feio, né, o nome doença crônica. Aí, eu acho pesado %~~d~~oença crônica+ Diabete tinha que ser uma coisa mais saudável, né? Posso fumar um cigarrinho aqui fora? [...] Nossa, minha boca tá seca... (Rafael . E).

Eu vou ser sincera. Ninguém gosta de ter doença, mas às vezes eu encaro assim a diabete como um problema bem sério porque uma vez o médico falou assim: %~~O~~lha, se você não tiver cuidado, você pode ter uma trombose, perder algum dos membros, pode dar um problema no rim, pode dar um problema na cabeça, né, no cérebro, pode dar problema no coração... Tem uma série de fatores que inclui. Eu aprendi, né; mas, se você não tiver uma consciência, nada disso adianta. E a gente mesmo, nossa própria consciência às vezes falha, né, porque às vezes a gente perde o ritmo. Dependendo do que você tem que fazer toda hora, todo dia, o dia inteiro, a gente cansa. Às vezes eu esquecia de tomar o remédio depois da comida, muitas vezes eu esqueci, então agora, de um tempo pra cá, eu tenho me esforçado mais pra fazer tudo certinho, tomar medicação na hora certa... Eu tava fazendo errado, aí tinha que ter consciência, você entendeu? [...] Tem dia que eu nem lembro [do diabetes] mesmo, sinceramente [...] É, é bom porque, assim, às vezes você sai fora um pouquinho da sua rotina, é, não que eu extrapole em termos de comida, mas eu como além do que eu deveria. Aí no outro dia eu falo: %~~R~~oxa, ~~para~~íq aí aquele dia que lembrei eu dou uma maneirada, assim... Entendeu? Porque se você for lembrar todo dia, todo tempo que você tem, você não vive, né? E, como diz o médico, a diabete, assim como qualquer outra doença, ela vai existir em mim, em você, nele e em qualquer outro e a gente vai ter que aprender a conviver porque, infelizmente [...] Como diz o médico, a diabete não tem cura, né? (Cláudia . E).

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Cuidados diários, mudanças de hábitos, seguem a inconstância da vida, da rotina, do tratamento, com altos e baixos, cuidados contínuos geram ansiedade e a relação com a condição de adoecimento precisa ser analisada tendo em vista sua influência direta no cuidado (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009; TORRES-LÓPES; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005).

A relação com a família também é aspecto que pode ser agregado na análise da relação com a condição de adoecimento. Na conformação familiar, algumas pessoas têm mais propensão a doenças crônicas e outras não, o que causa conflitos porque uns exageram e não adoecem e outros precisam de constante vigilância; há outras famílias que têm vários membros com DM2 e precisam se apoiar nos cuidados diários. Os cuidados relacionados ao DM2 influenciam a vida social, porque os hábitos são diferentes das demais pessoas e familiares e as necessidades de cuidados também.

A família tem papel importante na efetividade do tratamento, enquanto apoiadora das ações de cuidado, mas, ao mesmo tempo, percebe-se a importância de ações de saúde também direcionadas aos familiares, englobando aspectos da promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas, tendo em vista a carga genética que aumenta a propensão para as condições crônicas (CRISPIM et al., 2006).

Outro fator mencionado entre os entrevistados recai sobre a ansiedade relacionada com problemas pessoais que estimula ingestão alimentar, provocando instabilidade dos níveis glicêmicos.

E pedi apoio pro meu marido, pros meus filhos porque o nervosismo às vezes é problema da casa, problema de dinheiro, problema não sei o quê, aí você acaba comendo mais, refrigerante... Meu marido é magrinho assim, né, você viu, não tem nada, nenhum problema de saúde e toma refrigerante todo dia, se deixar. Minha menina também, você percebeu, os dois é um palito, agora eu e aquele coitadinho ali fica sofrendo com dieta. E aí eles têm que colaborar, entendeu? Mas às vezes eu acabo ficando com dó de punir eles por uma coisa que tem que ser eu, é complicado. Eu não tô assim morrendo, graças a Jeová ainda não é meu caso, eu tô conseguindo... Mas é difícil, viu? (Cláudia . E).

A instabilidade de sentimentos frente ao quadro do DM2 e a necessidade de convivência diária com prescrição de cuidados são aspectos que influenciam a forma de enfrentamento da condição crônica e a execução de cuidados rotineiros frente ao DM2. Os entrevistados referem que as alterações glicêmicas têm influência

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS de fatores emocionais+ e os níveis glicêmicos são sensíveis às dificuldades e problemas enfrentados ao longo da vida.

Familiar: Só às vezes, assim, quando ele fica emocionado [...] A diabete dele sobe.

Renato: Nervoso...

Entrevistadora: E quanto é que dá alta que o senhor toma dois remédios?

Renato: Na faixa de 180, né?

Familiar: Não, 180 você não toma dois remédios não, bem. É 200, 250, sabe?

Renato: Mas é muito difícil chegar a...

Familiar: É muito difícil, sabe? É como eu falei, só quando fica emocionado, preocupado com alguma coisa aí o diabetes sobe (Renato – OP).

Agora, assim, eu não sei te dizer. Mas, assim, eu evito . como ela é emocional também . eu evito assim, muito... não passar por emoção muito forte, sabe? Não ficar muito nervosa porque se ficar nervosa ela sobe com facilidade. Então eu procuro ficar calma (Cleusa . E).

Não, graças a Deus não [uso de insulina]. Ele me falou ontem que acha que é emocional, tenho mais certeza que seja emocional do que não, porque eu tomo os remédio tudo certinho, eu não falho um dia sem tomar e a Diabetes tá sempre alta. Ele já falou várias vezes pra mim que tem mais certeza que seja do que não (Carolina . E).

Nesse sentido, para os entrevistados, há associação direta dos níveis glicêmicos com fatores emocionais. E percebe-se que, no encontro entre profissionais de saúde e usuário, não há espaço para abordagem de problemas dessa dimensão. O que foge da esfera biológica não é acolhido enquanto objeto do processo de cuidado. Esse distanciamento de problemas enfatizados pelos usuários pode reduzir a confiança necessária para a efetivação de uma aliança terapêutica, além de dificultar o acesso às subjetividades que permeiam a relação entre profissional e usuário (SOUZA; GARNELO, 2008; VALENTIM; CRUEL, 2007; GUATTARI; ROLNIK, 2005).

No contexto da relação de cuidado, o produto advindo das relações produzidas por meio do olhar centrado no biológico, pode ser estruturante das intervenções feitas no objeto-usuário, com olhar para o corpo-órgãos, foco na adesão à rotina prescrita de cuidados, direcionamentos das tecnologias duras e leve-duras, no território definido e seguro das certezas acadêmicas e protocolares.

Caso as incertezas, dificuldades, os carecimentos imateriais pudessem tomar espaço cativo na produção de cuidado, poder-se-ia dar lugar para uma produção conjunta e efetiva de um objeto-homem-singular com a vida ampla à frente do corpo-órgãos e assim produzir, na singularização, formas mais empoderadas de caminhar

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS na relação terapêutica (HAMMERSCHMIDT; LENARDI, 2010; GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Nesse contexto de produção de cuidados, não há perspectiva de cura como parte da rotina das pessoas que possuem DM, no entanto, algumas convivem com experiências de controle dos níveis glicêmicos, que acarretam modificações do tratamento diante de melhoras no estado geral, maior tranquilidade e segurança frente aos cuidados realizados perante o DM.

Fazer os exames e fazer o tratamento certinho, né? Porque aí foi detectado, né, o médico falou que eu já estava com pré-diabete, aí depois o quadro foi evoluindo, aí teve... Só uma vez que ficou muito alto, assim, chegou quase a 200, que foi 170. Tava em jejum e tudo. Mas depois disso não teve mais alta tanto assim não. Às vezes eu faço o exame dá 150, 130, você entendeu, teve vez de dar até 109 [...] Aí eu tenho feito, né, o tratamento, tomando a medicação e tudo (Cláudia . E).

É... E agora, todas vezes que eu vou lá no [médico], as duas vezes que fez o exame, que de primeiro não fazia o exame ali, o teste lá do diabetes [...] É, do dedo. Não fazia, agora começou a fazer, nas duas vez que eu fui, todas as duas vezes deu cento e quatro [...] Aí o médico falou que, quando for na outra consulta que eu vou ter com ele, é, ele falou que vai cortar meus remédio (Conceição . E).

Conforme destaca-se acima, a melhora é observada frente aos parâmetros clínicos, que direcionam e embasam as ações de cuidado. Devemos valorizar tais conquistas por parte dessas pessoas, mas ao mesmo tempo retomar, que dinamicidade do controle metabólico e condições clínicas das pessoas com DM2, deve-se manter o mesmo controle e acompanhamento longitudinal (GOULART, 2011).

A relação com a condição de adoecimento é modulada pelo tempo de diagnóstico, oportunidades de obtenção de conhecimento acerca da doença e formas de controle abordadas e tem relação direta com as estratégias de cuidado empreendidas frente à doença (FREIRE, 2013a).

Desta forma, na abordagem da pessoa com DM2, há que se perceber qual é sua a postura mediante a condição de adoecimento, já que isso tem relação direta com a adesão ao tratamento. Da mesma forma, abordagem de condições de vida, apoio social e familiar, conhecimentos frente ao DM2, devem ser utilizadas enquanto possibilidades de atuação junto com a pessoa com DM2 para melhor efetividade da produção de cuidados (FRANCO; MERHY, 2011; SANTOS et al., 2011).

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Nesse sentido, destaca-se que a produção de cuidado frente ao DM2 deve se operar de forma muito próxima entre profissional e usuário, de forma a buscar estratégias para lidar tanto com a condição de adoecimento em si, que requer um importante enfrentamento, além da sintonia e proximidade para o gerenciamento dos cuidados cotidianos.

5.3.2 Cuidados no cotidiano: produção de dificuldades?

Os cuidados relacionados às condições crônicas no geral envolvem mudanças no estilo de vida, como reeducação alimentar, prática regular de atividade física, interrupção do uso de tabaco e consumo controlado de álcool, no caso das pessoas que têm DM2 pode se agregar a necessidade de tratamento medicamentoso, a rotina de acompanhamento da saúde também é mais constante, com vistas a controlar o perfil glicêmico e suas possíveis complicações (BRASIL, 2013; SBD, 2014).

Seria simples como a descrição acima, não houvessem os inúmeros fatores intervenientes das condições de adoecimento, às quais associam vulnerabilidades individuais de diversas ordens, como características sociais, econômicas, culturais, algumas já discutidas no tema 1 da presente tese. Também se somam dificuldades relacionadas ao acesso a serviços de saúde e à acessibilidade a acompanhamentos de saúde conforme as necessidades relacionadas ao DM2, e ainda dificuldades estabelecidas frente à própria condição de adoecimento crônico e disponibilidade/capacidade para empreender-se cuidados efetivos, que conferem diferentes formas de enfrentamento às pessoas com a doença.

Nesse sentido, é importante destacar que a efetividade do tratamento de uma condição crônica está intimamente relacionada com ações de cuidado realizadas pelas pessoas que têm a doença (OMS, 2003).

Entre os cuidados rotineiros frente ao DM2, os entrevistados na presente pesquisa indicam os relacionados com alimentação saudável e prática de atividade física, tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais e/ou insulino terapia, alguns mencionam uso de chás e fórmulas caseiras, realização de glicosimetria capilar, de forma mais sistemática pelas pessoas em uso de insulina e avaliação dos

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

pés; de forma muito discreta são mencionados o controle do consumo de álcool e tabaco.

Vale destacar que a menção de todos esses cuidados é feita em associação muito próxima com as práticas de cuidado realizadas na UBS A mendoeira em Flor, a partir de recomendações profissionais. Nesse sentido, segundo a nossa ênfase de considerar o processo de cuidado realizado junto com as equipes, vale destacar que esse ~~junto~~ se processa ainda de forma fragmentada em que o cuidado se operacionaliza em prescrições profissionais e avaliação da (não) adesão - um lugar duro, instituído, do qual surge, entre brechas (algumas até veladas), possibilidades de participação do usuário nesse processo.

Por outro lado, quando se analisa segundo a perspectiva de cuidado a partir da ótica do usuário - vale destacar que as entrevistas feitas nos seus domicílios permitiram certo distanciamento do serviço de saúde com possibilidades de análise de aspectos mais aprofundados da sua participação nesse processo . o universo das pessoas em seus contextos de vi da e possibilidades de cuidado aparecem muito mais amplos e variados, com diversos graus de legitimação do cuidado sugerido pelo profissional.

Na perspectiva do profissional, os cuidados são diretivamente prescritos, quase nunca questionados, naquele momento, pelos usuários.

Augusto: Minha DM tá meio alta, tô comendo muito, vontade de comer doce.

Médico: O problema não está no remédio, está em você, não adianta, precisa mudar hábito alimentar (Augusto – OP).

Para o usuário, o profissional prescreve, tem sua prática validada, seu conhecimento e capacidade legitimados, mas a depender do vínculo mantido nessa relação terapêutica (ou não), e da abertura para discutir sobre esse processo no momento da consulta (o que raramente acontece), os cuidados simplesmente não são realizados, ou são modificados, ou a eles se agregam outros cuidados não indicados pelos profissionais:

Pedro: [quando chega na consulta e o médico fala que tem que comer verdura, fruta] Eu falo: Já bom, eu vou comer, e táq Mas só que eu não como, pronto [...] Não, não vou discutir com ele de jeito nenhum, ele é médico, ela que sabe do negócio, porque que eu vou discutir, não dá (Pedro . E).

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Componentes prescritivos e autoritários como os identificados acima são posturas que não contribuem para a efetivação de uma aliança terapêutica e, por conseguinte, da efetivação de um plano de cuidados por parte das pessoas com DM2. Há dificuldades entre os profissionais, no estabelecimento de comunicação terapêutica plena com os usuários que buscam o serviço de saúde, uma escuta qualificada pode oferecer suporte que vai além do técnico-diagnóstico, e permite conhecer a realidade das pessoas atendidas, bem como suas queixas, para se buscar soluções de forma compartilhada (DAMASCENO et al., 2012; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

A escuta de fatores que vão além do biológico está entre as dificuldades identificadas com os profissionais médicos, o que se associa ao fato que eles e os usuários têm concepções de saúde-doença diferentes, mas isso não é abordado no momento da consulta caso não haja um direcionamento do profissional para isso (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

E, dessa forma, na sequência de um atendimento em que não houve escuta genuína das necessidades de saúde do usuário, ele busca legitimar o seu desejo por meio de ações terapêuticas próprias, podendo essas ocorrerem em seguimento das recomendações profissionais ou de forma alheia, segundo as carências, de alguma forma expressadas (e não escutadas) durante o encontro com o profissional de saúde.

É. Aí ela [médica na UBS] não me passou, ela não me passou agora, só aquele lá que o farmacêutico... Falei assim: %[farmacêutico] eu tô tão resfriada, Doutora não quis me passar remédio.+ aí falei com [farmacêutico da UBS]. %Dona Rute, a senhora teve gripe o mês passado+, que eu paguei esse mês remédio de gripe lá. Falei %E, agora...+ Então esse não foi ela que passou, não é pra mim tomar remédio nenhum sem ela passar. Então eu não fico indo lá pra encaixe por causa dessas gripinha não. Eu tomei a injeção da gripe. Então não tem perigo de dar problema grave, né? Eu aguento um pouco em casa, eu tomo remédio no último causo mesmo. Aí ele [farmacêutico de farmácia privada] falou: %Dona Rute, a senhora vai ter que tomar esse aqui, olha.+ Aquela caixa cor de rosa lá. Aquela lá é a caixinha dos meus remédios [...] Não tem mais, mas não pode parar com o remédio. Então, falei pro [farmacêutico da farmácia privada]: %Mou misturar com os remédio do diabetes?+ Ele falou: %Não, esse não tem problema.+ Tá escrito nele que não engorda, ele é só pra quando, assim, a gente fica muito defasada com as coisas. Ele falou assim: %A senhora tá com falta de comida no corpo. Tá ruim, não fica assim não, a senhora vai se acabando...+ Então [médico] não passou, mas a senhora pode tomar sossegada. Então já faz uns quatro dias que eu tô tomando. (Rute . E)

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Conforme pode ser analisado no trecho acima, o usuário tem um desejo de cuidar de algo que lhe incomoda, no entanto, quando não atendido pelo profissional, no contexto de sua autonomia ele busca formas de se cuidar conforme as próprias concepções de necessidade de saúde e cuidados. Parece que no encontro entre profissional e usuário, há barreiras que não permitem que cada um perceba o carecimento do outro, perpassando por dificuldades de diversas ordens - comunicação, da relação terapêutica - de forma que o encontro das subjetividades não se processa (DAMASCENO, 2012; AYRES, 2001) .

O carecimento do usuário parte de uma condição dos problemas que incomodam, da necessidade que sente, e o carecimento do profissional vem de uma necessidade de cuidar do corpo orgânico. Dessa forma, se estabelece dificuldade de acessar projetos existenciais inerentes à vida da pessoa que se coloca na busca por uma relação de cuidado e, nessa produção de cuidado, se sobrepõem procedimentos técnicos e protocolos, que dão conta do cuidado ao corpo-matéria-orgãos (AYRES, 2004).

E assim, a partir da não efetivação do encontro de carecimentos, o produto da ação de cuidado não satisfaz o usuário que, então, segundo a sua percepção de saúde, empreende cuidados outros, muitas vezes até de forma diferente das recomendações profissionais:

Jorge: *O cara lá do posto falou pra aplicar [insulina] meio em pé [a agulha], mas eu aplico mais de lado. Eu tenho medo de furar o estômago, entendeu? Sou um cara velhaco, seguro o couro e prego o pau, né? Cada um explica de um jeito, mas eu não...*

Entrevistadora: *E aí quando ele explica, né? Ele explica do jeito dele?*

Jorge: *É, do jeito dele.*

Entrevistadora: *Aí o senhor vai lá e pensa, vou fazer diferente+. O senhor fala pra ele lá na hora que o senhor vai fazer diferente?*

Jorge: *Eu não, falo nada.*

Entrevistadora: *Por que não?*

Jorge: *Não, falo nada, eu faço do meu jeito. Que eu tô tocando assim e tá dando certo, entendeu? Time que tá ganhando, você não muda (Jorge . E).*

Luciana: *Mais é de manhã que dá baixa. Aqui olha, eu nem tomei a insulina, foi ontem que tava 169, eu nem, tomei a insulina, porque de noite cai aí se eu tomar a insulina aí cai mais depressa [...] Então, aqui olha, 179 né, aqui já 280, aqui 97, aqui 183 e sempre é de tarde né [...]. Quando dá muito alto, eu tomo a insulina [...]. Quando dá muito baixa eu tomo leite com açúcar [...]. Mas eu meço a diabetes primeiro, se eu vejo que tá baixa... Igual hoje tava baixa, 113, mas eu não tomei leite com açúcar não, porque o normal é de 70 a 110 né, então tinha só 3 a mais, eu não tomei leite não. Tomei o café, mas*

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

era 9 horas [...]. Uai, falaram que tem que medir e marcar né [...] Os médico, tem que ver o aparelho né, para medir, eu meço e marco aqui.

Entrevistador: A senhora vai tomar o leite com açúcar se der quanto?

Luciana: Por exemplo, dá aqui 85, tem vez que tá, aqui tá 104, mas eu tomo leite com açúcar quando dá bem baixo, aqui 167.

Entrevistador: Quando dá 167 a senhora toma o leite?

Luciana: Porque eu fico ruim, parece que eu vou morrer.

Entrevistador: Mas quando dá 167 a senhora toma o leite com açúcar?

Luciana: Não [...] Porque, eu ainda não tô sentindo mal ainda. Mas se eu começo a sentir mal eu já corro no leite. Não posso ficar sem.

Entrevistador: Porque nesse número não precisa né? 167 não precisa tomar, né?

Luciana: Não, se eu não sinto nada eu não tomo, mas se eu sinto alguma coisa eu tomo. (Luciana . E)

Para além da situação de que o cuidado produzido parece não satisfazer o usuário, ainda se deparam com relatos, como os acima descritos, que denotam erros técnicos com relação ao (auto)cuidado, que podem até comprometer a efetividade do tratamento e se leva a inferir que há prejuízo na autonomia desses usuários na medida em que, a partir da deficiência de conhecimentos e habilidades para o cuidado, as possibilidades de escolha se tornam limitadas.

Caprara e Rodrigues (2004) indicam que, além dos efeitos positivos, a relação médico-paciente ter influência direta no estado de saúde das pessoas atendidas, o que pode tem coerência com os trechos acima destacados. Conforme se destaca a seguir.

isto não significa que os médicos tenham de se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença (Caprara; Rodrigues, 2004, p.144)+

As referências relacionadas ao trabalho médico estão sendo utilizadas porque trazem consigo a possibilidade de estender a discussão acerca da atuação de qualquer trabalhador que, no processo de produção de cuidados, tenha encontros com as pessoas com DM2, passíveis de se produzir atos cuidativos, dentro das nuances da relação terapêutica e autonomia do usuário.

O direcionamento dialógico dessa análise, permite, aqui, ir além da discussão acerca da comunicação e autonomia na relação trabalhador/usuário, para destacar também a (oni)potência do encontro entre trabalhador e usuário no processo de produção de cuidados.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Quando se analisa esse processo de trabalho empreendido, os carecimentos dos usuários, que direcionam a relação de cuidado, são diferentes dos percebidos pelos profissionais de saúde, e o produto do cuidado se concretiza em práticas que não se processam na realidade de vida do usuário, por barreiras que se encontram no ~~entre~~+da relação do usuário com o trabalhador de saúde.

Dessa forma, pergunta-se: Quais são os carecimentos abordados pelo profissional de saúde no momento da interação com o usuário?

Já que, prescrever uma dieta é diferente de sua efetivação na rotina de vida daquele usuário; orientar a aplicação da insulina em 90° é diferente de captar os medos, ansiedades (e habilidades) do usuário frente à técnica de administração de insulina; a indicação de faixa glicêmica que indica hipo ou hiperglicemia é diferente do que o usuário **sente** com diferentes valores detectados de glicemia capilar.

Na relação com o profissional, o usuário chega a solicitar um lugar mais próximo, uma relação mais vinculada ao profissional, mas, muitas vezes, isso não é captado, ou a própria estrutura do atendimento não permite acessar a subjetividade da realidade desses usuários:

Médico: 396 de dextro?

Carolina: Sim.

Médico: Mas não tomou os remédios em casa?

Carolina: Não.

Médico: Ah, então é por isso. A dieta tá fazendo direitinho?

Carolina: Sim, eu emagreci 8 kg. O emocional conta também?

Médico: Atualmente tá passando por algum problema mais sério?

Carolina: Ah, doutor atualmente tem... [abre a porta, funcionária pergunta sobre outro atendimento - o assunto não é retomado]

Médico orienta sobre repetir exames, atualizar receita.

Médico: Chegando em casa, toma os remédios, viu! Pra urinar, tá urinando bem?

Carolina: Sim.

Médico: Intestino, também certinho?

Carolina: Também, certinho.

Médico: E o apetite?

Carolina: Não, esse não tá bom não. Arroz e feijão tem dia que não vai.

Médico: Vou pedir exames e você vai combinar com a moça do lado, ficando pronto você volta.

Médico – digita dados no computador

Paciente sentada praticamente atrás do monitor do computador, sem contato visual com o médico.

Médico: Fora os outros exames vou pedir o da tireoide, tá enxergando bem?

Carolina: Não, tá ruim as vistas.

Médico: Tá indo no oftalmo, fazendo seguimento?

Carolina: Sim, uma vez no ano.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Médico: Tomou vacina da gripe?

Carolina: Tomei, mas tô gripada.

Médico: É alergia do tempo, rinite por causa do tempo seco. Tenho uns remédios aqui, você vai levar e ficar boa.

Médico faz exame clínico.

Pulmão tá limpinho, é mais alergia mesmo, é mais alergia mesmo. Tem que tomar bastante água e o ideal é umidificar o ar à noite, tem aqueles aparelhinho que umidifica. Vou te passar uns comprimidos porque xarope tem açúcar. Tem todos na farmácia, não precisa comprar.

Te vejo quando os exames ficarem prontos (Carolina - OP).

E percebe-se que o usuário também pode, em alguns momentos, enxergar o profissional de saúde enquanto também portador de necessidades de mudanças de hábitos e com tantas dificuldades quanto os próprios usuários.

O cigarro faz mal, mas um dia quando meu finado pai tava internado, fui lá fora e tava os médicos fumando... (Arnaldo . E).

Será que a percepção de dificuldades quanto à mudança de hábitos pelos próprios profissionais é fator que dificulta uma abordagem mais aprofundada dessa situação junto aos usuários? Será que uma abordagem prescritiva frente a esses fatores é fator de proteção dos profissionais para não expor suas condições de também-humanos-com-dificuldades perante os usuários?

Os dados da presente pesquisa reiteram as evidências de investigações que abordam os cuidados referentes ao DM2, nas quais apresenta-se a alimentação como quesito com maior dificuldade para implementação, a atividade física referida pela maioria dos usuários, mas praticada por poucos; e menções pontuais quanto ao controle do tabagismo e redução do consumo de álcool. Todas essas categorias de cuidados, indicados como a parte não medicamentosa do tratamento do DM2, referentes a mudanças no estilo de vida, foram abordados pelos sujeitos da pesquisa, com discursos repletos de hesitações, associando à efetivação das mesmas muitos ~~mas~~, ~~entretanto~~, ~~porém~~...

Ainda foram abordados o tratamento medicamentoso, englobando hipoglicemiantes orais e insulinoterapia e os remédios populares utilizados de forma complementar ao tratamento prescrito; cuidados com os pés e verificação da glicosimetria capilar no domicílio. Nesses aspectos que envolvem mais diretamente o tratamento do DM2, prevalece o discurso do saber do médico e a esse, associam-se atitudes de cuidados que trazem elementos da participação do usuário para, na sua perspectiva, qualificar a produção de cuidado.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Nesse sentido, iremos discorrer sobre o processo de produção de cuidados junto das pessoas com DM2, na perspectiva da constituição de ações cuidativas, a partir da relação empreendida entre usuário e profissional em suas diferentes nuances de participação nesse processo.

O profissional de saúde tem a participação no processo de cuidado formalizada, instituída, mas nem sempre suas orientações e prescrições estão presentes integralmente nas atitudes cuidativas dos usuários e por outro lado, os usuários mesmo sem uma autovalidação para empreender cuidados diferentes dos indicados pelos profissionais, configuram rotinas de cuidados que mesclam toques de autenticidade às prescrições, de forma a alcançar um ideal de saúde. Nessa mistura há potência para o surgimento de formas instituintes de cuidados frente às condições crônicas.

Entre os usuários, enfatiza-se, com intensidades diferentes, os cuidados recomendados, os realizados, bem como as dificuldades enfrentadas para sua efetivação. No geral, mesmo as estratégias de cuidado, relacionadas à mudança no estilo de vida, são valorizadas enquanto parte do tratamento, sem associação com bem-estar ou melhora da qualidade de vida.

A alimentação foi o aspecto mais discutido entre os entrevistados. Há associação direta do DM2 com restrição alimentar e de suas complicações com a alimentação excessiva ou desregrada. A atividade física foi também mencionada, muito mais como algo teórico ou de discurso dos profissionais do que de efetiva realização por parte dos usuários. Tabagismo e consumo de álcool foram mencionados pontualmente. Talvez essa gradação na ênfase dos usuários frente aos aspectos de hábitos de vida modificáveis reflita diretamente as concepções dessas pessoas acerca da influência dos mesmos perante a evolução da condição de adoecimento. Quanto maior a influência, mais se discutiram as dificuldades de efetivação dos mesmos no cotidiano.

A reeducação alimentar é um aspecto do tratamento que causa muita ansiedade e culpabilização, é prática mais difícil de ser implementada, dentre as atividades relacionadas à mudança no estilo de vida indicadas para as pessoas com DM2 (CHAGAS et al., 2013; TORRES-LÓPES; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005).

Quando se referem à alimentação, as pessoas mencionam dificuldades relacionadas à dicotomia entre excessos e restrições, com discursos em que

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

ênfatizam o padrão de alimentação prescrito, quase sempre associando com motivos por não terem alcançado. Percebe-se que as mudanças de hábitos alimentares fazem parte de um processo que não é contínuo, estão inseridos em um processo de mudança lento e gradual.

Eu não fico sem comer não. Eu não falo isso aqui eu não vou comer. Não, eu experimento tudo mesmo. Se não experimentar você não vai dar conta mesmo, né? [õ]. Então eu como sim. Quando faz um macarrão aqui, eu também como. Não é exagerado, não como muito não. Eu sei que a massa faz mal, mas eu como um pouco, não deixo de comer não. Sei que não é certo mas, é muito difícil ficar sem né [õ]. Mas quando acontece isso, eu meço a minha diabetes e ela não tá alta [õ]. Então aí que eu não entendo. Por quê? Às vezes eu não faço nada e ela sobe. Por exemplo, se eu comer um macarrão, fiz o exame e ela não da alta [õ]. E no outro dia às vezes eu como um arroz com feijão, e ela já tá trezentos e tanto [õ] Sei que eu não entendo dela [õ] Aí eu não sei qual que faz mal. Se é essas coisas que come quando tem vontade ou se é o arroz e o feijão, não sei te explica (Conceição . E).

Conforme mencionado pela pessoa entrevistada, por meio do padrão alimentar realizado no dia a dia, as pessoas e familiares percebem o seguimento (ou não) dos cuidados frente ao DM2 e, fazendo associação com o controle glicêmico, algumas vezes buscando comparações empíricas, de alimentos consumidos e valores glicêmicos obtidos, mas sem elementos relacionados à obtenção de estimativas mais precisas como, por exemplo, a contagem de carboidratos.

Na relação com o profissional de saúde, a dificuldade para manter hábitos alimentares adequados é mencionada por muitos dos usuários. Percebe-se que, na fala, eles indicam conhecer os alimentos ideais, o intervalo ideal entre as refeições, mas não conseguem manter o padrão alimentar e, diante disso, a abordagem profissional traz uma intervenção prescritiva sem discutir possibilidades ou os motivos relacionados com tais dificuldades.

– A senhora é mãe do Wilson, né? – sou, e ele é paciente da senhora também. – senta ali pra eu te examinar (a médica vê PA, P, Ausculta cardíaca e pulmonar, avalia as pernas e pés). A senhora tá tendo tosse? – tô – com catarro? – tem catarro – que cor? – branco – a senhora tá com o pulmão carregadinho, precisa diminuir o cigarro... – e a diabetes tá boa drª? – vou ver agora (olha minuciosamente os exames). Tá boa, colesterol e triglicérides também, na urina não deu nada também – então tá bom, to comendo direitinho, se como batata não como arroz (a médica continua olhando os exames sem dar importância ao que a usuária diz nesse momento, está concentrada digitando e depois de algum tempo diz) – quanto tempo faz que a senhora tá tossindo? – faz uns 15 dias – não teve

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

febre nenhuma vez? – não (usuária muda de posição na cadeira a todo o tempo e depois de algum tempo a própria usuária volta a falar sobre a alimentação) – com a diabetes não pode comer muito né, doutora? – isso, tem que comer pouco e várias vezes por dia – é, antes eu comia de mais, agora eu como de 3 x 3 horas – isso mesmo. Come uma fruta entre as refeições, uns Danone sem açúcar – eu não gosto de Danone. Tem Danone sem açúcar doutora? – tem sim, dá uma olhada depois que tem um que eu esqueci o nome (Luzia Lima – OP).

Percebe-se que a fala, perante os profissionais, muitas vezes é apenas uma reprodução do que é solicitado e, durante a interação entre profissional e usuário, o discurso não é direcionado para esses aspectos enquanto estruturantes do cuidado.

É expressivo quando se compara a abordagem profissional frente à alimentação com a abordagem feita para o tratamento medicamentoso. Observa-se que, com relação à medicação, há um detalhamento das prescrições, formas de utilização, dose, indicação, muitas vezes tanto o médico quanto o auxiliar/técnico em enfermagem mencionam e explicam sobre as medicações prescritas, mas, na unidade, não há abordagem aprofundada e estruturada direcionada para o tratamento não medicamentoso.

Em estudo que avaliou os conhecimentos de pessoas com diabetes (incluindo sujeitos com DM1 e DM2), cinco anos após passarem por um programa educativo, avaliou-se que a alimentação juntamente com atividade física foram itens não incorporados na rotina das pessoas como parte do tratamento, dessa forma, os autores indicam a necessidade de um acompanhamento sistemático na AB para avaliação do conhecimento e cuidado acerca do DM2, para que se obtenha uma adoção duradoura de hábitos de vida saudáveis (CHAGAS et al., 2013).

As falas indicam que, apesar da dificuldade em manter a reeducação alimentar de forma constante e padronizada, as pessoas fazem pequenas mudanças no dia a dia, configurando uma postura diferenciada frente os hábitos alimentares prévios ao diagnóstico do DM2 e ante a rotina de alimentação da família, baseando-se mais na redução do que na privação de comer. A reeducação alimentar não é constante. Há uma conscientização acerca dos hábitos alimentares ideais, há tentativas para segui-los na rotina, mas as pessoas mencionam que não conseguem manter constantemente a alimentação, segundo o preconizado.

Ainda, nos relatos, não deixando de lado a importância de manter peso adequado, além de níveis estáveis de glicemia, observa-se uma visão da

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

reeducação alimentar mais associada ao emagrecimento do que ao bem-estar. O controle dos hábitos alimentares se confunde com o culto ao corpo.

É. É porque eu cuido muito, né? Eu não facilito. Doce, %omidaiaada+, %arnaiaada+, %oisera+, bolo eu nem faço mais, massas, pizza, larguei de tudo, nem tenho vontade de comer mais. Às vezes eu, se eu como alguma coisinha, é na casa das minhas filhas ou das minhas noras, né, que nós combina muito. Minha nora é uma graça; ela fala pra mim: %Dona Irene, a senhora precisa comer, a senhora tá muito magra+. Não, mas não é pra mim engordar, por isso que eu não como bem, né? O doutor fala: %Você tá bem, tá bonita+. Eu falo: %Ai, doutor, o trem tá feio, a única coisa que eu gostei foi isso aqui [mostra flacidez nos braços]. A gente põe um pouquinho de alça e fica até magrinho.+Mas o resto tá bom [...]. Tá ótimo. Tá bom, eu não sinto aquele peso, aquela caloria de perna, inchada... Não, tá bom, tá ótimo [...]. Ah, quer ver, eu pesava 86, eu tô com . eu pesei agora no posto . eu tô com sessenta e, não chegou a 67 (quilos) (Rute . E).

Que eles falam? Não, eles fala mais é da alimentação, caminhar que é bom, né? E que tem que emagrecer, mas emagrecer é difícil, né? Pra mim eu acho difícil. E olha que faz tempo que eu tô lutando, hein. Emagreci quatro quilos, só [...] Tem que emagrecer, a médica fala que tenho que emagrecer pelo menos um quilo por mês. Ainda tá pouco (Clarice . E).

Emagrecer permite melhora nas condições metabólicas permitindo melhor quadro de controle da pressão arterial e diabetes, mas se pode discutir a forma de lidar com a situação da necessidade da perda de peso. Será que para os profissionais a via de valorizar a beleza, para emagrecer, é uma forma de conseguir objetivos mais concretos para o emagrecimento?

A reeducação alimentar, enquanto um dos pilares do tratamento do DM2, a ser implementada como medida de controle glicêmico, anterior ao uso da medicação, e ainda é prática que não só está associada à terapêutica do DM2, mas também relacionada com a promoção da saúde, podendo ser estendida enquanto atividade para toda a família e comunidade. No entanto, alguns usuários referem que não foram feitas modificações nos hábitos alimentares, mesmo após o diagnóstico do DM, e outros, em contrapartida, cujos desafios são ainda maiores porque ao DM2 se associam outras doenças que também requerem mudanças nos hábitos alimentares.

Os cuidados? Ai, eu evito assim, de abusar, né? Mas assim mesmo eu levo uma vida quase normal [...] Entendeu? Porque eu não gosto nada diet e eu tomo os remédios pra levar minha vida normal. Que

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

se eu fizer uns regimes, ficar na base de regimes, eu não tenho tempo pra isso. Comendo frutinha, eu não tenho nem cacife pra isso [...] É, condições pra ficar comendo frutinha tipo de diabete. Tem que trabalhar! Então eu não tenho tempo, e é onde eu como o que eu vejo na frente. To na rua, às vezes eu não vou almoçar, eu como um salgado. Entendeu? Mas o diabete não me atrapalha não, porque eu sigo tomando os remédio (Rafael . E).

O cuidado que eu tomo é assim, não comer muito açúcar, essas coisa, doce, essas coisas, entendeu? Essas coisas eu tenho cuidado [...]. É. Coisa assim que faz mal eu não como. O médico ali essa vez agora ainda falou pra mim, primeira vez na vida, ele falou que eu tô com ácido úrico. Pra mim não comer nem feijão e nem carne vermelha. Não sei se... A gente come tanta coisa, né? Eu moro sozinho e quando tô com fome... Banana também, é difícil eu experimentar [...]. Mas então uma hora que eu tô com fome... Uma hora eu faço mingau, aveia acho que também não, né? Aveia eu não sei, nunca vi na caixinha assim [...]. Eu tô cozinhando ela bem. Não é bom não? [...]. Às vezes eu como crua com mamão (Jorge . E).

Percebe-se, dessa forma, que o padrão alimentar e as condições e necessidades de privações são muito diversas, sofrem influências de inúmeros fatores relacionados às condições de vida e histórico alimentar prévio ao DM2. Alguns usuários utilizam o tratamento medicamentoso como único recurso frente ao DM2, o que pode estar associado com a própria abordagem profissional em que a ênfase nas mudanças relacionadas ao estilo de vida é secundária ao tratamento medicamentoso.

Em outro extremo, há casos das pessoas com múltiplas morbidades cujos tratamentos também restritivos provocam maiores dificuldades para seguir recomendações alimentares e, certamente, demandam maior atenção por parte dos profissionais, até pela probabilidade de desenvolver carências nutricionais a partir das próprias recomendações de dietas.

Nesse sentido, observe-se a necessidade de atenção conforme as características individuais para o tratamento.

Nos aspectos relacionados à reeducação alimentar, os familiares algumas vezes ajudam a conscientizar e até cobram das pessoas com DM2 uma dieta conforme as orientações médicas e, em outros momentos, durante as próprias reuniões de família, acontecem os excessos por conta dos alimentos inadequados. A partir das novas necessidades frente à alimentação, as pessoas que têm DM2 ajudam a analisar e mudar os hábitos da família, começam a perceber o que pode

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

ser modificado no padrão alimentar da família com vistas a uma alimentação mais saudável.

Consigo [seguir as recomendações] até porque em casa eu tenho um filho médico e uma filha dentista e eles me seguram muito, sabe? Eles falam: %Rai, isso aqui o senhor não pode comer+. Vai comer um pedacinho de mocotó aqui, tem que ser longe do Ricardo e pra ele isso é um veneno. %Rai, isso aí o senhor não pode+(Renato . E).

Ah, já faz tempo. Desde que eu comecei a tratar eu venho fazendo, pelejando [para emagrecer]. Não foi assim por doença não. Caminhada, não pus comida em mesa mais. Pego lá, deu, deu, não deu, é aquilo [...]. Que se você por aqui, você fica olhando: um, que trem gostoso, acho que vou comer um pouquinho, vou comer mais um pouquinho. Meu marido já não é assim, sempre a dele tá meio alta [...]. Agora eu tô dando um regime pra ele. Falo: %Você tem que fazer igual eu faço+. [...] É, pequeno. Aí eu como tudo, aquela base de três colheres de arroz, agora ela mandou eu comer só o caldo de feijão, que ele deu um comecinho . era cinco, deu seis . só, meus exames só deu isso aí. O ácido úrico. Ela falou: %Cuida pra não aumentar. Você não come grão+acho que é porque eu gosto muito de milho porque outras coisas eu não como, eu não compro lataria, eu não gosto, eu tenho nojo. Peixe, ervilha... é muito difícil. Essa lataria tá muito cara também, eu só como quando é época de festa e eles tudo vêm comer aqui, eu faço uma maionese e é preciso por certas coisas, aí é que eu faço. Aí eu ponho milho, orégano, palmito, muita azeitona . até azeitona faz mal e eu adoro! [...] Azeitona eu gosto. Agora é um desespero, azeitona assim desse tamanho. Oh delícia! Mas eu como lá de vez em quando, não é assim todo dia não. Então é assim: eu evito o que posso, eu não como muita coisera não (Rute . E).

Destaca-se entre os trechos acima, que os hábitos alimentares da família, principalmente em comemorações, não colaboram com a necessidade de reeducação alimentar da pessoa com DM2, que muitas vezes se sente segregada por não poder comer o que é oferecido (da forma com que deseja) ou ainda por causar transtornos ainda maiores por comer exageradamente e depois ter sinais ou sintomas que levam à busca por serviços de urgência/emergência (OLIVEIRA, 2010).

Diversidade de concepções frente ao alimento: alimento . vilão quando vem o desejo diante do proibido; alimento-alívio em alimentos que, em alguns relatos, transparece a vontade de comer comidas proibidas-gostosas e prevalece o desejo, sendo o alimento-vilão, em outros casos o alimento é referido como estratégia de cuidado, diante da hipoglicemia. E há situações em que as preferências alimentares dificultam seguir as orientações recomendadas.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Ah, por causa da dieta! [influência do diabetes] Né? Eu vejo os outro tomando sorvete . olha a sorveteria ali . passa aqui com aquele sorvete gostoso e eu não posso... Eu tenho condições de tomar sorvete todo dia, mas eu não posso aí. Quero comer um doce e não posso. Poder eu posso, mas eu fico ruim depois, né? Aí a diabete vai lá no céu (Juliana . E).

Agora eu já sei [cuidados diante de uma hipoglicemia] [...] Não, agora eu não vou [na unidade de saúde] mais assim não [...] [aprendeu os cuidados] Lá mesmo, lá na [UBDS], o doutor e as enfermeiras falaram pra mim. Falou: %Não fica bobeando não, até que você vem da sua casa aqui, você vai, uma hora vai te dar um infarto. Você faz assim: toma um copo de refrigerante ou um copo de leite, se não tiver o refrigerante, come bolacha, come alguma coisa que ela levanta. Suspende e pronto, normal, você não precisa nem de vim aqui+ [...]. Já [foi na UBDS], muitas vezes. Que às vezes eu como muito pouco e eu vou deitar e não tem vontade de comer nada. Aí, agora assim, ali pra umas sete e meia, oito horas, assim, eu como um pouquinho de comida, nós vêm jantar, eu e ele. Aí nós deita onze horas, onze e meia, fica aí vendo televisão e vai passando, vai passando. Aí tem que comer alguma coisa pra deitar. Aí eu como uma fruta ou eu como um copo de leite, uma bolachinha... Dorme tranquilo, um sono bom, maravilhoso, tranquilo, levanto assim ali pras sete e meia, oito horas, depende de precisar fazer serviço de casa, lavar roupa, levanto mais cedo (Conceição . E).

E nessa dicotomia, entre alimentar-se para prevenir hipoglicemia e não alimentar-se exageradamente para prevenir a hipoglicemia, ainda há relatos das pessoas que indicam que, mesmo com as mudanças de hábitos, não conseguem controlar a glicemia. E em alguns casos ainda falta informação quanto à alimentação recomendada. Comer sabendo que não é indicado é diferente de não saber o que não faz bem.

Você sabe, às vezes vocês vão falar, mas eu sou fanática mesmo num cachorro quente. Porque o Edgard [neto] sempre busca pra mim, não sei se faz mal né, é salsicha que vem no meio né, salsicha e batatinha frita né. Então não sou fanática em nada que faz mal pra diabetes. O que eu como pior eu acho que eu como mais é o arroz, mas assim eu como acho que umas três colherada só [...]. É quando eu como o cachorro quente, mas eu não como tudo não, sabe, é grande né. Eu parto um pedaço assim e como sem nada, e na hora que eu vou deitar eu tomo o leite que o médico que mandou tomar [...]. Ah, no outro dia aí eu tomo com leite. %O Edgard, tô falando pra eles que eu gosto de cachorro quente, que você que busca pra mim+ [fala com neto]. Porque eu não quero comida, sabe, eu com três colherada de arroz com feijão e eu não quero e o cachorro quente, eu como mais. Porque precisa, por isso que pra mim não ficar sem nada eu como o cachorro quente (Luciana . E).

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

A adaptação com o tratamento é difícil. A rotina de alimentação segue as recomendações, mas a associação com os medicamentos ajuda no controle da glicemia e o acompanhamento deve ser constante para avaliar o controle glicêmico, afinal, cada alteração expressiva da glicemia provoca microlesões que levam a complicações mais graves (SBD, 2014).

A prescrição de cuidados muitas vezes tem relação com uma abordagem generalizada dessa população, que não considera as especificidades da vida, de outras condições/problemas de saúde. A rotina de consulta médica e os atendimentos de enfermagem observam prioritariamente aspectos biológicos, e dão pouco espaço às demandas trazidas pelos usuários quando fogem desse foco.

12h19 – 12h30 - Pré consulta

Filho entrega cartão para a auxiliar de enfermagem, Camila tem dificuldade de locomoção e fica esperando nas cadeiras do lado de fora da sala, até ser chamada.

Não almoçou, mas tomou café da manhã quase 12h. *“Não tenho nada para mim fazer”, disse que dorme até tarde. “Meu horário de comida é completamente desregulado”*

Auxiliar de Enfermagem - *“Mas tem que ter organização, né”...*

Camila - *“É difícil...” Antes do café da manhã é 155... (a glicemia).*

Verificados sinais vitais: Dextro: 196 mg/dl.; PA: 110 x 80 mmHg;

Camila - *“Também, o café da manhã que eu tomo... Dois filão!”.*

A porta da sala permanece sempre aberta (Camila - OP).

A obesidade e o baixo nível de atividade física são problemas evidenciados em muitos países e com taxas crescentes. Autores (PAHO, 2007; DUNCAN et al., 2012; MALTA; SILVA JR., 2014) alertam para o aumento expressivo da obesidade no Brasil, indicando a importância de ações intersetoriais sistemáticas para abordagem dessa problemática que traz consigo muitas consequências, dentre elas o avanço das DCNT.

Em outro estudo, realizado junto a pessoas com DM2, avaliando o itinerário terapêutico, observou-se que a dieta é a modalidade terapêutica mais difícil de ser implementada entre pessoas com DM. Fazer ou não a dieta é uma decisão que pode mudar a cada momento, em cada refeição, mesmo que o reconhecimento de sua importância faça parte do discurso de todos+(SILVA et al., 2006, p.299).

A atividade física é mencionada como forma de controle glicêmico, enquanto estratégia que é parte do tratamento do diabetes. Nenhum dos entrevistados menciona a atividade física enquanto possibilidade de maior bem-estar e como hábito de vida saudável. Vale lembrar os dados apresentados no Capítulo 1, que

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

trazem registros das fichas do HIPERDIA, indicando que, no momento do cadastro, 53,5% das pessoas indicaram sedentarismo (com 4,0% de fichas sem essa informação), e 59,4% referiram sobrepeso/obesidade (com 10,6% sem essa informação). Entre os dados qualitativos, observa-se relatos que vão ao encontro dessas evidências. O relato abaixo é o único que dentre os 25 entrevistados, refere que realiza algum tipo de exercício físico.

Ela quer que eu caminho com ela toda vez. Ela caminha e o marido também [...]. Era pra mim ir lá também [...]. Tô indo, desinchei um pouco o pé, agora eu tô indo. Põe um tênis no pé e vou. Não ando muito não, mas ando o que eu posso [...]. O rapaz falou pra mim levar água pra mim tomar, que seca a boca por causa da diabete [...]. Tô controlando com a caminhada, com a comida, tomando remédio direitinho... (Roberta . E).

Quando perguntados se realizam atividade física, ficou evidente a quantidade de pessoas que responderam positivamente, porém, indicando que atualmente não estão praticando, e então justificam essa interrupção referindo que precisam voltar para as atividades.

E, assim, eu tava fazendo também exercício físico, mas agora, devido aos horários do serviço, dei uma parada [...] (Cleusa . E).

Ah, eu faço uma caminhadas, né; agora tem que voltar, de vez em quando, quando tem um tempinho, fazer uma caminhada. O médico falou que era, a outra moça falou pra mim que é bom, praticar esporte, fazer academia, fazer caminhada, de vez em quando eu faço umas caminhada. Eu gosto de andar bastante aqui...(Arnaldo . E).

Não seriam dados expressivos se não fosse a repetição entre os relatos, no mesmo padrão de afirmação . ressalva que pode ser indicativa de padrão irregular de realização de atividades físicas pelos participantes.

Também foram referidas dificuldades para a realização de atividade física decorrentes de dores que aumentam com o exercício, ou, ainda, problemas de saúde relacionados com sistema osteomuscular e das articulações, que também foram evidenciados na análise dos registros das fichas de cadastro do HIPERDIA quando no registro de outros problemas de saúde, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram referidas em 3,3% dos registros

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Nas entrevistas, são referidas as orientações e estímulos de profissionais para a realização da atividade física, muitas vezes sem considerar as dores ou dificuldades mencionados pelos usuários.

Faço nada [atividade física]. Dói tudo as pernas [...] Mas a médica me ensinou a fazer caminhada [...] Começa a fazer aos pouquinhos [...] É, os médicos também aqui da Santa Casa. Um dia andar só um quarteirão, no outro dia a senhora aumenta, não pode começar andando bastante; aí não aguenta mesmo. Começa de pouquinho. [...] Aí eu falei pra Doutora que eu faço. Mas nada! [risos] [...] Falei. Ela falou: A senhora tá me enrolando. A senhora não faz caminhada nada! E come bastante pão! Como não, Doutora? Lógico que come, senão a senhora não tava gorda [...]. Com razão dela. Não faço caminhada. É, caminhada, não faço regime quase, vou levando [...]. Então, é bem, né, ela tá certa [...]. Ela [médica] falou que é assim mesmo, que é só esforçar um pouco. Não precisa andar a cidade inteira de pé não, ela falou, anda um quarteirão. Outro dia, anda mais um. Até parar a dor. Aí é só vendo. Não vai dar mais dor nas pernas e nos pés. Lche, se eu andar um quarteirão, se eu for daqui até a General Câmara, só lá, de tarde meu pé tá tudo inchado e dói tudo [...]. Eu e meu marido tinha que fazer caminhada, que ele é gordinho também. E faz? (Juliana . E).

Alguns usuários indicaram como exercício físico as atividades realizadas durante o trabalho ou no percurso, ou, ainda, em tarefas rotineiras como ir ao supermercado.

Ah, caminhada eu faço de manhã, né, que é até eu chegar no serviço [...]. Eu vou de ônibus, desço na praça, é lá perto do Hospital das Clínicas mesmo, lá no... E eu subo a pé todo dia. Às vezes, dia que eu tô animado, eu venho a pé. O dia que eu não tô, eu venho de ônibus [...] eu vinha sempre de lá. É uma hora e vinte minutos, mais ou menos, de lá aqui. Aí eu saio a pé e venho andando, quando tá fresco, né, nesse calorão não tem jeito mais. Se a pressão subir, dá problema (Augusto . E)

Referida a dificuldade de inserir a atividade física na rotina, como parte de cuidados, de articular com as atividades de trabalho, de cuidado com a casa.

Também eu tenho procurado fazer atividade física, que não é muito fácil por causa da minha rotina, por que eu sou diarista, tenho filho, tem marido, tem casa, chega no final da tarde você pensa em descansar, mas aí no dia que eu tô com pique eu faço uma bicicleta ergométrica, às vezes eu faço caminhada de manhã com meu filho... Então eu tenho tomado esses cuidados assim, sabe? Mas é difícil, eu vou te falar que é... Não é fácil não (Cláudia . E).

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Nenhum dos usuários entrevistados participa do PIC, uma usuária menciona o PIC, mas indica que não consegue acompanhar as atividades.

Ah eu faço [atividade física], então as atividades eu faço mesmo é por minha conta, eu dou uma caminhada um dia sim um dia não, porque tem o PIC aí no [bairro], mas eu sinto falta de ir com as atividades. [...] Ah, aqueles exercício lá, jogando bola, sabe. Eu faço em casa mesmo, porque eu tive um negócio aqui no meu braço, até passei lá na [UBDS], aí a como é que chama... Fisioterapeuta me ensinou fazer, com a toalha sabe, me ensinou fazer, igual aqueles exercício de escola mesmo. A gente fazia aquele que ia pra cima, abaixar até o pé, fazia dos lados, então eu faço assim. [...] Sempre faço (Maria . E).

Entre as observações participantes houve apenas uma abordagem, muito tímida, da equipe de enfermagem relacionada à atividade física, remetendo ao profissional médico para realizar essa orientação.

08h59 – Pós consulta.

Técnica em enfermagem: Mudou algum remédio?

Augusto: Nem sei... Ele falou que ia mudar mas não falou nada. Acadêmica de enfermagem explicou sobre exame de urina.

Técnica em enfermagem: Olha, aumentou a “mg” da medicação, de 500 mg para 800 mg.

Augusto: Eu preciso agendar pro dia da minha folga.

Técnica em enfermagem: Tá bom, ele te orientou sobre fazer exercício, comer de 3 em 3 horas? As consequências do DM que é preocupante. Já fez exame de vista?

Augusto: Não.

Técnica em enfermagem: A próxima vez que o senhor vier você marca com ele. Prontinho, seu retorno está agendado. Vem marcar o exame o quanto antes.

Augusto passou na farmácia, pegou as medicações.

09h10 – Deixa a unidade (Augusto – OP).

Na fala de uma usuária há associação entre atividade física e melhora no estado geral.

Ah eles fala que é bom [atividade física para tratamento do DM2] [...] É, muda, por exemplo, essa dor que eu tinha no braço assim desapareceu, as pernas assim, comecei com 5 minutos, depois 10, agora eu posso andar até meia hora [...] Então, [a dor no pé] atrapalha. Formigava, depois de um mês pra cá ela piorou, mas tem dia que eu não sinto nada (Maria . E).

A partir dos dados da pesquisa, pode-se analisar que a atividade física não é realizada de forma constante entre as pessoas com DM que participaram do presente estudo, e que o estímulo a essas práticas não faz parte da rotina de

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS
atendimentos na unidade de saúde. A Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto conta com o Programa de Integração Comunitária PIC, em que se trabalha a atividade física principalmente junto aos idosos nos bairros, no entanto, esse foi mencionado por apenas uma das entrevistadas, que refere não conseguir acompanhar as atividades propostas nesse programa.

Percebe-se que a Equipe de Enfermagem não tem o direcionamento do trabalho para atuar frente o tratamento não medicamentoso. O único trecho de intervenção da equipe de enfermagem em que se mencionou atividade física direcionou para que o médico faça as orientações sobre essa prática.

É importante enfatizar que a atividade física tem papel fundamental no tratamento do DM2. Estudo realizado na cidade de Bauru, SP, junto a 121 usuários de duas UBS, buscando registros retrospectivos em prontuário, referentes a um ano de atendimento, identificou menor custo relacionado a consultas médicas e dispensação de medicamentos por pessoas fisicamente ativas. O estudo também indicou que a redução de custos não é significativa quando se avalia, entre pessoas com DM2 insulinodependentes, a realização ou não de atividade física, referindo a dificuldade de redução ou modificação do padrão de uso de medicamentos quando as pessoas usam insulina, dessa forma, os autores enfatizam que ações de prevenção primária e secundária para evitar que as pessoas com DM2 se tornem insulinodependentes podem acarretar redução de custos ao sistema de saúde, além de maior sobrevida para essa população (CORDOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012).

Dentre as mudanças de hábitos, os entrevistados mencionaram pontualmente a necessidade de redução da ingestão de bebida alcoólica e cigarro, enquanto outro desafio nem sempre superado.

Largar de fumar [cuidado que não consegue realizar], né. Isso aí eu não largo não [...] Já tentei, mas não dei conta não [...] Ela sabe, ontem ela até falou: Olha, manera o cigarro, hein? Pergunta o enfermeiro que tava lá. Sei que com o diabetes você tem que ter cuidado com ele porque ele vai matando aos poucos, né? Tem que comer pouco arroz, no dia que eu como batata, eu só como batata com feijão, eu não como com arroz, o dia que eu como uma mandioca, né, eu só como a mandioca com o feijão e não como o arroz [...] É, eu sigo [...] Sigo porque se aumentar, aí até cega, né? A pessoa (Daniela . E).

Ah, eu bebo socialmente, que de vez em quando eu bebo uma cervejinha, né, só fumar que faz cinco anos que, cinco anos e dois meses que eu não fumo cigarro, mas bebida [...] o cigarro foi por

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

opinião [que parou de fumar] , assim, eu tava querendo mesmo largar, eu tava assim vendo... Eu tava no emprego assistindo televisão e eu tava vendo problema sobre droga, essas coisas... Aí falei %Mou largar o cigarro, né, cigarro é droga+ Aí eu resolvi minha opinião e larguei. Só que de vez em quando dava umas recaídas, tal, aí eu fui vendo que é melhor e quase voltei, mas depois %Não, vou mexer com isso não.+[...] É. E bebida é assim: de vez em quando, às vezes, um churrasquinho, às vezes cunhado, irmão, meu irmão faz, aí a gente toma uma cervejinha, mas é muito pouco também, né? [...] Não é exagero, igual eu tomava antes. Antigamente eu bebia bastante. [risos] [...] É, era meio exagerado (Arnaldo . E).

O controle do consumo de álcool e interrupção do tabagismo são recomendações que fazem parte de medidas para prevenção de um grupo de condições crônicas. Não somente como forma de cuidado frente ao DM2, mas como uma necessidades premente diante da maior vulnerabilidade das pessoas com DM2 para desenvolver outras condições crônicas e/ou complicações. Ao longo das observações participantes foram pontuais as vezes em que se discutiu sobre esses hábitos, também não houve estímulo para participação de programas voltados para abordar esses hábitos que, para essa população, constituem fatores de risco ainda mais expressivo. Especificamente frente ao DM2, o tabagismo e consumo de álcool são associados à piora do controle glicêmico (BRASIL, 2013; SBD, 2014) .

Além dos cuidados referentes à alimentação, atividade física, controle do uso de álcool e cessar tabagismo, a maioria das pessoas com DM2 referem uso de medicamentos, seja hipoglicemiantes orais ou insulino terapia. Apesar das recomendações para iniciar o algoritmo do tratamento do DM2 com modificação do estilo de vida, nenhum dos usuários entrevistados possuía regime terapêutico isento da terapêutica medicamentosa.

A linha de cuidado se processa ao contrário do recomendado. Ao invés de iniciar práticas de promoção à saúde enquanto não se instalam condições patológicas, as pessoas iniciam as práticas de mudança de hábitos, como reeducação alimentar e atividade física, enquanto parte do tratamento das condições crônicas, configurando, dessa forma, estratégias de prevenção de complicações, muitas vezes sem associação com bem-estar ou melhora da qualidade de vida (CONILL et al., 2008).

Além disso, conseqüentemente à diversidade de problemas de saúde, indicados pelos dados da pesquisa ainda no tema *Contexto de vida das pessoas com diabetes*, sendo que em muitos casos há problemas simultâneos, a expressiva

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

utilização e associação de medicamentos também foi observada. O uso de diversos medicamentos implica necessidades de cuidados também com relação à medicação, cuja administração muitas vezes é gerenciada pelos próprios usuários entrevistados, dentre eles muitos idosos, com dificuldades referidas para enxergar, dificultando a leitura e os cuidados relacionados ao tratamento medicamentos

08h36 – 08h47 – Farmácia

Pega sacola com medicamentos – “Tem que pegar a cesta básica né fia”.

Carolina: O Doutor tem muita paciência né. Eu gosto dele.

Entrega receitas pelo balcão com vidro – pouco interação com profissional – aguarda.

Vai agendar consulta para o irmão que teve infarto há pouco tempo. “Passou muito mal, foi quase”.

Farmacêutica: “Fala para mim como que a senhora toma esses remédios”.

Carolina explica todos e pega uma sacola cheia de remédios.

Farmacêutica explica sobre o medicamento, a frequência do uso.

Carolina vai até à recepção para agendar consulta para o irmão.

Recepção 08h48 – 08h50

Sai da unidade (Carolina - OP).

O tratamento medicamentoso faz parte da rotina da maioria das pessoas com DM2, uma abordagem inicial com reeducação alimentar e atividade física regular pode ser estimulada, mas geralmente há recomendação de iniciar o tratamento com hipoglicemiantes orais (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Os medicamentos básicos são fornecidos pela rede de atenção à saúde e a gratuidade dos medicamentos fornecidos na UBS é enfatizada por muitos dos entrevistados como aspecto positivo do atendimento do serviço de saúde. Os medicamentos utilizados são hipoglicemiantes orais e insulina, ambos fornecidos na UBS, com exigências distintas de cuidados, já que as pessoas que usam insulina realizam controle glicêmico mais rigoroso, recebendo também os insumos para glicosimetria capilar no domicílio no domicílio (BRASIL, 2013; VERAS, 2009) .

As falas indicam a dinamicidade do tratamento que pode transicionar entre os dois tipos de medicamentos utilizados ou mesmo ter uso concomitante, a depender do quadro clínico.

Ao longo das entrevistas, muitos usuários se referiram às receitas de medicamentos, pois não sabiam os nomes dos fármacos em uso. A família participa dos cuidados com a medicação, possibilitando maior controle dos medicamentos ingeridos, às vezes sabendo até mais do que os próprios entrevistados sobre o tratamento medicamentoso. Muitos usuários indicam polifarmácia.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Todos eles, quer ver? Deixa eu pegar a receita [...] Ai, eu tomo... Deixa eu perguntar a minha esposa aqui... Quando eu vou no médico, é minha filha que vai comigo e ela sabe todos os remédios que eu tomo. O médico pergunta e ela responde: %toma esse, toma esse, toma esse, toma esse, toma aquele...+[...] Ela que sabe tudo. Quando eu vou com [médico] ou mesmo no convênio, ela estando comigo, não precisa levar receita nem nada [...] Eu vou pegar aqui que aí sabe tudo (Renato . E).

A insulinoaterapia traz consigo exigência de novas habilidades como a autoaplicação de medicamento injetável e realização de coleta de sangue capilar para glicosimetria, ambos procedimentos invasivos. Muitos usuários são dependentes de familiares ou mesmo vizinhos e amigos para a realização desses procedimentos. Outros executam sem ajuda, mas referem dificuldades, como, por exemplo, dificuldades para avaliação do local de aplicação da insulina e, ainda, para mensuração da quantidade de insulina a ser injetada (BATISTA ET AL. 2013).

Alguns usuários indicam autonomia para mudar medicações prescritas, ou mesmo buscar outras formas de obter a medicação desejada. Nem sempre é comunicado com o profissional médico e, quando é, a abordagem não abre diálogo sobre o assunto. Apenas informa de maneira taxativa o que deve ser feito.

*Augusto: Parei de tomar a sinvastatina, que tava me dando dor muscular.
Médico: Aí você tem que escolher, se não quer tomar entope a artéria e infarta, aí é questão de escolha, quem gosta de você é você mesmo, eu não to na sua casa para te fiscalizar. Mas você tá bem... Passa ali do lado e marca direitinho. O viagra tá aqui oh! [entrega receita], se achar que vale a pena tomar, toma uma hora antes da relação (Augusto – OP).*

08h03 – 08h10 Consulta médica

Médico: Como vai Arnaldo?

Arnaldo: Vou bem doutor!

Médico: Mas o triglicérides tá alto hein! Tá danada... O que você tá tomando?

Arnaldo: Tô tomando aquele que o senhor mandou. Mas ele acabou aí perdi a receita.

Médico: Você precisa tomar abaixa devagar, eu tomo há seis meses (Arnaldo – OP).

A utilização de medicamentos constitui outro desafio para a produção de cuidados junto às pessoas com DM2. Conforme descrito, é complexo fazer um acompanhamento exato da forma como as pessoas realizam o tratamento medicamentoso, tendo em vista fatores como polifarmácia, desconhecimento da ação e interação dos medicamentos por parte dos usuários (que muitas vezes não

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

conseguem mencionar nem o nome da medicação) no entanto, deve-se fazer abordagem cuidadosa nesse sentido já que o próprio tratamento medicamentoso pode constituir vulnerabilidade à saúde da população, principalmente entre idosos (SECOLI, 2010; VASCONCELOS et al , 2005).

O fornecimento gratuito de medicamentos é enfatizado enquanto um fator positivo do acompanhamento na UBS, inclusive parece ser o que direciona a busca pelo serviço de saúde, conforme será destacado mais detidamente no tema *Produção de Cuidado diante do diabetes na mediação com a rede de atenção à saúde*. A distribuição gratuita dos medicamentos não garante isenção de gastos com tratamento medicamentoso por parte das pessoas com DM2, mas conforme destaca Helfer (2012) em estudo realizado na região Sul do Brasil, a distribuição garante disponibilidade geral de mais de 80% de medicamentos à população, e o excedente que deve ser comprado gera ônus de até 8,4 dias de salário para um trabalhador com rendimento de um salário mínimo, requerendo, dessa forma, atenção por parte da equipe médica, no sentido de aproveitar ao máximo as possibilidades terapêuticas de medicamentos fornecidos pela rede antes de partir para outras opções que geram gastos, já que a própria condição do DM2 traz consigo probabilidade de elevação de gastos (BAHIA, 2011).

A glicosimetria é rotina entre as pessoas que fazem insulinoaterapia, sendo realizada por eles próprios, familiares ou amigos/vizinhos, na maioria dos casos, com frequência programada ou ainda quando tem algum sintoma.

É; eu meço [glicemia] [...] Quando dá tempo, eu vejo assim que eu não tô me sentindo bem, aí eu [meço] às vezes quatro, cinco vezes no dia. Mas, fora disso, assim, às vezes três vezes na semana eu meço [õ] É, às vezes nem é todo dia [...] Quando eu vejo, eu sinto que ela tá alta porque minha cabeça dói demais, aí remédio nenhum corta, quando vai medir tá aquela altura, né, e quando fica muito tempo sem comer, né, aí ela abaixa demais (Cleusa . E).

São poucas as menções de que os profissionais de saúde usam os registros da glicemia para fazer acompanhamento dos níveis glicêmicos.

Eu faço [segue recomendações médicas frente ao diabetes]. Muitas vezes eu saía chorando lá da Dra. Denise, que ela falava que eu não fazia. Porque eu levava esses papel pra ela ver né, mas de noite sempre tá alta aqui, mas 10 horas quando eu vou deitar eu marco aqui olha, que eu meço pra poder tomar a insulina, aqui é mais de meio-dia até [...] É... Essa eu marco aqui (mostra no papel) e esse aqui é em jejum [...] Não concordo porque eu falo que faço e eles fala

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

que não e eu fico nervosa [...]. O que eu respondo? Nada. Falo nada, eu choro [...]. Eu tô com 80 e tantos anos, eu não sei o que tô fazendo? Tem muitas pessoas de idade que esquece as coisas, não faz as coisas direito, mas eu faço um almoço que você precisa de ver, um café, faço tudo. Eu não faço, eu faço quando dá oportunidade porque minha filha não deixa eu fazer nada. Então eu não faço nada. Mas eu gosto de um bolo, um pão, que eu faço. Larguei de fazer pão porque os dois garoto não gosta de pão, não gosta de pão feito em casa, e até o bolo, o bolo um delícia e eles [netos] não gosta (Luciana . E).

Anoto [resultados da glicemia] [õ] Não, eu não levo [para a consulta médica] não, eu precisava levar né? O médico que tinha que pedir, né. Às vezes ele pede pra mim anotar, o endocrinologista pediu para mim anotar, só que ele foi embora lá da unidade, não viu nada.

Ilda: Não, nunca fiz isso não [mudança nas orientações médicas]. Eu sempre tento fazer o que eles falam, sabe? Porque é bom pra mim (Camila . E).

A verificação da glicosimetria capilar no domicílio resulta na obtenção de um valor de glicemia, cuja interpretação requer conhecimento dos parâmetros de normalidade e, às vezes, tomada de decisão sobre condutas diante de valores que indicam alterações glicêmicas. São habilidades importantes que não são indicadas por todas as pessoas entrevistadas.

Entrevistadora 2: Mas a senhora mede e, dependendo de quanto que tá, a senhora toma a insulina, é isso? Ou a senhora toma a insulina todo dia do mesmo jeito mesmo?

Luciana: Eu tomo todo dia mesmo assim [...]. Aí se ela tiver baixa demais eu não tomo. A insulina não [...]. Baixa demais é 40... [...]. Aí eu não tomo a insulina, mas os remédios sempre eu tomo, os remédinhos (Luciana . E).

Entrevistadora: E o que você faz quando ela [glicemia] tá muito alta?

Cleusa: Então, eu evito de comer até... Aí eu vou medindo pra ver o valor que ela tá pra eu voltar a alimentar normalmente [...]. É aí diminui.

Entrevistadora: Tá. E quando ela tá muito baixa?

Cleusa: Aí eu vou comer, assim, chupar uma bala, comer uma bolacha mais doce, né? [...]. Pra mim, tá baixa... Se ela tiver 80 eu já me sinto mal já, começa o suador na mão, essas coisas. Tremedeira nas pernas... Fora disso não... [...] Quando tá alta? 400. Mas é muito difícil chegar a esse valor (Cleusa . E).

Variações extremas dos níveis glicêmicos, associadas à realização da glicosimetria capilar ou reconhecimento de sintomas, determinam necessidades de procura por serviços de saúde, às vezes em caráter de urgência. Ao longo dos relatos e observações, percebia-se alteração importante de glicemia, em usuária que

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

não utiliza insulina, portanto, não tem rotina de avaliação periódica da glicemia capilar

Olha, de eu passar mal ainda não [hipoglicemia]. Mas um dia eu cheguei ela tava 350. Outro dia eu medi, ela foi pra 200, 150, nessa faixa. Até 200 [...]. Assim, quando eu vejo que ela tá alta, eu procuro tomar um remédio, né? Entrevistadora: Você toma a mais do que precisa? Fernando: Não, não. Eu tomo assim, uns remédios caseiros mesmo pra ver se...[...]. Agora o remédio eu venho mantendo o que o médico pediu, né [...]. Porque não adianta também passar por cima do médico, que ele também passou o remédio não é pra ficar enchendo. Uns falam que tem que tomar coca-cola quando cai, pra levantar, aí vira aquele rolo (Augusto . E).

Dá uma coisa ruim nas vista [quando tem hiperglicemia], porque a ela diabetes cega a pessoa, pode matar a gente morrer, nem morrer, que a diabetes mata. Isso eu sei. Perde a visão, pode ficar cego, a doutora falou. É perigoso ficar cego, perde a visão, tudo! Se aumentar muito. Ela vai pra mil, 700, 800. Baixa, a pessoa desmaia; ela já conversou comigo, [médico]. Todo médico que eu vou . [médicos 1 E 2] da [UBDS] . fala que tem que controlar porque quando ela é baixa, a pessoa desmaia. E quando ela é alta, a pessoa desmaia também. Quando é muito alta, né? 500, 600, 700. Mas a baixa desmaia mesmo (Juliana . E).

Em estudo produzido a partir de um projeto de extensão universitária com foco no cuidado junto a pessoas com DM2, com ações de cuidado às pessoas com DM2 frente à prática de automonitorização glicêmica no domicílio, observou-se, por parte da equipe, dificuldade no acompanhamento longitudinal das pessoas insulíndependentes e, por parte dos usuários, dificuldades com relação ao manuseio e utilização dos insumos para glicosimetria capilar, bem como dificuldades para manter práticas alimentares e de atividade física recomendadas, observando dificuldades tanto da equipe quanto dos usuários para a efetivação de acompanhamento integral (MATSUMOTO et al., 2012).

Percebe-se necessidade por parte da equipe para um cuidado longitudinal e de responsabilização por essa população, para além do fornecimento de insumos e materiais para a automonitorização glicêmica, onde cabe uma atuação de enfermagem mais ativa operante.

Desta forma, o registro da monitorização glicêmica pode ser utilizado como instrumento para avaliação da adesão ao tratamento e para abordar dificuldades frente à rotina de cuidados. Destaca-se a importância de atividades educativas, efetivas, associadas à monitorização da glicemia capilar no domicílio, para que essa seja uma ferramenta efetiva para o controle glicêmico (VERAS, 2009).

5.3.3 Aprendizado sobre o diabetes

A condição de uma pessoa com adoecimento crônico requer cuidados específicos e contínuos, de modo que o conhecimento sobre a doença é um primeiro passo para possibilitar a adesão ao tratamento. Dessa forma, as pessoas precisam de conhecimentos acerca da fisiopatologia da doença, dos cuidados a serem tomados no cotidiano, além de desenvolverem habilidades específicas para avaliação dos níveis glicêmicos, análise crítica acerca do resultado do teste, tomada de decisão sobre os cuidados requeridos com base nos valores glicêmicos obtidos, além de destreza e conhecimentos para administração de medicamentos injetáveis, caso façam uso de insulino terapia.

Percebe-se, dessa forma, que são muitas as demandas de conhecimentos e habilidades a serem desenvolvidos para que se alcance uma autogestão do tratamento do DM2, a isso se associam fatores como idade e nível de escolaridade, conforme destacado no tema 1, enquanto dificultadores desse processo, que, assim, se configura um desafio para o sistema de saúde e, ao mesmo tempo, para a adesão ao tratamento.

Nesse subtema são abordadas questões que têm relação com o aprendizado das pessoas sobre o diabetes e cuidados que a doença requer, bem como a abordagem desse aspecto no serviço de saúde e as outras possibilidades de obtenção de informações encontradas pelos usuários.

Tradicionalmente, nas unidades de saúde, é comum a realização de grupos de educação em saúde para pessoas com diabetes, para ~~orientar~~ orientar+ acerca dos cuidados que devem ser seguidos para obtenção de controle dos níveis glicêmicos. Geralmente são atividades em formato de palestras expositivas, informativas. Na unidade de saúde onde foi realizada a presente pesquisa é rotineira a realização de atividades/reuniões informativas quando da entrega dos insumos para glicosimetria. Fica evidente o pouco interesse dos usuários pela participação nas atividades informativas realizadas na unidade de saúde, alguns referem que essas atividades não têm influência no cuidado realizado no dia a dia frente o diabetes.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Muitos dos usuários mencionam não ter conhecimento das atividades informativas, grupos e reuniões sobre cuidados frente o diabetes realizadas na unidade de saúde. No geral, essas atividades têm o objetivo de fornecer embasamento para a autonomia no autocuidado das pessoas frente a essa doença, no entanto, verifica-se pouca participação dos usuários entrevistados. Alguns mencionam essas atividades como fonte de conhecimentos acerca do diabetes e de ajuda para o autocuidado, outros, entretanto, referem que as mesmas não oferecem informações suficientes para o cuidar e sim acerca das complicações da doença e restrições a serem feitas para efetivar o cuidado em saúde.

As falas indicam que na unidade de saúde há rotina estruturada de reuniões informativas quando os usuários recebem o *kit* para glicosimetria capilar, restritas aos usuários que utilizam insulinoterapia, somente em um momento, sem seguimento posterior ou avaliação. Segundo os entrevistados, nesse momento enfatiza-se a explicação sobre o uso do material, sem demonstrações ou realização da técnica de aplicação junto com os participantes.

Teve um rapaz [na UBS] lá, desse negócio desse aparelho, uma vez me deu uma explicaçãozinha, falou da insulina, que aplica, mas não [...] Foi quando foi dar o aparelho, né? Era uma porção de gente, viu? Quando foi dar o aparelho, mas não... Olha, a gente tá assim, é igual eu te falei, hoje se você não tiver dinheiro, você morre [...]. Não, o que ele fez pra mim lá é, o que ele falou pra mim mais foi do aparelho, essas coisas, não é mudança da diabetes, né? Falou do aparelho, dessas coisas. Né? Pra aplicar meio em pé a injeção... Não fiz nada que ele mandou não. Aplicar em pé eu tenho medo, sabe? Eu já aplico meio de lado, assim, não muito, né? Furar só o coró também [...]. É. Faço, tô fazendo assim na perna, então eu, pra mim mudar, precisava deles pegar e aplicar em mim. É assim, senhor. Ficar falando pra mim aplicar não vai resolver nada, eu vou acabar fazendo o negócio mais errado do que eu tô fazendo, né? Entendeu? (Jorge . E).

Já fui, um dia que foram me dar o aparelhinho do diabetes, não o que eu estou usando, o outro, foi o médico numa sala assim, a gente fica numa sala com bastante gente, até esse menino, [neto] que tava comigo, ele explicou muito assim, sobre a comida, como é que come, como que faz, explicou bastante [...]. Mas é quase tudo que eles fala eu não sou muito fanática, oh, é bolacha, não gosto, macarrão, mandioca, se eu ponho um pedaço de mandioca no prato, tem que por só uma colher de arroz, arroz é pouco também, a mandioca é pouco, batatinha, tudo, se for escutar tudo o que eles fala, eu não comia nada, mas tudo que eles falam eu não sou muito fanática, então dá pra passar (Luciana . E).

No geral, atividades informativas sobre o diabetes, destinadas ao público geral ou às pessoas já com diagnóstico confirmado, não fazem parte da rotina da

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

unidade, mas são realizadas em alguns momentos determinados. Quantidade expressiva dos usuários não sabe indicar se existe esse tipo de atividade na unidade e referem que nunca foram convidados. Outros não acreditam que participar de atividades informativas sobre o diabetes possa ajudar no cuidado, ser uma doença incurável, é a justificativa de que não adianta buscar informações e participar de atividades sobre o diabetes.

Não nunca [...] Sei que teve, mas não me chamaram [sobre reuniões acerca do diabetes na UBS] não, então eu nem participei [...] Já teve porque eu vi o cartaz lá marcando, puseram no cartaz lá, mas eu não fui não porque falei ah, tá com diabetes tem que ficar, fazer o quê... [...] Será que resolve? Eu acho que não resolve pra nada não. Você acha que resolve? [...] Não bem, pra mim não porque toda vida é uma coisa só, não muda nada, não muda nada, o tratamento, os remédios, não muda nada. Durante o tempo que eu tô tratando, só quando eu chego lá meia zuretona com a diabetes quinhentos e tanto que eles põe uma insulina e abaixa. Fazer o quê né, então, é isso que muda (Carolina . E).

Entrevistadora: Lá na unidade, ali na Vila Albertina, tem algum grupo assim que o senhor costuma ir para falar da doença diabetes?

Pedro: Não, eu não vou comentar isso [sobre diabetes] com ninguém. Eu tenho, sei que tenho e deixa pra lá, não vem.... Porque se um vem fala besteira, o outro fala mais besteira ainda aí eu perco tempo.

Entrevistadora: O senhor já foi convidado pra algum grupo de lá?

Pedro: Não, nem vou, se me mandar eu não vou, me chamar eu não vou [...] Porque tem muita gente que fala só besteira. Eu vou perder tempo pra ouvir besteira? [...] Ah, vai falar: Se pode isso, não pode aquilo, aquilo outro, se pode, não+.. Deixa pra lá, não vou ficar perdendo tempo não (Pedro . E).

Alguns ficaram sabendo, foram convidados, mas não compareceram, por diversos motivos. Talvez seja importante colocar na rotina da unidade os atendimentos individuais e em grupo acerca do diabetes. Importante ressaltar que muitos dos usuários que referem dúvidas acerca dos cuidados frente o diabetes e ao mesmo tempo não demonstram disposição para buscar suporte na unidade de saúde sobre o assunto.

Não [...] Eu não fui, [grupo de educação em DM2 na UBS] uai, eu esqueci de ir [...] Chamou. Passou uma moça avisando: Olha, tal dia, tal hora, tem curso, a reunião pra ver como é que é diabete+ [...] Aí eu não fui não (Juliana . E).

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Alguns mencionam que os cuidados realizados e os conhecimentos que têm são suficientes.

Eu acho que o que eu sei já [suficiente para cuidados com o diabetes], com várias aulas que eu já tive, dá pra mim manerar. Tem uns papel escrito ali também, qualquer negócio eu mando as menina ler pra mim. Eu tenho uns dois ou três papel [...] Peço pra elas ler o que faz bem pra mim, o que faz mal, né (Luciana . E).

Há falas que mencionam a metodologia dessas aulas, e a ênfase em doenças, referindo que não possibilitam mudanças de comportamento. Conforme os relatos dos pacientes, prioritariamente as informações abordadas indicam os comportamentos a serem seguidos, os cuidados no cotidiano, com ênfase nas restrições.

Entrevistadora: Essa atividade que a senhora foi lá, a senhora acha que por conta dessa reunião teve alguma mudança na sua rotina de cuidado? De lidar com a doença?

Não, só tive mais informação. Teve mais informação, questão da mudança da doença a única coisa que muda pra mim é as coisa que eu não posso comer e as preocupação que você tem que às vezes eles me preocupava em sair no lugar que eu fosse demorar justamente por isso, por ficar sem se alimentar, porque nem sempre você tem dinheiro pra levar pra comer né, então a gente se preocupa, tem que preocupar muito com isso, um dia eu deixei de fazer um exame no hospital porque tava esperando, tava demorando e eu tava passando mal porque tava sem comer, larguei tudo lá e fui embora (Camila . E).

Cláudia: Eu fui uma vez só lá no postinho, tem um grupo lá que eu nem sei como que chama. Então eu fui lá e fiz essa aula como você mesmo falou, tinham umas dez, doze pessoas com hipertensão e diabetes, tudo junto, mas eu fui uma vez só. Por quê? Porque o meu tempo não me permite, você entendeu? Eu tenho o tempo muito corrido. Então eu não fui mais. E mesmo porque mudou a agente da área de saúde e, na verdade, eu fui mesmo só pra ajudar a [ACS], porque ela foi assim tão assim gracinha que queria que eu fosse por causa da área dela, falei: %Ai, tá bom, [ACS], eu vou.+Eu gostei do que eles falaram, das atividades, da alimentação, de tudo isso, mas eu não vi muito objetivo não. Entendeu?

Entrevistadora: Se você pensar nas coisas que você aprendeu lá, teve repercussão na sua vida, teve mudança na sua rotina?

Vilma: Nada. Não. Primeiro que eu nem coloquei nada em prática, né, porque, como eu te disse, eu sou meio que preguiçosa (Cláudia . E).

Alguns indicam os cuidados e aprendizado ao participar das reuniões.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Já participei da reunião [sobre o diabetes] No começo, que tem que comer de três em três horas, o que pode comer e o que não pode, por isso que quando eu como mandioca eu não como arroz, tem que evitar massa, né? [...] Tem que evitar massa e o arroz é uma massa [...] Só fui essa vez [...] Foi boa a reunião [...] Ajudou, ajudou porque tudo que ela falou lá a gente consegue seguir, né? (Daniela . E)

Ao mesmo tempo ao longo das entrevistas, no geral, houve demonstrações de dúvidas acerca dos cuidados a serem tomados frente o diabetes, no cotidiano.

Augusto: Esses dias eu levantei e não tava sentindo bem, ela tava 250.

Familiar: Era duas e meia da manhã.

Familiar: É, então. Eu senti, levantei e falei %lou medir+ A pressão tava 15 x 9 e o diabete tava 250.

Familiar: Geralmente quando a pressão tá alta o diabete também tá alto?

Augusto: Não necessariamente.

Familiar: Então não...

Augusto: [...] gostaria de saber o que o diabetes pode fazer com a pessoa, né? Uns falam que ataca as vistas, outros falam que ataca os rins, pra mim ter uma noção mais ou menos de como a doença tá reagindo, né? (Augusto . E).

Assim, minha preocupação mais do diabetes é as vista, né? Assim, em relação a isso, eu não sei muita coisa. O quê que acontece direito (Cleusa . E).

E ainda foram descritas formas de aprendizado sobre o diabetes: experiências com familiares que tiveram diabetes, programas televisivos, livros e revistas sobre o tema.

Algumas pessoas mencionam que se sentem seguras para o autocuidado, buscam publicações oferecidas pela organização religiosa como forma de aprender sobre o diabetes. A mídia televisiva e impressos distribuídos nos serviços de saúde e pelos profissionais também é uma forma de obterem informações acerca do diabetes e formas de cuidado. Quando familiares são portadores da doença, os usuários mencionam maior experiência e conhecimentos acerca dos cuidados.

Cláudia: Ajuda [religião ajuda no cuidado], ajuda porque é... Não só da diabete, mas a gente tem bastante informação sobre vários tipos de doença. Então a gente, quando tem alguma dúvida ou alguma, assim, além de que não pode ir no médico perguntar, dependendo do caso, a gente procura nossas próprias publicações, né, que tem... (Cláudia . E)

Entrevistadora: Como que você aprende sobre a doença?

Augusto: É, minha mãe falando, meu irmão também tem.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Familiar: Também tem reportagem.

Augusto: Reportagem, a gente vai [...] É, tem experiência [com o pai]. Então, né, minha mãe fala: %Come menos, pelo amor de Deus. Manera, corta o açúcar. Não posso tomar refrigerante...+Tomo light, mas quando tomo, é dois, três copos, não pode ser assim, tem que ser um (Augusto . E).

Entrevistadora: Unhum. Cleusa, das coisas que você sabe sobre o diabetes, onde foi que você aprendeu?

Cleusa: Foi no [Hospital de Referência 1] mesmo. Toda vez que eu ia eles me davam um livrinho, né, pra quem tá aprendendo com o livrinho. Fui aprendendo com o livrinho.

Entrevistadora: Essa questão de aplicar a insulina...

Cleusa: Tudo. [...] A dieta, quando eles passou foi tudo por eles lá... (Cleusa . E).

Abordagens individualizadas de profissionais de saúde também são indicadas como formas de obter informações sobre o diabetes.

Não aprendi [sobre o diabetes] com ninguém, isso aí foram eles que me informaram, principalmente o [médico 1]. Certo? Foi o único que consultou eu, [médico 2], me deu uma lista enorme de coisas que eu podia comer e que eu não podia, mas depois foi passado para o [médico 1] e é o que eu tô indo até hoje, não sei até onde vai. Fazer o quê né? Então vamos nós né (Carolina . E)

Abordagens em grupo são comuns no contexto das ações de cuidado destinadas às pessoas com diabetes em serviços da Atenção Básica. São utilizadas diferentes tecnologias com o objetivo de acompanhar e oferecer suporte para o cuidado no dia a dia. Faz necessário o uso consciente e preparado da estratégia grupal, oferecendo condições para o intercâmbio de saberes entre profissionais e usuários, com a valorização das experiências e conhecimentos desses últimos, intercambiando nesses espaços a utilização de tecnologias leves, leve-duras e duras de forma equilibrada com as constantes flutuações do grupo, ou seja, com percepção contínua da dinâmica grupal e utilização de técnicas coerentes as necessidades do grupo (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011).

Santos e Marcon (2014) indicam que grupos realizados, segundo a perspectiva dialógica, com trocas e valorização das experiências dos participantes promovem interações que ajudam no enfrentamento da doença. Esses autores indicam a problematização como estratégia que pode ser utilizada para valorizar as diferenças e particularidades entre os participantes e incentivam a participação da família.

REPRESENTAÇÃO DO DM2 NA VIDA DAS PESSOAS E OS CUIDADOS PRODUZIDOS

Chagas et al. (2013) mencionam a importância da disponibilização de atividades educativas para pessoas com diabetes, considerando que o conhecimento sobre as características dessa doença e o manejo de cuidados para o seu tratamento são essenciais para a sua implementação. Reiteram ainda que as atividades educativas devem ser realizadas constantemente, bem como o aprendizado analisado em termos de sua operacionalização e manutenção na rotina de cuidados, mesmo após o término das atividades educativas.

Rodrigues et al. (2012) inferem que escolaridade e tempo de diagnóstico são variáveis diretamente relacionadas ao conhecimento e atitudes das pessoas com DM2, indicando que o planejamento de programas educativos deve contar com estratégias educacionais diversas, considerando que pessoas vivenciam altos e baixos na relação com essa condição de adoecimento crônico e incurável.

5.4 Mediação com a rede de atenção à saúde: articulações para a produção de cuidado frente o DM2

Este tema tem como recorte de análise a relação entre usuário e serviços de saúde na produção do cuidado frente o DM2 e foi desenvolvido em quatro vertentes:

- 1) Produção de cuidado no contexto do acompanhamento na Atenção Básica*
- 2) Fluxos na rede de atenção à saúde: atendimentos por especialidades e serviços de urgência/emergência*
- 3) Associação entre recursos públicos e privados como forma de qualificar a assistência à saúde*
- 4) O desafio da participação social.*

A partir das falas dos usuários, será descrita a produção de cuidados frente o DM2, na perspectiva do acompanhamento na Atenção Básica e junto a outros serviços da rede de atenção à saúde, enfatizando, também, a associação entre recursos públicos e privados e a participação social, enquanto vertentes diretamente relacionadas com o cuidado empreendido a essa população. Na análise dessa composição do processo de cuidados que emergiu do empírico, serão empreendidas buscas pela participação do usuário, que conforme já discutido, nos temas anteriores, não acontece de forma natural e autônoma.

O acompanhamento do usuário com DM2 tem a perspectiva de cuidado contínuo, com vistas ao controle glicêmico (BRASIL, 2013; SBD, 2014), sendo esse o foco principal evidenciado na fala dos usuários. O cuidado a essas pessoas pode ser prioritariamente desenvolvido nos serviços de Atenção Básica e, quando necessário, elas devem ser encaminhadas para especialidades (endocrinologia, cardiologia, nutrição e psicologia) para avaliação mais aprofundada. Também se configura como parte do cuidado a busca por serviços de urgência e emergência, nos casos em que há sintomatologia associada ao descontrole dos níveis glicêmicos ou relacionadas a outros problemas de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Na busca por qualificar a atenção à saúde, os usuários usam serviços da rede pública e privada de saúde, vivenciando os mais variados fluxos de atendimento.

Verifica-se que a participação social é pouco fortalecida e não apresenta características de implicação coletiva com a qualidade da assistência à saúde. Na configuração para se buscar novas formas de atendimento, os usuários priorizam estratégias individuais de reivindicação ou controle do atendimento, tendo em vista uma lógica que sustenta a atenção à saúde, sempre e de caráter individual em relação à atenção desejada.

5.4.1 O acompanhamento na Atenção Básica É dificuldades da transição do modelo de atenção à saúde

Na discussão da produção de cuidados na Atenção Básica, os usuários descrevem a sua relação com a UBS Amendoeira em Flor, localizando-a como parte da história do território, acompanhada por muitos deles; demonstrando que conhecem o seu funcionamento e o atendimento dos profissionais, porém, não se percebem enquanto protagonistas de decisões no momento do encontro junto ao profissional de saúde, no entanto, fora dos muros da unidade de saúde, no contexto das dimensões plurais da vida, configura-se um cuidado em que a autonomia do sujeito é preponderante.

O posicionamento dos usuários frente à produção de (seu) cuidado leva-se a inferir que eles não conseguem perceber as possibilidades de mudança do modelo de atenção à saúde, que nós, profissionais e estudiosos do campo da saúde, tanto almejamos. Cabe destacar que, essa falta de percepção se relaciona ao fato de que as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde também não se direcionam a ofertas de cuidado que se aproximem dessa perspectiva.

Ao longo desse tema, buscou-se descrever e analisar as evidências empíricas que nos permitiram elaborar tais proposições.

Os usuários acompanharam a construção da UBS Amendoeira em Flor no território, alguns se lembram do terreno que a sediou e referem que utilizam o serviço de saúde desde sua inauguração, de modo que a UBS faz parte das suas vidas e da história da comunidade. São enfatizados o vínculo e pertença com esse equipamento social e seus trabalhadores; nesse contexto, os usuários descrevem o

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

tempo de acompanhamento na UBS, em alguns casos desde a inauguração da mesma, e as formas de utilização desse serviço.

Assim, os usuários conhecem a história da UBS, suas modificações ao longo dos anos, contextualizam a sua construção enquanto um equipamento social do bairro, que possibilita o cuidado das pessoas e suas famílias. Conhecer (e se sentir parte da) trajetória histórica da unidade de saúde parece ser fator que estreita o vínculo com os usuários.

Ah, faz muito tempo. Faz mais de uns trinta anos [que acompanha na UBS] Acho que mais de uns vinte, né? Faz 38 anos, pra 39 anos que eu moro aqui [...] Ali era um campo de futebol. [risos] A gente chamava [nome do campo]. Eu era um moleque (Arnaldo . E).

Esse postinho aí, agora eu acho que ele melhorou bem, sabe? Era pior [...]. Ah, melhorou o atendimento, melhorou que eles puseram cadeiras lá pro povo sentar, puseram ventilador, sabe? Melhorou a limpeza ... Melhorou muito, muito! (Clarice . E).

De igual forma, a facilidade de acesso, em termos de aproximação geográfica, é um fator que faz as pessoas se vincularem mais a essa unidade e tê-la como referência de serviço para acompanhamento de saúde.

Ah, ligaram uma moça lá na minha casa, lá da [unidade de referência], sabe? Diz que era pra mim ir lá pra falar sobre diabetes, aí eu falei pra ela que eu já tratava aqui. Mulher querendo que eu ia lá. Falei: Não, uai, tratar no posto aqui perto da minha casa, mais perto, mais fácil pra mim ir, com pé volta. Ela parece que não gostou não. Gosta ou não gosta... Que aqui é mais fácil que eu não preciso pagar carro, preciso pagar ninguém pra vim comigo. Faço tudo pra cá. Entendeu? Os menino estuda, não tem muito tempo, meu marido trabalha, a menina também é casada (Maria Joana . E).

A fala da usuária remete à questão da acessibilidade geográfica que certamente é um dos elementos importantes para que a atenção à saúde se processe. Estudos sobre a satisfação do usuário, em relação à atenção nos serviços da rede de Atenção Básica, têm apontado como central a questão da acessibilidade, quer em seus aspectos geográficos (distância, por exemplo), quer naquelas voltados às questões organizacionais ou voltadas ao estabelecimento de vínculos mais efetivos com a equipe de saúde (CAMPOS, 2013; MISHIMA et al., 2010).

Esse vínculo, percebido entre as falas, denotando estreitamento das relações dos usuários com a unidade de saúde e seus profissionais, tem relação estreita com a longitudinalidade, um dos atributos primordiais da APS, destacando que é

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

determinante para a sua efetivação que se tenha condições de ter um serviço (e equipe) de saúde de referência para o usuário (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) .

Há que se refletir no caso da população brasileira, se o vínculo longitudinal se processa porque as necessidades de saúde são atendidas ou por restrição de opções, sendo que a segunda situação levaria à não adesão às indicações terapêuticas, além de busca constante de serviços de emergência para a abordagem de problemas sensíveis à APS (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) .

Percebe-se que entre as pessoas que têm convênio de saúde, a relação com a UBS Amendoeira em Flor se difere, já que o médico que as acompanha é o do serviço privado e a unidade de saúde tem atuação complementar, seja para um acompanhamento com menor frequência de consultas, seja para obtenção gratuita de medicamentos. Ainda assim, percebe-se que essas pessoas mantêm relação de vínculo com os profissionais que trabalham na UBS e fazem acompanhamento na mesma periodicidade dos demais usuários, e buscam estratégias para utilizar os dois subsistemas de modo a quali ficar acesso e integralidade (CONILL et al., 2008).

Esse sentimento de vínculo também se reporta à equipe, com ênfase em alguns profissionais. O tempo de acompanhamento intensifica a vinculação, que é destacada como forma de qualificar a atenção à saúde. Na fala seguinte, fica clara uma crítica feita pela usuária frente o posicionamento de indiferença por parte de alguns profissionais.

Primeiro no balcão mesmo, eles atende a gente bem, certo? Pra mim não tem o que melhorar mais, eles me atenderam bem, o [médico] me atende bem, todas vez que eu vou ele me atende bem, as menina mesmo eu não tenho o que reclamar delas, não, [ACS] eu não tenho, da [técnica em enfermagem] eu não tenho, as que eu conheço mais. Agora as outras tinha que melhorar um pouquinho né, tem umas ali que é meio empinadinha né, passa perto, faz de conta que não conhece a gente, todo mês eu tô lá [...] (Carolina . E).

Quando se analisam as falas que remetem o vínculo, o profissional médico foi bastante mencionado entre os usuários. Fato esse que pode ter relação estreita com o direcionamento dos atendimentos feitos na UBS, pautados na lógica biomédica, com atendimento médico estruturador do acompanhamento em saúde e incursões de atendimentos da equipe de enfermagem, com a atuação do técnico/auxiliar de enfermagem, literalmente complementar à consulta médica, durante pré e pós-

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

consultas, e o enfermeiro atuando nos casos, em que problemas (principalmente administrativos) precisam ser resolvidos.

Há que se destacar que a complexidade do cuidado a ser produzido junto com as pessoas com DM2, para o alcance do controle glicêmico, requer investimentos continuados de equipe multiprofissional junto a parcerias intersetoriais. O direcionamento assistencial pautado no atendimento médico é fator que restringe um olhar integral para as necessidades de saúde dessa população (UCHOA, 2011; MENDES, 2013).

O vínculo, associado à dimensão longitudinalidade, é uma das características centrais do direcionamento de cuidado associado à APS e também está associado às necessidades de saúde de indivíduos (STARFIELD, 2002; CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006). O vínculo é característica imanente à AB, possibilitando conhecer a realidade das pessoas, em aspectos sociais, familiares, emocionais e financeiros, o que permite o acompanhamento mais próximo e um cuidado mais coerente com a necessidade de saúde da população (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

Conforme descrito, ao se sentirem parte do serviço de saúde, que acompanharam desde a construção, alguns usuários posicionam-se como corresponsáveis por sua organização e funcionamento e conhecem os desafios que entravam o atendimento. Nesse sentido, referem atos de colaboração com a organização do serviço de saúde. Vale destacar que são ações individuais, mas remetem a uma atenção para a organização da unidade no atendimento coletivo.

[...] Igual já me falaram, que já quebraram o pau, que deu até polícia lá, porque tem gente assim que não quer... Que nem eu mesmo, quantas vezes tava marcado comigo tal hora, chega uma senhorinha de cadeira de rodas, e eu louvado seja Deus, eu ainda não tô na cadeira de rodas né, que eu graças a Deus ainda não tô na cadeira de rodas, e chega um velhinho mancando de muletas, eu deixo passar na minha frente, não incomodo, pode passar na minha frente e não tô nem aí, e já tem gente que não é assim, não tem aquela paciência de esperar, chegou a hora, pode chegar quem for morrendo que não pode esperar e eu não sou assim, eu não sou assim, então por isso que tem gente que faz quebra-pau aí, eu acho que é isso, me falaram isso, mas comigo nunca aconteceu porque eu nunca liguei pra gente de cadeira de rodas, de gente que a filha leva a mãe devagarinho, você acha que eu vou passar na frente se eu posso esperar mais um pouco? Não sei, eu sou assim... (Lara . E).

Por saber da rotina do serviço com suas demandas, usuários se mostram solidários ao atendimento de saúde, indicando que não procuram a unidade sem

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

necessidade e só vão quando é preciso. E, devido a esse processo, às vezes buscam outras formas de cuidado, até arriscadas, antes de procurar a unidade.

Ah, bem, nunca, graças a Deus teve necessidade de eu ir lá [na UBS] antes da minha consulta ser marcada, filha. Isso aí nunca teve necessidade, às vezes eu passo assim mal, mas de outras coisas, como eu passei assim da coluna, que eu machuquei, aí eu não fui também, falei: %Não, vai ter que sarar+, aí eu comecei a tomar remédio e sarou. [se precisar, tem liberdade de procurar a UBS?] Tem, tem porque já faz muito tempo que eu trato lá. Tá com mais de dez anos ou uns dez anos já que faz... (Carolina . E).

Percebe-se que a vinculação agrega coresponsabilização pela organização do serviço, bem como sentimento de pertença e de necessidade de reconhecimento por parte dos trabalhadores. Nesse sentido, destaca-se que as falas se aproximam da *necessidade de ter vínculo (a)efetivo entre o usuário e um profissional ou uma equipe de saúde*, que é um dos pontos da Taxonomia das Necessidades em Saúde (CECILIO, 2001, CECILIO; MATSUMOTO, 2006) e direcionam para maiores possibilidades de fortalecimento da autonomia e autocuidado, fortalecidas pela relação de confiança com o serviço de saúde, além da possibilidade de se oferecer cuidados mais apropriados a cada caso, bem como indicar cuidados possíveis de se efetivarem (MATSUMOTO, 1999; CECILIO, 2001; MORAES; BETOLOZZI; HINO, 2011).

No caso da usuária que se automedica antes de buscar o serviço de saúde por algo ~~%sem necessidade+~~, o discurso vem no sentido de colaborar com o serviço, no entanto, abre-se um questionamento para a concepção de assistência em saúde que essa usuária construiu (junto com o próprio sistema de saúde) e de que forma se efetiva o acesso ofertado pela unidade de saúde, já que tendo sido necessário buscar alguma medicação por conta própria, para um problema que surgiu, provavelmente seria o caso de se estimular a busca por um profissional para avaliar a amplitude desse problema, o que vai além da visão de ser mais um à procura do serviço de saúde por motivo desnecessário.

A dimensão vínculo também denota espaço de liberdade para o sujeito se expressar e para que se compreendam as relações que mediam o processo de cuidado em saúde (BARROS; BOTAZZO, 2011; CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009). Nesse caso, a fala revestida de um senso de responsabilidade do usuário perante as demandas do serviço pode ser fator indicativo da burocratização e dificuldade de acesso em situações de problema de saúde não programados, que

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

não configuram situação de urgência ou emergência¹⁰, e que ainda caracterizam o atual modelo de atenção à saúde. Importante refletir conforme Cavalcanti et al. (2012, p.1819) que indicam que % preciso estar atento para que a participação no sistema de saúde não se torne um substituto ao enfrentamento das dificuldades de acesso e qualidade da atenção +

O fluxo de atendimento da UBS também é descrito pelos usuários, que descrevem a rotina de acompanhamento, incluindo frequência de consultas, solicitação de exames laboratoriais, fornecimento de medicamentos, condutas relacionadas aos atendimentos eventuais e encaminhamentos.

Porque que eu vou [na UBS]. Porque às vezes passa muito tempo que eu fui consultada e a diabetes não pode passar muito tempo né? Mas eu vou mais quando tá faltando a receita pra mim pegar os remédio, e a minha receita tava vencida [...] Sempre, só com consulta agendada. Porque ali não tem mais na hora lá pra gente né, por isso eu vou lá já com consulta agendada (Carolina . E).

Nas falas, depreende-se que as motivações das pessoas para buscar a unidade de saúde giram em torno de doença, sintomas, consultas, medicamentos e receita. O modelo de atenção que se volte para ações de promoção da saúde articuladas àquelas necessárias à manutenção da saúde, ainda não faz parte do imaginário dos usuários quando se reportam à UBS, eles ainda trazem e operam concepções de saúde que se aproximam do modelo biomédico (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; SILVA et al., 2011), o que permite destacar que a modulação entre demanda e oferta tem relação estreita, assim, se a procura é por atendimentos médico-centrados, pode ser que a população não perceba (ou não disponha) de outras perspectivas de atendimento em saúde .

13h24 – consulta: Médico verifica pressão arterial e olha exames do prontuário – pressão tá boa, esses exames você ano passado né? Tava bom. E hoje, como posso te ajudar? – então Drº, eu vim porque a gente tem que passar no médico de vez em quando e porque a receita também tá vencendo – isso que eu ia te perguntar, sobre a receita – olha aí Drº, o Srº entende alguma coisa nesses garranchos? E foi o Srº que escreveu. Pelo amor de Deus, vê se melhora essa letra... (conversam informalmente) – agora vou caprichar na letra – foi o senhor que me deu encaminhamento pro oftalmo né? – foi, por quê? Te chamaram? – chamaram, mas não pude ir e perdi (Conceição– OP).

As pessoas mencionam e caracterizam os atendimentos, voltados para aqueles realizados pela equipe médica, que é referida como aquela que resolve os seus

¹⁰ Essa relação se faz a partir de aspectos levantados e que serão discutidos adiante, neste mesmo Tema.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

problemas de saúde e a equipe de enfermagem, pouco mencionada nas entrevistas, teve a atuação acompanhada nas observações participantes, onde se verificou que oferecem contribuições pontuais na rotina de cuidado às pessoas com DM2.

Atendo-se às referências da consulta médica, percebe-se que os usuários valorizam sobremaneira o tempo disponibilizado pelo profissional na consulta, bem como a sua atenção, escuta e ainda o exame físico realizado. todos sinalizados como aspectos positivos do atendimento (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Uma forma de elogiar o trabalho do médico, que atende na UBS Amendoeira em Flor, é dizer que o seu atendimento e condutas são parecidos com as dos médicos do convênio. O parâmetro de bom atendimento vem do serviço privado.

Eu acho que é porque ele deixa a gente muito à vontade. Eu gostei do atendimento dele porque eu falei tudo que tava acontecendo comigo, né, falei direitinho, acho que a com o doutor [médico2] não, com o doutor [médico3] era mais complicado. Era entrar e sair e pronto. Agora o doutor [médico 1] é muito bom pra isso. Ele deixa a gente à vontade pra conversar e tirar dúvida e tudo [õ] (Rosa . E).

Ah, ela examina bem a gente. A gente fica uma base de meia hora, 25 minutos, ela vê inchaço, vê as pernas, vê pulmão, vê tudo, ela cuida muito bem da gente, ela trata muito bem [...] Tudo que vai consultar com ela é isso aí. É de meia hora em diante, que ela cuida da gente (Rute . E).

Não, duas vezes [que consultou com a médica] Ela é a pessoa que mais demora na consulta aí no postinho, ela consulta como se ela fosse a minha doutora cardiologista [convênio]. Ela mede a pressão com a gente deitada, ela manda sentar, mede a pressão de novo, ela manda ficar em pé, torna a medir a pressão, e vai marcando e assim, aqui assim tudo ela põe aquele aparelho sabe, põe nas costas, manda respirar com a boca aberta, pra mim, eu não tenho nada que falar dela, tem gente que acha que demora, mas eu acho assim, pra mim eu acho que a consulta dela é uma beleza [...], mas tudo que ela me fala eu concordo, porque para mim ela é muito boa, eu não tenho nada que falar porque os remédios que ela me dá e tudo remédio certo que eu já tomava mesmo (Lara . E).

O tempo e o vínculo são aspectos que se aproximam quando se verifica um atendimento/acompanhamento em saúde. Tanto o tempo, na conotação de acompanhamento longitudinal, da pessoa nas diversas situações, imprimidas pela dinâmica do processo saúde/doença em suas vidas, quanto o tempo do encontro, do prazo para uma escuta mais atenta, de se enxergar o não dito durante um atendimento (MERHY, 2000; CAMARGO-BORGES, MISHIMA, 2009) parecem se constituir em elementos importantes. Dessa forma, pode-se pensar que, na dinâmica

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

do processo de cuidado, quando o tempo para escuta está presente no encontro, se operam novas possibilidades de cuidado, aproximando-se de perspectivas da integralidade, o que é valorizado pelo usuário.

Na produção de cuidado pelo profissional médico tem-se a utilização das tecnologias duras e leve-duras, apresentando incursões frequentes de tecnologias leves, que não chegam a direcionar o atendimento, mas permitem, de certa forma, trazer aspectos de singularidades para cada atendimento (MERHY; FRANCO, 2003).

Médico: Bom dia, dona Rute.

Rute: Vai precisar da minha receita?

Médico: Sim. Tá tudo bem?

Rute: Só tô sem vontade de comer, acho que emagreci muito.

Médico: Emagreceu não, tá pesando o mesmo de abril, tá mantendo, é o ideal, às vezes muda pelo tempo ou pela roupa, o peso da senhora tá bom.

Acompanhamento

Médico lança no computador os resultados dos exames da paciente e a mesma se mantém em silêncio.

Médico: Os exames estão bons, o DM também está bom, colesterol etc., só o ácido úrico que deu um pouquinho alterado precisa beber mais água.

Rute: O que acaba com ácido úrico? Como abaixo isso aí?

Médico: Grãos, enlatados e defumados precisa diminuir, peixe e frutos do mar também, o feijão come mais o caldo que o feijão. Tomou o remédio da pressão hoje?

Rute: Tomei (Rute – OP – Consulta médica).

Juliana: “Senhora tá bonita hein doutora, não fica velha?”.

Médica e paciente sorriem.

Médica: Quê que a senhora tá querendo hein Dona Juliana? [Risos].

Juliana: Tem dez anos que eu consulto aqui doutora e a senhora tá igual. [Risos].

Médica olha o prontuário da paciente “Não tem exames né donas Juliana?”

Juliana: Tem não.

Médica: Tá tudo bem com a senhora?

Juliana: Tô só com tontura, mas agora não tá, to tomando remédio do pronto socorro. Roda tudo e eu caio.

Médica: Mas é labirintite mesmo ou a senhora tomou umas pinga? [Risos]
... Brincadeira.

Juliana: Não tomo pinga não, já não presta nada, imagina se toma pinga?
[Risos] (Juliana – OP - Consulta médica).

Nessa perspectiva, o encontro (dialógico, atento, com trocas) possibilita que o acesso às singularidades do usuário, e caso seja ele o direcionador da produção de cuidado que se processa naquele momento, certamente as tecnologias duras e leve-duras serão utilizadas na medida da necessidade da situação e da condição clínica do usuário (BARROS; BOTAZZO, 2011; AYRES, 2001). No caso da pessoa com DM2, se o encontro acontecer, pode ser que o profissional consiga alcançar e ter

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

dimensão das dificuldades que sofrem as pessoas frente à necessidade de mudanças de rotina de vida, frente à alimentação e atividade física, o posicionamento da família nesse processo, conforme se pôde analisar no tema *Representação do DM2 na vida das pessoas e os cuidados produzidos*, e dessa forma, discutir novas possibilidades de cuidado, agregando os medicamentos e exames a novas possibilidades (pactuadas) de implementar uma rotina de cuidados.

Faz-se essa associação primeiramente para indicar que se percebem momentos em que prevalecem as tecnologias leves no atendimento médico, que paira, prioritariamente, entre tecnologias duras e leve-duras, mas essa incursão reflexiva direciona para à análise também (a falta de) de encontros do enfermeiro com essa população.

Não há rotina específica de atendimento clínico do enfermeiro para essa população na UBS Amendoeira em Flor. Esse profissional é solicitado principalmente para resolução de problemas, quando há demanda diferente da procura por consultas agendadas ou quando as consultas agendadas resultam em fluxos que diferem da rotina de atendimento desses pacientes, gerando dúvidas entre os auxiliares e técnicos em enfermagem, que solicitam auxílio ao enfermeiro. Mas em alguns (poucos) momentos, esse encontro acontece:

10h38 final da consulta [médica], usuária vai para a pós-consulta. A acompanhante sai com a pasta na mão e a usuária pega a pasta, ela que quer ficar segurando. As funcionárias da pós-consulta pegam a pasta, mas estão discutindo outro caso, e só depois de algum tempo falam com a usuária que perguntam após olhar para o abdome da usuária (abdome globoso): - Gineco a senhora passa? – não – nunca passou? – já, mas eu não quero não – vamos passar pra ver, a mocinha entra com a senhora! E essa barriga desse tamanho! – mas o médico é homem ou mulher? – é homem, mas a gente tá sempre junto. Vou ver com a enfermeira pra ela fazer a consulta, é melhor, a senhora fica com menos vergonha. Vou marcar a senhora não vai faltar não né? Passa lá na frente. – é, porque tinha uma ginecologista aqui que era muito estúpida! – é, mas ela saiu. O [médico] é muito bom! A enfermeira vai colher o material e o [médico] vai olhar [...] se a senhora esperar um pouquinho eu converso com a [enfermeira] para ver se ela adianta um pouco a consulta da senhora! A senhora pode esperar uns 10 minutos? – posso sim, eu vou esperar. Enquanto ela aguarda a acompanhante vai pegar a medicação na farmácia. A enfermeira chega, cumprimenta a usuária e pergunta o que está acontecendo, antes que a usuária pudesse responder a enfermeira a chama para o consultório – o que está acontecendo com a senhora? – eles estão reclamando do tamanho da barriga dela (responde a acompanhante) – eles quem? – é que ela sente dores na barriga – e qual foi a ultima vez que a senhora foi ao gineco dona Clara? – eu nunca fui, eu acho – não? Será? Nunca colheu lá por baixo? Tem corrimento ou sangramento lá por baixo? – corrimento não, mas andou

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

sangrando um tempo aí – e a diabetes tá controladinha? – tá descontrolada – tá descontrolada? Quanto que deu hoje? – deu 212 cedo – e a insulina? Tá tomando? – tô sim, mas hoje eu não tomei ainda – a insulina é uma medicação que não pode deixar de tomar viu! Se a senhora vem na consulta de manhã, acorda um pouco mais cedo pra tomar café da manhã e a insulina. Pede para a usuária subir na maca para ser examinada. A usuária sobe com dificuldades... ao exame do abdome a enfermeira percebe hérnias, mas fala para a usuária que não há nenhum tipo de massa dura. Explica a importância da insulina e o tempo de ação – e as coisas em casa? Tá tudo bem dona Maria? – tá tudo bem – e o pessoal foi lá ver seu filho? – ainda não. Mas tá tão barbudo! – mas o pessoal vai lá ainda, devem estar se programando – dona *Clara*, está sem vaga pra GO por agora. Vou ver com o [médico], que é médico da outra área, explicar o caso pra ele. A senhora pode deixar comigo? Depois eu mando a ACS ir na casa da senhora e explicar tudo, o dia da consulta... (Clara – OP – Consulta de Enfermagem).

O trecho de observação acima registrado, possibilita reflexão sobre o atendimento de enfermagem, pelo enfermeiro, na unidade e seu potencial para participação mais efetiva no processo de cuidado das pessoas com DM2.

O atendimento realizado pela enfermeira foi requisitado no contexto de uma situação específica de necessidade de cuidado, identificado pelas técnicas em enfermagem no momento da pós-consulta. Nesse breve atendimento, percebe-se que, durante a consulta de enfermagem, vários aspectos do contexto de vida da usuária foram abordados: a enfermeira questiona sobre o autocuidado, pergunta por familiar, analisa acesso/atendimento por especialidade (no caso ginecologista), realiza exame físico, orienta acerca de cuidados relacionados com o tratamento do DM2, além de direcionar o agendamento da consulta que foi a demanda inicial para seu atendimento. Além disso demonstrou vínculo, atenção e receptividade com a usuária e seu problema.

Percebe-se que o atendimento do enfermeiro é pautado pela utilização do conjunto de tecnologias, mas com forte presença de tecnologias leves, no entanto, parece pouco resolutivo em quesitos clínico-assistenciais (para essa população observada) por falta de tecnologias duras e leve-duras que estruturam o atendimento de forma mais resolutiva.

Esse trecho específico foi destacado propositadamente, para se analisar o potencial de um acompanhamento clínico estruturado *também* por parte do enfermeiro no contexto da produção de cuidados às pessoas com DM2, conforme já consta em diretrizes para acompanhamento dessa população no Brasil (BRASIL, 2013; MATUMOTO et al., 2011). Pode-se sinalizar que os demais trabalhadores

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

participam na produção de cuidado - recepcionistas, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, médicos e odontólogo - têm suas oportunidades de encontro com o usuário garantidas no fluxo de atendimento,

conforme o seu núcleo de práticas na atuação em saúde, talvez cabendo discutir a qualidade das relações de cuidado mediadas desses encontros.

No entanto, na UBS em que se deu a coleta de dados da presente pesquisa - não deixando de lado as especificidades de estruturação da unidade de saúde e de composição da equipe - o enfermeiro não tem agenda definida para o atendimento dessa população, isentando-se, portanto, de oportunidades de encontro com esses usuários e, dessa forma, privando-os da possibilidade de acesso a um núcleo de práticas do profissional enfermeiro que, certamente, também contribuiria para o processo de cuidado junto a esses usuários, com a possibilidade de complementar o atendimento com aspectos que podem estar ausentes no acompanhamento efetuado, de uma análise frequente e sistematizada da implementação do tratamento não medicamentoso na rotina desses usuários (BRASIL, 2013, MATUMOTO et al., 2011; CAMPOS, 2006).

Dessa forma, na ótica dos usuários, a atuação do enfermeiro fica muito aquém das possibilidades:

É, geralmente, quando o médico me atende, sim [tem resposta para o que procura na UBS]. É o próprio médico mesmo que me dá a resposta, né? Porque além do médico tem a enfermeira chefe, mas a gente quase que nunca precisa dela. Porque, como eu mesma mencionei, quando eu vou na unidade é porque eu realmente eu estou precisando... Então essa sinceridade de eu falar, não, olha eu preciso, não é uma coisa que dá pra esperar pra amanhã ou depois, então acho que o retorno, eles vendo a minha sinceridade e de falar que eu realmente estou precisando daquilo naquele momento, eles me atendem, assim. Foram pouquíssimas vezes que eu não tive o retorno (Cláudia . E).

[quando precisa de atendimento na UBS fora do agendado] eu falo com [enfermeira] né? Aí ela resolve, o remédio, a receita, acabando o remédio, que tem que pegar (Juliana . E).

Não se pode deixar de mencionar as atividades de educação em saúde realizadas na unidade de saúde, nas quais o enfermeiro se faz presente, bem como em muitas outras atividades realizadas na unidade de âmbito gerencial e assistencial (para outros grupos); no entanto, questiona-se a falta de direcionamento de cuidados

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

pelo enfermeiro, com enfoque clínico, na certeza de que esses, sistematicamente implementados, contribuiriam sobremaneira para qualidade de vida e efetividade de cuidados realizados pelas pessoas com DM2 (BRASIL, 2013; MATUMOTO et al., 2011; MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Dessa forma, destaca-se que, além das atividades de educação em saúde, cabe refletir que, na estrutura do atendimento dessa população pela equipe de saúde, a inserção do enfermeiro com consultas individuais pode qualificar o acompanhamento em saúde dessa população, de alguma forma que caiba nas possibilidades de tempo e número de profissionais do serviço de saúde, desde que essa oportunidade de encontro seja estruturada e garantida na agenda de trabalho do enfermeiro, fazendo parte do leque de possibilidades de atendimento às pessoas com DM2 na unidade de saúde (BRASIL, 2013; MATUMOTO, 2011).

Conforme destacam Matumoto et al (2011, p.7):

A construção da prática clínica ampliada, como uma das ações constitutivas da dimensão assistencial do trabalho do enfermeiro, vai se dando no cotidiano, na relação com as outras práticas, como resposta às necessidades de saúde da população, mas é preciso que, também, o próprio trabalhador compreenda esse processo de construção social e que depende dele a conquista desse espaço e a consolidação de sua prática.

Verificou-se que a participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem na produção do cuidado se resume aos atendimentos de pré e pós-consulta, com breves intervenções relacionadas à aferição de sinais vitais e orientações sobre exames laboratoriais e agendamento de retorno. O trabalho dos agentes comunitários de saúde é mencionado, nas falas dos usuários, pela atenção e acompanhamento contínuos, que possibilitam a formação de vínculo dos usuários com a equipe de saúde. Abordagens acerca de mudança de estilo de vida, que fazem parte da terapêutica indicada para as pessoas com DM2, são mínimas, nas situações analisadas no contexto da presente pesquisa.

Ao se analisar os atendimentos, feitos na UBS Amendoeira em Flor, a relação mediada com os técnicos em enfermagem é direcionada estritamente por tecnologias duras e leve-duras, os atendimentos de pré-consulta e pós-consulta são direcionados respectivamente pelas tarefas de fazer testes (basicamente sinais vitais e glicosimetria capilar), conforme a especificidade de patologias dos usuários

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

ou queixas apresentadas, e informar procedimentos para coleta de exames laboratoriais e agendamento de retorno.

7h47 – pré-consulta. Realizado a verificação de PA (120x80mmHg), Peso: 65,800 kg. Uma das profissionais de enfermagem fala para a outra – ela é diabética? E a profissional pergunta para a usuária – você é diabética? – sou, deu 232 agora de manhã – ah, então a senhora já mediu? – já – então não precisa eu medir de novo. As profissionais pedem para ela aguardar pelo atendimento médico (Rosa - OP).

Nesse sentido, volta-se outra demanda ao profissional enfermeiro, no sentido de buscar junto com a equipe de enfermagem estratégias para ampliar encontros dialógicos junto das pessoas com DM2, no sentido de buscar diferentes oportunidades e perspectivas de cuidado, que não só as direcionadas pelo trabalho médico.

O atendimento odontológico não foi foco da avaliação do presente estudo, já que segue uma lógica própria de acompanhamento, que foge dos objetivos de análise do presente estudo. E o atendimento do farmacêutico segue a lógica do atendimento dos técnicos em enfermagem, com atuação estritamente dependente da consulta médica, tendo como foco a dispensação da medicação prescrita.

10h17 – atendimento na farmácia

Maria - deixa eu te perguntar, tem esse remédio aqui? (entrega a receita para o profissional que atende na farmácia) – Trabalhador: Cadê o cartão, empresta pra mim; (funcionário da farmácia vai buscar a medicação) – tá aqui. Analgésico, pode tomar um comprimido e meio tá! – Maria: tá bom, obrigado. A usuária olha pra mim e diz que já vai tomar porque está sentindo muita dor. Providencie um copo para que ela possa tomar a medicação (Maria – OP).

A atuação do agente comunitário de saúde também se destacou entre os relatos dos usuários, por ser um profissional cujo trabalho fortalece a vinculação com a unidade de saúde, realizando acompanhamento contínuo dos usuários, atendendo as demandas dos mesmos frente à unidade de saúde e, ainda, a via contrária de buscar ou levar informações da unidade de saúde para os usuários.

Ah, eu já vou direto na [quando precisa de algo na UBS] ... Porque eu custo ir, né? Agora eu, tem essa moça que passa nas casas... Às vezes eu vou, ela fala pra mim que quando precisar, é só falar com ela, sabe? Aí eu, qualquer coisa eu falo com ela [...] Que eu preciso, né? E ela ajeita lá pra mim (Clarice . E).

É a agente comunitária que passa e fala, ela sempre tá passando, perguntando se eu estou bem... Ela fala: E a diabetes, Dona Maria? Como que tá? (Maria . E).

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Os ACS conhecem a população, e realizam acompanhamento e intervenções conforme suas possibilidades quanto à formação e treinamento junto às necessidades de saúde das pessoas de sua área de abrangência. Percebemos nas falas, que, muitas vezes, os diálogos com os ACS são mais próximos e os usuários confidenciam situações que nem sempre são levadas para a consulta médica.

Ah, é uma senhora que trabalha no posto [agente comunitária de saúde]. Uma senhora bem moreninha... Boazinha, cê precisa de ver, eu falei: %Ai, minha fia do céu, eu to com medo de saber o resultado.+ Ela falou: %por qué?+%Não, minha fia, eu comi pra depois outro dia tirar o [...] Nê? colher o sangue.+Ela que me animou. Falou: %Não, fia, não, não vai dar nada não. Que se tivesse dado, tinha chegado uma cartinha pra senhora ir lá no posto+ Mas não chegou, né? Falei: Ah, meu Deus [...] Tava com medo. Cê sabe aquele medinho? Porque demora, quando chega o dia a gente tem que ir, né? Porque demora, quando chega o dia, a gente tem que ir [...] Aí lá eu tava sem comer e dava alguma coisa assim... Na hora que ela abriu aquele papel assim, eu falei %ai, meu Deus+[risos] Meu pensamento foi lá no Pai Senhor... (Paula . E).

A atuação do ACS junto à comunidade tem papel decisivo no desempenho das equipes da AB, sendo representantes do serviço na comunidade, e, ao mesmo tempo, agregando as necessidades e saberes dos usuários junto à equipe. Dessa forma, o ACS é elemento facilitador do acesso e vínculo da comunidade ao serviço de saúde, sendo fundamental para articular elementos de direcionamento comunitário à rotina assistencial (LANZOLI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014; MARTINS; CEZAR-VAZ, 2010).

O trabalho do agente comunitário é elogiado porque ele resolve as solicitações feitas dos usuários para o serviço de saúde: %Aí eu, qualquer coisa eu falo com ela [...] Que eu preciso né? E ela ajeita lá pra mimq(Clarice); e também do serviço de saúde para o usuário: *Depois eu mando a ACS ir na casa da senhora e explicar tudo, o dia da consulta...*+(OP - Atendimento de enfermagem), dessa forma, destaca-se que a atuação do ACS agrega resolutividade ao atendimento em saúde (LANZONI et al., 2013).

No geral, os usuários referem que os bons profissionais são aqueles que os atendem nas necessidades, principalmente relacionadas com medicamentos, receitas e intercorrências. Para eles, os profissionais são bons porque satisfazem as necessidades dos usuários, se preciso criam fluxos e fazem adequações nas normas, com ênfase nas facilidades que o serviço oferece: marcar consulta e receber em casa, rapidez no agendamento de consultas.

MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2

[õ] lá no postinho eu converso muito com a [enfermeira]. Lá tem pessoas muito boas pra atender a gente; o que eles podem fazer pra gente, eles fazem. Inclusive eu não podia ir lá marcar essa consulta da diabetes, né? A moça que vem aqui foi lá marcou pra mim, trouxe o papel pra mim, é rapidinho. Então eu acho que eles ajudam muito lá no postinho. Não posso reclamar do atendimento de lá. É bom, é muito bom ali (Rosa . E).

Eu já fui até com a receita vencida lá, mas como a minha consulta já tava marcada pra longe, o rapaz continuou me dando remédio com a mesma receita. Ele continuou. Quer dizer, se fosse ver ele não podia me dar, mas ele me deu, ele falou Dona Lara, vou passar o remédio pra senhora até a senhora pegar a receita nova, depois que a senhora pegar a receita nova aí a senhora já não traz mais essa que essa já venceu. Então eu não tenho do que reclamar, graças a Deus não (Lara . E).

Nesse sentido, cabe refletir sobre o tipo de resolutividade que os usuários indicam, quando a demanda é basicamente por consultas médicas, medicamentos e encaminhamentos, na concepção desses usuários a produção de cuidados está pautada no modelo de saúde biologicista e médico centrado. No sentido da práxis, configura-se a UBS servindo para operacionalizar um modelo de atenção à saúde que se deseja desconstruir (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

Na medida em que, após o diagnóstico de DM2, comparecem com maior frequência à unidade de saúde, as pessoas passam a conhecer detalhadamente a rotina de atendimento. Dessa forma, os dados levantados nas entrevistas permitiram obter uma descrição do funcionamento da unidade de saúde, destacando frequência de consultas, solicitação de exames, tipos de atendimento - agendado e eventual - e situações em que podem ser realizados, transferência de unidades de saúde e encaminhamentos para especialistas.

A rotina de atendimento na UBS para o acompanhamento das pessoas com DM2 é pautada na consulta médica, comumente com frequência a cada 6 meses, no entanto, quando se perde uma consulta, o tempo para remarcar é demorado. Alguns referem que para aumentar a frequência de consultas dependem da disponibilidade de vagas, outros referem que a condição de saúde interfere no período de intervalo entre as consultas. Em contrapartida, há facilidade para desmarcar consulta um dia antes do agendado, o que pode ser uma dificuldade para a organização do serviço e para realocar outro atendimento na vaga da desistência.

Engraçado eu tinha que ir lá [na UBS] na terça-feira, mas vou ter que remarcar, porque eu tenho que ir lá retirar os pontos e ver como é

**MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2**

que tá com o dentista. Eu consegui lá então vai ficar assim, faltando. [...] O postinho que encaminhou, lá pela [hospital de referência]. Demorou, demorou, demorou, chamou, aí eu não posso perder né, aí agora é pra retirada dos pontos. [...] Mas minha filha vai lá [na UBS] ver um negócio segunda feira, e ela vai passar lá pela sala pra conversar e remarca (Maria . E).

Faz tempo [última consulta na UBS]. Eles marcam de seis meses, e a outra vez que ela marcou pra mim, eu não pude ir por causa do meu filho, eu tinha que levar ele no [Hospital de referência]. Então eu falei: a prioridade é dele, né? Que lá no [hospital de referência] é muito mais difícil. Aí eu perdi, Aí ela marcou, demorou pra marcar e eu fui ontem (Clarice . E).

Cleusa: [retorno para consulta médica] De três em três meses ou de seis em seis meses, depende da vaga, né? Que tem pra agendamento (Cleusa . E).

Olha, eu acho que é assim, depende; a rotina de seis em seis meses [frequência de consultas na UBS], aí de repente ele pede uma série de exames, se vem um exame alterado, eles chamam antes, né? Costuma chamar antes. Que nem o caso agora esse mês, ele pediu pra marcar, remarcar mais um exame, né, só que não tá tendo vaga agora, mandou retornar em novembro, sabe? Pra ver o encaixe que vai fazer (Arnaldo . E).

Os usuários descrevem a rotina de acompanhamento na unidade, citando fluxos de consultas, exames, receitas médicas, prazo para receber medicamentos na farmácia, sabem que se houver alteração no resultado dos exames serão chamados antes da data agendada. Nos atendimentos também se estabelece fluxo para outras unidades da rede de atenção à saúde, para consulta com especialidades, internação, acompanhamentos com nutricionista e psicólogo.

A consulta é duas vezes por ano. A tratada, que a doutora pede pra fazer esses check-ups, né? Ela pede todos os exames. Uma batelada, fica só no diabetes não. Ela pede tudo, exame de coração, colesterol, triglicérides, tudo, tudo, tudo. É duas vezes; mas se a gente precisar, vai cedo e entra no encaixe. Atende também. Ela fala: Olha, é duas consulta por ano . como eu já fiz, as duas consulta, agora só janeiro eu vou lá marcar outra vez. Aí ela vai me consultar, ver como é que eu tô, e vai me pedir todos os exames outra vez. Aí lá pra março, começo de abril, ela vê já os exames e vê se tá tudo bem; se tiver algum problema, a gente já fala, ela pede algum encaminhamento, e se não tiver nada, fica assim, a gente remarca só daí a dois meses, aí no fim do ano . que nem agora eu já fui - tô sossegada (Rute . E).

[...] Porque o controle com ela é a cada seis meses, cinco, seis meses, entendeu? Aqui, olha [...] É, dá duas vezes por ano. Por quê? Conta assim: sempre que eu vou, ela pede os exames de rotina, toda vez. Aí ela, igual dessa vez que eu fui, ela já pediu os exames e a consulta dela já tá pra abril do ano que vem. Mas já tá marcado ali quando eu vou colher o exame, já trouxe o pedido do exame, aí eu colho o exame. Por conta da receita da medicação, a receita que ela

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

me dá, da glicásida e da metformina . a glicásida eu tenho no posto, mas a metformina de 500 não tem na rede, então eu tenho que pegar na farmácia popular ou comprar. Entendeu? E esse, dessa última vez eu até comprei porque vence a receita e a farmácia não libera. Né? E no posto não tem. Aí então o controle maior é assim, por causa das receitas, e ela faz todo o processo, tudo certinho... [...] Todos os exames (Cláudia . E).

A condição de ter uma doença crônica modula a rotina de acompanhamento na unidade de saúde, há variações conforme o manejo clínico apropriado para as condições metabólicas de cada usuário. Os usuários mencionam que a utilização do serviço de saúde se intensificou após o diagnóstico do DM2, a condição crônica regula a busca por atendimentos e caracteriza a relação com o serviço de saúde.

Desde a época que eu tenho diabetes [é atendida na UBS] [...] Que antes eu não ia aí não [...] Eu ia assim, pra tomar uma injeção contra a gripe, a vacina [...] Comecei a ir mais [depois do diagnóstico de DM2] (Daniela . E).

A rotina de acompanhamento é modulada basicamente pela prescrição e validade da receita médica, conforme o delineamento médico-centrado que estrutura o atendimento a essa população. Outras possibilidades poderiam ser incluídas, como uma programação de consultas alternadas para oferecer às pessoas as informações necessárias com relação ao DM2, para programarem os cuidados diários. Além de grupos para socializar e trocar experiências, fornecendo outras perspectivas para o cuidado como oficinas culinárias, grupos de suporte, reuniões de confraternização e convivência, além de atividades individualizadas com vistas a apoiar o autocuidado (CURITIBA, 2012; BATISTA et al, 2013; CARVALHO; TORRES et al, 2013; TORRES et al, 2009). Entretanto, estas atividades não se fizeram presentes, na UBS Amendoeira em Flor.

Entre os atendimentos realizados na unidade de saúde, os usuários enfatizaram o fornecimento gratuito de medicamentos enquanto uma potencialidade do serviço de saúde, em alguns momentos aproximando-se de sua principal preocupação perante a população. o que pode estar relacionado com a ênfase no atendimento médico.

Uai, é o que eu te falei: sobre o diabete, tá ótimo. Agora o postinho ali, pro resto, pra mim não vale nada. Presta pra nada. Aqui é bom que eu faço minhas consultas, pego meus remédios. Entendeu? Nunca faltou. Os remédios do diabete, tá ótimo. Única coisa que eu devia, que eles deveriam fazer é, quando tem o retorno, medir o diabetes, que eles não mede. Parece que eles querem economizar fita, não sei. Dá a impressão [...] Só se eu tiver passando mal. Falo: %Olha, tô passando mal, mede meu diabete+ Aí mede. Entendeu? Mas no dia da, do

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

retorno, dos retorno, não tem base do diabetes, eles só vão ver o diabetes quando tem exame de sangue! (Rafael . E).

Uma questão que merece destaque é que alguns usuários não consideram que o médico que atende na UBS cuida do DM2, talvez pela comparação com o endocrinologista, para o qual são encaminhados alguns casos mais complexos. O que pode ser analisado como aspecto positivo, por abordar que o médico generalista que atende na UBS tem atendimento voltado para a pessoa como um todo, ou como aspecto negativo por considerar que o cuidado/acompanhamento a pessoas com DM2 não faz parte do núcleo de atuação do médico generalista, nem do campo de trabalho da equipe de saúde da atenção básica.

Não, ele só pediu os exames, né? Que eu tinha feito os exames lá no postinho, tive que fazer muitos exames que eu não tinha esses exames lá, né, ele pediu os exames e marcou o retorno. Mas não falou nada não. Porque ele é clínico geral, né? Então eu acho que [o diabetes] não é a parte dele (Rosa . E).

Nesse sentido, cabe destacar o caráter de fragmentação implícito nesses relatos acerca do atendimento. Quem é o médico do diabetes? O endocrinologista ou o clínico? E o médico da pessoa com diabetes? E o médico da pessoa com suas singularidades? Poderia ser qualquer um deles, ou melhor, os dois juntos, atuando também junto com toda equipe de saúde e com o usuário. Parece que *%o diabetes+* se personifica enquanto algo que necessita de atendimentos (de preferência com especialistas), exames e medicamentos: *%a.] sobre o diabetes, tá ótimo. Agora o postinho ali, pro resto, pra mim não vale nada [...].* *Elas pede todos os exames. Uma batelada, fica só no diabetes não [...].* as falas dos usuários remetem que as suas necessidades de cuidados, bem como os cuidados realizados têm foco na doença, mas, na segunda fala, a ênfase de reconhecimento de uma postura que vai além *%o diabetes+*.

Os atendimentos de saúde refletem esse posicionamento, na medida em que na interação junto ao profissional de saúde, pouco se fala da pessoa com diabetes, o direcionamento da consulta é propriamente para a doença, e, ao longo do fluxo de atendimento, também são mínimas as oportunidades de encontro com a pessoa, ou melhor, entre pessoas (profissional e usuário) (SOUZA; GARNELO, 2008).

Há que se repensar essa lógica, em que se configuram atendimentos que reproduzem as formas instituídas do fazer da saúde, no entanto, sem a ingenuidade de que esse processo seria automático, já que requer novos posicionamentos perante a relação terapêutica e também frente à organização do serviço e rede de

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

atenção à saúde. Nesse ponto de destacam as possibilidades de análise do processo de trabalho das (nas) equipes e de apoio matricial enquanto ferramentas da educação permanente que auxiliariam a criar oportunidades operacionais de mudança do modelo de atenção, que, de fato, se aproximem das premissas da APS (CUNHA; CAMPOS, 2011; BYDLOW SKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Nesse sentido, conforme a lógica biomédica que ainda impera nas relações de cuidado estabelecidas, o fornecimento gratuito de medicamentos parece ser um fator que vincula usuários à unidade de saúde, bem como regula a frequência de comparecimentos à unidade, já que as consultas médicas onde são fornecidas as prescrições/receituários são semestrais, com variações a depender da necessidade dos usuários, gravidade do quadro ou com parâmetros metabólicos instáveis, quando o acompanhamento é feito com maior frequência de consultas e exames.

A resolatividade do atendimento médico perpassa pelas demandas atendidas como solicitar exames, fornecer receita médica, dar encaminhamentos, solicitar internação.

Ele é um ótimo médico viu, eu não vou falar mal dele não porque ele é um bom médico, é excelente, ele tem muita paciência, eu gosto de tratar com ele, ele é uma gracinha [...]. Já, faz tempo, conhece... Faz tempo que eu tô me tratando com ele, ele é uma graça [...]. É, porque se eu preciso de um encaminhamento ele resolve pra mim, se eu preciso de alguma outra coisa ele consegue pra mim, então... Porque ele tá me acompanhando já tem uns 10 anos já, então eu vou com ele [...] Não, bem, uma vez eu fui lá na [UBDS], encaminhada por eles, das vistas, então que eu sei, que eu entendo não. Só ele mesmo, ele tá me tratando faz muito tempo e com ele eu estou faz muitos anos (Carolina . E).

Eu gosto muito de consultar com o [médico], sabe? Quando eu preciso das coisas, ele receita, ele faz as receitas pra mim, quando eu peço remédio pra dormir. Então, sabe? Ele nunca... É só eu falar e ele já me dá a receita [...] Eu acho que tá bom também. Eles estão atendendo bem a gente na farmácia, que agora tem aquele... É, a senha (Clarice . E).

O atendimento é prioritário para consultas agendadas, muitos referem que quando precisam de atendimento fora do agendamento procuram serviço de urgência, mas os usuários que têm diabetes conseguem ser avaliados porque os profissionais sabem do caso deles priorizando o atendimento.

Aí tem que ir de manhã cedinho pra pegar o encaixe. Aí, como eu sou diabética, fica fácil, né? Aí na mesma hora eu já consigo [õ] Já sabem que eu tenho diabetes (Cleusa . E).

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Dentre os cuidados relacionados ao acompanhamento das pessoas com DM, é mencionada a trajetória na rede de atenção à saúde, indicando a importância de uma Atenção Básica consolidada para a continuidade do cuidado, independente das mudanças de endereço de residência do usuário. Foram mencionados relatos de usuários que estão em acompanhamento na UBS Amendoeira em Flor há pouco tempo, vindo transferidos de outras unidades ou retornando para a UBS via contrareferência. Dessa forma, mesmo com a mudança de bairro, não ficaram perdidos na rede, pois puderam ser acolhidos em outra unidade de saúde da atenção básica.

No entanto, há casos que indicam que o fluxo de referência e contrarreferência não têm prioridade na organização do atendimento, tendo o usuário que aguardar a vaga para agendamento, conforme o restante da população. No caso destacado abaixo, a usuária retornou de internação hospitalar por complicação cardiovascular e a cardiologista buscou uma forma de acompanhamento diante do longo prazo pra consulta solicitado pela UBS, evidenciando a responsabilização do profissional do serviço terciário na medida em que a UBS não absorveu de pronto o caso, percebe-se um déficit na coordenação do cuidado.

Jaqueline: Não, foi agora há pouco tempo [início do acompanhamento na UBS]. Que aí a cardiologista já pediu e encaminhou pra começar a fazer o tratamento [...] Faz pouco tempo, né, filha? [...] É. Acho que uns três, quatro meses, só.

Familiar: Eu lembro que o [Hospital de referência] encaminhou no começo do ano, aí deu o papel.

[...]

Jaqueline: É, aí demorou

Familiar: É, ela veio aqui no posto e tinha consulta só em maio, parece [...]. A gente até questionou o posto falou: ~~o~~ diabetes, tá aqui urgente, tem que acompanhar, e a consulta só pra maio!+Aí depois ela tava fazendo acompanhamento lá na [hospital de referência 1] e no [hospital de referência 2]. Aí a médica da [hospital de referência 1] deu a cartinha pra ela ir todo dia no posto ver a glicemia e a pressão (Jaqueline . E).

Destaca-se a importância da longitudinalidade e coordenação do cuidado para a efetividade do acompanhamento dessa população, agregando vinculação e maior confiança no serviço para a resolutividade dos problemas de saúde. Nesse sentido, é importante, entre as pessoas com condições crônicas na área de abrangência da unidade de saúde, a estratificação em grupos de risco, para atender as demandas de forma mais equilibrada com as necessidades, sem sub ou superdimensionamento das intervenções (BRASIL, 2013).

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Entre as falas anteriores, uma usuária refere que tem atendimento diferenciado por ter DM2, e outra indica que não recebeu a devida atenção numa situação em que estava mais vulnerável. Essas situações remetem a posicionamentos com diferentes nuances de confiança na equipe de saúde, o que tem relação direta com a dimensão da vinculação dessas pessoas junto da equipe de saúde da unidade e adesão ao tratamento (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Há também relatos que descrevem conflitos com a equipe de saúde, vivenciados e/ou presenciados. Entre os relatos que trazem abordagem do serviço de saúde, juntamente com o atendimento oferecido, há também falas indicativas de conflitos frente ao atendimento recebido. Há usuários que são acompanhados por profissionais e não se identificam com o atendimento que recebem, e há aí um conflito, já que dentro da área de abrangência sendo uma equipe de referência, caso haja conflitos com alguém dessa equipe não há possibilidade formal de escolher ser acompanhado por outra equipe.

Também se fazem presentes reclamações por restrições nos atendimentos por falta de recursos, ou ainda, relacionados ao horário de atendimento da unidade de saúde e direcionamento do atendimento, que não tem estrutura para atender urgência e emergência.

Eu não gosto [do atendimento da UBS]. Eu tô sempre com aquele médico, mas eu não gosto dele. Não gosto dele entendeu? [...] Me falaram que tem uma doutora lá, queria passar pra ela, mas é duro passar de um para o outro, né? Cada um tem seus inquilinos... Aí ela é muito boa essa médica (Jorge . E).

Deu, deu pito em mim e naquela mulher que falou que, hora que abriu o portão [...] Deu um pito nela, depois deu um pito ni mim. Ai, meu Deus, ela tava brava [...] Uai, era por causa da receita, fia, era pra levar a receita, que eu peguei o remédio mês passado, era pra levar a receita, mas eu não sabia que era pra levar e eu não levei a receita. Falei: %ai, doutora, a senhora não falou, né? Porque se tivesse falado, eu tinha trazido. Tava em casa. Aí ela teimou comigo que falou: %Não, eu falei, eu falei que agora vai ser tudo por computador, não sei o quê+.. Aí eu fiquei quieta, né? Mas não achei muito bom ficar brava comigo... Deixei pra lá [...]. Agora mês passado, que eu peguei remédio, se ela tivesse falado pra mim assim: %a, toda vez que cê vim, cê traz a sua receita+ Até o moço que dá o remédio podia falar, né? Mas não falou nada, minha filha, aí eu não levei. Eu tenho ela aí, ela tá até aí. Eu peguei o cartão e peguei ela, mas como nunca precisou da receita, a receita ficou, e chegou lá ela falou que já falou pra mim, que é pra mim levar! Agora eu vou levar porque ela olhou na minha cara e falou assim: %a, a próxima vez que você não trazer, você vai embora sem consultar+ [...] Ela falou: %você tem que trazer!+ Agora eu sei que eu tem que

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

*levar e eu levo. Ela me deu um pito, mas, deixa pra lá, deixa pra lá
(Paula - E).*

A implementação do modelo de APS no Brasil, trabalha com a premissa de adscrição da clientela a uma determinada equipe de Saúde da Família, e, dessa forma, busca o acompanhamento longitudinal enquanto uma diretriz para o cuidado, no entanto, como destacado acima, quando há divergência ou descontentamento com relação ao cuidado empreendido junto a dada equipe, pode-se colocar em xeque a efetividade do processo de cuidado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) .

Nesse sentido, há também uma situação que suprime a autonomia do usuário, na medida em que lhe tira o poder de escolha pelo profissional que deseja para compor com ele a relação de cuidado, em que acontecem os atos cuidativos e as possibilidades de pactuar e repactuar novas formas de andar a vida, incluindo as de cuidados frente a um problema de saúde. O vínculo, que produz uma boa relação terapêutica, requer confiança e reponsabilidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) e, nesse caso, esses aspectos parecem se perder.

No momento em que foi realizada a presente pesquisa, a UBS Amendoeira em Flor estava passando por mudanças na rotina de atendimento, relacionadas com a demarcação de sua área de abrangência, modificação dos profissionais de referência, no entanto, alguns usuários não aceitaram essas mudanças e buscaram estratégias para manter a vinculação ao profissional desejado ou na unidade de saúde mesmo após solicitação de transferência.

Não, deu uma mudada [mudança de médico a partir da definição de nova área de abrangência da UBS], mas eu não quis, eu não aceitei não. Falei: %Não é convênio, mas eu quero ela. Ela que sabe os meus problemas. Eu fui consultar com [médico 1] e não gostei. Ah não, não adaptei com ele de jeito nenhum+ Aí me voltaram com ela. Eu moro aqui quase dentro do posto! Né? Olha: daqui no posto é quase um pulinho. Agora se eles tá socorrendo lá não sei da onde tá com ela, lá no sei da onde tá com ela e eu que moro aqui pertinho não posso tá com ela? [...] [médico 1] Falei: %Aí, não, consulte!...+. até não consulte, ele viu um resultado meu porque a doutora tava de férias . olha, ele esqueceu de por dois remédios na minha receita. Depois tive que voltar lá %Doutor, falta isso, falta aquilo+ Parece que ele fez de mal vontade, não gostei não. Não olhou pressão, não olhou coração, não mediu nada. Só leu só as receitas e ainda esqueceu dois remédios [...] Ah, falei ali mesmo na enfermagem, com essas, as agentes que vêm aqui, né, que elas são muito boazinhas... Elas cuidam muito bem da gente, viche! Então eu falei com elas. Aí na hora de marcar lá eu falei: %Ah, eu não quero, eu não gosto do [médico 1], eu vou com [médica 2]+ Aí a agente veio aqui falar pra mim, falou: %Olha, eles aceitaram, marcou pra senhora com [médico 2].+Falei: %Ah, então tá ótimo.+(Rute . E)

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Modificações também ocorreram quanto aos atendimentos eventuais, com priorização das consultas agendadas e mudança na rotina de acolhimento com atendimento restrito aos casos classificados como de risco na demanda espontânea. Os usuários não concordaram com essa mudança e queixaram-se especialmente pela necessidade de buscar outros serviços de saúde na rede, principalmente de urgência e emergência. Pelas falas, os usuários indicam que não participaram das discussões para implantação dessa mudança de rotina e não concordam com ela. No entanto, viu-se, que algumas opiniões são divergentes das premissas de atendimento na atenção básica e da organização da rede de atenção à saúde.

[...] Se tiver alguma coisa tem que ir na emergência né. [...] Na [unidade de pronto atendimento] [...] eles [profissionais da unidade de atenção básica] não encaixa [atendimento eventual] aí mais, porque de primeiro era assim, você ia lá e encaixava, agora não encaixa mais, tem que ir lá no [unidade de pronto atendimento] [...] Ah, eu acho péssimo. Devia ter um atendimento melhor aí né? [...] pras pessoas que precisa né, muita gente vai lá até xingando: % uma vergonha a gente vim aqui e ficar mandando pro [Unidade de pronto atendimento]+(Maria . E).

Você tá sentindo, por exemplo, sua consulta é lá daqui dois, três meses e você tá sentindo, por exemplo, uma gripe forte, uma coisa, aí você não consegue consultar, tem que ir lá na unidade de lá. No caso, se tivesse, olha, amanhã você pode vim ser atendido. Lá não existe isso, se chegar com dor lá tem que ir pra outra unidade, eles não te atende. Uma dor de dente forte, se você não chegar no horário de manhã, ou meiodia, se você não tiver ruim mesmo, eles não te atendem, tem atendimento odontológico, mas aí tem que ir lá o prontosoocorro pra ser atendido (Arnaldo- E).

Ah, bem, eu não tô sabendo [o que motivou as mudanças na rotina de agendamento na UBS], não tô sabendo não, porque você vai lá se não for com consulta marcada e às vezes nem consulta... (Carolina . E).

Os usuários conhecem a rotina de atendimento, mas não compreendem as mudanças na rotina de atendimento, não sabem o que motiva tais mudanças nessa rotina e parece que não se sentem validados a dar alguma opinião sobre o assunto. Alguns referem que a responsabilidade pelas mudanças é da equipe. Não há referência que saibam de instâncias de participação em que essas alterações possam ter sido objeto de discussão. Alguns criam estratégias para lidar com as regras, com as mudanças e usam da autonomia e conhecimento do sistema para alcançar os objetivos. Não desejam ser realocados para outra unidade de saúde, mudam de endereço, conversam com profissionais da unidade, têm suas justificativas para se manter em vinculados.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

A participação da população no processo de cuidado é mediada pelas possibilidades de assistência à saúde vislumbradas e experienciadas por cada usuário. Dessa forma, na medida em que se conhece um jeito de fazer saúde baseado na doença, direcionado ao profissional médico, exames e medicamentos, pode ser ingênuo soli citar um posicionamento diferente do usuário.

De maneira que, conforme se pode analisar, quando lhe é dada a possibilidade de ser acompanhado por um determinado profissional, com o qual os vínculos são estreitados, permitindo-lhe perceber a influência positiva desse atendimento em sua condição de saúde, esse usuário age, mesmo que de maneira individual (busca as formas que tem acesso), para manter-se vinculado ao profissional e à unidade de saúde: reclama, briga, muda de endereço, e consegue expor sua necessidade, na maioria das vezes alcançando o seu intento. Contudo, são sempre saídas individuais.

Dessa forma, entre a discussão da necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde, partindo de ações voltadas para as condições agudas e construindo uma atenção direcionada para as condições crônicas, cabe também aos profissionais de saúde, a responsabilidade convidar o usuário para construir (juntos) novas formas de se fazer saúde e, nesse processo, insere-se a importância da abordagem de atividades de promoção da saúde e prevenção das DCNT desde a vida intrauterina, passando por todos os períodos de desenvolvimento humano (PAHO, 2007).

Em estudo que apresentou o panorama de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)¹¹ no Estado de São Paulo, comparando com a cobertura de ESF em diferentes regiões do Estado, ao analisar a condição do diabetes *mellitus* nesse contexto, o estudo enfatiza que foi uma doença cuja taxa de internações por CSAP reduziu em todas as regiões estudadas, concluindo ser, dentre os diagnósticos estudados, o mais sensível à AB, ou seja, que responde positivamente à mínima organização desse nível de atenção (REHEM; EGRY, 2011).

¹¹ Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária é um indicador de efetividade de serviços da APS, em que se assume que quando bem estruturados, com atividades de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento oportuno de patologias agudas e acompanhamento das condições crônicas, pode-se evitar hospitalizações ou reduzir sua frequência (REHEM; CIOSEK; EGRY, 2012).

**MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2**

Dessa forma, se faz necessário implantar, efetivamente, as ações direcionadas para o cuidado das pessoas com DM2 na AB, agregadas ao acompanhamento clínico assistencial, com equipe multiprofissional, abordando mudanças de estilo de vida e, quando necessário, o tratamento medicamentoso, e além disso, buscando ferramentas para avaliar a efetividade dessas ações para reduzir probabilidade de complicações e oferecer mais qualidade de vida a essa população.

A observação participante permitiu construir um fluxo do atendimento realizado, podendo ser considerado o fluxo-padrão do atendimento para as pessoas com DM2, na UBS Amendoeira em Flor.

Figura 5 . Fluxo do atendimento às pessoas com DM2 na UBS Amendoeira em Flor. Ribeirão Preto, 2014

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Conforme destacado, o fluxo de atendimento do usuário com consulta médica agendada na UBS segue o esquema da Figura 5. Essa configuração construída a partir do olhar lançado para o serviço de saúde, permitiu que no presente estudo em que se optou por direcionar a coleta de dados considerando a presença dos usuários com DM2 para consultas médicas na UBS. No entanto, essa escolha foi feita porque o atendimento médico é uma oportunidade estruturada e contínua que caracteriza o processo de cuidado dessa população na UBS Amendoeira em Flor. Apesar disso, pode-se debruçar sobre algumas análises acerca da relação entre profissional/usuário utilizando a analogia do fluxo de atendimento.

A perspectiva do atendimento centrado na consulta médica perpassa todo o fluxo, a atuação dos demais profissionais é feita para complementar ou subsidiar esse atendimento. Importante destacar que a comunicação entre os profissionais, durante os atendimentos, perpassa pelo prontuário, receitas de medicamentos, pedidos de exames. Quando algo foge dessa perspectiva, geralmente significa quebra nessa cadeia de atendimentos por alguma situação. problema:

Eu acho que sim, mas eu de ver ele [médico] agitado, bravo com a enfermeira e já fiquei sem graça, porque tinham me tirado de lá, a minha filha que arrumou essa história aí: Mãe, vem morar comigo que eu vou lá, e foi lá e marcou consulta com ele, a primeira consulta, mas antes disso eu já tinha passado com ele, eu já tinha passado com ele duas vezes [...]. [Usuária passou pela pré-consulta e quando foi atendida pelo médico estava sem registros no prontuário porque havia sido transferida de unidade a partir de remanejamento da área de abrangência e, durante a consulta, o médico questionou para a técnica de enfermagem, sobre a falta desses registros] (Luciana . E).

Ao longo do atendimento cada profissional agrega sua contribuição ao processo de cuidado e na relação com o usuário as subjetividades configuram-se em diferentes perspectivas

Filho entrega cartão para a auxiliar de enfermagem, Camila tem dificuldade de locomoção e fica esperando nas cadeiras do lado de fora da sala, até ser chamada.

Filho refere que a usuária não almoçou, mas tomou café da manhã quase meio-dia.

Camila - "Não tenho nada para mim fazer" [disse que dorme até tarde] - "Meu horário de comida é completamente desregulado".

Auxiliar de Enfermagem - "Mas tem que ter organização, né" ...

Camila - "É difícil..." Antes do café da manhã é 155... (a glicemia).

Verificados sinais vitais: Dextro: 196 mg/dl.; PA: 110 x 80 mmHg;

Camila - "Também, o café da manhã que eu tomo... Dois filão!"

(Camila – OP- pré-consulta).

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

[Médico] - Que horas toma a insulina de manhã?

Solange - "8 horas da manhã".

[Médico]- "Antes ou depois do café?"

Solange - "Depois do café"

(Camila – OP- consulta médica).

O atendimento do técnico em enfermagem na pré-consulta tem duração média de 2 minutos, nesse espaço a usuária mencionou informações que poderiam ser consideradas para um plano terapêutico englobando minimamente estilo de vida e formas de enfrentamento do DM2, e o resultado desse encontro entre usuário e auxiliar/técnico em enfermagem foi apenas o registro dos sinais vitais e glicosimetria anotados no prontuário. Durante o atendimento médico, que dura em média 13,5 minutos, a abordagem não permitiu vir à tona aspectos mais detalhados da relação da usuária com a alimentação e, diante da ausência de expressão de qualquer dificuldade, esse assunto não foi mais abordado durante a consulta, que resultou em nova receita de medicamentos para prosseguimento do tratamento prescrito.

Percebe-se que quando as subjetividades são expressadas, mesmo diante da dureza das relações, elas são rapidamente e naturalmente capturadas, e não tendo sido captadas como parte do processo de cuidado, aparecem novamente no formato do instituído. Nesse fluxo de atendimento estão implícitas as relações de poder sobre a efetividade do tratamento e maior ou menor abertura para se discutir sobre os detalhes de hábitos cotidianos que fazem muita diferença na abordagem dos cuidados referentes ao DM2.

Destaca-se aqui, o caráter diferenciado das informações da usuária aos distintos profissionais e a falta de comunicação desses profissionais no âmbito daquele atendimento, acarretando perda de possibilidades de produzir cuidados relacionados com o tratamento não medicamentoso, a partir de uma conversa informal (porque não fazia parte do questionamento da profissional). Nesse sentido também se evidencia a falta de empoderamento ou de escuta da técnica/auxiliar de enfermagem para dar prosseguimento à pista da usuária acerca da dificuldade de implementar o controle alimentar conforme preconizado.

Considerando o contexto do processo de trabalho em saúde, em que o produto é consumido no ato em que é produzido, perdeu-se nessa situação um elemento que não foi agregado à produção de cuidados, e que, por isso, não fez parte do produto. Dessa forma, observou-se também que o processo de trabalho se

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

processou de forma fragmentada, na medida em que apenas elementos parciais da relação do usuário com um profissional (sinais vitais e glicosimetria) é utilizada na relação com o profissional que executa a próxima atividade dessa cadeia produtiva. E, em todo esse contexto, apenas aspectos fisiológicos ou patológicos do usuário foram considerados para a produção de cuidados - as subjetividades não foram utilizadas nesse processo.

Cabe aqui breve incursão acerca da categorização do tempo e, na sua utilização, os diferentes resultados no processo de trabalho em saúde. Martins et al. (2012) apresentam-nos a diferenciação entre diversas categorias de tempo . *Kairós*, o tempo apropriado subjetivamente, e *Kronos* . o tempo do relógio, cronometrado.

[...] há duas categorias de tempo: uma lógica, contabilizável, quantificável, comum e previsível, que pode ser mensurada e dividida em anos, meses, dias, horas, minutos e segundos, um tempo universal e que serve de norteador para vários processos sociais. A segunda categoria é um tempo não racional, qualificável, pessoal, imprevisível e mutável, que não pode ser compartilhado com o outro, que, mesmo sendo enunciado, só pode ser entendido plenamente por aquele que o vive (MARTINS et al., 2012, p. 220).

Ainda sobre *Kairós*, refere que *“pode ser a eternização do momento pela presentificação em sua elaboração. Significa também o momento oportuno, a oportunidade agarrada”* (MARTINS et al., 2012, p.220). Diante disso, percebeu-se que o caráter efêmero do *Kairós*, e a sua potencialidade de agenciar subjetividades, e agregar elementos à relação terapêutica que podem ser decisivos para potencializar o cuidado e legitimar o usuário em sua condição de coparticipante.

Imagine-se, durante a pré-consulta, o profissional agarra a oportunidade de acesso à subjetividade oferecida pelo usuário e solicita maiores detalhamentos acerca do café da manhã ao meio dia, pode ser que a conversa fluísse no sentido de discutir as práticas de cuidado, legitimando a demanda da usuária. Na diferença entre essa postura hipotética e a que ocorreu de fato mora o sentido da produção de saúde, enquanto valor de uso e bem de consumo, em que ocorre a apropriação da produtividade capitalista nas relações de cuidado.

Ainda que o fluxo de atendimento na UBS apresenta um direcionamento comum de ofertas para os usuários, conforme destacado, com possibilidades de protagonismo ainda escassas, na medida em que a relação terapêutica bem como sua trajetória na unidade de saúde são definidas por fluxos instituídos que (ainda)

dão maior ênfase aos problemas de saúde do que para as subjetividades dos seus sujeitos.

Esses fluxos tornam-se ainda mais complexos, quando se analisa que a relação do usuário com a UBS constitui porta de entrada para a rede de atenção à saúde, que compreende outros serviços e profissionais, agregando elementos a essa produção contínua de cuidados, onde certamente prevalece o tempo de *Kronos*, mas, na medida da abertura para encontros genuínos e dialógicos, há possibilidades de se utilizar *Kairós* enquanto oportunidades de criar novas relações de cuidado.

5.4.2 Fluxos na rede de atenção à saúde: acompanhamento com especialistas e busca por atendimentos de urgência/emergência

Conforme a trajetória dos usuários pela rede de atenção à saúde, além da UBS Amendoeira em Flor, outras unidades de saúde se fizeram presentes entre os dados da pesquisa, permitindo análise dos demais serviços (pontos da rede) que participam da produção de cuidado em saúde junto com as pessoas com DM2.

A partir da UBS Amendoeira em Flor, mencionada por alguns usuários, como norteadora do acompanhamento à saúde, os mesmos são encaminhados para especialistas a depender das necessidades de cuidados.

9h00 – 9h13 Consulta médica

Médico: Senhora tá bem? Faz tempo que eu não te vejo

Clarice: É doutor, eu vim porque quero encaminhamento para ortopedista e para dermatologista porque eu tô com umas manchas no nariz (*Clarice* – OP – Consulta médica).

Vou encaminhar a senhora para um endocrinologista da rede que é para a senhora fazer o acompanhamento do diabetes. Toma, guarda suas receitas (*usuária* pega as receitas, as dobra com cuidado, coloca um clipe e fica segurando na mão). – a senhora vai receber uma cartinha para essa consulta (*Rosa* – OP – Consulta médica).

As demandas por encaminhamento para especialistas ora partem da avaliação médica ou ainda são solicitadas pelos próprios usuários durante a consulta. A partir de uma necessidade percebida e conhecimento do fluxo da rede, os usuários já solicitam o encaminhamento ao médico generalista. Muitos dos encaminhamentos

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

que partem do profissional médico são solicitados para um acompanhamento mais específico do DM2, ou ainda, partem da necessidade do usuário que possui outros problemas de saúde, que também requerem acompanhamento especializado, conforme discutido no Tema 1 . *A produção do cuidado na rede de atenção básica . trajetórias e protagonismo da pessoa com DM2.*

Dessa forma, pode-se sinalizar que a função de porta de entrada da UBS, enquanto um serviço da AB, já é compreendida e legitimada também pelos usuários. E percebe-se aí o protagonismo dos mesmos diante da própria compreensão das necessidades de saúde, quando às vezes passam por consulta com o médico generalista já sinalizando a necessidade do encaminhamento. Essa discussão pode ser decorrente também da percepção de falta de resolutividade das ações clínico-assistenciais no contexto da AB por parte dos usuários, que, numa deturpação da lógica, utilizam esse serviço **somente** para acesso a outros níveis do sistema de saúde.

No contexto dessa atenção por especialistas, muitas vezes configuram-se acompanhamentos paralelos aos que se produz na unidade de saúde, e, em alguns casos, os usuários são acompanhados por diversos profissionais, sem que haja uma real coordenação do cuidado por parte da atenção básica, já que a equipe da UBS desconhece as singularidades da trajetória do usuário pela rede.

Eu trato do pulmão com uma médica, chama [médico] do [UBDS], mas foi encaminhado pelo médico do [UBDS] [...] Trato, eu tenho retorno agora esse mês. Tenho que olhar no cartão ali. Ela fez um papel, ela fez um papel pra minha filha ir buscar esse remédio lá no [hospital de referência 1]. Você quer ver? (Luciana . E)

[...] Lá eu sou bem atendida, como aí [...] [centro de referência em saúde mental] é com a [médica]. Desse, do remédio da depressão [...] Ela é psiquiatra, ela é muito boazinha [...] Não, só nesses dois lugares que eu vou. Nela também eu vou de quatro em quatro meses (Daniela . E).

A falta de coordenação de cuidado por parte da UBS fica explícita entre as falas dos usuários, já que nos registros das observações participantes, em vários momentos durante as consultas, os profissionais demonstram desconhecimento da trajetória dos usuários pela rede que, às vezes, até passaram por procedimentos como cirurgias ou tiveram complicações da própria condição crônica entre os atendimentos realizados na UBS. Nesse sentido, há limitação da coordenação do cuidado quando essa ocorre somente durante o atendimento, dentro dos muros da unidade de saúde (CUNHA, CAMPOS, 2011) .

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Percebe-se que na fala do usuário, que esse fluxo de acompanhamento com especialistas não é contínuo como se processa na atenção básica, e, às vezes, há processos extremamente burocráticos para se conseguir uma consulta, ou a continuidade, conferindo verdadeiros gargalos na atenção à saúde, por excesso de demanda (ou escassez de oferta).

[usuário descreve tentativa de agendar consulta em ambulatório de especialidades] [...] %Senhor Jorge, quando o senhor vai voltar aqui? Só. Fazer, todo ano fazer, então tal dia o senhor vem aqui, quinze dias, um mês antes de interar um ano+. Eu vou lá um mês antes, entendeu? Chego lá com o cartão, %Consultar com [médico]+ Aí eu fui lá, não deu certo. %Não, tá fechada a agenda, depois o senhor volta+. Voltei lá umas duas, três vezes, vai tomar no... Não volto mais, certo? Que eu vou xingar a mulher e não vai dar em nada. Eu xingo mesmo! (Jorge . E)

E aí, eu passei muito tempo que eu fiz esse exame, que [UBDS1] me mandou pro [UBDS2] e lá que eu fiz esse exame do pulmão. Eu tomo esses remédio do pulmão também, aí passou muitos anos e eu fui passar no médico lá falou que eu tinha que agendar de novo pra poder eles me atender, é que nem das vistas, das vistas também que eu operei das vistas lá no [hospital de referência 1] e foi agendado do [UBDS1] pro [hospital de referência 1] e agora, por ter passado muito tempo, falou que pra mim passar pro médico das vistas de novo lá eu tinha que agendar. E sabe que eu fiquei tão nervosa lá com o [médico] daquele negócio lá da pasta essas coisas assim, que eu esqueci de pedir pra ele... (Luciana . E)

Essa situação se faz problemática no tocante ao necessário acompanhamento e continuidade de cuidados requeridos para o tratamento do DM2. Os próprios usuários mencionam a necessidade de organizar esse fluxo e solicitam também por parte dos serviços da média complexidade a responsabilização pelos usuários e resolutividades dos cuidados em saúde. Parece que a demanda desses serviços gira mais em torno da gestão da agenda do que do gerenciamento da situação de saúde das pessoas atendidas.

Nesse sentido, o usuário descreve a situação em que faz acompanhamento ambulatorial, mas não tem acesso ao agendamento de forma a obter um acompanhamento efetivo, configurando situação em que se faz presente, de forma clara, a diferença entre acesso e acessibilidade, que resulta na privação do usuário de obter o atendimento.

Não, eu já vinha fazendo [acompanhamento com proctologista], fiz uma vez pela prefeitura, pela prefeitura. Essa prefeitura aí deixa muito a desejar, no postinho, sabe? Isso aí é... Entendeu? Fui lá, tem uma pasta minha da próstata com a [médico] lá na [centro de

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

especialidades]. Só que você vai lá e fala: %Ah, a agenda vai abrir daqui a dois meses.+ Aí você vai lá: %E, a agenda abriu mas já fechou. Que tem um tanto de vaga.+Aí vai enrolando, vai enrolando, o tempo vai passando, entendeu? Você não consegue fazer o exame, entendeu? Se a pasta tá lá, porque eles não marcam todo ano? Entendeu? %Daqui um ano o senhor vem. Senhor vem no outro mês.+Aí eu vou um mês antes, %Ah, mas agora não abriu a agenda.+ Aí de um mês já vai pra dois anos... Entendeu? [...] Eu tô com o saco cheio daquele povo lá (Jorge . E).

Há uma vinculação ao serviço, mas esta não resulta em acompanhamento efetivo devido à discrepância entre oferta de vagas e demanda. E dentro dessa perspectiva de funcionamento de uma rede ainda com falhas de acesso e comunicação, os usuários referem utilização dos serviços de saúde da AB, com acompanhamento por diversos especialistas da rede; sendo que eles mesmos trazem informações dos outros serviços, descrevendo a fragilidade nas ações de referência e contra-referência.

Tá tomando a medicação certinho? – tô – e a senhora tá com a receita – não, por que tô sem o médico da [hospital de referência 4] – e exame de sangue, faz tempo que a senhora fez? – tem essa receita aqui lá do [hospital de referência 1], por que tive infarto no sábado e fiz angioplastia – e cadê o remédio que o cardiologista passou? – é essa aí – não, essa aqui é antiga. E eles não falaram nada de cirurgia? – não falaram. Eu fiz cateterismo – foi por onde o cateterismo, pelo braço? – o primeiro em janeiro foi pelo braço e esse agora foi pela virilha. Eu tenho stents – é, tá aqui na receita tudo o que você toma mesmo (Rosa - OP).

Médico - Consultou no dia 25 de abril desse ano com quem? – Maria: não lembro – Médico: E quem pediu o exame do diabetes para a senhora? – Maria: Ah, ele não foi feito. Foi pedido lá no [unidade de saúde de referência], ele vai ser feito só em novembro. É exame de sangue de manhã e depois do almoço – Médico: É que fica tudo gravado aqui pra mim, tem essa consulta no dia 14/11, mas essa receita da senhora é nova – Maria: Mas dá remédio só de 3 meses – Médico: Imagina! É de seis meses. De 24 de abril até hoje a senhora tinha que tá tomando a metformina, (usuária mostra outra receita para a médica). Não, essa receita é antiga, a receita que a senhora tem que seguir é essa nova – Maria: Mas eles suspenderam tudo por causa da TB, eu tava tomando até julho – Médico: Então, quando for assim pede pra eles fazerem um relatório por escrito (Maria – OP).

Conforme pode ser analisado no trecho anterior, parece não haver uma comunicação eficiente entre os serviços de saúde para permitir a coordenação dessa assistência pela atenção básica, nem mesmo acompanhamento longitudinal por parte da atenção básica a ponto de conhecer a situação de saúde e intercorrências pelas quais passam as pessoas com DM2. No segundo trecho, há

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

indicativos de que a trajetória dos usuários pela rede fica registrada no sistema, mas ainda assim não é parâmetro que resolve a coordenação do cuidado e comunicação entre os serviços, de forma que a médica solicita **que a usuária peça** um relatório por escrito ao profissional da unidade de referência (onde foi feito o tratamento da TB), para que ela entenda as alterações da medicação. Nesse caso, se deveria disparar um mecanismo de comunicação entre os profissionais da rede para discutir, ou pelo menos informar acerca do atendimento dos usuários.

Um dos aspectos que garantem a longitudinalidade é a continuidade informacional ⁶que diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente e por parte da equipe de saúde+ (CUNHA; GIOVANELLA, 2011), os trechos em destaque nos dão dimensão da importância dessa continuidade informacional no âmbito da rede de atenção à saúde, de forma a conhecer o itinerário terapêutico do usuário, formas de utilização dos serviços de saúde e determinantes da busca pelo cuidado (CABRAL et al., 2011).

Ao analisar essa associação entre recursos, muitas vezes percebe-se que os usuários fazem acompanhamento em diferentes serviços, com comunicação falha tanto em termos de continuidade do cuidado quanto frente aos exames que não são repassados regularmente, gerando duplicação de solicitações, e dessa forma, gestão irregular dos recursos disponíveis.

Ela controla também, ela pede os exame, só que tem um porém, às vezes eles me pede uns exame e [o médico] pede e eles não faz não, porque dentro de 6 meses o laboratório não faz [õ] Colhe, mas não faz [...] Então precisava ter uma ligação entre os médico né, que ela [médico 1] pediu pra ele [médico2] dar pra ela o resultado ou mandar pra ela os resultado... (Camila . E).

Não, lá do [UBDS1] pedi pra eles passar os resultado pra dar pra médica lá do [UBDS2], eles não passaram. Porque eu fiz lá no [UBDS2], que o [UBDS1] mandou, aí a gente levou [UBDS1], aí agora passado muitos anos, a médica pediu, e eles não quis passar não, mas aí agora minha filha foi lá e implorou e eles deram, senão tinha que fazer os recente, aí que exame mais triste. Aí minha filha que chama Nair, ela foi lá [UBDS1], implorou né, e eles deram, tudo pra levar pra médica do [UBDS2], então tá tudo certo né, não tem nada errado (Luciana . E).

Os relatos são indicativos da necessidade de agregar elementos de integração entre serviços de saúde, visando compartilhamento de dados e informações acerca do acompanhamento clínico como exames e percurso do usuário pela rede.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Alguns relatos permitem inferir quanto a certa inversão da perspectiva de organização do acesso pela rede de atenção básica e da proposta de economia de escala inerente à regionalização e hierarquização, já que os usuários são acompanhados por diversos serviços de saúde na busca por qualificar a produção de cuidados frente ao DM2, sem integração dos mesmos quanto à conduta referente a cada usuário (PIRES, 2010).

Conhecer o itinerário terapêutico principalmente de pessoas cujos problemas de saúde necessitam de cuidados contínuos permite analisar as relações entre profissional e paciente e oferecem subsídios para ações de planejamento e gestão tendo em vista que %o percurso terapêutico não é linear, e as mudanças de trajetórias são frequentes, sendo definidas pelas avaliações que fazem da eficácia e da exequibilidade dos cuidados e tratamentos+(SILVA et al., 2006, 301).

Que eu acompanho ali [UBS] já faz bastante tempo. Só que eu vou com o [médico da UBS], ele me passou lá pra pegar uns remédios, então já tá com três, quatro anos que eu acompanho ali. Aí tem até o médico [endocrinologista] lá no [hospital de referência 4], aí eu fiquei sem saber onde que eu ia, né, aí a moça aqui do postinho pegou e marcou pra mim aqui com o [médico da UBS]. Aí encaminharam e eu fui pro [hospital de referência 4] de novo [õ] Marcaram dia 7 eu tenho retorno lá [com endocrinologista] Pra fazer os exames tudo, né? Aí faz tudo lá depois (Rosa . E).

Percebe-se a importância da coordenação do cuidado, quando em certos casos, os usuários se sentem perdidos na rede e procuram a UBS para prosseguir com a continuidade das atividades. Dessa forma, quando se sabem acompanhados pela UBS, a coordenação do cuidado acontece de forma natural já que, além do acompanhamento feito pela UBS com consultas e visitas domiciliares, os usuários têm esse serviço como referência para o direcionamento do acompanhamento em saúde.

No entanto, há que se discutir a visão construída entre os usuários com relação à efetividade do atendimento na atenção básica. Já que os encaminhamentos para endocrinologistas fazem com que os usuários considerem que os clínicos gerais que atendem nas UBS não sejam capacitados para cuidar de pessoas com diabetes, %meu médico do diabetes é o especialista+, sendo pouco expressivas outras ações realizadas pela equipe no sentido de abordar as condições crônicas.

A, se eles marcar a consulta pra mim. Porque ali [UBS] é clínico geral, né? Ali [UBS] não é de diabetes. Aí pediu os exames [hospital

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

de referência 4] que tem que pegar lá no posto [õ] E aí me encaminharam de volta lá pro [hospital de referência 4] porque senão eu não conseguia voltar [enquanto estava em acompanhamento com endocrinologista] Eu ia [na UBS] só pro ginecologista, com o [médico] (Rute . E).

A referência para os cuidados frente o DM2 é o especialista e a procura por atendimentos na UBS se resume a: consultas ginecológicas, atendimentos odontológicos, vacinas, curativo, entre outros.

Dessa forma, reflete-se aqui, sobre a importância de um controle e conhecimento por parte da UBS a respeito da situação epidemiológica da população, para saber quem e quantas são as pessoas com condições crônicas na área de abrangência, para se buscar produzir outras formas de cuidados que não só por consultas médicas, para que o acompanhamento com especialista seja uma associação para agregar elementos que qualifiquem o cuidado produzido na rede e não seja um único recurso disponibilizado ao usuário a partir de seu encaminhamento.

Dentre os relatos, observa-se que além dos cuidados na rede formalizada nos organogramas da Secretaria Municipal de Saúde, os usuários traçam outros fluxos, validando serviços oferecidos na comunidade enquanto parte dessa rede. No relato a seguir a usuária refere acompanhamento com um médico espírita que atende a população, oferecendo inclusive medicamentos gratuitamente. No caso, o acompanhamento não foi por conta do DM2, mas permite analisar a inserção de outros serviços que também fazem fluxo com os demais pontos da rede, mas, talvez, de forma desconhecida (ou ignorada) pelos serviços de saúde.

[...] eu vou no [médico], ali embaixo, que ele atende os pobre, você conhece o [médico]? [...] Ele é um amor o [médico], a minha menopausa foi ele quem tratou, graças a Deus e de graça. Ele consulta de graça e o que tiver de remédio, que ele ganha muito remédio assim acho que dos hospital sabe? Então, minha menopausa, ele me maneirou ela pra mim, porque minha menopausa foi muito forte, veio pra mim, começou descer pra mim a minha regra com 13 anos, e veio até os 55. Aí dos 55 pra lá foi que começou, dor de cabeça que eu não aguentava, tontura que eu não aguentava, dor no corpo que eu não aguentava, aí eu peguei e corri... Até meus filho ficava bravo comigo: Mãe, nós paga convênio pra mãe, mãe, e em vez da mãe ir lá vai nesses médico lá no meio do mato!+mas ele é uma pessoa, não sei se você... Eu acredito não sei se você acredita, que o [médico] ele é espírita, e ele trabalha assim na, volta e meia ele trabalha, tem um hospital aqui [...]. É um hospital que tem mais pra lá, que mexe com essas pessoas mais atrapalhada da cabeça, sabe? Então ele frequenta lá e não é só ele, é vários médico... médico, médica, enfermeira [...] Que vai lá. Vai no dia que é marcado

**MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2**

para conversar com os espíritos. Porque o [médico] trabalha com o [médicos espirituais] que era dois médico antigo, era dois médico que já faleceu há muitos anos, mas só que através de esses que tá vivo eles passa... Não sei se você acredita porque não é todo mundo que acredita, não é todo mundo que acredita, mas como os remédio dele nunca fez mal pra mim, sempre fez bem, tratou da minha mãe, tratou do meu pai, tudo de graça, eu também de graça [...] Da menopausa, que foi de amargar, que eu trabalhava quando eu vinha de ônibus assim, que eu trabalhava o dia inteiro, quando o ônibus fazia assim minha cabeça parece que acompanhava, de dor sabe? Nossa senhora! Aí louvado seja Deus, me falaram desse [médico], eu corri lá e fiz minha ficha, ih já faz uns, ah, eu acho que já faz uns trinta anos que o [médico] cuidou de mim da menopausa. [...] Não nunca fui por causa do diabetes (Lara . E).

Desta forma, no itinerário de busca por atenção, os usuários agregam serviços e tratamentos que vão compondo um histórico de tentativas de lidar com a condição de ter DM2.

Entre os usuários entrevistados, na rede formal de atenção à saúde, vê-se que o acompanhamento é direcionado principalmente pela consulta médica. Entre os 25 usuários entrevistados, havia uma pessoa que mencionou acompanhamento regular com nutricionista e psicólogo, por encaminhamento da UBS, e indicou os benefícios da atuação desses profissionais nos cuidados frente o DM2.

Eu vou todo mês [na nutricionista], uma vez por mês eu tenho consulta marcada com ela [...] No psicólogo, sexta-feira foi a terceira vez que eu passei por ele porque, até então, eu nunca tinha passado por um psicólogo. Então é a primeira vez que eu vou em um psicólogo. Ele até brincou comigo: %Agora você pode falar que tem um terapeuta!+[risos] %Agora você é chique.+[...] Falei: %Ai, doutor!+ Dessa vez eu desabei: chorei, chorei, chorei... %Mas por que você tá chorando?+%Ai, Doutor+Aí ele falou: %Rode chorar, eu tô aqui é pra isso.+ Aí entra aquela questão, né, o nervosismo, ansiedade, os problemas de casa, então com alguém te ouvindo que não seja os de casa, te dá um apoio diferente. Se todo mundo tivesse, não precisava ser todo mês, mas pelo menos a cada dois meses, eu acho que seria muito melhor, muito mais fácil lidar com os problemas [...] Acho que se a gente tem uma ajuda assim, uma ajuda profissional, como eu disse, a gente acaba se cobrando mais devido ao problema da doença, porque é complicado você ter que lembrar todos os dias, se você tem a ajuda de um profissional, aquele profissional ele tá pra isso, pra te ajudar, te lembrar, que você, se você fizer isso ou aquilo, vai melhorar a sua ali qualidade de vida. Entendeu? E a gente precisa mesmo de uma orientação regularmente pra gente tá sempre, como diz, ciente do nosso problema. Já é difícil conviver com a doença, né? Se você não tem ajuda, é um pouquinho pior (Cláudia . E).

O trecho de fala da usuária indica que, na sua produção de cuidados, a participação dos profissionais nutricionista e psicólogo agregam elementos que

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

permitem lidar de forma mais direta com as dificuldades relacionadas à mudança de estilo de vida.

A produção de cuidado junto de uma equipe multiprofissional aproxima o acompanhamento de um cuidado integral frente o DM2, ao seguir de forma mais próxima o tratamento não medicamentoso, permitindo análise detida das relações que as pessoas mantêm com a doença e seu enfrentamento diante dos cuidados (diários) requeridos. Conforme já discutido no tema 2, as mudanças de hábitos requeridas frente o cuidado com o corpo, com prática de atividade física e reestruturação dos hábitos alimentares são campo fértil para demandas aos serviços de saúde e certamente devem fazer parte da rotina de cuidados em um contexto de atenção voltados às condições crônicas.

Nas falas dessa usuária fica evidente a ênfase na importância da mudança de hábitos para o tratamento do DM2, bem com a consciência dela quanto a isso. Na prática, ela não tem o alcance de mudança plena dos hábitos, com incorporação dos mesmos de forma constante e invariável na sua rotina de vida, mas ela demonstra a preocupação com essas questões, tem consciência da rotina recomendada de cuidados e busca estratégias quando essa rotina não é cumprida.

Dessa forma, conferindo elementos para desenvolver maior autonomia para o cuidado, na medida em que sua condição de enfrentamento do DM2 e os cuidados implementados no dia a dia fazem parte de uma rotina de análise e adequações, fornecendo maior empoderamento para sua atuação frente à condição de saúde/doença.

Conforme por ser analisado nos trechos de falas a seguir, ser atendida em vários serviços de saúde, complementa as necessidades de acompanhamento em saúde das usuárias, seria necessário analisar a efetividade dessa associação em termos de controle metabólico, pesando no custo-benefício dessa forma de utilização de recursos.

Há, agora faz tempo, tinha quase cinco mês que eu não ia [na UBS], que eles marca retorno longe, que eles sabe que eu trato lá nas [hospital de referência 1], que eu trago receita do [Hospital de referência], porque eu vou lá pegar o remédio né (Luciana . E)

Tem algum outro lugar que você consulta além do postinho?

Maria Auxiliadora: Tem, no [hospital de referência 2] e no [hospital de referência 1] (Jaqueline . E).

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Entrevistadora: E a senhora acha que esse, que isso [consultas semestrais na UBS] é suficiente? A senhora se sente acompanhada [na UBS]?

Clarice: Ah, assim, mais ou menos, né? Mais eu vou no [Hospital de referência 3] também, né? Lá no [hospital de referência 3] elas marcam de seis em seis meses pra mim também.

Entrevistadora: E o médico do [hospital de referência 3] tem alguma comunicação com o médico daqui?

Ilda: Não. Às vezes, quando eles querem que eu faça algum exame, eles mandam pra cá, sabe? Aí daqui eles mandam cartinha pra mim [...] Uma vez mandaram uma cartinha pra mim pra mim ir no posto do [Unidade Básica Distrital de Saúde]. Fazer uns exames lá, pra acompanhar também minha diabetes. E eu tô indo [...]. O mês que vem tem que fazer exame de sangue pra levar (Clarice . E).

Desta forma, percebemos que entre os serviços que compõem a rede de atenção à saúde, não há um fluxo exato e direcionado de encaminhamento, nem mesmo de comunicação efetiva entre os pontos de atenção dessa rede e, desse emaranhado de fluxos e nós, resulta um acompanhamento em saúde, que certamente depende muito mais da autonomia do usuário para escolher com o que (e quem) deseja compor elementos para a produção do seu cuidado do que da coordenação do serviço de atenção básica.

Com base em diferentes trajetórias nos serviços de saúde, por descrédito na capacidade resolutive da AB, as pessoas buscam . por conta própria - serviços de urgência e hospitais, configurando fluxos de atendimento com alto grau de duplicação de ações entre serviços de diferentes níveis do sistema, em muitos casos, diante de condições que são sensíveis à atenção básica (PIRES et al., 2010).

Ainda ante as demandas por serviços da rede de atenção à saúde, os usuários também remetem à procura por serviços de pronto-atendimento em situações que nem sempre são de urgência/emergência. A justificativa perpassa por horário de funcionamento da UBS, priorização de atendimentos agendados, aporte insuficiente de recursos para resolver alguns problemas de saúde, considerados como de urgência.

Nesse sentido, os usuários indicam que o acesso a (ou falta de) atendimento de urgência é uma fragilidade da rede, já que a UBS não funciona em tempo integral, nem tem %preparo+para atender urgência e a isso se associam relatos que indicam que nos serviços de pronto-atendimento há demora no atendimento pela grande demanda desses serviços, dificuldades de acesso pela distância geográfica

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

desses serviços e também preocupações porque os profissionais que os atendem no PA não acompanham os seus dados frente o DM2.

E ali é o seguinte: se você perder, por exemplo, o horário de consulta é só de segunda a sexta, mas só atende ou com a certeza do encaixe deles ou com consulta agendada. Se chegar pra procurar lá, o pessoal já fica meio assim, né, acha que tem que implorar até ir embora, a gente precisava de atendimento, nós não, pessoas, no caso, idosos, que moram na redondeza aqui, tem um posto, tipo assim, de atendimento no final de semana, igual ao [UBDS], porque as pessoas têm dificuldade de ir lá na [UBDS], que é um lugar meio longe, né? [...] Então é complicado. Às vezes você vai lá e é muita gente do lado, você chega lá e fica horas e horas esperando lá, e a gente tem que ficar desistindo porque é muita, sabe? Tá amontoado lá (Arnaldo . E).

É, então, muitos anos que eu vou lá [na UBS]... Aí, mas toda vez que vou, sou bem atendida. Graças a Deus [...] Aí, eu acho assim: deveria funcionar de noite também, né? [risos] Aí eu querendo muito! [risos] Não é? Não é? Não podia funcionar de dia e de noite? [...] Não era bom? É, porque se a gente sente mal de noite, né? Qualquer coisa... Não só eu, assim, o bairro inteiro, né? [...] Aqui, quando você sente mal tem que ir pra [UBDS] (Paula . E).

É porque eu acho que ali [na UBS], ali não tem um lugar assim, uma coisa, assim, não tem mais, não tem os aparelhos... que às vezes precisa assim, né... De última hora assim, ali não tem! Então ali é aquele atendimento assim, da receita, de exame, que ali não faz exame, né? Nenhum. Então... emergência mesmo tem que mandar pra outro lugar que tem os aparelho que precisa, assim... Que ali, é só mais consulta de rotina mesmo. E o, esses exame do dedo lá... [risos]. Né? Que quando tira sangue já leva pra outro lado, pro outro laboratório... Então, ali não é. Tem médico só pra atendimento assim, que... Porque se tivesse os aparelhos, até eles podia... Mas não, manda lá pra [UBDS] (Conceição . E)

Conforme destacado nos trechos de falas, há usuários que referem que a UBS deveria funcionar à noite, ressaltando o funcionamento em período integral do serviço de urgência. Além da dificuldade de acesso, alguns usuários referem que independentemente da situação ou horário em que avaliam a necessidade de atendimento de urgência/emergência, procuram o pronto-atendimento porque avaliam que a UBS não tem preparo para intervir nessas situações, justificando principalmente pela baixa densidade tecnológica desses serviços.

Mesmo buscando atendimento no serviço de emergência, os usuários indicam formas de associar os serviços e garantir continuidade e maior qualidade no atendimento.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Não. Quando é emergência, assim, às vezes de noite, eu vou lá na [UBDS]. Aí eu levo a minha receita, né? Eles veja lá o que eu tomo pra ver como trata de mim, aí não tem nada de erro (Rute - E).

Dessa forma, percebe-se que a longitudinalidade e vínculo são elementos que agregam segurança aos usuários frente à produção de cuidados na UBS. Portanto, na ausência de elementos que os faça perceber a coordenação de cuidado, quando necessário ir à UBS a usuária busca estratégia para fazer essa ligação entre UBS e serviço de urgência, levando a receita médica, enquanto registro formal de sua condição de saúde e tratamento realizado.

Com a mudança na rotina da unidade de saúde, em que se priorizou o atendimento de consultas agendadas, as pessoas buscam o serviço de urgência por saber da dificuldade de acesso à UBS para atendimentos eventuais, o que pode acarretar sobrecarga do serviço de urgência com atendimentos que poderiam ser feitos na atenção básica.

Ah, tem que tá marcado [para ser atendido na unidade de saúde], igual eu te falei, tem que tá agendado ou se não, como no caso de emergência tem que ir lá na [UBDS], porque lá eles não atende (Maria . E).

Pra urgência não, aí a gente vai nos outros posto, que ali não atende né bem, quando é urgência assim não [õ] Eu tive muita pneumonia né, depois do derrame também né, lá no [UBDS . de outra distrital] que a gente vai (Camila . E).

Os relatos indicam uma relação com o serviço de urgência enquanto substitutivo das carências do serviço da atenção básica e, a partir de uma necessidade de saúde percebida, o usuário traça percursos pela rede, entre serviço de urgência e atendimentos ambulatoriais no intento de qualificar seu acompanhamento de saúde.

Além de dar oportunidades aos usuários de conhecer e ter autonomia pelo próprio cuidado, abre-se a possibilidade de abordar a autonomia para buscar os atendimentos da forma mais qualificada possível pela rede de atenção à saúde, na medida em que o usuário já faz isso, percorrendo fluxos informais pela rede com vistas a qualificar o próprio cuidado. Mas esse movimento às vezes se faz de forma diferente às premissas organizacionais do sistema de saúde (SILVA et al., 2006; CABRAL et al, 2011), como a busca por um serviço de emergência, no horário de funcionamento da unidade de saúde por questões que poderiam ser abordadas e até resolvidas no âmbito da atenção primária.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

E, nesse sentido, a abordagem sobre a constituição e organização do sistema, estimulando também a participação nesse processo se faria importante além da abordagem puramente clínico-assistencial. Para que isso ocorra, o posicionamento político do usuário deve ser valorizado pela equipe de saúde, que também precisa estimular e viabilizar ações nesse sentido, primeiramente mobilizando a população para a importância de uma atuação **participativa** no serviço de saúde até que se constitua mecanismos formalizados de participação social na comunidade (CRUZ et al., 2012).

No entanto isso não isenta as avaliações e adequações no nível de gestão para buscar a melhoria dos atendimentos em saúde, com vistas a atender as necessidades de saúde da população, até pensando que, pelo padrão de atendimento exigido pela população, percebe-se, em alguns casos, pouca capacidade de exigência de direitos e atendimento de qualidade:

Não, não. Do jeito que eles me tratam aqui, no [hospital de referência 2] eu tratei muito bem, eles me cuidaram muito bem, com muito carinho, não precisa [modificar o tratamento de saúde oferecido] não, não. Só se não; porque se chegar lá quase morrendo, pode acabar de morrer porque não tem jeito. Agora enquanto a gente poder tá mudando uma perminha, a gente tá procurando melhora. Mas eles tratam bem, trata. Ali é assim: tem as ambulâncias, se eles vê que o caso não é... que precisa de uma internação, eles ligam urgente pra [UBS] [...] tem tipo de uma internação lá dentro. Tem aquela UPA lá em cima também que é um hospital, não sei se você já foi lá. Já foi lá? [...] Lindo, né? Bem limpinho [...]. Entra lá pra você ver. Tem uma parte lá que é só internação. Minha neta ficou lá, tadinha. Meu Deus! Eles tratam muito bem. Aí aqui você vem e já cuida, já vê a pressão, já leva a gente pra bater um eletro do coração. Um dia eu falei: %Ah, Doutor, precisa tirar o eletro não, eu tô bem+ %Não, precisa ver se deixou seqüela+ Chegou bem aqui. Mas é por quê? Porque eu deixei a diabetes cair muito. Ela cai, cai, cai a glicemia, né, vai, vai, vai e quando você vê tá sem força até pra; você não quer nem conversa (Rute . E).

Na fala da usuária, ela refere que é bem atendida, e que a rede é qualificada, desde que não se chegue morrendo... e ainda assinala com muita ênfase as qualidades de um serviço por ser limpo e oferecer o atendimento necessário. Parece que a atenção básica seletiva também faz parte da concepção da população quanto aos serviços de saúde, o que, associado à falta de informação e de posicionamento político pode estar levar à passividade para receber os atendimentos oferecidos, o que também pode estar relacionado com a falta de posicionamentos de participação social por parte dessa população.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Entre os usuários entrevistados, não houve menção de internações decorrentes de complicações do DM2 em hospitais terciários ou quaternários. Ainda assim, é importante mencionar que a taxa de internação hospitalar por diabetes tem se mantido estável nos últimos anos, na ordem de 65 a 75 internações/100 mil habitantes/ano+ (BRASIL, 2011), dessa forma, configurando em situação que também caracteriza o fluxo dos usuários pela rede, ainda que não retratado pelo grupo de usuários que fizeram parte da presente pesquisa.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constituem parâmetro indireto de avaliação da qualidade da assistência oferecida nesse nível de atenção. Sendo um índice criado recentemente e ainda em fase de expansão, já denota importantes discussões acerca da influência do acompanhamento na atenção básica para a saúde da população e padrão de morbidade, incluindo relacionados ao DM2 (REHEM; EGRY, 2011).

5.4.3 Associação entre recursos públicos e privados como forma de qualificar o acompanhamento em saúde

A análise dos dados permite configurar duas situações em que se associam recursos públicos/privados na produção de cuidados pelas pessoas com DM2 entrevistadas: uso de recursos privados para complementar a assistência à saúde obtida via SUS e utilização concomitante de plano de saúde e serviço da AB, em ambos os casos é evidente a intenção dos usuários de buscar qualificar o acompanhamento e cuidados, conforme suas necessidades de saúde.

Conforme destaca Mendes (2013), o sistema de financiamento do SUS atualmente passa por problemas macro e microeconômicos a serem enfrentados, já que não se garante a universalidade conforme defendido legalmente, gerando um sistema segmentarizado, no plano macro, o SUS (subsistema público) convive com um subsistema privado de saúde suplementar e outro subsistema privado de desembolso direto.

Na primeira situação destacada, conforme observa-se que os usuários pagam por insumos para glicosimetria capilar, compra de medicamentos, para realizar

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

exames laboratoriais não cobertos ou não solicitados na frequência desejada, pagam também por consultas médicas quando não há o encaminhamento por parte do clínico que atende na UBS ou por conta da demora para efetivação dos atendimentos após encaminhados.

Olha, agora eles mandou [medicamentos] pra dois meses, tá, daqui a dois meses [retorno na UBS]. Só que eles me davam, tava dando pra um mês, certo? Tem coisa pra da ali, pro o coração que é um pititinho assim, tem pra diabete... Tem os que eu pego na Farmácia, na farmácia aqui [...]. E eles dá de 25 e eu tomo o de 50, que eu tomo pro coração, eu tomo quatro de 25 ou dois de 50, mas como o deles vem... Aí eu compro, todo mês eu compro uma caixinha, duas [...] Pra interar né, porque senão eu fico sem remédio (Jorge . E).

[...] Meus filho até comprou um aparelho, minha mãe pagou pra ele [...] a fita é cara.

Familiar: É, justamente [...]. Quando nós fomos comprar o aparelho pra ele, tava até, assim, não tava muito acessível não, mas compramos. Em compensação, com duas caixinhas de fita você comprava outro aparelho... Então, quer dizer [...] Eu acho assim, desde que tenha o aparelho, mesmo que não vai dar pra todos os diabéticos, porque ele, por ser do tipo 2, ele não recebe, né? Mas que fosse mais acessível pra gente poder comprar. Né? Porque é uma coisa assim, no caso, uma doença crônica, aí aqui ele controla, mais ou menos, mas controla, e quem não consegue controlar? Como é que faz se não pode comprar as fitas pra medir? Então deveria ser um preço... (Rafael . E).

Eu só compro a fitinha quando acaba [a fornecida pelo SUS] (Juliana).

Só bem [consulta somente na UBS], não tem nenhum outro lugar não. De vista às vezes eu preciso de uma consulta, às vezes eu pago, quando o [médico] não dá o encaminhamento (Carolina . E).

Dessa forma, observa-se que as pessoas que são usuárias do SUS, sem convênio privado, constroem um itinerário nos serviços de saúde pautado em ações provenientes do subsistema público, com complementação de gastos referentes ao subsistema de desembolso direto como forma de qualificar a produção de cuidados. Seria importante o conhecimento dessa situação pela equipe de saúde para buscar melhorar informações ou mudar fluxos de atendimento com vistas a não agregar custos que podem intensificar as iniquidades sociais. Dessa forma, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias+(BRASIL, 2011, p.32) .

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Na fala de uma usuária identificamos a oportunidade de, na conversa com a médica, solicitar documentação para obter gratuitamente os medicamentos de alto custo:

Camila pergunta se tem que fazer o processo de medicamento de alto custo para adquirir o Metoprolol - Selozok.

[médico] - “Tem que ver se é alto custo e ir na farmácia do [hospital de referência 1], se não for de alto custo e a senhora quiser, que a prefeitura pague tem que preencher um papel que pega no ministério público”.

Camila - Não ganho nem um salário-mínimo do meu marido, que é de pensão, gasto mais da metade com remédio, não sobra nada”...

Médico fica no computador digitando.

Camila procura papéis na pasta... muitos papéis.

Médico - E o Metoprolol?

Camila - Esse eu pago R\$ 36,00 a caixa.

Médico - O genérico a senhora não usa?

Camila - Não tem!

Médico - Tem sim! Qualquer farmácia tem!

Camila entrega para [médico] o papel da prefeitura para preencher, para que receber o metoprolol - O médico havia feito anteriormente as orientações acerca do processo de alto custo e a usuária trouxe esse documento para levar ao Ministério Público.

Médica preenche o documento e informa - “Levar para o gerente assinar - 02 folhas! Se não der certo, não aceitem meu papel, leva tudo de novo para o cardiologista”. (Camila – OP)

Importante mencionar a iniciativa da usuária em organizar a documentação a partir da informação da possibilidade de custeio do tratamento medicamentoso. A fala acima também indica possível recusa desse processo por partir de uma solicitação de profissional da atenção básica . *“Se não der certo, não aceitem meu papel, leva tudo de novo para o cardiologista”*

Ainda, nesse processo de complementar, a assistência de saúde realizada na atenção básica pode partir dos usuários, ou por solicitação dos médicos da UBS:

[...] Eu vou ali e faço de novo. Eu faço agora de seis em seis meses eu vou ali com a mulher, ali do [laboratório], né, ela falou: “Melhor o senhor fazer de seis em seis meses, seu Jorge, porque é o seguinte, se der alguma alteraçãozinha, até a prefeitura resolver, resolver o problema do senhor, operar ou outra coisa, né, aí passa mais seis meses e o senhor tá dentro do ano. Então tem que começar a...É complicado, minha filha. Entendeu? [...] Deixar pronto! [...]. Tratar aí [na UBS], eu quase nem trato. Eu pego mais receita aí [...] Não, porque eles é muito enrolado, sabe? É complicado. Isso aí é o seguinte: é muito tempo, sabe? Agora acho que... Então pra mim explicar isso aí vai ser difícil. Sabe o que acontece? Eles... O [médico] é o que trata aqui, agora outra vez - ele ficou meio com vergonha porque faz dois anos que eu não faço o exame de próstata. Certo? É perigoso, não é? É silencioso, mas mata. Mas aí, o que eu fiz? Ele tava enrolando eu fui lá e paguei os exames do laboratório,

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

trouxe pra ele olhar, ficou com uma vergonha. Todo exame que eu preciso eu vou lá, pago e faço, entendeu? Vou ficar...? Eu marquei pra voltar o ano que vem ainda, pro diabetes [...] Pro ano que vem [retorno], diz que janeiro ou fevereiro, quando tempo dá isso aí? (Jorge . E).

Rafael: Ah, é [vai na UBS] quando vence a receita. Mais é quando vence. Agora eu tô indo porque ele pediu pra eu fazer uns exame particular porque meus exame já tinha estourado lá, no posto.

Familiar: Porque o triglicéris dele tá muito alto.

Rafael: Tá muito alto aí...

Familiar: Mesmo tomando o remédio, ele não tá conseguindo baixar esse triglicéris.

Rafael: Em vez de abaixar, aumentou, com o remédio que ele me receitou.

Familiar: Por isso ele pediu a consulta mais perto, foi há dois meses, agora ele pediu pra trinta dias. E ele tá tomando o remédio pra ver se consegue abaixar.

Rafael: Não, esses trinta dias foi só porque eu vou ter que fazer de novo porque eu vou mudar o remédio do triglicéris [...]. Então, como eu vou mudar o remédio de triglicéris, tem mais trinta dias pra mim tomar o remédio e fazer outro exame particular de novo.

Familiar: Pra ver se abaixa.

Rafael: Pra ver se abaixou o triglicéris.

Familiar: Que aí a hora que controlar, volta de dois a três meses.

Entrevistadora: Por que particular?

Rafael: Porque lá é mais rápido.

Familiar: Não, é assim, ele me explicou que, pelo SUS, ele só pode pedir um exame a cada seis meses e ele precisa do exame porque, como o triglicéris dele tá 550, e o normal é até cento e pouquinho, então... Pra ele levar o exame e poder agilizar [...] O exame é baratinho, custa cinco reais. Então eu acho que nesse ponto ele quis ajudar né (Rafael . E).

As falas são indicativas de que os gastos referidos pelos usuários podem ser discutidos e fazerem parte de decisões conjuntas frente o processo de cuidado.

No primeiro relato, há a indicação de que os gastos com exames laboratoriais partem da necessidade do usuário . que, no caso, parece também estar associada a uma demanda indicada por um prestador de serviço - de realizar exames de sangue dentro de uma periodicidade (não pactuada com o médico) e por considerar o atendimento em saúde do subsistema público muito burocrático, pretende identificar o problema desde o início para ter mais condições de tratamento.

No segundo caso, há uma situação de gasto com exame laboratorial pactuada junto com o profissional médico, com vistas a melhorar o acompanhamento de uma alteração importante de exame laboratorial.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Em ambas as situações, percebe-se casos em que poderiam ser discutidas estratégias para evitar gastos associados ao tratamento. Essas situações se aproximam do que Mendes (2013) denomina fatores microeconômicos, que agregam dificuldades ao financiamento do SUS. Esses são derivados das grandes mudanças nas características demográficas e epidemiológicas da população, com predomínio de condições crônicas, em associação com um sistema de saúde ainda fragmentado e com direcionamento prioritário para responder às condições agudas, gerando, assim, uma assistência que não associa efetividade, eficiência e qualidade, gerando respostas ineficientes.

Dessa forma, observa-se que os gastos macro e microeconômicos caracterizam uma universalidade parcial demonstrada nos relatos das pessoas que participaram do presente trabalho, que são impulsionadas a pagar por insumos (medicamentos, exames) e por atendimentos (consultas médicas, convênio privado), na medida em que não se sente seguras com a cartela de serviços oferecidos pela atenção básica e se queixam muito da demora e burocracia para que sejam implementadas algumas demandas, buscando, assim, na integração entre recursos públicos e privados, oportunidades de contribuir para assistência de saúde mais qualificada (MENDES, 2013).

Outra categoria de associação de recursos públicos e privados é relacionada às pessoas que utilizam concomitantemente serviços do subsistema público e o privado de saúde suplementar. Nesses casos, percebe-se que a referência de acompanhamento é o sistema privado e a UBS é utilizada de forma complementar, seja com consultas, exames e principalmente para receber medicamentos gratuitamente.

Nesses casos, notam-se referências de gastos com medicamentos de alto custo, além de maior periodicidade de acompanhamento médico.

Renato: Só o Drenol [medicação] vai ser pelo posto, né?

Familiar: Quase tudo tem que comprar.

[...]

Renato: Não [compra todos os remédios], mas compro bastante também.

Familiar: Aqui, olha, esse aqui é do posto, é Drenol...

[...]

Renato: Esse é da rede pública, é de graça, é aquela burocracia pra pegar [...] É, na farmácia [...] Na farmácia popular, não pago nada nesse daqui. Esse? Esse aqui é caríssimo. Ele custa 170 contos.

Familiar: Esse tem que comprar, comprar...

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Renato: Doutor Luciano [médico que prescreveu], meu endócrino, esse foi a Doutora Denise.

Familiar: Esse aqui é junto com o AAS.

Renato: É, tomo o AAS e esse junto.

Familiar: O AAS mesmo é esse daqui.

Renato: Esse é comprado também, esse AAS não é aquele do posto não. (Renato . E)

Como pode ser analisado, esse usuário recebe as prescrições de medicamentos por parte dos médicos do convênio e recebem uma parte desses medicamentos gratuitamente na rede pública de saúde, e a outra parte é adquirida nas farmácias particulares, alguns com subsídios das indústrias farmacêuticas, ainda assim mantendo alto custo. Na fala também se evidencia o caráter burocrático para receber medicamentos da rede pública. E, entre as falas, não fica evidente como se dá o gerenciamento desse tratamento que configura uma associação de prescrições medicamentosas e cuidados entre profissionais da rede pública e privada. Os médicos da rede privada já orientam quais medicamentos podem ser recebidos via SUS e quais devem ser comprados.

Inclusive a médica, remédio que ela passa aqui e fala: %Olha, isso aqui você pode pegar no posto de saúde+ Outra hora ela fala: %Esse aqui o senhor pode pegar na farmácia popular, não vai pagar nada, esse aqui o senhor vai ter que pagar porque não tem na rede pública e ele é caro, esse aqui é da rede pública...+ E daí por diante. Ela sempre orienta, sabe? [...]. O que tem e [médico] não fala, a outra fala onde tem e precisa pagar (Renato . E).

A análise desses percursos é importante para indicar as representações das pessoas acerca da assistência em saúde e o que direciona suas escolhas e opções para o cuidado; além disso, possibilita analisar a resolutividade dos serviços da AB perante as concepções de saúde dos usuários (CABRAL et al, 2011; CONILL et al., 2008).

Com relação à saúde suplementar, o tipo de plano contratado indica o percurso dos usuários pela rede de atenção à saúde e a utilização concomitante de serviços referentes aos subsistemas público e privado por desembolso direto. A gravidade dos problemas de saúde desenvolvidos também determina o percurso por serviços e a utilização de serviços com densidades tecnológicas diferentes (CONILL et al., 2008).

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

As características de associação entre recursos públicos e privados são determinadas pela doença e os tipos de cuidados requeridos. Conforme destacado no tópico anterior deste item, há também associação entre recursos formais e informais nessa rede de serviços que configura o itinerário terapêutico das pessoas com DM2. Percebe-se também, que alguns dos gastos despendidos pelas pessoas que utilizam apenas o sistema público para acompanhamento da saúde, poderiam ser discutidos e revistos na própria relação com a equipe de saúde. Dessa forma, se faz importante configurar elementos da caracterização social e econômica enquanto caracterização da população atendida, para que não haja maiores prejuízos relacionados a problemas econômicos agregados à condição de saúde muitas vezes fragilizada.

5.4.4 O desafio da participação social

Os relatos demonstram que a participação social ainda não é parte da rotina dos usuários da UBS. Poucos entrevistados indicam conhecer mecanismos de participação social, nenhum deles reconhece o conselho local ou conselho de saúde enquanto formas de participação social. Mesmo cientes da rotina de atendimentos da UBS, conforme já destacado ao longo desta investigação, os usuários não se sentem validados a interferir no atendimento e não se reconhecem enquanto possíveis atores nesse processo.

Ao longo do trabalho, ficou evidente que as ações de participação/autonomia são individuais, refletindo na vida pessoal e no processo de cuidado referente ao acompanhamento na unidade de saúde, mas não extrapolam para ações visando o coletivo.

A reclamação é a via de avaliar o serviço prestado (na maioria das vezes) feita se a avaliação é negativa, entre as falas, reclamar vem com conotação de avisar para alguém que irá resolver um problema, cuja capacidade de intervir não me pertence.

Porque ali naquele postinho, eu já fui maltratada por uma, uma vagabunda que trabalhava lá, sabe? Ela em vez que atendia a gente, faz tempo já também, ela até já saiu dali, em vez dela atendia, ela,

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

ela é gorda - eu sou gorda, mas eu falo isso das pessoas porque... . ela era gorda e ficava lá fora, sabe? Em vez dela atender a gente direito e pegar as pastas e levar pro médico, sabe? A minha ela ficou, era, assim acho que era época de pagamento e as pessoas lá ia vender doce, essas coisas lá, doce, não sei o que quê, não sei o que, lá na porta do lugar e ela intertida lá, não levou os papéis pro [médico], que tava indo quase embora e ela não levou a minha, sabe? Aí eu, já fazia tempo que eu tava lá esperando, aí eu falei, sabe? Nem falei pra ela, falei lá perto que em vez de atender as pessoas direito, ela ficava lá comprando doce, comprando as coisas lá. Viche, essa gorda foi lá, e acabou comigo lá no postinho. Eu fui atendida, mas foi por isso, sabe? Ela acabou comigo lá no postinho [...] Não, reclamei não... Sabe? Eu fiquei chorando... Depois que acontece essas coisas eu fico chorando. Mas eu não reclamo; eu sou muito nervosa. Não reclamei não (Clarice . E).

Do atendimento ela [agente comunitária] me deu um papel também pra mim ligar, liguei lá, falando, elogiando ali [...] Ah, tá escrito no papel lá. Um zero, não sei o quê lá [...]. É, da prefeitura ou de onde eles mandam a cartinha pra gente... Unidade, secretaria, né? Acho que é lá. Então a gente faz isso [...]. E eu, a gente liga lá e fala que trata aqui, com tal doutora, tal médico pra ginecologista, as meninas, as que vem na casa da gente, são meninas boas, que sempre tinha uma então aquela foi pra outra, outros lugares, então ficou a outra. Essa aí é melhor ainda, um amor de pessoa, ela é uma gracinha, muito boazinha [...]. Foi a agente nossa que trouxe o papel [...]. Falou isso aqui: %a senhora não é obrigada a perder tempo com isso, mas se a senhora acha que se não prestar também, pode largar o bambu também. Agora se foi bem atendido com nós, com o médico, com as enfermagens, se teve alguma falta de educação com a senhora, pode falar e não tenha acanho não [...]. Falei que é tudo bão, falei que só tem gente boa [õ]. A enfermagem é muito boa, atende a gente muito bem, colhe o sangue pra ver o diabetes, né? Pressão. São muito gente fina, eu não tenho, não tô te falando? Não tenho reclamação deles. Tem não (Rute . E).

Nas falas anteriores prevalece o aspecto da participação enquanto cobrança do que falta. No primeiro relato, apesar da descrição da usuária que se sentiu prejudicada com o atendimento da profissional, nem a via da reclamação foi feita, só mencionada, e somente o choro foi válvula de escape para os sentimentos.

No segundo relato, a abordagem profissional valida a participação trazendo também a tônica da participação/reclamação quando solicita que a usuária ligue para se queixar do que for necessário . ainda prevalecendo a via da reclamação enquanto avaliação do serviço. Nesse caso, pode-se analisar também o movimento institucional de solicitação de avaliação individual acerca do atendimento na UBS, em detrimento de investimento da gestão em estratégias para fortalecimento de conselho local ou participação comunitária.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

As falas abrigam avaliações de usuários frente à qualificação dualista . bom ou ruim - dos atendimentos. Interessante notar que os dois relatos indicam que a qualificação do atendimento perpassa prioritariamente pelas relações entre profissional e usuário. O espaço do encontro abriga potencialidades de reinventar as práticas de saúde e rever a organização da assistência, bem como de estimular perspectivas de participação social (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CAMARGO-BORGES, 2009).

No entanto, conforme já discutido, ainda se percebe que o posicionamento do usuário é passivo frente ao próprio atendimento.

Carolina: [...] ontem eles passaram despercebido. Só que ontem igual eu falei pra ela: ~~U~~Jai, eles não mediram minha diabetesq Ai a menina [auxiliar de pesquisa] chamou as enfermeiras e elas pegou e mediu.

Entrevistadora: Se fosse pra senhora falar alguma coisa a senhora falaria?

Carolina: Eu tava esperando que o [médico] ia pedir né. O [médico] ia pedir, com certeza ele ia pedir. Ele ia falar: ~~%~~Deixa eu ver o diabetes da senhora...+e ia falar [...] Acredito eu que sim. Eu fiquei chateada ontem porque eu tava esperando né (Carolina . E).

Não sei porque me tiraram do [médico], eu não queixei nada dela, chorava do jeito que ela falava, mas nunca falei nada (Luciana . E).

Nos trechos de fala anteriores, fica expressiva a passividade das usuárias. No primeiro, a técnica em enfermagem não fez a glicosimetria capilar, e a usuária ficou esperando que o médico pedisse o valor da glicemia, não tendo a iniciativa de solicitar o teste. No seguinte, a usuária refere que chorava, mas não falava nada diante do atendimento recebido e, ainda, se culpava pela possibilidade de ter sido transferida de médico por ~~%~~fala+qde um atendimento que a fez chorar .

Parece que a via da reclamação pode ser geradora de punição, o que pode estar relacionada às dificuldades de avaliação direta do serviço e do atendimento dentro de um contexto de relação terapêutica baseada no modelo biomédico, que trazem consigo lógicas verticalizadas e até autoritárias de relação médico-paciente (CAPRARA; RODRIGUES, 2008)

Souza e Cunha (2013) defendem a necessidade de rever o sistema de avaliação de nossa sociedade contemporânea, perpassando em campos como da saúde e educação, que, por influências neoliberais, trazem consigo aspectos de controle e produtivismo, em detrimento da possibilidade de organizar produções

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

coletivas que permitam analisar a complexidade das situações e seus determinantes.

Os entrevistados mencionam que o agente comunitário de saúde é referência caso tenha alguma reclamação ou sugestão a se fazer ante o serviço.

Entrevistadora: Tem algum lugar que a senhora sabe, assim, eu tô perguntando mesmo, se a senhora quiser fazer alguma sugestão ou elogio, falar sobre o atendimento que a senhora recebe ali no postinho, tem algum lugar ou alguém que a senhora pode fazer isso?

Rosa: Que eu saiba não [õ] Não sei se tem. A gente pode até fazer pra tem pessoa que vem em casa, né? Ii eu falo pra moça que vem aqui... (Rosa . E).

Entrevistadora: Se tiver, se, por exemplo, a senhora tiver, se eu falasse pra senhora devolver isso pra unidade, assim, pra falar isso pra unidade, tem alguém que a senhora poderia falar isso, que essa, essa opinião sobre o atendimento que a senhora recebe.

Conceição: Lá dentro da unidade? [...] Ou fora? Tem. Lá dentro, por exemplo, tem essa [ACS], tem a [técnica em enfermagem]; agora tem as minhas vizinhas aqui. Tem os que consulta lá também. Tem tudo isso aí [...] pra mim, todas vezes que eu vou lá, o atendimento é bom pra mim. Agora se pra outros não é, né? Pra minha vizinha é muito bom também, ela faz o mesmo tratamento, do diabetes também, só que o dela é alto [...] Ela, ela trata com [médico] também. Há muitos anos, ela faz muito mais tempo do que eu. Que ela faz o tratamento com [médico]. Mas... pra mim, ela também acha bom lá, que todas vez que precisar aí já tá agendado, né? Então, o tratamento, pra mim, é ótimo (Conceição . E).

Provavelmente por conta da maior proximidade, vínculo e liberdade na relação com o ACS, esse profissional se torna referência para se fazer avaliações referentes ao serviço (LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014). Dessa forma, destaca-se, aqui, que o elemento autoridade pode ser dificultador da participação social.

Em um trecho, a usuária inicia discurso com conotação avaliativa da assistência de saúde recebida pelo SUS, mas o discurso não prossegue no diálogo com a profissional.

Cláudia: Doutor, eu não tô na lista dos que reclamam do SUS eu agradeço por ter, sempre fui bem atendida.

Médico digita informações e paciente fica em silêncio.

Médico: Faz caminhada?

Cláudia: Tô fazendo bicicleta em casa.

Médico avalia os exames, explica para a paciente sobre cada um deles.

Médico trouxe sua receita?

Cláudia: Não trouxe, desculpa, eu não sabia.

Médico pergunta sobre medicação e faz a receita pelo computador.

Cláudia: Vou fazer mais exames?

Médico: Só o do DM para o próximo retorno.

Médico explica sobre cada medicação.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Cláudia: Obrigada doutora, posso marcar o retorno, né?

Médico: Pode vai marcar para a próxima vaga (Cláudia – OP – Consulta médica).

Esse foi o único trecho de diálogo feito entre usuário e profissional que agrega elementos de avaliação da assistência e não teve prosseguimento, diante do direcionamento da consulta médica para o foco biológico do atendimento. No espaço relacional, do encontro entre profissional e usuário, podem se configurar práticas mais autônomas e diversas quando se desenvolvem diálogos verdadeiros e, caso haja escuta e abertura, a produção de cuidado pode ser discutida, bem como o processo de trabalho com parceria da comunidade (CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009).

A participação social, legalmente instituída no Brasil, ainda perpassa por dificuldades de implantação, se configurando de formas muito distintas em diferentes espaços acadêmicos e sociais, ainda ocorrendo de forma incipiente em alguns contextos (CAVALCANTI; CABRAL; ANTUNES, 2012; ROCHA et al, 2008; UCHOA et al., 2011) e, conforme direcionamento da fala anterior, também não é legitimada entre os atores do processo de trabalho - o micro reproduz o macro.

Percebemos que ao longo das entrevistas, espontaneamente as pessoas fazem avaliar o serviço de saúde, de forma indireta junto com descrições de aspectos do atendimento e importantes análises acerca do acompanhamento em saúde, mas quando solicitado diretamente para que avaliem, há um processo de captura e as falas caem num contexto contraprodutivo de avaliação.

Se a gente quer fazer uma queixa? [...] Não, não sei não. Não sei [...] Não, bem, nunca precisou [...] É. Sempre que eu vou lá, eles me atendem bonitinho. É. É, fia. (Paula . E).

Familiar: Não. Que eu saiba não [lugar para fazer uma reclamação, se quiserem fazer uma sugestão, tem algum lugar da comunidade ou da prefeitura onde se pode fazer]. Se tiver...

Arnaldo: A gente nunca fez, né? Mas é complicado. (Arnaldo . E)

Quando solicitado que as pessoas se posicionem quanto ao funcionamento do serviço, o direcionamento das falas indica que não se tem nenhuma reclamação a fazer, novamente a associação participação/reclamação se faz, mesmo quando se solicita uma análise do atendimento de saúde recebido. Ainda, em outros momentos, os usuários apontam não saber se podem fazer algum comentário acerca da atenção à saúde realizada junto à UBS ou a quem fazê-lo.

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Nesse sentido, como pode ser analisado nos trechos acima, foi modificada a tônica da pergunta ao longo das entrevistas, quando se questionava se havia alguma *reclamação* acerca do atendimento, depois mudou-se para *sugestão*, *elogio* e *avaliação*, no entanto, essas intervenções não resultaram em modificações expressivas no teor das respostas.

No geral os usuários não (re)conhecem locais onde possam discutir sobre o atendimento que recebem, nem mesmo que podem fazê-lo. Ao serem questionadas, as pessoas acreditam que existem mecanismos de participação social, mas não conhecem e nunca utilizaram.

Eu acredito que tem esse lugar [que se pode falar sobre o atendimento recebido], mas eu nunca fui atrás. Não sei onde é, se... Eu acredito, eu acredito que tem. Mas eu não sei, nunca fui, nunca precisei assim, nunca me dispus de... (Cláudia . E)

Não, não tem [lugar para falar, para dar sugestão]. A prefeitura não liga [...] Não, não tem recurso. [...] Não, eu não sei, sabe [alguém para quem se possa falar]? (Jorge . E)

Camila: Não [õ] Aqui não tem não [associação de morador, conselho local de saúde], tem uma assistente social que não serve pra muita coisa não (Camila - E)

Uma via de participação mencionada é ligar diretamente na Secretaria Municipal de Saúde para tirar dúvida sobre atendimento que está com dificuldade para obter na UBS, mas, diante de uma resposta aparentemente não resolutive, a usuária não busca outras estratégias para resolver a situação.

[quando quer marcar consulta médica] A gente vai lá na, onde fica as moças lá, na boqueta [...]. É, na recepção. Pergunta. %Ah, não tem+ Vem embora, né! Não tem lá. Eu perguntei esses dias que eu fui lá. E não tem novamente, se precisar... Não tem e não sabe quando vai ter. Aí eu falei pra minha filha, que ela trabalha lá no, numa clínica médica, aí ligou lá na secretaria, na secretaria falou que é pra conversar com [gerente] pra poder encaixar com [médico] (Jaqueline . E).

As falas destacam que, para se reclamar e avaliar o atendimento de saúde, deposita-se a *%culpa+* na prefeitura, na assistente social, busca-se a Secretaria Municipal de Saúde, mas não citam mecanismos coletivos de discussão das práticas de saúde.

Conforme descrito, essa usuária refere conhecer um mecanismo de participação social - na fala não fica claro se é conselho local, mas a mesma

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

reconhece como uma reunião para fazer reclamações- mas não participa. Menciona ainda que conhece uma vizinha que participa, mas culpabiliza o serviço, reclamando que as ACS não têm interesse de convidá-la. Nessa fala fica evidente a demanda por receber do serviço de saúde: atendimento, convites, comunicação - parece que a via de buscar por esses direitos não é legítima.

Ah, eles fazem reuniões de vez em quando, né, mas eu não vou nas reuniões, eu não participo [...] Ah, ali no... Era aqui no centro comunitário, agora parece que faz ela tem uma sala lá dentro, né, eu nunca fui [...]. Participa, pra fazer alguma reclamação, alguma coisa que sei que, que acha que precisa lá, então vão na reunião, só que às vezes... Eu não vou, né, mas eu tenho minha amiga ali que ela me dá, ela vai tudo, ela me fala tudo, né? [...] Ela vai [...] Por que eu não vou? Porque eu nunca sei os dias de reunião. Né? A moça do posto já passou aqui em frente. Elas passam aqui em frente, mas elas nunca se interessam, assim, em entrar, chamar a gente, comunicar com a gente [...] É muito difícil (Márcia - E).

As pessoas indicam os mecanismos institucionais para avaliação dos usuários, como pesquisas de avaliação do atendimento, ouvidoria e caixa de sugestões, mas não acreditam nessas ferramentas enquanto possibilidades para se analisar o atendimento em saúde e resultar em melhorias.

Oh, lá tem uma caixinha, de sugestão, já escrevemos várias vezes, acho que eles tiram os papéis de lá e joga fora. Fica com cadeado. [...] Tipo pra fazer reclamação [outro lugar] assim né? [...] Não. (Maria - E)

[õ] porque quando a gente interna, eles mandam uma cartinha aqui pra gente, então ali tá contando se é bem cuidado, fala que não é pago nem um centavo, que é pra gente, se foi mal atendido, põe não. É sim ou não. Então a gente vai lendo o quê que é e a gente vai pondo. Então isso aí nós faz [...] (Rute - E)

Uma usuária refere que conversou com profissional [gerente] da unidade de saúde sobre mudança de rotina de atendimento eventual na unidade, pois não concordou com essas mudanças, mas, na fala da usuária, a resposta do profissional também indicou que a mudança foi implementada por agentes externos . Eles que tiraram+ tirando a sua responsabilidade mediante esse processo. Essa fala também indica que os usuários não participaram¹² da discussão dessas mudanças e a intervenção feita pela usuária não gerou possibilidade de discussão sobre o caso, nem indicação de resposta diferente da mudança já implementada.

¹² Não foi possível avaliar, pelo escopo da pesquisa, como se deu a mudança da rotina da UBS e qual foi o espaço de inclusão dos usuários nesse processo

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

Ela [gerente da UBS] ficou quieta. Falei: %Mossa, tiraram os encaixes?+%, tiraram, não é nós...+[...]. O encaixe é bom. Igual, se eu passar mal aqui, eu vou no encaixe, vou seis horas, fico na fila, sete horas já marcou o encaixe, sete e meia, oito horas. [...] Resolve naquele dia (Daniela . E).

A participação em saúde no contexto desse tema converge para uma característica ainda muito passiva de atuação dos usuários no serviço e sistema de saúde. Dentre os entrevistados não há posicionamento de análise/participação que extrapole os limites individuais de intervenção na gestão do cuidado, predominantemente direcionando para a via da reclamação acerca dos atendimentos e rotinas do serviço de saúde.

O trecho de fala acima retrata a (falta de) participação do usuário e a (falta de) articulação com os profissionais da unidade de saúde para o controle social. Conforme foi abordado ao longo deste tópico, nenhum usuário entrevistado mencionou atividades relacionadas à participação social em sentido de abordagem coletiva e co-responsabilização pelo cuidado desenvolvido na unidade de saúde. Os problemas sinalizados pelos usuários, que poderiam ser modificados na rotina da unidade de saúde, são relacionados ao funcionamento, densidade tecnológica, horário de atendimento, todos com enfoque em reiterar a importância dos atendimentos de cunho curativo e intervencionista.

Ao longo deste estudo pode-se vislumbrar que o direcionamento de reivindicação dos usuários não se alinha com as aspirações de mudança do modelo de atenção à saúde, mas de certa forma com o atendimento daquilo que mais imediatamente considera importante.. A amplitude dos dados não permite avaliar se existem iniciativas por parte da equipe para discutir questões mais filosóficas acerca do SUS e o direcionamento assistencial de um serviço baseado na APS.

Discutir participação social não é o cerne da presente pesquisa, direcionada prioritariamente para a participação do usuário no processo de cuidado, em caráter mais restrito a gerenciamento dos cuidados requeridos frente ao DM2 mediante as relações com os profissionais e a rede de saúde. A característica incipiente, quase inexistente da participação social nessa população estudada emergiu de forma expressiva entre os dados da pesquisa e nos permitem fazer associação com os resultados já delineados ao longo dos demais temas, inferindo que falta empoderamento para participação tanto para aspectos macro (relativos à participação comunitária, relacionada a posicionamento político perante o processo

*MEDIAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ARTICULAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DE CUIDADO FRENTE AO DM2*

de trabalho e organização da assistência na UBS), quanto os micropolíticos (relativos à autonomia para decidir perante os cuidados recomendados pelos profissionais).

Em contraponto, ao longo das discussões aqui empreendidas se tornaram expressivas as potencialidades dos usuários para participação nos dois aspectos destacados acima. Há que se buscar estratégias para promover empoderamento dos usuários, no sentido de tornarem as relações em saúde menos assimétricas e voltadas para o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde em comum.

.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do referencial teórico do processo de trabalho em saúde, o objetivo foi analisar a participação do usuário com DM2 na produção de cuidado no contexto da Atenção Básica. Partimos da hipótese que as pessoas com DM que participam ativamente do processo de cuidado junto às equipes da AB, desenvolvem práticas de autocuidado mais autônomas, com possibilidades de serem criadas alianças terapêuticas em detrimento das prescrições verticalizadas, com maior potencial para se alcançar um cuidado eficaz.

A pesquisa foi realizada na UBS Amendoeira em Flor, onde são desenvolvidas atividades em articulação com a Universidade de São Paulo no direcionamento de qualificar a atenção saúde à pessoas com condições crônicas.

Da análise dos dados, segundo a perspectiva de investigação quantitativa, resultaram três temas:

- 1) *Contexto de vida das pessoas com diabetes*
- 2) *Representação do DM2 na vida das pessoas e os cuidados produzidos*
- 3) *Mediação com a rede de atenção à saúde: articulações para a produção de cuidado frente ao DM2*

Para apresentação dessas considerações iremos desenvolver uma escrita que perpassa pelos três temas, sem manter essa delimitação temática que foi necessária para estruturar o material empírico e apresentação didática das incursões da análise teórica, conforme feito ao longo da escrita da tese.

Estudar a problemática dos cuidados referentes ao DM2 a partir da ótica das pessoas com esse diagnóstico e em acompanhamento junto a um serviço de saúde na AB nos permitiu compreender que é muito amplo o conjunto de fatores que permeia a relação de cuidado frente a uma condição crônica. Sob o foco da participação do usuário, pode-se inferir que a relação entre usuários e serviço de saúde ainda não se sintoniza para esses cuidados, e que o serviço não reconhece a participação quão forte ela se faz no cotidiano, muitas vezes até contrapondo-se aos cuidados recomendados nos atendimentos feitos pelos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem de pesquisa qualitativa bem como as estratégias utilizadas para coletar os dados foram coerentes com os objetivos propostos visto que quando nos portamos enquanto observadores dos atendimentos dos usuários na unidade de saúde, e após, realizamos as entrevistas nos seus domicílios, conseguimos obter importantes aspectos da relação entre usuário e profissionais-serviço de saúde para a análise da participação dos usuários. Com o posterior distanciamento da UBS Amendoeira em Flor, e aproximação com o contexto de vida desses usuários para entrevista, pudemos acessar informações de como esses cuidados se efetivam no cotidiano.

A logística de seleção dos usuários a partir dos agendamentos por consultas médicas ao mesmo tempo em que se configura um limite da pesquisa, também permitiu análises importantes acerca da atuação das diversas categorias profissionais frente a **atendimentos sistematizados** na rotina de cuidados junto a essa população. Naturalmente o atendimento médico foi bastante enfatizado ao longo da análise dos dados, mas a partir desse ângulo, pudemos analisar a atuação de outros membros da equipe de saúde perante essa população no contexto dos atendimentos de rotina.

Destacamos que foi possível discutir a potencialidade da atuação do profissional enfermeiro para a efetividade do tratamento e qualidade de vida dessa população. Ficou evidente que falta apropriação de fluxo (e agenda) para que o profissional enfermeiro **também** acompanhe essas pessoas, dentro do seu núcleo de conhecimentos, com ênfase também no potencial de sua atuação clínica.

Um aspecto positivo observado é que na UBS Amendoeira em Flor, se processa o **acompanhamento** dessa população, mesmo que com alguns desafios ainda a serem superados, a população localiza que a UBS é referência para seus cuidados de saúde e indica periodicidade de consultas e exames laboratoriais agendados, configurando portanto um cuidado com caráter longitudinal. Esse aspecto é importante porque a efetividade da produção de cuidados junto a pessoas com condições crônicas pressupõe continuidade da assistência.

Esse caráter de continuidade da assistência ainda não se configura enquanto coordenação de cuidados, conforme premissa da APS, porque há entraves no registro das informações referentes à produção de cuidados, na própria unidade de saúde e também entre serviços da rede de atenção à saúde, pela qual os usuários seguem fluxos variados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da rede de atenção à saúde é intensificada a partir do diagnóstico do DM2 e os usuários nos permitiram analisar que buscando atender necessidades de saúde conforme suas próprias concepções de saúde doença, configuram itinerários terapêuticos, com fluxos entre serviços de saúde da rede formal (serviços da AB, unidades de referência ambulatorial e unidades de pronto atendimento) em associação com atendimentos por serviços que denominamos rede informal (por exemplo atendimento por médico em instituição religiosa) e ainda, por vezes, mesclando com serviços privados . saúde suplementar.

Nessa associação de atendimentos, em alguns casos questiona-se a efetividade terapêutica do acompanhamento de saúde e do controle glicêmico, já que não há a coordenação de cuidados por parte do serviço da AB. Nesse ponto, acredita-se ser outra situação em que impera a autonomia do usuário para seguir determinado direcionamento de cuidados a partir das indicações de diversos profissionais de saúde sem comunicação entre si.

Na nossa concepção enquanto profissionais de saúde percebemos que faltam aos usuários, conhecimentos com relação ao sistema de saúde e estratégias de organização para operacionalizar o cuidado, como a hierarquização e regionalização, no entanto, os usuários trazem elementos das experiências frente ao sistema de saúde, principalmente de dificuldades de acesso a especialidades e serviços de emergência, que indicam necessidade de analisarmos, em conjunto, a acessibilidade para o acompanhamento integral mediante suas necessidades de saúde, bem como às instâncias formais de participação social.

Ao longo do trabalho, observamos os posicionamentos dos usuários acerca do acompanhamento em saúde. A partir das prescrições, dos atendimentos, na rotina dos serviços de saúde, muitas vezes o tratamento é direcionado por protocolos, impresso em receitas, analisado por exames, pairando entre esferas duras e leves de tecnologias em saúde; no entanto, os usuários trazem a partir de suas experiências de vida, possibilidades de reinventar formas de cuidado, que podem (ou poderiam) ser intensificadas por interações pautadas nas tecnologias leves, que não predominam nos atendimentos analisados, mas acontecem em alguns momentos observados.

Quando analisamos essa autonomia dos usuários para os cuidados relacionados ao DM2, percebemos que se configuram ações que vão no direcionamento do que é discutido junto com o profissional de saúde . tratamento

CONSIDERAÇÕES FINAIS

não medicamentoso (controle alimentar, realização de atividade física, e em menor intensidade controle do consumo de álcool e cessar o tabagismo); medicamentoso (hipoglicemiantes orais e insulino terapia); e cuidados com verificação da glicosimetria capilar e cuidados com os pés . mas com posicionamentos que nem sempre vão no sentido da efetivação dessas ações. Portanto, sabe-se quais são os cuidados a serem realizados frente ao DM2, mas as dificuldades de adaptação, principalmente às mudanças de estilo de vida, configuram fatores que entravam a operacionalização rotineira dos mesmos.

Com relação a esses, percebemos que ainda faltam informações por parte dos usuários, mas há conhecimentos suficientes para controlar as complicações e realizar um manejo básico das condições clínicas. Entre esses cuidados, principalmente os relacionados a mudanças no estilo de vida, os usuários enfatizam as dificuldades para efetivá-los, com pouca associação ao aumento na qualidade de vida que a realização destes pode agregar. Os cuidados relacionados à medicação e controle glicêmico são referidos de diferentes formas entre pessoas que fazem tratamento com base na insulino terapia e os que utilizam hipoglicemiantes orais. E esse tratamento também está relacionado com os sintomas associados ao DM2 e formas de enfrentamento da condição de adoecimento.

Conforme destacado no tema 1, as pessoas com DM2 participantes deste estudo, compõem grupo heterogêneo, com diversidade de condições sociais, econômicas, de saúde e com diferentes graus de disponibilidade e habilidades para o cuidar, dessa variabilidade se estabelece uma fragilidade da produção de cuidados junto dessa população, já que as formas como as pessoas operacionalizam rotineiramente os cuidados não são foco da produção de cuidados. Desta forma, tem-se um padrão de atendimentos, que não engloba as subjetividades das pessoas perante os cuidados frente ao DM2.

Outro ponto a ser enfatizado é a falta de ações pedagógicas sistemáticas para as pessoas com DM2. O conhecimento acerca da doença e seus cuidados são essenciais para que haja adesão ao tratamento, bem como autonomia para o autocuidado. Dentre os usuários entrevistados, poucos já participaram de atividades com enfoque de aprender sobre o DM2 e as que participaram não enfatizam enquanto oportunidade para mudança das práticas de cuidado. As atividades educativas reforçam o caráter prescritivo dos cuidados recomendados frente ao DM2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de trabalho em saúde, o usuário (objeto das ações de cuidado), parece não ser compreendido enquanto parte do sistema produtivo, mas como um alvo das ações, alheio ao processo. Ao longo da pesquisa, observamos que esse usuário conhece a rotina do serviço de saúde, reconhece os profissionais-parceiros, geralmente com os quais desenvolvem atos pautados nas tecnologias leves e sabem quais são os fatores que interferem nos resultados dos cuidados frente ao DM2, usando mecanismos, nem todos legitimados, para cuidar(ser).

Percebe-se atravessamentos na instituição saúde pela educação (bancária) e a segurança (militar hierárquica), que podem estar relacionados com as características incipientes de participação que observamos. A tônica dos atendimentos não perpassa a esfera política e de organização do serviço e do sistema de saúde, sobressaindo a ênfase nos aspectos biológicos, com alguns direcionamentos pontuais para questões sociais e econômicas.

A participação do sujeito no processo de cuidado na relação com a UBS foi evidenciada de forma indireta ao longo da análise; uma vez que nenhum mecanismo formal de participação foi assumido (aproveitado, utilizado) pelas pessoas entrevistadas, da mesma forma que a participação no processo de cuidado se dá de forma isolada do processo de cuidado empreendido junto com o profissional de saúde.

Portanto, cada usuário participa de suas próprias atividades de cuidado, segundo características impressas em sua rotina de vida e sua constituição enquanto pessoa, protagonista de sua própria trajetória. As variações de idade, escolaridade, doença(s) concomitante(s) ao DM2, constituição da rede social e familiar, rotina de trabalho são determinantes dos modos de lidar com o DM2, para efetivar cuidados, bem como para traçar diferentes trajetórias de utilização da rede de atenção à saúde.

A UBS Amendoeira em Flor faz parte da rede de AB, mas percebemos que a lógica do cuidado ainda tem a tônica do modelo biomédico, médico centrado e com ações verticalizadas. Portanto, o acompanhamento em saúde, na perspectiva em que foi analisado, acontece basicamente mediante a prescrição de medicamentos e a realização periódica de exames laboratoriais.

Desta forma, se abriu uma oportunidade de análise da participação do usuário quando realizadas as entrevistas, em que pudemos vislumbrar que essa participação acontece no contexto das ações do cotidiano, quase nunca compartilhadas com os profissionais de saúde durante os atendimentos na UBS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Debruçar-se para analisar esse contexto de forma detida e direcionada pelo referencial teórico do processo de trabalho em saúde nos fez perceber que na cadeia produtiva dos cuidados empreendidos a partir dos encontros entre profissionais e usuários com DM2, obtém-se produtos dicotômicos, já que no diálogo criado no momento da relação entre profissional e usuário, há um consenso dos cuidados a serem realizados, no entanto, a partir da saída do usuário da unidade de saúde, muitas vezes esse consenso é operacionalizado parcialmente e algumas vezes até substituído.

A análise desses posicionamentos do sujeito tem um aspecto positivo, pelo caráter de protagonismo dos mesmos, mas ao mesmo tempo, discutimos que algumas das ações empreendidas mediante essa liberdade para a efetivação de cuidados, muitas vezes ocorre na contramão das concepções dos profissionais e de comprovações científicas, tornando esses usuários mais vulneráveis às complicações que devem ser prevenidas.

O critério de seleção dos sujeitos para a fase de coleta de dados qualitativos, configurou-se um limite da presente pesquisa, no entanto, foi utilizado enquanto única possibilidade estruturada de acompanhamento dos mesmos na UBS Amendoeira em Flor. A coleta de dados da fase inicial por meio das fichas de cadastro do HIPERDIA também pode ser considerada uma fragilidade, na medida em que podem ocorrer sobreposição de inconsistências advindas dos preenchimento das fichas, que nós não acompanhamos.

Enquanto processo natural da produção científica, com o desenvolvimento desta tese abrem-se possibilidades de novos direcionamentos investigativos no sentido de analisar e qualificar as práticas em saúde voltadas para as condições crônicas, o que constitui um inegável desafio contemporâneo. A partir dos resultados também configura-se algumas **proposições voltadas à realidade prática** da produção de cuidados às pessoas com DM2 no contexto da AB:

- ✓ Estímulo ao desenvolvimento de atividades que possibilitem a participação do usuário no próprio cuidado, bem como no âmbito do controle social;
- ✓ Atuação do enfermeiro de forma presente, sistematizada na produção de cuidados junto desta população aprimorando enfoques da clínica que possam subsidiar o autocuidado;
- ✓ Equipe de saúde criando rotinas de orientação, avaliação e acompanhamento, das atividades relacionadas à mudança de estilo de vida. No contexto do

CONSIDERAÇÕES FINAIS

processo de trabalho da equipe da UBS Amendoeira em Flor ainda há pouco investimento nesse sentido;

- ✓ Estímulo à realização de atividades pedagógicas relacionadas ao DM2 e aos cuidados requeridos, pautadas nas experiências dos sujeitos e subjetividades relacionadas ao cuidado, já que o repasse de informações, em sua configuração estanque, não propicia abordagens contínuas nesse direcionamento;
- ✓ Configuração do processo de cuidado junto a esta população baseado em modelos teórico-práticos voltados para as condições crônicas, com abordagens que resgatem a característica de acompanhamento das pessoas com condições crônicas e não da própria doença em si;
- ✓ Busca de mecanismos para qualificar o registro do processo de cuidado no âmbito da unidade de saúde, bem como entre serviços da rede de atenção à saúde, como uma forma de auxiliar na efetivação da coordenação do cuidado;
- ✓ Estruturação na equipe de saúde de estratégias e formas de aprimorar as oportunidades de encontro com os usuários com aproveitamento desses enquanto estruturantes da atenção à saúde;
- ✓ Validação, em equipe, a atuação de cada profissional enquanto co-produtor de cuidados junto às pessoas com DM2.

Estas são algumas possibilidades frente ao universo do cuidado e da ação em saúde que podem ser experimentadas na AB.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABDULHADI, N.; et al. Quality of interaction between primary health-care providers and patients with type 2 diabetes in Muscat, Oman: an observational study. **BMC Family Practice**, v. 7, n. 72, 2006. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/72>. Acesso em: 28 jun. 2010.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S.M.M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ALMEIDA, M. F. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 743- 736, 2002.

AL-SHEHRI, A.H. et al. Health-related quality of life in type 2 diabetic patients. **Annals of Saudit Medicine**, v. 28, n.5, p.352-360, 2008. Disponível em: <http://www.saudiannals.net/text.asp?2008/28/5/352/51687>>. Acesso em: 26 jul 2010.

ALVES, R. **As cores do crepúsculo: a estética do envelhecer**. São Paulo: Papirus Editora, 2001. 167 p.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et AL **Tratado de Saúde Coletiva** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.p.783-836.

APÓSTOLO, J.L.A. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 575-582, ago. 2007. ISSN 1518-8345. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16128>>. Acesso em: 20 Nov. 2014.

REFERÊNCIAS

ARENDT, H. **A condição humana**. 11ª ed. [tradução de Roberto Raposo]. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2010.

ARRUDA-BARBOSA, L.; DANTAS, T.M.; OLIVEIRA, C.C. Estratégia saúde da família: avaliação de motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v.24, n.4, p.347-354, 2011. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo8_2011.4.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2014.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, D.P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

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

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2014.

BAHIA LR, et.al.. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. **Value Health**. V. 14, n5, Suppl 1, p.137-140, 2011. Disponível em: <[http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)01425-2/fulltext](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)01425-2/fulltext)>. Acesso em: 19 out. 2014.

BARROS, R.S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica. Narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4337-4348, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a06v16n11.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BATISTA, J.M.F. et al. O ensino em grupo do processo de aplicação de insulina. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 71-9, mar. 2013. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/16179>>. Acesso em: 05 Fev. 2014.

REFERÊNCIAS

BERG, J.; EVANGELISTA, L.S.; DUNBAR-JACOB, J.M. Compliance. In: LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. (ed.) **Chronic Illness: impact and interventions**. 5ª ed. Canada: Jones and Bartlett publishers, 2002.

BONFIM, P.F. et al. Ações educativas em um programa de Agente Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.3, p.420-427, 2012. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/672-1403896442.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2014.

BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação**. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 84 p. (Coleção Primeiros Passos; 95)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: Avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 23 Ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 23 Ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de setembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

REFERÊNCIAS

de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 68p. (Série Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 98p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 72 p. (Série pactos pela Saúde, v. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. . Brasília : Ministério da Saúde, 2011.160 p. : il. . (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BYDŁOWSKI, C.R., WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da

REFERÊNCIAS

saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 14-24, abr. 2004. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7104>>. Acesso em: 22 Nov. 2014.

CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4433-4442, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>> . Acesso em: 10 nov 2014.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação Comunitária na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.1, p.29-41, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/04.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CAMPOS A.C. Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, p. 301-306, 2007.

CAPRARA, A.; RODRIGES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n1, p.139-146, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

CARVALHO TORRES, H. et al . Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. **Ciencia y enfermería**, v. 19, n.1, 2013. Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar 2014.

CAVALCANTI, A.M., OLIVEIRA, A.C.L. **Autocuidado apoiado**: Manual do Profissional de Saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, M.L.T.; CABRAL, M.H.P.; ANTUNES, L.R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros . 1988/2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1813-1823, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/20.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

CECILIO, L. C. O. ; MATSMUTO, N. F. Uma taxonomia operacional de saúde. In: Roseni Pinheiro; Rubem Mattos. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 35 -39.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R. P.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p.113-126.

CHAGAS, I.A. et al. Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.5, p.1141-1146, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1137.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CODOGNO, J.S.; FERNANDES, R.A.; MONTEIRO, H.L. Prática de atividade física e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em uma unidade básica de saúde. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v.56, n.1, p.6-11, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n1/v56n1a02.pdf>>. Acesso em: 4 jul 2014.

COLLINS, M. M. Quality of life and quality of care in patients with diabetes experiencing different models of care, **Diabetes Care**, v. 32, n.4, p.603-605, 2009.

CONILL, E.M. et al . O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, Oct. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em

REFERÊNCIAS

10 Set. 2014.

COSTA, A.A.; ALMEIDA NETO, J.S. **Manual de diabetes:** educação, alimentação, medicamentos, atividades físicas. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2004. 204 p.

CRISPIM, D. et al. História familiar de diabetes tipo 2 em pacientes do sul do Brasil e sua influência nas características dessa doença. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n.5, p.862- 868. 2005.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Nov. 2014.

DALY, B. Do primary health care nurses adress cardiovascular risk in diabetes patients? **Diabetes Research and Clinical Practices**, v. 16, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25271111> >. Acesso em 10 nov 2014.

DAMASCENO, M.M.C. et al. A comunicação terapêutica entre profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. **Revista latino Americana Enfermagem**, v.20, n.4, 08 telas, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_08.pdf >. Acesso em 04 nov. 2014.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. California: Sage publications, 1994.

DUNCAN, B.B. et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl.1, Dec. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Ago. 2014.

REFERÊNCIAS

DURANZA, R.L.C. **A produção de cuidado para os portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 na Atenção Primária de Saúde**. 2010. Tese (Doutorado) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ENTWISTLE, V. et al. Involvement in treatment decision-making: its meaning to people with diabetes and implications for conceptualization. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 2 , p.363-375, 2008.

FARIA, A.P.S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.4, 752-759, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a03v43n4.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FARIA, H.T. G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após programa educativo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p.348-54, 2013b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v4n2/11.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

FARIA, H.T.G et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes *mellitus*. **Acta Paulista Enfermagem**, v.26, n.3, p.231-7, 2013a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/05.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

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

FERREIRA, S.R.G. et al. Effects of an intervention in eating habits and physical activity in Japanese-Brazilian women with a high prevalence of metabolic syndrome in Bauru, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, supl. 2, p.S294-S302, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/14.pdf>> 2013out 10 02 :Acesso em 10 jan 2013.

REFERÊNCIAS

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R.. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=pt&nr m=iso>. Acesso em 13 nov. 2014.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud colectiva** [online]. 2011, vol.7, n.1, pp. 9-20. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v7n1/v7n1a02.pdf>> Acesso em: 17/10/2012.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6a ed. São Paulo: Atlas, 2011. 200 p.

GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L.; HAAS, V.J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 26 jul 2010.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, Supl.1, p.983-992, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não-transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

GUATTARI, F. ; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7ª ed. Vozes: Petrópolis, 2005. 439 p.

HAESER, L.M.; BUCHELE, F; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, June 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200011&lng=en&nr m=iso>. Acesso em 07 Nov. 2013.

REFERÊNCIAS

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com Diabetes mellitus. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 19, n.2, p. 358-365, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/18.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

HELPER, A.P. et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Out. 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**, 6th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>> ; Acesso em 20 out 2014.

KING, H.; AUBERT, R.E.; HERMAN, W.H. Global Burden of Diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates, and projections. **Diabetes Care**, v.21, n.9, p. 1414-1431, 1998.

LANZONI, G.M.M. et al. Contexto da rede de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 3, set. 2013. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/33552>>. Acesso em: 26 Fev. 2014.

LANZONI, G.M.M.; CECHINEL, C.; MEIRELLES, B.H.S. Agente comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. **Revista RENE**, v.15, n. 1, p.123-131, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.rene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1492/pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. 290p.

MARIN, M.J.S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da

REFERÊNCIAS

estratégia saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.22, n.3, p.780-788, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

MARQUES, M.B. et al. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p.415-420, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/20.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MARTINS, J.C.O. et al. De Kairós a Kronos: metamorfoses do trabalho na linha do tempo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.15, n.2, p.219-228, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v15n2/v15n2a05.pdf>>. Acesso em 23 nov 2014.

MARTINS, S.R., CEZAR-VAZ, M. R. A articulação dos trabalhadores das equipes de saúde da família e as comunidades locais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v14, n.2, p. 490-498, Jan/Mar, 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/142>> Acesso em: 05 nov. 2014.

MATSUMOTO, N.F. **A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) . Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATSUMOTO, P.M. et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p.761-765. Jun 2012. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41007>>. Acesso em: 05 out. 2014.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org) **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.19, n.1,

REFERÊNCIAS

08 telas, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2014.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos Cefor**. Série Textos nº 1. São Paulo: SMS-SP/Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. 1992.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em 20 nov. 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p.316-323, 2003.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189 p (Saúde em Debate; 145) .

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.6, p.109-166, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

REFERÊNCIAS

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 407 p. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269 p.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde .** o caso do Programa de Saúde da Família. 2003. 153 f. Tese (Livre-docência) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MISHIMA, S.M. et al. A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 436-443, jun. 2010. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4173>>. Acesso em: 18 Nov. 2 014

MISHIMA, S.M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? . Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.137-156.

MORAES, P.A.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.1, p.19-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>>; Acesso em: 04 nov. 2014.

MORAES, S.A. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de

REFERÊNCIAS

fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n.5, p.929-941, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/15.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n.esp, p.158-164, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2014.

OLIVEIRA, N. F. et al. Fatores Terapêuticos em Grupo de Diabéticos. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 558-65, 2009.

OLIVEIRA, N.F. **Grupo de apoio: espaço para novas conversas acerca do Diabetes Mellitus**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SAUD. **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas**: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles em las Américas. Washington, DC: OPS, 2013.

PAHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional strategy and plan of action on an Integrated approach to the prevention and control of chronic diseases**. PAHO, 2007. 46 p.

PEREIRA, A.P.S. et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.3, p.407-416, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2014.

PEREIRA, V.O.M. et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000800013&lng=en&nr m=iso>. Acesso em 22 Ago. 2014.

REFERÊNCIAS

PIRES, M.R.G.M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Nov. 2014

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto 2010-2013**. Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2009. 108p. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/vigilancia/planeja/i16indplano.htm>>. Acesso em: 27 de Jul 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto 2014-2017**. Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2013. 95p. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>>. Acesso em: 27 de Ago. 2014.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa de Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios, **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, sup 1, p.s69-s78, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/12.pdf>>. Acesso em 05 nov. 2014.

RODRIGUES, F.F.L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista Enfermagem**, v.25, n.2, p.284-290, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n2/a20v25n2.pdf>>. Acesso em 2 nov. 2014.

ROSLAND, et al. Family and friend participation in Primary Care visits of patients with diabetes or hearth failure: patient and physician determinants and experiences. **Med Care**, v.49, n. 1, p.37-45, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712763/pdf/nihms-490330.pdf>>. Acesso em: 15 out 2014.

RUGGIERO, L. Helping People with Diabetes change behavior: from theory to practice. **Diabetes Spectrum**, v.13, n.3, p.125, 2000. Disponível em:

REFERÊNCIAS

<<http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n3/pg125.htm>>; Acesso em: 15 nov. 2014.

SANTOS, A.L.; MARCON, S.S. How people with Diabetes evaluate participation of their family in their health care. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 260-269, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n2/v32n2a09.pdf>> Acesso em: 20 out 2014.

SANTOS, M.A. et. al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 651-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a15.pdf>> Acesso em: 15 out 2014.

SECOLI, S.R.. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, Feb. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Out. 2014.

SHAW, J.E.; SICREE, R.A.; ZIMMET, P.Z. Global estimates for the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 87, p.4-14, 2010. Disponível em: <http://ac.els-dn.com/S016882270900432X/1-s2.0-S016882270900432X-main.pdf?_tid=a389aaee-5922-11e4-aa73-00000aacb35e&acdnat=1413896783_8641361c8499528194c1666ee5e8238e> Acesso em 20 out 2014.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde** . O debate no campo da Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 143 p.

SILVA, A.S.B. **Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde em Ribeirão Preto- SP**. 2009. Tese (Doutorado) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

REFERÊNCIAS

SILVA, D.G.V. et al. Pessoas com Diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.3, p.297-302, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a09v59n3.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

SILVA, S.A. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF e dificuldades em romper o modelo Flexneriano. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.1, n.1, p.30-39, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/14/68>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2014.

SOUZA, M.L.P.S; GARNELO, L. $\frac{1}{2}$ muito dificultoso!± etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, supl. 1, p.S91-S99, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/14.pdf>>. Acesso em: 10 out 2013.

SOUZA, S. P. S; LIMA, R. A. G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino Americana-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000100023&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 4 mar. 2010.

SOUZA, T.P.; CUNHA, G.T. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michael Foucault. **Saúde em Debate**, v.37, n.99, p.655-663, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a13v37n99.pdf>>. Acesso em 2 nov. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em:

REFERÊNCIAS

<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mar. 2014.

STORINO, L.P.; SOUZA, K.V.; SILVA, K.L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Escola Enfermagem Anna Nery**, v. 17, n. 4, p.638-645, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0638.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

TAMBO-LIZALDE, E. et al. Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a personas diabéticas, **Revista de Calidad Asistencial**, v.28, n.2, p.124-131, 2013. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1134282X12001029/1-s2.0-S1134282X12001029-main.pdf?_tid=1d600f24-58b1-11e4-bd20-00000aabb0f27&acdnat=1413848025_c0929a19590c3ed513c661e7d51d8ff7>. Acesso em: 10 set 2013.

TORQUATO, M.Y.C.G. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **Revista Paulista de Medicina**, v.12, n.6, p.224-230, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v121n6/20416.pdf>. Acesso em 12 set 2013.

TORRES, H.C. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.2, p.312-316, 2009.

TORREZ-LÓPEZ, T.M.; SANDOVAL-DÍAS, M.; PANDO-MORENO, M. %Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos em um barrio de Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.101-110, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/12.pdf> >. Acesso em: 02 fev. 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, supl. 2, p.S190-S198, 2004.

REFERÊNCIAS

UCHOA, A.C. Avaliação da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio grande do Norte, **Physis Revista Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.1061-1076, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/16.pdf> > . Acesso em: 15 nov. 2014.

UNITED NATIONS. **Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.** Washington, DC; 2012 Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL.1&Lang=E>. Acesso em: 23 out 2014.

VALENTIM, I.V.L.; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para consolidação do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.777-788, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/28.pdf> >. Acesso em 15 nov. 2014.

VASCONCELOS, F.F. et al. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza - CE. **Acta paulista enfermagem**, São Paulo , v. 18, n. 2, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 27 Nov. 2014.

VERAS, V.S. et al . Assessment of metabolic control among patients in a capillary glucose self-monitoring program. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 12 Nov. 2014

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001. 202 p.

WILD, S. Global prevalence of Diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

XAVIER, A.TF.; BTTAR, D.B.; ATAÍDE, M.B.C. Crenças no autocuidado em diabetes . implicações para a prática. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, n.1,

REFERÊNCIAS

p.124-30, 2009. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15>>. Acesso em: 10 out 2014.

ZANETTI, M.L. O cuidado à pessoa diabética e suas repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n. 2, p.186-192, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>. Acesso em: 12 nov, 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Data: _____ Responsável pela coleta: _____

Unidade de Saúde:		No prontuário		No pesquisa					
Nome:				DN / /			Sexo: M F		
Nome da mãe:			Raça:		Escol.:		Sit. Fam/Conj:		
Logradouro						No		Complem.	
Bairro				CEP			Telefone:		
PA Sist.		PA Diast.		Cintura:				Peso	
Altura:		IMC			Glicemia Capilar: J P/P				
Fatores de risco e doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de complicações			Não	Sim	
Anteced. fam. cardiovasc.				Infarto agudo do miocárdio					
Diabetes tipo 1				Outras coronariopatias					
Diabetes tipo 2				AVC					
Tabagismo				Pé diabético					
Sedentarismo				Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade				Doença renal					
Hipertensão Arterial									
Tratamento	Não medicamentoso S N								
Medicamentoso	1/2	1	2	3	4	5	6	Insulina	
Hidroclorotiazida 25mg								Unidades/dia:	
Propanolol 40mg								Outros medicamentos:	
Captopril 25mg									
Glibenclamida 5mg									
Metformina 850mg									
Data da Consulta / /			Legenda: J ó Jejum ; P/P ó Pós-prandial; φ - não consta ; I ó ilegível						

APÊNDICE

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 6 ROTEIRO PARA ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA JUNTO A USUÁRIOS ACOMPANHADOS NA UNIDADE

Data: ____/____/____	
Hora início:	Hora término:
<u>Identificação</u>	
Nome:	
nº pesquisa:	nº Hygia:
Data de nascimento:	Sexo:
Escolaridade:	
Atuação profissional:	
Tempo de acompanhamento na unidade:	

Roteiro**1. Aspectos relativos ao acompanhamento do *diabetes mellitus* na unidade**

- Tempo de acompanhamento do *diabetes mellitus* na unidade
- Frequência e motivos de procura pela unidade de saúde
- Profissionais solicitados

Perguntas disparadoras:

- Há quanto tempo você realiza o acompanhamento do *diabetes mellitus* na unidade?
- Qual é a frequência com que você comparece à unidade? Em quais situações?
- Qual(is) profissional(is) você procura quando precisa ir à unidade e não tem atendimentos agendados? Por que? Quais motivos estimulam essa procura?

2. Adesão ao projeto terapêutico proposto

- Descrição, análise e cumprimento do plano terapêutico proposto
- Participação no tratamento do *diabetes mellitus*, cuidados realizados

Perguntas disparadoras

- Quais tratamentos/atividades foram indicados pelo(s) profissional(is) de saúde para o cuidado com relação ao *diabetes mellitus*?
- O que você acha de tais recomendações?
- Você consegue cumpri-las?
- Faz modificações?
- Você realiza outras atividades, ou procura recursos diferentes dos prescritos pelos profissionais de saúde da UBS para tratar do *diabetes mellitus*? Quais? Como avalia os resultados para a sua saúde?

APÊNDICE

- Quem resolve os seus problemas de saúde e de sua família ao procurar a unidade de saúde?
- Quando você vai para a unidade de saúde, sabe quem é cada um dos trabalhadores de saúde pelo nome e função?
- Quando você vai à UBS você é atendido pelo mesmo profissional?
- Você/família sente-se à vontade para tratar seu problema de saúde com a equipe de saúde da UBS?
- Quanto tempo, em média, leva na consulta ou qualquer outra atividade de saúde na UBS? Esse tempo é satisfatório para você?
- Ao chegar à UBS quem é o trabalhador de saúde que você procura primeiro para resolver seu problema de saúde?
- Os profissionais dessa UBS normalmente procuram sobre as suas condições de vida e as da sua família?
- Durante a consulta os profissionais dessa UBS normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros de sua família?
- Você acha que os profissionais de saúde dessa USF conhecem bem sua família?
- Os profissionais de saúde discutem com sua família o seu problema de saúde?

3. Participação em atividades educativas

- Histórico de participação em atividades educativas
- Mudanças alcançadas após a participação em atividades educativas
- Motivos da não participação (se nunca participou)

Perguntas disparadoras

- Você participa ou já participou de atividades educativas na unidade? Há quanto tempo (participou ou participa)?

Se participou ou participa

- De que forma você avalia as atividades educativas disponibilizadas na unidade?
- A participação resultou em alguma modificação em sua vida, em seus hábitos? Se sim, qual mudança?

Se nunca participou

- Por qual(is) motivos?

APÊNDICES

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) na pesquisa: ***Participação do usuário portador de diabetes mellitus tipo 2 na produção de cuidado ó o caso de uma unidade de saúde na Atenção Básica em Ribeirão Preto ó SP.*** Meu nome é Nunila Ferreira de Oliveira, sou a pesquisadora responsável, sob orientação da Profa. Dra. Silvana Martins Mishima. Após ler este documento para ser esclarecido(a) a respeito da pesquisa para a qual está sendo convidado a participar, no caso de aceitar, assine ao final, em duas vias, sendo uma delas sua e a outra minha. Caso venha a recusar, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Trata-se de uma pesquisa, realizada na UBS em que você está cadastrado(a), que busca analisar como se dá a participação de pessoas portadoras de *diabetes mellitus* nos cuidados frente a essa doença, que será desenvolvida através de análise de prontuários, observação, gravação e transcrição de entrevista semiestruturada, em que você será convidado(a) a responder algumas perguntas relacionadas aos cuidados realizados ante o *diabetes mellitus*. Se você faz acompanhamento de saúde na unidade, em data previamente marcada, poderá ser solicitado também que você seja observado(a) durante atendimento na unidade de saúde em atividades como: pré-consulta, consulta e grupos educativos. A entrevista terá duração aproximada de 1 hora, e será realizada no domicílio ou em local definido de acordo com sua conveniência, em horários previamente combinados. E, quando for o caso, faremos o contato por meio de visita domiciliar para agendar a referida observação na unidade de saúde.

Seu nome não será revelado em momento algum, exceto agora, neste termo. Todos os dados coletados servirão apenas para esta pesquisa e não serão guardados para estudos futuros. As gravações das entrevistas, bem como todo o material obtido para o desenvolvimento da presente pesquisa serão arquivados em CD-ROM durante 5 anos, como exige a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e posteriormente apagadas.

A pesquisa será realizada entre os meses de julho de 2011 e dezembro de 2012, no horário de funcionamento da unidade de saúde. Garantimos que a sua participação, ou a recusa da mesma, em nada influenciará o seu atendimento de saúde. Acreditamos ter tomado todas as providências para que você não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, lesões, mas se achar que sofreu lesão ou qualquer dano decorrente da pesquisa, você terá o direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade alguma. Você não terá gastos financeiros devido à sua participação, porém, também não será beneficiado financeiramente.

Após o término da pesquisa os resultados serão apresentados aos profissionais de saúde da unidade e poderão contribuir para a melhoria da assistência oferecida às pessoas que possuem *diabetes mellitus*. Os resultados serão publicados em congressos e revistas científicas e as informações coletadas permanecerão anônimas.

Em caso de dúvidas, você poderá me procurar pessoalmente ou ainda entrar em contato comigo ou com minha orientadora através do telefone/endereço abaixo.

Agradeço a atenção dispensada.

Nunila Ferreira de Oliveira

Pesquisadora Telefone: (16) 36023951
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Avenida Bandeirantes, 3900 ó Ribeirão Preto ó São Paulo ó CEP: 14040-902
Email: nunilaferreira@gmail.com

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Orientadora/ Telefone: (16) 36023951
Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Avenida Bandeirantes, 3900 ó Ribeirão Preto ó São Paulo ó CEP: 14040-902
Email: smishima@eerp.usp.br

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Eu, _____, RG/CPF: _____, abaixo - assinado, concordo em participar do estudo ***Participação do usuário portador de diabetes mellitus tipo 2 na produção de cuidado ó o caso de uma unidade de saúde na Atenção Básica em Ribeirão Preto, SP*** sob a coordenação da Enfermeira Nunila Ferreira de Oliveira. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Recebi uma cópia deste documento.

Local _____, data ____/____/____

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A - FICHA HIPERDIA (FRENTE)

MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENSO
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)					
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /	Sexo ☐ M ☐ F	
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai		
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade ☐ Brasileira ☐ Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS	
DOCUMENTOS GERAIS					
Título de Eleitor	Número	Zona	Série		
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /	
CPF	Número	PIS/PASEP	Número		
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)					
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro
	Folha	Termo			Data de Emissão / /
ENDEREÇO (*)					
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone		
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE					
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)		
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	☐ Em jejum	☐ Pós prandial		
Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		
Hipertensão Arterial					
TRATAMENTO					
Não Medicamentoso: ☐					
Medicamentoso					
	Comprimidos/dia				
Tipo	1/2	1	2	3	4 5 6
Hydroclorotiazida 25mg					
Propranolol 40mg					
Captopril 25mg					
Glibendâmina 5mg					
Metformina 850 mg					
					Insulina
Outros ☐ SIM ☐ NÃO					
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)			
/ /					

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

ANEXOS

ANEXO B - FICHA HIPERTENSÃO (VERSO)

VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 – ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 – aparece geralmente após os 40 anos de idade, frequentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo – quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex: faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	$\geq 40,0$	Muito grave

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio Incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

ANEXOS

ANEXO C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avonida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP -166/2011

Ribeirão Preto, 27 de maio de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 27 de maio de 2011.

Protocolo: n° 1289/2011**Projeto:** Participação do usuário portador de diabetes mellitus tipo 2 na produção de cuidado - o caso de uma unidade de saúde na atenção básica em Ribeirão Preto - SP.**Pesquisador:** Silvana Martins Mishsima
Nunila Ferreira de Oliveira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Silvana Martins Mishsima
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXOS

ANEXO D

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 840/11 – GS
RASR/rasr

Ribeirão Preto, 24 de fevereiro de 2011.

Senhora Orientadora,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **“Participação do usuário portador de Diabetes Mellitus tipo 2 na produção de cuidado – o caso de uma unidade de saúde na atenção básica em Ribeirão Preto - SP”**, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto.

Solicitamos que após os resultados da pesquisa sejam repassados ao Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus desta Secretaria.

Cordialmente,

STÊNIO JOSÉ CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. SILVANA MARTINS MISHIMA
ORIENTADORA
PROFESSORA TITULAR
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA