**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

BRUNA TURAÇA DA SILVA MANSO

**A ASSISTÊNCIA INTEGRAL A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DAS AÇÕES REALIZADAS EM
UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

**RIBEIRÃO PRETO
2015**

BRUNA TURAÇA DA SILVA MANSO

**A ASSISTÊNCIA INTEGRAL A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DAS AÇÕES REALIZADAS EM
UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no cuidado em Enfermagem

Orientadora: Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

2015

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Manso, Bruna Turaça da Silva

A assistência integral a hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Análise das ações realizadas em um município do interior de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

132 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientadora: Matumoto, Silvia

1. Hipertensão. 2. Diabetes Mellitus Tipo 2. 3. Saúde da Família. 4. Integralidade em Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MANSO, BTS. A assistência integral a hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Análise das ações realizadas em um município do interior de São Paulo. Dissertação (Mestrado profissional) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no cuidado em Enfermagem

Data da defesa: ____/____/____

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Marilza** e **José Geraldo**;

à minha irmã, **Maria Clara**;

a meu esposo, **Guilherme** e

a meu filho, **Tarcizio**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus** pelo dom da vida.

A meus pais e irmã, **José Geraldo, Marilza e Maria Clara**, orgulho da minha vida. Obrigada por estarem sempre presentes nos momentos bons e ruins, me ensinando com amor e dedicação para que eu pudesse me tornar uma pessoa digna, perseverante e feliz, vocês são o motivo de todas as minhas conquistas, porque além de tudo nunca deixaram de acreditar no meu potencial.

A meu esposo, **Guilherme**, pelo carinho e compreensão nestes dois anos, sempre me incentivando e cooperando, sem você não seria capaz de concluir esta etapa da minha vida acadêmica, mais uma conquista de muitas que comemoraremos juntos. E ao meu filho, **Tarcizio**, motivo do meu viver e vontade infinita de ser uma pessoa cada vez melhor.

À minha orientadora, **Dra. Silvia Matumoto**, fui privilegiada por conhecer e poder aprender com esta pessoa maravilhosa. Obrigada por me acolher com tanto carinho, pela paciência, dedicação e por compartilhar comigo sua sabedoria que possibilitaram minha evolução tanto profissional, quanto pessoal.

À **Dra. Maria José Bistafa** que, prontamente, se dispôs a realizar capacitação de coleta de dados, por meio da técnica de grupo focal. Apesar de ser um grande nome para a saúde pública não deixa de lado a humildade e a alegria contagiante.

A todos os integrantes do grupo **NUPESCO**, do qual participei de poucos encontros, mas que foram de grande contribuição para mim. Em especial aos colegas que, mesmo com as agendas lotadas, conseguiram tempo e disponibilidade para contribuir na coleta de dados de minha pesquisa como coordenadores e observadores dos grupos focais:

Dra. Adriana Mafra, Amanda Mendes Silva, Dr. Fernando Silveira, Joab Xavier, Dra. Leandra Sousa, Luana Mesquita e Dra. Maria José Bistafa.

À Dra. Maria José Bistafa e Dra. Adriana Mafra, mais uma vez, por aceitarem participar da banca de qualificação, suas importantes considerações permitiram a melhoria do meu projeto e me tornaram mais confiante para as próximas fases, rumo à conclusão desta dissertação.

Aos meus **colegas de turma** do primeiro Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pessoas guerreiras, com sede de aprendizagem, que trazem e ainda trarão muitos benefícios para a saúde deste país.

À Prefeitura Municipal de São Joaquim da Barra, Secretaria Municipal de Saúde e a todos os assessores de saúde, por permitirem e apoiarem a realização desta pesquisa, pela compreensão nos momentos em que estive ausente e pela amizade eterna.

Aos **amigos** de trabalho, profissionais de todas as equipes de saúde da família, principalmente aos que concordaram em participar desta pesquisa, muito obrigada pela contribuição. Sinto-me honrada em poder fazer parte de uma equipe com tantas pessoas virtuosas, tenho certeza de que juntos poderemos aprimorar a assistência à saúde prestada a toda a população da nossa amada cidade.

"Quando um dia o Cuidado atravessou um rio, viu ele terra em forma de barro: meditando, tomou parte dela e começou a dar-lhe forma. Enquanto medita sobre o que havia criado, aproximou-se Júpiter. O Cuidado lhe pede que dê espírito a essa figura esculpida com barro. Isso Júpiter lhe concede com prazer. Quando, no entanto, o Cuidado quis dar seu nome à figura, Júpiter o proibiu e exigiu que lhe fosse dado o seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter discutiam sobre os nomes, levantou-se também a Terra e desejou que à figura fosse dado o seu nome já que ela lhe tinha oferecido uma parte de seu corpo. Os conflitantes tomaram Saturno para juiz. Saturno pronunciou-lhes a seguinte sentença, aparentemente justa: Tu Júpiter, porque deste o espírito, receberás na sua morte o espírito; tu Terra porque lhe presenteaste o corpo, receberás o corpo. Mas, porque o Cuidado por primeiro formou essa criatura, ira o Cuidado possuí-la enquanto viver. Como, porém, há discordância sobre o nome, irá chamar-se homo (homem), já que é feito de hūmus (terra)."

Martin Heidegger

RESUMO

MANSO, BTS. **A assistência integral a hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Análise das ações realizadas em um município do interior de São Paulo.** 2015, 132p. Dissertação (Mestrado profissional) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Um dos focos da saúde pública na atualidade são as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. Estas são frequentes na atenção básica e, principal público das equipes de saúde da família. O acompanhamento inadequado destas acarreta em prejuízos à saúde da pessoa e altos custos ao sistema de saúde. Diante da dificuldade das equipes da estratégia saúde da família ofertarem atenção integral a hipertensos e diabéticos, buscou-se compreender o fenômeno. Dentre os princípios do SUS, a integralidade norteou as discussões desta pesquisa, baseando-se nos sentidos propostos por Mattos (boa medicina, forma de organizar o sistema de saúde e políticas especiais). Este estudo objetivou identificar e analisar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família para o acompanhamento e cuidado integral dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 em um município do interior do Estado de São Paulo. Bem como identificar os instrumentos utilizados, e as dificuldades enfrentadas pelas mesmas neste processo. Utilizou-se abordagem qualitativa, e a técnica grupo focal para coleta de dados, além de instrumento para caracterização dos sujeitos. Foram selecionadas três equipes, por meio da nota atribuída pelas mesmas na autoavaliação do PMAQ, com intuito de apreender dificuldades distintas. O material transcrito foi submetido à análise de conteúdo temática, da qual emergiram três grandes temas: concepções dos profissionais sobre o trabalho em saúde, ações e dificuldades para o acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos. As ações identificadas foram orientações, visitas domiciliares, consultas, considerar a família para propor o cuidado, intersetorialidade e construção de vínculo. A comparação entre estas e aquelas preconizadas pela Secretaria do Estado de São Paulo evidenciou lacunas na assistência prestada a esta população, sendo estas justificadas por dificuldades relativas à falta de recursos, processo de trabalho e resistências dos usuários. A equipe com a maior nota no AMAQ, embora esteja inserida na mesma realidade municipal, parece encarar as dificuldades com mais naturalidade, enquanto as outras evidenciam o problema e se paralisam. Esta, no entanto, possui três pontos importantes a seu favor, estrutura física adequada, ausência de interferência do modelo assistencial proposto pela UBS tradicional, maior escolaridade e formação mais adequada à estratégia saúde da família. A sistematização dos problemas obtida neste estudo beneficia o município, pois embasa plano de intervenções, com vistas a uma assistência à saúde integral e de qualidade a esta população. Para isso, propõe oficinas que visam ampliar a compreensão dos trabalhadores sobre o modelo assistencial proposto pela Saúde da Família, sensibilizando-os para as práticas integrais a hipertensos e diabéticos, consolidando assim a atenção básica como coordenadora do cuidado no SUS.

Palavras chave: Hipertensão, Diabetes Mellitus Tipo 2, Saúde da Família, Integralidade em saúde.

ABSTRACT

MANSO, BTS. **A comprehensive care to hypertension and diabetes as part of the Family Health Strategy: Analysis of actions taken in a city in the interior of São Paulo.** 2015, 132f. Dissertation (Professional Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

One of the focuses of public health today are the chronic diseases such as hypertension and diabetes mellitus. These are common in primary care and primary audience of family health teams. Inadequate monitoring of these causes in damage to the person's health and high costs to the health system. Given the difficulty of the teams of the family health strategy an offer comprehensive care for hypertension and diabetes, we tried to understand the phenomenon. Among the principles of SUS, completeness guided the discussions of this research, based on the senses proposed by Mattos (good medicine, how to organize the health system and special policies). This study aimed to identify and analyze the actions taken by family health teams for monitoring and comprehensive care of people with hypertension and diabetes mellitus type 2 in a municipality in the state of São Paulo. And to identify the instruments used, and the difficulties faced by them in this process. We used a qualitative approach, and the focus group technique for data collection, as well as instrument to characterize the subjects. Three teams were selected by the score given by them for self-assessment of PMAQ, aiming to apprehend distinct difficulties. The transcribed material was submitted to thematic content analysis, which emerged three major themes: views of professionals on the health work, actions and difficulties in monitoring and comprehensive care of hypertension and diabetes. The actions were identified guidelines, home visits, consultations, consider the family to propose care, intersectoral and construction bond. The comparison between these and those recommended by the Secretary of State of São Paulo showed gaps in assistance to this population, which are justified by difficulties regarding the lack of resources, work process and resistance from users. The team with the highest score in AMAQ, although it is inserted in the same municipal reality seems to face difficulties more naturally, while others highlight the problem and paralyze. This, however, has three important points in its favor, adequate physical structure, the absence of interference of the care model proposed by traditional UBS, higher education and training best suited to the family health strategy. The systematization of the problems found in this study benefits the municipality because underlies intervention plan with a view to a support comprehensive health and quality to this population. It is proposed to workshops aimed at raising understanding of the workers on the care model proposed by Family Health, making them aware of the comprehensive practices to hypertension and diabetes, thereby enhancing primary care as coordinator of care in the SUS.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus, type 2; Family Health; Integrality in Health.

RESUMEN

MANSO, BTS. **Una atención integral a la hipertensión y la diabetes como parte de la Estrategia de Salud Familiar: Análisis de las medidas adoptadas en una ciudad del interior de São Paulo.** 2015, 132p. Disertación (Maestros profesionales) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Uno de los focos de la salud pública hoy en día son las enfermedades crónicas tales como la hipertensión y la diabetes mellitus. Estos son comunes en la atención primaria y la audiencia principal de los equipos de salud de la familia. Supervisión inadecuada de estas causas daños en los costos de salud y altos de la persona en el sistema de salud. Dada la dificultad de los equipos de la estrategia de salud de la familia una atención integral oferta para la hipertensión y la diabetes, tratamos de entender el fenómeno. Entre los principios del SUS, exhaustividad guiada las discusiones de esta investigación, basada en los sentidos propuestos por Mattos (buena medicina, cómo organizar el sistema de salud y las políticas especiales). Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las acciones realizadas por los equipos de salud de la familia para el seguimiento y la atención integral de las personas con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 en un municipio en el estado de São Paulo. Y para identificar los instrumentos utilizados y las dificultades que enfrentan en este proceso. Se utilizó un enfoque cualitativo, y la técnica de grupo focal para la recolección de datos, así como instrumento para caracterizar los sujetos. Tres equipos fueron seleccionados por la puntuación dada por ellos para la auto-evaluación de PMAQ, con el objetivo de aprehender las dificultades distintas. El material transcrito fue sometido a análisis de contenido temático, que surgió a tres temas principales: puntos de vista de los profesionales en la salud de trabajo, las acciones y las dificultades en el seguimiento y la atención integral de la hipertensión y la diabetes. Las acciones se identificaron directrices, visitas a domicilio, consultas, considere la familia proponer cuidado, enlace intersectorial y la construcción. La comparación entre estos y los recomendados por el Secretario de Estado de São Paulo mostró lagunas en la asistencia a esta población, que se justifica por las dificultades relativas a la falta de recursos, proceso de trabajo y resistencia por parte de los usuarios. El equipo con la mayor puntuación en AMAQ, a pesar de que se inserta en la misma realidad municipal parece enfrentar dificultades de forma más natural, mientras que otros ponen de relieve el problema y paralizan. Esto, sin embargo, tiene tres puntos importantes en su favor, la estructura física adecuada, la ausencia de interferencias del modelo de atención propuesto por UBS tradicional, la educación superior y la formación que mejor se adapte a la estrategia de salud de la familia. La sistematización de los problemas encontrados en este estudio se beneficia del municipio porque el plan de intervención subyace con miras a una salud integral de apoyo y de calidad a esta población. Se propone talleres dirigidos a elevar la comprensión de los trabajadores en el modelo de atención propuesto por la Salud Familiar, haciéndolos conscientes de las prácticas integrales para la hipertensión y la diabetes, mejorando así la atención primaria como coordinador de la atención en el SUS.

Palabras Clave: Hipertensión; Diabetes Mellitus Tipo 2; Salud de La Familia; Integralidad em Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Concepções dos profissionais sobre o trabalho em saúde.....	63
Figura 2 -	Ações de acompanhamento e cuidado integral aos hipertensos e diabéticos.....	68
Figura 3 -	Dificuldades para o acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos.....	76
Quadro 1 -	Ações preconizadas à AB pela Secretaria do Estado de São Paulo: hipertensão arterial e diabetes mellitus.....	39
Quadro 2 -	Estrutura do instrumento AMAQ – AB: Equipe de Atenção Básica.....	53
Quadro 3 -	Quadro de profissionais das equipes de saúde da família, segundo categoria profissional e carga horária.....	55
Quadro 4 -	Ações de acompanhamento e instrumentos utilizados pelas equipes participantes para o cuidado de hipertensos e diabéticos.....	75

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

AMAQ – Questionário de Autoavaliação

CDS – Coleta Simplificada de Dados

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

DRS – Diretoria Regional de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ICSAB – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

MAPA – Monitoramento da Pressão Arterial

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PACS – Programa de Agentes Comunitários

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Assistência

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNS – Política Nacional de Saúde

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SNTP – Saúde Não Tem Preço

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Breve histórico da saúde pública no Brasil	22
1.2 Panorama das doenças crônicas	28
1.2.1 Hipertensão arterial sistêmica	30
1.2.2 Diabetes mellitus	32
1.3 Papel da Equipe de Saúde da Família no controle das doenças crônicas	34
1.4 Integralidade no cuidado de pessoas com hipertensão e diabetes	40
2. OBJETIVOS	45
2.1 Objetivo Geral	46
2.2 Objetivos Específicos	46
3. MÉTODO.....	47
3.1 Natureza da pesquisa	48
3.2 Cenário da pesquisa	48
3.3 População de estudo	50
3.3.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Assistência na Atenção Básica (PMAQ-AB) e Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ).....	51
3.3.2 Composição e caracterização das equipes.....	54
3.4 Técnicas de produção de dados	56
3.5 Procedimentos éticos	57
3.6 Análise dos dados.....	58
4. RESULTADOS	60
4.1 Caracterização dos participantes	61
4.2 Descrição dos grupos focais	63
4.2.1 Concepções sobre o trabalho em saúde	63
4.2.2 Ações de acompanhamento integral a hipertensos e diabéticos	67
4.2.3 Dificuldades para a realização de ações de acompanhamento sob a ótica dos profissionais de saúde.....	75
5. DISCUSSÃO	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	111

APÊNDICES	124
APÊNDICE A Caracterização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família	125
APÊNDICE B Perguntas Norteadoras para a Realização de Grupo Focal com os Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família.....	127
APÊNDICE C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	128
 ANEXOS	 130
ANEXO A Parecer Consubstanciado do CEP.....	131
ANEXO B Anuência Institucional.....	132

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico verificado nas últimas décadas propiciou profundas transformações para o homem moderno. Em consequência, o sistema de saúde nacional também sofreu modificações para atender às novas necessidades e aposta em uma atenção básica resolutive para a estruturação da saúde pública. No entanto, apesar destas estratégias serem amplamente difundidas, os problemas de saúde evitáveis perduram e são um desafio para os militantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOTTEMS; PIRES, 2009).

O advento tecnológico tem se mostrado um paradoxo para a medicina, uma vez que, se por um lado as novas tecnologias em saúde garantem um aumento na expectativa de vida e importante desenvolvimento em alguns segmentos da sociedade, por outro lado têm levado pessoas a adotarem hábitos que levam a um estilo de vida pouco saudável, o que contribuiu para alterar o perfil epidemiológico no Brasil (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Exemplo dessa alteração está na transposição da maior frequência epidemiológica das doenças parasitárias para as doenças crônicas. Esta se justifica pelo fato de que houve, no Brasil, desde a década de 1930, ampliação significativa do acesso às instalações sanitárias, a serviços de coleta de lixo e abastecimento de água, além do aumento do nível de escolaridade da população e da redução da pobreza extrema (DAUDT, 2013).

Nesse contexto, um dos focos da saúde na atualidade é o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2005). A hipertensão arterial e o diabetes mellitus tipo 2 se destacam neste grupo como importante área de atuação para os profissionais de saúde pública. A efetiva assistência às necessidades destes pode evitar agravos, complicações e ônus ao SUS.

Segundo Alwan e colaboradores (2010), 63% dos óbitos mundiais em 2008 decorreram de DCNTs, sendo a maioria devido às doenças cardiovasculares, ao câncer, à doença respiratória crônica e ao diabetes. Esta é também uma realidade em várias regiões do Brasil, e ainda se observa grande dificuldade para gestão destas.

Na Paraíba, Rodrigues e colaboradores (2011) encontraram altas prevalências de fatores de risco em diabéticos atendidos por uma equipe de saúde da família, o sedentarismo (71,4%) e a hipertensão (77,1%) foram os principais. Também apontaram predomínio da abordagem farmacológica (95,7%), em detrimento das intervenções preventivas para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos assistidos.

Outro estudo, realizado com usuários da atenção primária na cidade de São Paulo, demonstrou que menos da metade controla adequadamente os níveis pressóricos. Sendo o

controle associado, entre outros fatores, ao simples conhecimento do indivíduo sobre a hipertensão e seu tratamento (PIERIN et al., 2011).

O sistema de saúde deve rever suas práticas para o enfrentamento deste problema no âmbito da Atenção Básica (AB). Apesar dos inúmeros benefícios trazidos pela prevenção e controle da hipertensão e do diabetes, estudo de revisão sobre as campanhas nacionais para a detecção destes agravos concluiu que não há evidência científica acerca da eficiência dos programas de rastreamento para o diabetes mellitus e a hipertensão. Na maioria das diretrizes vigentes, o rastreamento é recomendado de forma seletiva (TOSCANO, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi considerado, desde seu nascimento, um avanço para as políticas de saúde em virtude de seus princípios e modelo de gestão. Ao longo dos anos, vem sofrendo modificações com o intuito de alcançar a justiça social no setor de saúde e a descentralização da gestão. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) são a principal aposta do Ministério da Saúde (MS) para a conquista desses objetivos, sendo sua implantação incentivada de várias maneiras, até mesmo com recursos financeiros para seu custeio (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Esses incentivos propiciaram o aumento da cobertura de Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Nos primeiros anos do programa era de 6,5%, passou para 39,1% em 2005 e, atualmente, já chega a 62,5%. No Estado de São Paulo, a disseminação da saúde da família como prioridade para a estruturação do sistema de saúde ainda é lenta, 37,7%, se for comparada ao estado vizinho, Minas Gerais, o qual apresenta 76,95% da sua população assistida pela estratégia (BRASIL, 2015a).

Em 1998, as doenças do aparelho respiratório eram responsáveis pelo maior número de internações decorrentes de DCNTs no Estado de São Paulo. Em 2014, as internações por doenças do aparelho circulatório passaram a frente, com 10,9%. O município em estudo seguiu esta tendência, com 12,5% das internações resultantes de doenças do aparelho circulatório, mesmo com 90,5% dos munícipes acompanhados por equipes de saúde da família (BRASIL, 2014a). Evidencia-se que o simples aumento da quantidade de equipes não garante seus benefícios, pois esta deve ser resolutive.

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde para privilegiar a promoção e a prevenção em detrimento da abordagem puramente curativa, a exemplo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política de Promoção de Saúde, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes, observa-se que ainda há grande ineficiência da atenção básica à saúde. O indivíduo que sofre um infarto, bem ou mal, será atendido, no entanto, o indivíduo que tem hipertensão grau leve muitas vezes não é, ao menos,

diagnosticado. Esta realidade traz complicações futuras para o SUS e para a qualidade de vida das pessoas. A qualificação desta atenção básica é o atual desafio do SUS.

Em 2001, a NOAS/01 trouxe o Pacto dos Indicadores da AB como uma forma de avaliar as ações desenvolvidas dentro das áreas consideradas prioritárias e formalizar as metas de cada esfera governamental. O Pacto pela Saúde, em 2006, apresentou novas áreas prioritárias, mas manteve o caráter burocrático e limitado à organização da gestão (SIMÃO, 2007). O mais recente método de avaliação da atenção básica é o Programa de Melhoria da Qualidade da Assistência (PMAQ-AB), que além de estabelecer metas e incentivos financeiros, inova pela contratualização voluntária, autoavaliação com participação ativa das equipes e avaliação externa *in loco* (BRASIL, 2011a).

O desafio de atingir uma atenção básica resolutiva é também uma realidade no município estudado, assim como a problemática das DCNTs. Considerando que o maior público atendido por suas Equipes de Saúde da Família são usuários com hipertensão e diabetes, faz-se necessário o aprimoramento da assistência à saúde prestada a essa população, em consonância com os princípios do SUS e seus critérios de avaliação.

Os princípios básicos que norteiam o SUS são: universalidade, equidade e integralidade. A compreensão de cada um desses pilares é essencial para sua efetiva utilização na prática, e o domínio do conceito de cada princípio possibilita a fundamentação da prática profissional (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A universalidade é o princípio que dispõe sobre o direito de todos ao acesso à saúde em todos os níveis de atenção, independentemente de etnia religião, classe ou grupo social. Esse princípio se concretiza na Constituição Federal que declara a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, cabendo a este garantir a oferta adequada dos serviços. Os usuários reconhecem esta filosofia básica e, apesar de não mencionarem literalmente a lei, exigem seus direitos, como observou Pontes e colaboradores. (2009).

A equidade está intimamente relacionada à justiça. A sociedade é justa quando respeita o ser humano e realiza a distribuição igualitária de riquezas e oportunidades aos seus membros, ou de forma desigual se assim for necessário para que haja equilíbrio. O SUS, então, é equânime ao orientar suas ações às diferentes necessidades das pessoas e grupos e oferecer mais aos menos possuídos (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

E a integralidade consiste, essencialmente, na atenção ao usuário como um ser integral e complexo que possui necessidades desde as mais básicas, como as fisiológicas, até as mais complexas, por exemplo, necessidades psicossociais e socioeconômicas. Estas muitas vezes não são compreendidas, por muitos profissionais de saúde, como relacionadas à saúde (SILVA; SENA, 2008).

Destaca-se que este último princípio está inserido como um dos critérios de avaliação do PMAQ no sentido de apreciar se a equipe realiza suas ações considerando a integralidade, tanto do indivíduo, quanto da população a qual pertence, em todas as linhas de cuidado.

A adesão das equipes ao PMAQ-AB, no município de estudo, mobilizou-as substancialmente. A experiência cotidiana mostra que estimulou reflexões, por meio do processo de autoavaliação, acerca das atividades e cuidados que devem desenvolver, conforme preconização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011b). Entretanto, tal processo não se manteve de forma sustentada.

Segundo Rodrigues, Santos e Pereira (2014), diante de tantas questões do SUS, a institucionalização dos processos de avaliação, apesar de indispensável, ainda é secundária devido à dificuldade de sensibilizar gestores e profissionais de saúde e de se implantarem as mudanças que precedem a avaliação. Como já observado há muito tempo por Deming (1986), o entusiasmo dos profissionais logo desvanece se não forem utilizadas as técnicas e metodologias adequadas.

Nesse sentido, tendo a vivência da autora deste estudo como coordenadora das equipes de Saúde da Família do município, acompanhando-as na adesão ao PMAQ-AB e considerando o grande número de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus tipo 2 no município, emerge a preocupação quanto à qualidade das ações oferecidas pela atenção básica a esta população.

Apesar de se observarem investimentos de qualificação profissional, especialização em saúde da família, Curso de Formação do Agente Comunitário e outros treinamentos, o cuidado à saúde ainda é oferecido com foco na doença. A integralidade é pouco considerada, mesmo sendo um princípio do SUS. Machado e Campos (2014) identificaram em seu estudo situação semelhante, na qual a ESF estudada apontou ações de educação em saúde para a prevenção das DCNTs, entretanto, sem controle da efetividade.

Dessa forma, tendo em vista que não é mais possível pensar no cuidado em saúde sem considerar as especificidades de cada grupo ou de cada indivíduo, e sem considerar o constante aprimoramento deste cuidado, a integralidade foi utilizada como referencial teórico desta pesquisa, especialmente os sentidos da integralidade propostos por Mattos (2009), inserindo-a no recorte da linha de cuidado aos usuários com hipertensão e diabetes.

A escolha dessa abordagem justifica-se pelo entendimento de que o uso da tecnologia deve estar associado ao conhecimento sobre os modos de ser das pessoas e deve ser adquirido pela prática do cuidado. A troca de saberes no momento do encontro,

profissional-indivíduo-comunidade, promove a terapêutica compartilhada e tem maior potencial de atender às complexas necessidades de saúde (AYRES, 2004).

Nessa perspectiva, foram selecionadas as seguintes perguntas norteadoras: Quais ações são desenvolvidas, no âmbito da estratégia de saúde da família, para o acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos? Quais os instrumentos utilizados pelas equipes para o acompanhamento desta população? E quais as dificuldades encontradas para a realização deste?

O presente estudo intenciona uma inovação organizacional, uma vez que ao discutir sobre as ações realizadas pelas equipes de saúde da família voltadas aos hipertensos e diabéticos e ao identificar as dificuldades enfrentadas pelas mesmas, possibilita-se uma reflexão sobre sua atuação clínica sob a perspectiva do cuidado integral.

É possível, ainda, auxiliar as equipes a perceber as dificuldades e relacioná-las ao processo de trabalho, à gestão ou ao seu desempenho pessoal e traçar projetos para melhoria. Assim, as ações assistenciais podem ser modificadas, o que tende a gerar resultados diretos no cuidado à saúde de todos os usuários, no caso, especialmente, de hipertensos e diabéticos.

O presente trabalho está alinhado à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do MS que considera a hipertensão e o diabetes mellitus, dentre as doenças não transmissíveis, presentes em itens como o desenvolvimento de métodos de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamentos precoces (BRASIL, 2011c).

1.1 Breve histórico da saúde pública no Brasil

No campo da saúde, os novos recursos permitiram a criação e o aprimoramento de aparelhos e instrumentos fundamentais para a realização de procedimentos e exames que, cada vez mais, auxiliam na obtenção de diagnósticos mais rápidos e precisos, além de possibilitarem a produção de novas vacinas e fármacos mais eficientes. Como consequência, nos últimos trinta anos o Brasil passou por um processo de mudança no perfil demográfico que foi, segundo Simões (2006), o mais rápido da história.

A rapidez no processo de mudança demográfica no Brasil se deu por causa de alguns fatores, como: os avanços das políticas sociais, a intensificação da urbanização, a inserção da mulher no mercado de trabalho e a consequente diminuição das taxas de natalidade, além do maior acesso aos métodos contraceptivos (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Dessa forma, com o aumento da expectativa de vida e a diminuição nas taxas de natalidade, a população brasileira envelheceu e Kalache (1987), na década de 1980, já

alertava para o fato de que essa mudança apresentava alguns aspectos negativos, entre eles a falta de políticas públicas que atendessem a essa nova demanda.

De fato, para Vasconcelos e Gomes (2012), com o novo perfil demográfico, em que se percebe um aumento da população idosa, crescem a necessidade da internação domiciliar, os gastos com cuidados médicos e o número de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Nesse sentido, estudos epidemiológicos foram essenciais para o entendimento desse processo de transformação social.

Essa análise é uma ferramenta importante para o planejamento de ações de prevenção de doenças e agravos, para a avaliação dessas ações, bem como para fornecer informações sobre os cuidados adequados com pacientes acometidos por alguma morbidade (PEREIRA, 2008). Dessa forma, conhecendo os diversos aspectos que envolvem as condições de adoecimento de uma comunidade, é possível reduzir os problemas de saúde entre essa população.

Segundo Tahara e Silva (2003), as facilidades advindas da tecnologia têm feito com que a população em geral adote um estilo de vida sedentário, sofrendo, assim, as consequências maléficas dessa inércia, com diminuição acentuada da qualidade de vida.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que 80% da população brasileira é sedentária, 49% da população adulta não pratica atividades físicas, e esse estilo de vida adotado é responsável por 13% das mortes por infarto, diabetes e câncer de mama e do intestino (IBGE, 2014a).

Para Organização Mundial de Saúde (OMS), a relação entre sedentarismo e alguns agravos, especialmente, a obesidade e as doenças cardiovasculares está no gasto metabólico provocado pela falta de atividade física, associado ao excesso de consumo energético que leva a um desequilíbrio orgânico. Em contrapartida, as autoras defendem que o aumento do gasto energético obtido por meio da prática regular de exercícios físicos impacta positivamente na prevenção das doenças cardiovasculares, na redução da pressão arterial e no aumento dos níveis de HDL (WHO, 2015).

Nesse mesmo sentido, Interdonato e Greguol (2010) admitem que o exercício físico regular reduz a morbidade e a mortalidade, ainda que o indivíduo se mantenha obeso ou com sobrepeso. Assim, fica clara a interferência dos hábitos e do estilo de vida da população e seu estado de saúde e adoecimento.

Concomitantemente às mudanças no estilo de vida, e nos perfis demográfico e epidemiológico no Brasil, o sistema nacional de saúde passou por uma reestruturação, com vistas a atender às novas demandas sociais. Essa reestruturação ocorreu, principalmente,

pela significativa participação da sociedade civil em movimentos políticos, entre eles a Reforma Sanitária e a VII Conferência Nacional de Saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A esse respeito, Alves (2009) afirma que os processos de urbanização e de industrialização provocaram uma crise no setor da saúde, pois a medicina preventiva (prevalente no período) priorizava o acesso aos serviços de saúde aos trabalhadores; os demais grupos não tinham atendimento de qualidade.

Enquanto isso começava a ficar em evidência, no cenário mundial, o sucesso do modelo de medicina comunitária implantando nos Estados Unidos, cujo objetivo era enfatizar a participação da comunidade e estender a assistência a outros profissionais além do médico (ALVES, 2009).

Somando-se a isso, o exercício da medicina no Brasil estava voltado para a prática curativista, sendo que as condições sanitárias da população eram desconsideradas. Assim, já na década de 1970, surgem as primeiras manifestações do movimento sanitário nacional (ALVES, 2009).

A Reforma Sanitária foi um amplo movimento que ocorreu na década de 1980 e envolveu vários segmentos da sociedade, em busca de melhores condições de saúde para a população. Condições estas que dependiam de fatores ligados à higiene, moradia, renda e ao trabalho dos indivíduos, que são considerados determinantes sociais de saúde e, conforme Badziak e Moura (2010), envolvem também questões de gênero, escolaridade, meio ambiente e acesso à cultura.

Em função disso, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde foram elaboradas algumas propostas para garantir à sociedade em geral uma melhora nos determinantes sociais e na assistência à saúde (BRASIL, 1986). Assim, desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, com destaque para o artigo 196, algumas dessas propostas foram legitimadas e transformaram-se em direitos assegurados por lei (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Diante desse contexto é que se inicia a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, em substituição a um sistema de saúde centralizador, cuja gestão ficava a cargo do governo federal. As ações preventivas eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, e o Ministério da Previdência Social responsabilizava-se pelas medidas curativas, já a influência dos determinantes em saúde para o adoecimento não era valorizada (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os autores em questão ainda descrevem que o processo de construção do SUS foi progressivo, sendo que algumas etapas tornaram-se marco na história do sistema de saúde nacional, sendo elas: a formação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde –

SUDS, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde e a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que, efetivamente, funda o SUS.

Desse modo, para Roncalli (2003), as transformações verificadas na área da saúde pública não se limitaram à estrutura do sistema de saúde, mas estenderam-se, e de forma bastante significativa, aos modelos assistenciais e às políticas públicas. Garbois, Vargas e Cunha (2008) observam que o modelo de assistência à saúde mudou de maneira sistemática nas últimas décadas, principalmente a partir de 1994, quando foi implantado o Programa Saúde de Família que vigora atualmente.

A literatura sobre o assunto (GARBOIS, VARGAS, CUNHA, 2008; RONCALLI, 2003; PAIVA, TEIXEIRA, 2014) indica que o surgimento do Programa Saúde de Família – PSF se deu em um contexto político, econômico e social bastante conturbado, em que a saúde pública não recebia os recursos financeiros necessários. Além disso, havia um desacerto entre os governos federal, estadual e municipal no que se referia aos serviços de saúde.

Em contrapartida, a proposta do SUS, desde a sua fundação, era a descentralização da administração pública em saúde, o que, aliado ao advento do Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS), em países desenvolvidos, e o novo modelo de assistência centrado na família e baseado na atenção primária, tornaram o ambiente propício para a implantação do Programa Saúde da Família – PSF (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008).

A saúde da família foi apresentada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia para reorientar o modelo de assistência à saúde, transferindo o eixo central do atendimento, que antes era no médico e/ou no hospital, para o paciente/família. Todos os profissionais da equipe de saúde da família, independente de sua função, deveriam, então, atuar em consonância com os princípios do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b).

Sobre o surgimento do Programa Saúde da Família – PSF, Giovanella (2008) descreve que o ponto inicial para a implementação desse programa foi a realização de uma conferência em Alma Ata (Cazaquistão), em 1978. Organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a conferência teve por objetivo discutir sobre os cuidados primários de saúde, e seus resultados foram divulgados em um relatório designado de Declaração de Alma Ata. Por esse relatório, a Atenção Primária em Saúde é considerada essencial e deve ser acessível a toda a comunidade.

Acatando as sugestões e determinações da Declaração de Alma Ata e para atender à proposta de descentralização do SUS, o Ministério da Saúde implanta, em 1994, o PSF,

programa que está inserido na atenção primária, ou atenção básica, expressão mais utilizada no Brasil (GIOVANELLA, 2008).

Em 2011, a Portaria nº 2488/GM trouxe a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estes devem seguir os seguintes princípios preconizados pelo SUS (BRASIL, 2011b):

Caráter substitutivo: referem-se à substituição do modelo de atendimento médico-centrado pelas ações de vigilância em saúde.

Integralidade e hierarquização: apesar de a ESF oferecer os cuidados da atenção básica, deve estar vinculada à rede de serviços de referência e contrarreferência, garantindo atendimento integral ao usuário do sistema.

Territorialização e adscrição: a ESF atende a um território definido e deve manter devidamente cadastrada a população que se insere nessa área.

Equipe multiprofissional: O Ministério da Saúde propõe equipe multiprofissional composta idealmente por: médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico de saúde bucal, podem complementá-la (BRASIL, 2011b). Assim como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que agrega outras categorias profissionais importantes à gestão compartilhada da atenção (BRASIL, 2008a).

Nesse sentido, em 2008, a Portaria GM nº 154 *cria* os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja função é apoiar as equipes de saúde da família e também promover projetos de intervenção multiprofissional e participar de ações que atendam a grupos sociais em vulnerabilidade, observando as suas especificidades (ANDRADE *et al.*, 2012).

Conforme Andrade *et al.* (2012), existem duas possibilidades de organização do NASF, ou duas modalidades, como refere a Portaria citada: o NASF 1 que deve compor-se minimamente de cinco profissionais escolhidos entre as áreas de psicologia, assistência social, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, ginecologia, educação física, homeopatia, nutrição, acupuntura, pediatria, psiquiatria e terapia ocupacional. As equipes de NASF 1 devem vincular-se a um conjunto entre oito e 20 equipes de ESF.

Já o NASF 2 deve compor-se de, no mínimo, três profissionais, entre: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, devendo se vincular a um mínimo de três equipes de ESF (ANDRADE *et al.*, 2012).

A formação dos profissionais, no entanto, ainda segue o modelo curativista, o que dificulta a atenção integral que inclui a prática da prevenção e da promoção. Mudanças nas diretrizes curriculares destes profissionais preconizam a sua qualificação para uma assistência holística (ITO *et al.*, 2006).

Nessa perspectiva, foi divulgada em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual norteia, por meio de princípios e diretrizes os profissionais de saúde para uma assistência humanizada e integral. Cita, entre outros temas, o estímulo dos processos integradores e, especificamente na atenção básica, orienta a elaboração de projetos individuais e coletivos para alcançar um plano de cuidado participativo (BRASIL, 2004).

Além das mudanças estruturais e organizacionais, o Estado tem intensificado ações e projetos que pretendem atender ao que a legislação prevê e oferecer serviços de saúde de forma ampla e integral, em que se destacam os cursos de especialização. Segundo Andrade *et al.* (2012), para atendimento eficiente à população, as equipes de saúde de família e NASF devem ser, além de multiprofissionais, qualificadas e articuladas no processo de trabalho e na organização das ações para o cuidado com o paciente.

Na prática isso nem sempre acontece, sendo assim as ações acabam sendo desenvolvidas por profissionais sem a devida qualificação. A insuficiência de profissionais capacitados ou interessados para atuação na atenção básica pode ser em decorrência da não incorporação, pelas instituições formadoras, de práticas de cuidado coerentes com os princípios do SUS (ANDRADE *et al.* 2012).

Para minimizar essa fragilidade, o MS, em parceria com as Secretarias de Estado, tem oferecido programas de pós-graduação em saúde da família, aperfeiçoamentos e cursos de pequena duração, entre outros, gratuitamente aos profissionais que já atuam na área.

Além disso, em 2011, por meio do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), o governo federal intenciona estimular os profissionais de medicina, enfermagem e odontologia a atuarem em equipes multiprofissionais no âmbito da atenção primária e saúde da família de áreas prioritárias (BRASIL, 2011d).

O PROVAB, ao prever permanência de 12 meses dos profissionais participantes, apesar da boa intenção, acaba por ferir o princípio da longitudinalidade, o qual pressupõe uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, com vínculos construídos por laços interpessoais (WEILLER; SCHIMITH, 2014).

No esforço do Ministério da Saúde de aprimorar as normativas que regulamentam o Sistema Único de Saúde, o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011e) vem regulamentar a Lei 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da

saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Para tanto, indica fundamentos a serem considerados: a região de saúde, o contrato organizativo da ação pública de saúde, as portas de entrada no sistema, as comissões intergestoras, o mapa de saúde, a rede de atenção à saúde, os serviços especiais de acesso aberto e os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas.

Dessa forma, o Decreto possibilita um aprimoramento do Pacto pela Saúde e a consequente garantia dos direitos à saúde dos cidadãos, fortalecendo as iniciativas que garantam as estratégias para as prioridades do Pacto pela Vida e para o fortalecimento da regionalização solidária, tendo reflexos sobre a atenção ao grupo populacional em foco nesta pesquisa, os hipertensos e diabéticos.

1.2 Panorama das Doenças crônicas na atenção básica

Conforme mencionado, o avanço da ciência e da tecnologia contribuiu para o aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crônicas degenerativas. A melhora do acesso à atenção primária pretende reduzir as taxas de mortalidade por tais agravos. Contudo, a epidemia de obesidade e o consequente aumento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) ameaçam esta expectativa (SCHMIDT et al., 2011).

A prevalência autorrelatada da HA tem aumentado aproximadamente 0,5% ao ano (SCHMIDT et al., 2010), e a do DM aumentou de 3,3% em 1998 para 5,3% em 2008 (VIACAVA, 2010). Estas condições crônicas são frequentes na atenção básica, sendo comumente concomitantes. Entretanto, devido à baixa adesão aos tratamentos, medicamentosos e não medicamentosos, adentram à atenção secundária e terciária. A descompensação clínica, além de trazer prejuízos à saúde da pessoa, gera altos custos ao SUS, sendo, portanto um problema de saúde pública (CARVALHO et al., 2012).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, no Brasil em 2013, 4,2% (6,1 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram diagnóstico médico de alguma doença cardiovascular. No mesmo ano, a PNS estimou que 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade foi diagnosticada com diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas (IBGE, 2014a). Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, devido à perda da força de trabalho por essas doenças, a economia brasileira perderá 4,18 bilhões de dólares entre 2006 e 2015 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Os custos com internações também são alarmantes. Apesar de a mortalidade causada por essas doenças ter diminuído ao longo dos anos no Brasil, as doenças

cardiovasculares geram os maiores custos com relação a internações hospitalares. Em 2007, 27,4% das hospitalizações, de indivíduos maiores de 60 anos, foram causadas por doenças cardiovasculares (IBGE, 2014a). Em 2013, 69,7% dos hipertensos afirmaram receber assistência médica no período e 35,9% afirmaram obter pelo menos um medicamento para hipertensão no Programa Farmácia Popular (IBGE, 2014a). Além disso, 9,3% dos custos com internações, no período de 1999 a 2001, foram atribuídos ao DM (ROSA, 2008).

Apesar da progressão e da gravidade do problema relativo às doenças crônicas, o simples controle dos níveis pressóricos e glicêmicos evita complicações e garante a qualidade de vida. Quando diagnosticados precocemente, o tratamento pode ser realizado apenas por meio da eliminação dos fatores de risco modificáveis (MCLELLAN *et al.*, 2007). Assim, se houver efetivo acompanhamento desta população na atenção básica reduzir-se-ão os prejuízos à saúde e a procura por serviços especializados.

É preciso considerar, contudo, que muitos problemas relacionados aos cuidados com o paciente crônico ainda persistem na atenção básica.

Dados do Sistema de Informações de Mortalidade mostraram que do total de mortalidade relacionada ao diabetes, 17% foram em decorrência de complicações crônicas e apenas 2% foram causadas por complicações agudas (SCHIMIDT *et al.*, 2011). Isso evidencia que poderiam ter sido evitadas, caso sua progressão fosse impedida através de cuidados na atenção primária.

Além disso, estudo que buscou conhecer as práticas relacionadas ao tratamento da HA constatou que 25% a 43% dos médicos somente iniciavam ou intensificavam o tratamento quando a pressão arterial diastólica superava os 95 mmHg ou a pressão arterial sistêmica superava os 160 mmHg. Concluiu-se que há complacência de alguns profissionais nos cuidados com a hipertensão (RABETTI; FREITAS, 2011).

Entende-se, também, que o manejo inadequado do tratamento pelos profissionais de saúde pode ser uma das causas para o baixo controle da hipertensão arterial. Como observado na Nova Inglaterra, o acompanhamento de 800 hipertensos mostrou que 40% mantiveram PA acima de 160/90mmHg, apesar da média de 6 consultas anuais, havendo incremento terapêutico em apenas 7% das consultas (BERLOWITZ *et al.*, 1998).

Dessa forma, torna-se pertinente a análise da abordagem das doenças crônicas pelo SUS, especialmente, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, que são atualmente, dois graves problemas de saúde pública no Brasil.

1.2.1 Hipertensão arterial sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, mais comumente chamada de “pressão alta” é um agravo à saúde caracterizado por níveis pressóricos constantemente altos (entre 140/90 mmHg e 180/105 mmHg).

Os fatores determinantes para a ocorrência da hipertensão arterial são diversos, entre eles: hereditariedade, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de sal e uso de alguns medicamentos, mas segundo Porto (2005) em cerca de 90% dos casos sua causa não pode ser definida.

Uma característica marcante da HAS é o fato de acometer indivíduos pertencentes aos mais diversos grupos sociais e etários. Conforme estimativas da Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH, cerca de 30% da população brasileira adulta e 5% das crianças e adolescentes apresentam hipertensão arterial. E como na maior parte dos casos esta doença é assintomática (estima-se que 50% dos indivíduos hipertensos não são diagnosticados), seu tratamento pode ser comprometido, principalmente, porque em casos de doenças crônicas a não adesão ao tratamento tende a ser alta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Dessa forma, o controle da HAS tem se tornado um dos grandes desafios para a saúde pública nacional, pois essa patologia interfere negativamente na qualidade de vida do indivíduo, além de apresentar altas taxas de morbimortalidade. Por outro lado, o Grupo Hospitalar Conceição (2009) destaca que o controle e o tratamento da hipertensão podem ser feitos na unidade básica de saúde, pois não requerem procedimentos complexos e o próprio Ministério da Saúde classifica-a como Condição Sensível à Atenção Primária (FERREIRA, 2014).

Em virtude disso, o Ministério da Saúde disponibiliza um protocolo de atendimento ao paciente hipertenso na atenção básica, que faz parte da série Cadernos de Atenção – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (BRASIL, 2013a).

O objetivo desse manual é auxiliar os profissionais que atuam na atenção básica, oferecendo-lhes informações claras sobre a hipertensão arterial sistêmica e o tratamento do paciente hipertenso. De acordo com esse caderno, o protocolo de atendimento deve ser reorientado, adequando-se às especificidades locais (BRASIL, 2013a).

No entanto, alguns procedimentos são recomendados em todas as unidades básicas de saúde, como é o caso de identificação dos pacientes hipertensos e o levantamento do número de casos na unidade. Nesse sentido, recomenda-se a aferição da pressão arterial de todos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos atendidos em uma unidade de saúde, que não tenham registro de PA nos últimos dois anos. Além disso, em todos os

casos em que a aferição demonstre nível pressórico alto, deve-se fazer uma análise criteriosa do resultado, a fim de se fazer um diagnóstico correto (BRASIL, 2013a).

O protocolo recomenda que quando a média aritmética da pressão arterial estiver igual ou superior a 140/90 mmHg., o paciente deverá submeter-se a mais três novas aferições, respeitando-se um intervalo mínimo de uma semana entre elas (BRASIL, 2013a).

Para os casos em que a hipertensão arterial sistêmica é diagnosticada, o tratamento deve iniciar-se na unidade de saúde em que o paciente está cadastrado e deve levar em conta o perfil desse indivíduo, pois há recomendações específicas para alguns grupos, como: crianças, gestantes e idosos. Ressalta-se também que o paciente hipertenso exige cuidados multidisciplinares, portanto, deve ser acompanhado pelos profissionais da equipe de saúde da família e do NASF, quando este for disponível (BRASIL, 2013a).

Destaca-se, nesse contexto, o papel do enfermeiro da equipe de saúde, que, muitas vezes, é quem faz a primeira consulta do paciente. Nessa consulta de enfermagem devem ser realizados os seguintes procedimentos: levantamento do histórico do paciente, exame físico, verificação sobre a necessidade de cuidados específicos, organização, planejamento e implantação da assistência e avaliação dos pacientes que já estão em tratamento. Deve-se, ainda, investigar o risco cardiovascular do paciente, por meio do escore de Framingham (BRASIL, 2013a).

O profissional de enfermagem deve valer-se do fato de ter um contato inicial com o paciente para motivá-lo a aderir corretamente ao tratamento, principalmente, no que diz respeito aos aspectos relacionados ao estilo de vida. Deve-se, portanto, sensibilizar o hipertenso sobre a influência negativa para a saúde de hábitos como sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e alimentação inadequada (BRASIL, 2013a).

Esse mesmo enfoque educativo e preventivo deve ser observado na consulta com o médico da equipe de saúde que deverá também analisar a presença de complicações devidas à pressão arterial, à necessidade de encaminhamento a especialistas e à viabilidade de tratamento medicamentoso (BRASIL, 2013a).

Quanto ao uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, o Ministério da Saúde recomenda que o profissional considere as características individuais dos pacientes, e principalmente, a polifarmácia, que é uma característica do tratamento contra a hipertensão. A respeito dos medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados, há informações importantes no manual do MS que devem ser utilizadas para mais eficácia dos tratamentos (BRASIL, 2013a).

1.2.2 Diabetes mellitus

De acordo com o Ministério da Saúde, Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico, resultante da falta de insulina e/ou de problemas na ação dessa insulina, que é responsável pela manutenção do metabolismo da glicose. Dessa forma, o diabetes é caracterizado por altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente (BRASIL, 2001).

O diabetes, assim como a hipertensão arterial, é uma patologia considerada Condição Sensível à Atenção Primária, o que quer dizer que o atendimento adequado e eficiente na atenção básica permite evitar hospitalizações e mortes provocadas por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). Ainda assim, o Ministério da Saúde informa que o diabetes foi responsável por mais de 470 mil mortes no Brasil entre 2000 e 2010, somente em 2009 foram 51.828 mortes por diabetes (BRASIL, 2013b).

Por essa razão, o Ministério da Saúde lançou o Caderno da Atenção Básica ao Paciente Diabético (BRASIL, 2013b). Nos mesmos moldes do Caderno de Atenção Básica ao Paciente Hipertenso, o Manual sobre o Diabetes Mellitus traz informações pormenorizadas sobre essa patologia. Nesse mesmo sentido, a Sociedade Brasileira de Diabetes também lança, periodicamente, diretrizes para atendimento do paciente diabético.

De acordo com as diretrizes publicadas em 2014, a classificação atual do DM baseia-se na etiologia dos distúrbios e não em seu tratamento, e estão, portanto, defasadas as terminologias “insulinodependentes” e “insulinoindpendentes”. A Organização Mundial de Saúde considera atualmente quatro tipos de diabetes: DM 1, DM 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Destes, os tipos mais comuns são o DM 1 e o DM 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Conforme os relatos de Powers e Howley (2000), a forma mais conhecida dessa síndrome é o DM 2, que ocorre principalmente em adultos e não apresenta dependência à insulina. Esse tipo de DM representa cerca de 90% dos casos dessa patologia e está estreitamente ligado à obesidade, uma vez que o aumento da massa lipídica provoca resistência à insulina. Por outro lado, o próprio autor admite que existem evidências epidemiológicas de que esse tipo de diabetes está relacionado mais à falta de exercícios físicos regulares e ao baixo condicionamento físico do que à obesidade.

A DM 1 é a forma presente em cerca de 5% dos casos e ocorre devido à destruição de células beta pancreáticas que resulta em deficiência de insulina (POWERS; HOWLEY, 2000).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), o número de diabéticos no Brasil tem crescido consideravelmente, devido ao envelhecimento populacional, à

prevalência de obesidade e de hábitos sedentários, além do aumento de sobrevida dos diabéticos.

Para o Ministério da Saúde, é necessário agir preventivamente, uma vez que o DM está estreitamente ligado ao estilo de vida do indivíduo. E as diretrizes da SBD consideram dois tipos de prevenção: a primária e a secundária.

Por prevenção primária, entendem-se os cuidados que ocorrem na fase inicial da DM e buscam proteger os indivíduos predispostos ao desenvolvimento do diabetes. Pode ser feita por meio da observação de uma dieta balanceada e da prática de exercícios físicos regulares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Já a prevenção secundária diz respeito ao controle metabólico estrito, tratamento da hipertensão arterial e da dislipidemia, bem como o rastreamento para o diagnóstico de doenças comumente associadas ao diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Para o diagnóstico do diabetes mellitus, o MS admite quatro critérios com a utilização da glicemia que devem ser realizados conforme as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).

- Apresentação de sintomas de poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal, associados à glicemia casual > 200 mg/dL.
- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL. (7mmol/l).
- Glicemia de 2h pós-sobrecarga de 75g de glicose > 200 mg/dL.
- Em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c).

No teste de glicemia em jejum, havendo pequenas elevações, deve-se realizar novo exame em outra data.

Após o diabetes ter sido diagnosticado, o paciente receberá os cuidados necessários na própria unidade de saúde, e a exemplo do que se preconiza nos casos de hipertensão arterial, o paciente diabético deverá ser encaminhado, primeiramente, para uma consulta de enfermagem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

A consulta com o paciente diabético deve seguir as mesmas rotinas preconizadas para o paciente hipertenso, ou seja, o enfermeiro deve realizar os procedimentos descritos: levantamento do histórico do paciente, exame físico, verificação sobre a necessidade de cuidados específicos, organização, planejamento e implantação da assistência e avaliação dos pacientes que já estão em tratamento. O MS, contudo, enfatiza que, na anamnese, o profissional deve investigar o contexto social e econômico do paciente e avaliar o potencial para o autocuidado (BRASIL, 2013b).

O enfermeiro deve realizar exame dos membros inferiores e, quando necessário, realizar cuidados específicos nos pés em risco ou já acometidos. Também é necessário realizar glicemia capilar a cada consulta (BRASIL, 2013b).

Com relação ao tratamento contra o DM, o manual do MS descreve que este pode ser feito por meio de terapia medicamentosa, mas, principalmente, deve envolver mudanças de hábitos do paciente que incluem terapia nutricional e prática de exercícios regulares (BRASIL, 2013b).

A terapia nutricional do paciente diabético segue os mesmos preceitos daquela indicada para a população em geral, ou seja, a dieta deve garantir aos indivíduos nutrientes necessários para a manutenção de sua saúde e seu bem-estar físico (BRASIL, 2013b).

As atividades físicas, por sua vez, também contribuem para o bem-estar físico dos indivíduos, além de agirem preventivamente na ocorrência de DM, sendo, ainda eficaz no tratamento do diabetes (BRASIL, 2013b).

Por outro lado, é preciso cautela na indicação de exercícios físicos para diabéticos, pois estes apresentam algumas limitações físicas relativas à condição aeróbica, força muscular e flexibilidade. Assim, é preciso avaliação tanto diagnóstica, quanto periódica, observando-se as condições cardíacas, vasculares, autonômicas, renais e oftalmológicas do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), a terapia medicamentosa oral utilizada envolve basicamente três tipos de antidiabéticos: os que aumentam a secreção de insulina (hipoglicemiantes), os que impedem seu aumento (anti-hiperglicemiantes) e os que aumentam a secreção de insulina e promovem a supressão do glucagon.

Para a prescrição desses medicamentos, deve-se considerar o estado geral do paciente, suas características individuais, os valores glicêmicos (de jejum, pós-prandial e HbA1c) bem como a interação com outros medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

1.3 Papel da Equipe Saúde da Família no controle das doenças crônicas

Seguindo os princípios do SUS, cabe às equipes de saúde da família desenvolver ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2011b). Na atenção básica, espera-se que a produção da saúde se faça, predominantemente, por meio das tecnologias leves, relacionais, operando em “linhas de cuidado” em direção ao cuidado centrado nas necessidades dos usuários (MERHY; FRANCO, 2003), possuindo, assim, capacidade resolutive da maioria dos problemas mais frequentes (BRASIL, 1986). Portanto, a atenção básica se constitui como a assistência de melhor custo-efetividade e porta de entrada preferencial para os outros níveis de atenção.

Na dinâmica da epidemiologia populacional, a saúde do adulto em situações crônicas (hipertensão e diabetes) é a área temática mais encontrada em atividades desenvolvidas pelas equipes de ESF (VAZ et al., 2010). A abordagem conjunta dessas doenças é recomendada devido a semelhanças como etiopatogenia, complicações crônicas e alta prevalência (BRASIL, 2001).

Para tanto, instituiu-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002), que visava, por meio de capacitação profissional e reorganização dos serviços de saúde, à vinculação deste público para acompanhamento e tratamento sistemático. Para isso, o MS incentivou a utilização do protocolo para assistência de portadores de HA e DM (BRASIL, 2001) e lançou o programa HiperDia, sistema destinado ao cadastramento e acompanhamento deste público-alvo.

Além desse sistema, o acompanhamento de indivíduos com hipertensão e diabetes na atenção primária é realizado por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este contempla o preenchimento, pelos agentes comunitários de saúde, de ficha para o cadastramento das famílias (Ficha A) e fichas de acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários (Fichas B e C).

O SIAB é um importante instrumento para a gestão local, contudo suas informações têm sido mais usadas como banco de dados para pesquisa do que pelas equipes para o planejamento das ações (RADIGONDA et al., 2010).

O mesmo foi observado em estudo realizado no município de Ribeirão Preto – SP. Este concluiu que o SIAB é de fácil manipulação, mas apresenta limitações, como: dificuldade de identificação de indivíduos no software, número limitado de doenças referidas, pouca utilização para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões em nível local (SILVA; LAPREGA, 2005).

Atualmente, com o intuito de sanar essas limitações, o SIAB está em fase de transição para um programa denominado ESUS, o qual possui duas modalidades: o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a Coleta de Dados Simplificada (CDS).

Os grupos de educação em saúde são também uma promissora alternativa para o acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes. Em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo – SP, a intervenção educativa demonstrou resultados positivos. Comparando-se os resultados iniciais com o pós-intervenção, observou-se redução absoluta de 26% no número de pacientes com pressão arterial moderada e grave. Para os diabéticos, a redução absoluta foi de 22%, para aqueles com glicemia de jejum superior a 200mg/dl (SILVA et al., 2006).

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAB) têm sido utilizadas como indicadores indiretos da resolubilidade desta. No Brasil, em 2007, foi elaborada uma consulta pública que definiu grupos de causas de internação e diagnósticos passíveis de serem evitados pela atenção básica, baseados na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), definindo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (BRASIL, 2008b).

Ao se analisarem esses indicadores no Estado de São Paulo, por meio de dados de internação agrupados por Diretorias Regionais de Saúde (DRS), observou-se uma tendência de redução das ICSABs, no período de 2000 a 2007. Como, por exemplo, as internações por diabetes mellitus que reduziram em todas as DRSs. Contudo, nesse mesmo estudo, chamou a atenção o número de internações por hipertensão arterial, o qual aumentou em oito DRSs, no período estudado (REHEM, EGRY, 2011).

Houve uma relação entre a redução geral de internações e o aumento da cobertura pela Estratégia de Saúde da Família. Contudo, a redução não se deu de forma uniforme. Confirmando que, se não houver a qualidade necessária na assistência, apenas o crescimento da quantidade de ESF não contribui para a melhoria da saúde (REHEM, EGRY, 2011).

A exigência pela qualidade dos serviços prestados já deixou de ser exclusividade de setores econômicos ou entidades que visam a lucros para adentrar as administrações públicas e, conseqüentemente, o setor da saúde. Diagnosticar é fundamental, mas intervir e certificar-se de que a realidade foi mudada é o próximo passo.

A qualidade tem sido cada vez mais perseguida também pela atenção básica. Atualmente, o Ministério da Saúde utiliza uma importante ferramenta para avaliação das Unidades Básicas de Saúde denominada Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011a).

Este se baseia nas diretrizes do SUS e mais especificamente na PNAB. E prevê a indução da qualidade por meio de incentivo financeiro para que as equipes inscritas possam utilizar em materiais permanentes, de consumo, educação e até mesmo aumento salarial. O incentivo tem um valor fixo por equipe, podendo aumentar, ser mantido no mesmo valor ou ser cortado após nota final atribuída por três pilares: autoavaliação, avaliação da gestão municipal e avaliação externa do MS.

A finalidade de uma política de melhoria contínua é a incorporação voluntária de ações avaliativas pelos profissionais, para assim substituir a atuação baseada em opiniões pela baseada em fatos. A autoavaliação estimula o interesse e a responsabilização dos

profissionais. Esse processo descentraliza a gestão da qualidade e torna mais rápida a tomada de decisões corretoras (CONILL et al., 2006).

Porém, algumas vezes, os profissionais tendem a reconhecer os processos de avaliação como atividade da gestão, atividade fiscalizadora e, portanto, impostas. Isso foi observado em estudo sobre implicações da acreditação hospitalar para os profissionais, e estes consideraram que o processo traz estresse profissional e sobrecarga de trabalho (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

O foco no modelo biomédico e no alívio dos sintomas foi observado em pesquisa que caracterizou como “inércia clínica” o atraso no início do tratamento ou a falta de incremento terapêutico, quando não se observam resultados satisfatórios. Os autores mencionam lacunas na educação, no treinamento e na prática organizacional como possíveis problemas para tal atitude (PHILLIPS *et al.*, 2001).

Limitações no conhecimento, centrados na fisiopatologia e nos exames complementares do diabetes mellitus, foram também observadas em trabalhadores da atenção primária de Belo Horizonte-MG (TORRES et al., 2010). Sabe-se que a saúde é dinâmica, a todo o momento são realizadas novas pesquisas, publicados novos consensos que culminam na mudança de tratamentos, condutas clínicas e no modo de cuidar, e a atualização teórica e prática desses profissionais é fundamental.

Estudo, desenvolvido no município de Joinville-SC, que visava a estimar a prevalência do controle da pressão arterial em unidades básicas de saúde mostrou que, no ano de 2007, a pressão arterial esteve elevada em 1.295 ocasiões, ocorrendo incremento terapêutico em apenas 156 (12,0%) (HOEPFNER; FRANCO, 2010). Fato que demonstra a negligência como um importante sinal para manutenção da saúde do indivíduo.

Todas as modificações terapêuticas realizadas no estudo citado acima se relacionaram com o tratamento medicamentoso. Mesmo sendo identificados a obesidade, o diabetes e níveis de LDL-C elevados como principais fatores de risco, dados sobre sedentarismo, alimentação e histórico familiar não foram descritos na maioria dos prontuários (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

Além disso, não houve diferenças no controle dos níveis pressóricos entre as unidades básicas tradicionais e as de saúde da família, contrariando a expectativa de melhores resultados nestas últimas, devido ao esperado maior vínculo profissional-comunidade (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

Dificuldades para o controle da pressão arterial também foram encontradas em outras localidades. Estudo espanhol que acompanhou 29.148 pacientes com registro de

mapeamento ambulatorial da PA (MAPA) revelou controle inferior a 16% (BANEGAS et al., 2008). Na Alemanha, dos 64% de pacientes hipertensos em acompanhamento contínuo na atenção primária, 19% tiveram a PA controlada (SHARMA et al., 2004).

Outra pesquisa realizada em várias cidades do Estado de Santa Catarina, que visava a avaliar a eficiência da Estratégia de Saúde da Família nas ações relacionadas à hipertensão, mostrou que os municípios foram mais eficientes na produção de serviços (37,8%) do que na produção de resultados (16,6%) (RABETTI; FREITAS, 2011).

Muitas vezes as equipes que são supervisionadas de acordo com uma produção numérica prendem-se na execução de procedimentos e consultas sem, no entanto, perceberem se suas ações estão efetivamente melhorando a saúde da população assistida.

A reflexão sobre a assistência prestada periodicamente e a utilização de instrumentos que permitam o acompanhamento, como, por exemplo, os protocolos, podem auxiliar as equipes a traçar um plano assistencial mais adequado. Dito isso, segue no quadro abaixo uma síntese das ações que devem ser realizadas para a assistência à saúde da população com hipertensão e diabetes, segundo protocolo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Quadro 1- Ações preconizadas à AB pela Secretaria do Estado de São Paulo: hipertensão arterial e diabetes mellitus

AÇÃO	INSTRUMENTOS
Promoção e prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulo de hábitos saudáveis por meio de atividades educativas; - Implementação de políticas públicas; - abordagem dos fatores de risco; - Estímulo ao autocuidado; - avaliação periódica da PA e exames laboratoriais. - Organizar eventos que estimulem a atividade física.
Deteção precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Rastreamento em locais públicos; - Atividades de busca ativa; - Aferição de PA, glicemia e índice de massa corporal; - Orientar as pessoas com PA entre 130-139/85-89 a aferir periodicamente; - Para HA: Encaminhar as pessoas com PA acima de 140/90 à unidade básica para avaliação clínica. - Para DM: Encaminhamento para avaliação clínica na UBS das pessoas com glicemia acima de 100mg/dl. - Investigação clínica e laboratorial.
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> - Para HA: Cadastrar o indivíduo na unidade e no HiperDia e/ou sistema de vigilância da unidade com medida de PA para confirmação diagnóstica. - Para DM: Atendimento de enfermagem para: determinação do peso, circunferência abdominal, inspeção de unhas, espaços interdigitais e axilas (acantose) com solicitação de glicemia de jejum para confirmação diagnóstica.
Avaliação clínica inicial e a cada consulta: Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica e de enfermagem; - Anamnese; - Exame físico geral; - Avaliação nutricional e mental; - Aferição da PA; - Solicitação de exames; - Avaliação multiprofissional; - Estratificação de risco cardiovascular, considerando níveis pressóricos, fatores de risco e lesões de órgãos-alvo, para decisão terapêutica (tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso); - Prescrição de anti-hipertensivos, de acordo com o caso. - Encaminhamento dos pacientes com PA não controlada para atenção secundária para investigação diagnóstica e orientação de conduta; - Elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS).
Avaliação clínica inicial e a cada consulta: Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese; - Exame físico geral com ênfase no exame neurológico e avaliação da circulação periférica; - Avaliação nutricional e mental; - Aferição da PA e glicemia a cada consulta; - Classificação do risco clínico periodicamente; - Exame dos pés; - Solicitação de exames laboratoriais; - Manejo terapêutico de acordo com protocolo; - Complementar a avaliação sob a ótica multiprofissional; - Encaminhamento para atenção secundária para investigação diagnóstica e orientação de conduta, caso necessário; - Elaboração do Projeto Terapêutico Singular.
Definição de calendário de consultas: Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas médicas frequentes, até compensação clínica e ajuste do tratamento medicamentoso; - Após, alternar médico e enfermeira, de acordo com a classificação da HA; <ul style="list-style-type: none"> • HA leve: 4 consultas no ano, 3 com a enfermeira e 1 com o

	médico; • HA moderada: 4 consultas no ano, 2 com a enfermeira e 2 com o médico; • HA grave: consultas mensais, alternando os profissionais; - <u>Agendamento com outros profissionais necessários.</u>
Definição de calendário de consultas: Diabetes	- Consultas médicas mensais durante a fase de introdução dos medicamentos, até o ajuste da dose; - Após compensação, agendar consulta médica a cada 4 meses e de enfermagem entre as consultas médicas (2 meses), para reforço das ações educativas, verificação da correta utilização dos medicamentos, dos hábitos alimentares, da prática de atividades físicas e da eventual necessidade de reavaliação médica antes do prazo previsto; - <u>Agendamento com outros profissionais necessários.</u>
Avaliação de lesões de órgãos-alvo	- Encaminhamento para avaliação oftalmológica anual se não houver queixa e sempre que o paciente apresentar queixas visuais: (turvação), acuidade visual < 0,8 ou outras situações que o médico considere de risco; - Encaminhar para avaliação odontológica (semestralmente), independente de haver queixa; - Solicitar, expressamente, o envio de contrarreferência para subsídio da revisão periódica do tratamento clínico e do PTS; - Encaminhamento para atenção especializada, com relatório devidamente preenchido, o usuário que apresentar agravamento das lesões de órgãos-alvo.
Controle da adesão ao tratamento	- Monitorar o comparecimento às consultas, com busca ativa se necessário; - Monitorar adesão ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso; - No caso de não adesão, reforçar as ações educativas e incluir familiares, cuidadores ou outros atores; - Verificar a cada consulta se está compensado, em caso negativo, reavaliar o PTS. - Se não atingir o controle metabólico ou ocorrerem outras intercorrências, encaminhar para atenção especializada, com relatório devidamente preenchido, solicitando contrarreferência para posterior seguimento na unidade.
Intercorrências agudas	- Avaliar a possibilidade de ser tratado na unidade básica. - Encaminhamento para unidade de urgência e emergência com relatório devidamente preenchido; - <u>Reavaliação do PTS.</u>

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Linha de Cuidado: HAS e DM (SÃO PAULO, 2011a; SÃO PAULO, 2011b).

1.4 Integralidade no cuidado de pessoas com hipertensão e diabetes

A palavra integral, para o senso comum, refere-se ao inteiro, algo que não foi separado, dissociado ou dividido. O leite integral não teve sua porção de gordura retirada; no valor integral não há descontos, nem juros. Assim, introduzindo esta definição ao contexto da assistência à saúde, se traduziria em um atendimento à pessoa por inteiro, sem tirar-lhe nenhuma parte.

Isso não deveria ser óbvio? Entretanto, o movimento de extrema especialização da medicina fez com que o cuidado integral se perdesse no âmbito da saúde (ROCHA et al., 2011). Houve avanços curriculares, porém ainda são insuficientes para garantir a efetiva

qualificação dos profissionais de saúde para o cuidado integral (ABILIO; CORDEIRO, 2014). Além disso, em virtude do caráter subjetivo deste conceito ou modo de agir, sua assimilação torna-se complexa (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Na tentativa de apreender este princípio, estudiosos o traduzem nas mais variadas perspectivas. Essa abordagem multifocal da integralidade é compreensível, como aponta Mattos (2009), se fosse limitada a uma definição única, extinguiriam-se outras tantas que assim como a escolhida não seriam certas, nem erradas. Afinal, esse emaranhado de significados é o que tornam esse termo tão interessante.

Por entender que a integralidade pode se concretizar na saúde de várias maneiras, Mattos (2009) propôs três conjuntos de sentido. Primeiro, relaciona com a prática de uma boa medicina, na qual o profissional amplia sua visão além do biológico. Segundo, como forma de organizar o sistema de saúde e orientar as práticas, garantindo a articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do cuidado. E terceiro, por meio da implantação de políticas a grupos especiais (mulher, idoso), como resposta governamental a problemas de saúde específicos.

A assistência à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis permeia os diversos sentidos da integralidade propostos por Mattos. Entretanto, apesar da visão holística do profissional no momento do encontro com o indivíduo ser a essência da boa medicina, pesquisas evidenciam que esta não tem sido aplicada no cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes.

Ao analisar diabéticos acompanhados pelo SUS em Belo Horizonte, Silva e colaboradores (2010) revelaram que embora 55% dos avaliados apresentassem gengivite e 35,3%, periodontite, somente 27,3% estavam em tratamento odontológico na rede básica e 3,6% na atenção secundária. Além disso, mais da metade dos participantes estava sendo acompanhada por algum médico, mas apenas 3,4% eram atendidos por outros profissionais da saúde.

Outro estudo comparou unidades básicas tradicionais (UBS) às ESFs e concluiu que ambas se limitam à abordagem medicamentosa e, devido à baixa capacidade de escuta dos profissionais, não conseguem propor ações distintas das programadas (SOUZA; GARNELLO, 2008). Observa-se nestes exemplos que ainda há um longo caminho para a incorporação da integralidade na visão dos profissionais, estes parecem focar o atendimento na queixa e não no indivíduo.

A saúde é direito fundamental e deve ser garantida pelo Estado, segundo a Constituição Brasileira. Porém, se as necessidades humanas são ilimitadas, os direitos não o são, pois pressupõem gastos de recursos limitados (SCHULZE; CHIARELLI, 2014). Assim,

se questiona: Como garantir, de forma justa, o acesso integral aos serviços de saúde frente à escassez de recursos?

Esse questionamento remete a outra vertente da integralidade proposta por Mattos: organizadora das práticas de saúde. As equipes se defrontam diariamente com as tensões entre demanda espontânea: necessidade imediata do usuário; e demanda programática: necessidade de saúde nem sempre compreendida por este.

No entanto, devido ao limite de vagas e serviços ofertados, é preciso priorizar as ações de acordo com a lógica da epidemiologia das doenças e agravos existentes em cada grupo. A tarefa de se realizar a organização dos serviços de saúde deve ser cautelosa, pois ao se priorizarem certas necessidades mais frequentes corre-se o risco de restringir a oferta e ferir, então, o princípio da integralidade.

A falta de integralidade pode desestruturar o sistema de saúde. Como observado em estudo realizado no Distrito Federal, o qual investigou a oferta e demanda de serviços e constatou que, apesar da oferta de AB ser suficiente em termos de cobertura populacional, esta não tem conseguido organizar os fluxos de atendimento. Ocorre duplicidade de ações básicas entre hospitais e centros de saúde na produção de consultas médicas, exames básicos, além disso, houve o predomínio da medicalização dos problemas de saúde (PIRES et al., 2010).

Embora os serviços devam se organizar para responder às principais doenças da população, não devem fazê-lo, exclusivamente. A noção de integralidade apresentada por Mattos (2009) em três sentidos observados no campo da saúde pode auxiliar a organização do sistema de saúde. Devem se organizar para realizar uma apreensão ampliada das necessidades de saúde das pessoas (MATTOS, 2009). A saúde integral deve ser considerada como um horizonte, sempre em movimento. Para que haja integralidade, é preciso que se pense no indivíduo como um ser complexo, passível de mudanças e sensível a interferências alheias (AYRES, 2004), construindo a partir dessa compreensão o cuidado integral como prática da saúde.

Por outro lado, a atenção ao indivíduo implica na organização dos serviços e do sistema de saúde para que este possa oferecer a atenção necessária para resolução dos problemas da população, constituindo assim outro sentido de integralidade de Mattos (2009).

As políticas especiais, terceira proposição de Mattos, também atendem às necessidades de saúde da população com hipertensão e diabetes. No caso, existe política específica para cada uma destas doenças, porém se incluem, indiretamente, em outras

políticas como: do idoso, de atenção ao portador de doença renal, de atenção a doenças cardiovasculares.

Isso mostra que a iniciativa do Estado de formular ações para cada grupo é válida, pois garante o acesso, no entanto é impossível atender a todas as necessidades de uma pessoa apenas focando sua patologia, dada a grande complexidade do ser humano. A integralidade só pode ser obtida em rede (MALTA; MERHY, 2010).

O Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM se caracteriza como a principal iniciativa do MS para a redução da morbimortalidade cardiovascular e a melhoria da qualidade de vida da população. Quando iniciou, em 2001, este plano previa quatro etapas: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da AB; campanha de informação e de identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica; cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes identificados pela AB (BRASIL, 2001).

Após dez anos dessa política, pesquisa que buscou avaliar a atenção à hipertensão arterial, realizada pelas ESF do Recife (PE), detectou uma importante fragilidade. A ausência de coordenação geral do programa de hipertensão no nível central e nos distritos sanitários contribuiu para o baixo desempenho. O grau de implantação foi considerado insatisfatório, devido a problemas relativos à adequação da área física, deficiência de insumos, inadequada qualificação profissional na atenção ao hipertenso e um insipiente uso da informação para o planejamento das ações (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Dificuldades semelhantes foram encontradas na implantação do HIPERDIA no Estado do Rio de Janeiro. Os entraves para a execução deste programa de cadastro e acompanhamento envolviam descontinuidade de investimentos federais, rotatividade municipal dos coordenadores, ausência de treinamento continuado e falta de interlocução dos municípios com os técnicos do DATASUS e com a Coordenação estadual (CHAZAN; PEREZ, 2008). Evidencia-se vulnerabilidade no acompanhamento integral das pessoas com hipertensão e diabetes.

Mattos (2009) aponta que hoje se está em um cenário em que, mesmo acreditando na potencialidade do SUS, não se podem ignorar as lacunas que acabam por deixar as pessoas desassistidas e, conseqüentemente, desacreditadas deste Sistema de Saúde invejado e copiado por inúmeros países.

A integralidade é, possivelmente, o princípio menos explorado nos serviços de saúde, já que a reestruturação institucional provocada pelo SUS não garantiu mudanças no processo de trabalho (MATTOS, 2004). As discussões sobre este tema devem avançar,

objetivando superar o reducionismo e consolidando a integralidade como um modo de ser e agir almejado por todos.

Como intuito de contribuir no preenchimento desta lacuna, será utilizado o cuidado integral, prestado a usuários com hipertensão e diabetes, como base deste estudo para a ampliação das discussões acerca de sua incorporação no cotidiano das equipes que atuam nas Estratégias de Saúde da Família.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as ações realizadas para o acompanhamento integral de hipertensos e diabéticos, pelas equipes de saúde da família do município de São Joaquim da Barra - SP.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as ações de acompanhamento dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2.

Identificar os instrumentos utilizados pelas equipes para o acompanhamento desta população.

Identificar dificuldades enfrentadas pelas equipes para realização do acompanhamento integral de hipertensos e diabéticos.

MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 Natureza da pesquisa

A presente pesquisa segue a abordagem qualitativa. Existem, dentro das ciências sociais, realidades que não podem ser quantificadas. O aprofundamento do significado, particularidades e emoções do objeto estudado se fazem, então, por meio da qualificação.

Segundo Minayo (2008), a metodologia da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de proposições e conceitos, os quais formam a teoria, as técnicas de operacionalização do conhecimento e a criatividade do pesquisador. Tem o intuito de compreender um fenômeno, um processo ou um conjunto de fenômenos e processos.

O processo de trabalho da pesquisa qualitativa possui, basicamente: a fase exploratória, definição do objeto e organização teórica e metodológica; o trabalho de campo que consiste no levantamento de dados; e a análise e tratamento do material empírico e documental, quando ocorrem a compreensão e a interpretação dos dados levantados, articulando-os com a teoria, ou seja, ordenação dos dados. A análise qualitativa leva à descoberta de códigos sociais, a partir do levantamento das opiniões (MINAYO, 2008).

Na análise da pesquisa qualitativa, devido a sua condição subjetiva, surge certa insegurança sobre sua validade. Apesar disso, deve-se ter em mente que esta modalidade de pesquisa busca compreender vivências (reflexões pessoais de experiências) e sua interpretação é, sempre, inacabada devido à limitação do próprio entrevistado sobre sua vida e também do pesquisador (MINAYO, 2012).

Todavia, quando bem conduzida, a análise deve ser fiel ao campo de tal maneira que, caso os entrevistados estivessem presentes, compartilhariam os resultados da análise ou se surpreenderiam, pois não tinham consciência de tudo o que seria possível compreender, a partir de seus depoimentos. Analisar dados qualitativos, apenas sobre a perspectiva da técnica, empobrece os resultados, sendo a experiência e criatividade do investigador pontos cruciais nesse processo (MINAYO, 2012).

Pesquisar em enfermagem substancia a base teórica, transforma e fortalece o cuidado, possibilitando a aceitação pública (LACERDA, LABROCINI, 2011).

3.2 Cenário da pesquisa

O presente projeto volta-se para a problemática do acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos, no contexto de um município do interior do Estado de São Paulo. Para tanto, segue-se uma caracterização breve do mesmo para dar continuidade ao delineamento do objeto de estudo.

O município localiza-se no interior do Estado de São Paulo, possui uma população de 49.690 mil habitantes, segundo estimativas para o ano de 2014 do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE, 2014b). Pertence à Rede Regionalizada de Atenção à Saúde - RRAS 13, a qual compreende os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto.

A saúde no município conta com os três níveis de atenção. A referência para o nível terciário é a Santa Casa de Misericórdia, entidade filantrópica. No nível de atenção secundário, o município possui: Ambulatório de Especialidades dentre elas: dermatologia, neurologia, ortopedia, cardiologia, otorrinolaringologia, oncologia, oftalmologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional; bem como o Ambulatório de Saúde Mental; Ambulatório de Reeducação Alimentar; Clínica Odontológica e Centro de Prevenção para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS).

Sua rede de atenção básica é constituída por dez equipes de saúde da família com saúde bucal e uma unidade básica tradicional. Apesar de ainda não ter aderido ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008a), todas contam com atendimentos dos profissionais de psicologia, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia domiciliar.

Em dez unidades básicas com a estratégia saúde da família, conta-se com o médico generalista, havendo ainda atendimento de pediatria e ginecologia e obstetrícia; e, em apenas uma unidade, a estratégia saúde da família se apresenta de modo exclusivo, sem as especialidades básicas existentes nas demais. Para os atendimentos de urgência e emergência existe um Pronto-Socorro Municipal.

A cobertura de saúde da família no município é de 90,5%, cujo cálculo foi baseado no número de pessoas cadastradas nas 10 ESFs. No entanto, a cobertura que consta no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde é de 51,10, que considera sete equipes, uma vez que o credenciamento das três equipes mais novas está em processo (BRASIL, 2015b). Essa diferença também se deve ao fato de algumas equipes ultrapassarem a média sugerida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 3.450 pessoas. Exemplificando a sobrecarga das equipes, sendo que uma delas está responsável pelo acompanhamento de 5.552 pessoas.

Do total de usuários acompanhados, maiores de 15 anos, 12,57% (4.633) são hipertensos e 4,19% (1.545) diabéticos, de acordo com dados do sistema de informação da atenção básica municipal.

O plano municipal de saúde para o quadriênio de 2010 a 2013 contemplava entre as linhas de cuidado o tópico “hipertensão e diabetes”. E preconizava, entre outras ações, a captação e acompanhamento sistematizado destes por equipe multiprofissional, consulta de enfermagem e atividades educativas, no mínimo, a cada dois meses (SÃO JOAQUIM DA

BARRA, 2009). As ações preconizadas para esta população se mantiveram no plano plurianual de 2014 a 2017 (SÃO JOAQUIM DA BARRA, 2013).

Em 2014, o município pactuou uma proporção de 35% para as internações por condições sensíveis à AB, porém conseguiu reduzir apenas 0,74% em um ano, chegando a 36,86%. Além de não ter alcançado sua meta, a cidade em estudo ficou muito aquém da pactuação no Estado de São Paulo, 22%. Em contrapartida, cumpriu as metas referentes ao total de internações por infarto agudo do miocárdio e ao número de óbitos em menores de 70 anos pelas principais quatro DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) (BRASIL, 2014b).

A confecção do plano municipal, contudo, é de responsabilidade da equipe técnica da Secretaria de Saúde e não envolve os profissionais assistenciais. A divulgação também é falha, pois esta fica disponível apenas na versão impressa na Secretaria de Saúde, mas não é oferecida aos profissionais nem em formato impresso, nem informatizado.

Com relação ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos, a cidade aderiu ao programa HiperDia em 21 de maio de 2003 com estimativa de 3.134 hipertensos, 162 diabéticos e 81 hipertensos com diabetes (BRASIL, 2013c). No entanto, o relatório de envio de dados por município mostra que São Joaquim da Barra cadastrou apenas 346 pessoas (BRASIL, 2013d).

Atualmente, o sistema não é mais alimentado, e o acompanhamento dos usuários com tais condições crônicas não é padronizado em nenhuma unidade de atenção básica. A demanda passou a ser programada a partir do segundo semestre de 2014 com a implantação do “Programa Mais Médicos” e a exigência do agendamento pela supervisão do programa.

Anteriormente, a busca por atendimento acontecia por iniciativa do usuário na presença de alguma queixa, sinal, sintoma ou mediante necessidade de receita médica para aquisição da medicação de controle, demonstrando baixo vínculo da população com a equipe.

3.3 População do estudo

A população deste estudo constituiu-se de profissionais de equipes de saúde da família. A seleção das equipes foi realizada de acordo com a média atribuída pela mesma no instrumento de autoavaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), referente à parte I “Equipe de Atenção Básica”, dimensão “Gestão da Atenção Básica”, subdimensão “Atenção Integral à Saúde”.

Intencionalmente, foram selecionadas três equipes, sendo duas com pontuações extremas, a máxima e a mínima, e uma na média, para captar possíveis diferenças de ações realizadas e as dificuldades enfrentadas. Segue-se abaixo uma sucinta apresentação do PMAQ/AMAQ para elucidação da relevância deste programa para os serviços de atenção básica à saúde, razão pela qual foi adotado como critério para seleção das equipes de estudo.

3.3.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Assistência na Atenção Básica (PMAQ-AB) e Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)

A atenção básica passou por um momento de implantação e mudanças que caminham para o cenário atual, no qual a cobertura de Estratégia de Saúde da Família é alta em todo o Brasil, porém ainda busca pela efetivação de seu potencial resolutivo e de seu caráter ordenador dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2013e).

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Para atingir esse patamar, o Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados (BRASIL, 2013e).

Em consonância com a ideologia de gestão da qualidade dos serviços de saúde, instituiu-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2011a). Este prevê incentivo financeiro às equipes com melhor desempenho quanto ao acesso e à qualidade dos serviços prestados. E tem como um de seus objetivos a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Entretanto, além da difícil tarefa de realizar autocríticas, fato inaceitável para alguns, ainda existe a percepção de que a avaliação resulta em ações punitivas e no constrangimento daqueles que não alcançaram determinados resultados, ou até a concepção pré-formada de que seja um conjunto de saberes tão complexos que apenas especialistas ou professores universitários são capazes de compreendê-los e aplicá-los (BRASIL, 2013e).

Na perspectiva de romper esses estigmas, o PMAQ incentiva a investigação de problemas pelos próprios atores das equipes como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade da assistência à saúde e atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2013e).

A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho, da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2013e).

Para melhor entendimento do programa, segue cada fase com as respectivas elucidações. O PMAQ compreende quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB).

Adesão: Este processo consiste na contratualização de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, contribuindo com o aprimoramento da cultura de negociação e pactuação no âmbito do SUS. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

Desenvolvimento: A segunda etapa é a execução, propriamente dita, dos compromissos firmados na etapa anterior, e está pautada em quatro pilares, sendo eles: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

Avaliação externa: Nesta etapa, ocorre a visita de avaliadores sem nenhum vínculo com as três esferas de gestão do SUS. Será realizado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade em 100% dos municípios e equipes que aderiram ao programa.

Recontratualização: Essa etapa dá concretude à característica incremental da melhoria do acesso e da qualidade adotada pelo programa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores que envolvem a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes da atenção básica.

Para a autoavaliação, subetapa que compõe o desenvolvimento do programa, o Ministério da Saúde disponibiliza instrumento denominado Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) (BRASIL, 2013e), o qual apresenta padrões de qualidade similares aos apreciados na certificação externa.

O AMAQ inclui, ainda, na parte final do documento uma matriz de intervenção, pois se entende que os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los.

A matriz de intervenção é um modelo de como as equipes devem traçar seu planejamento, apresentando descrição do problema, metas, atividades a serem executados, recursos necessários, responsáveis, prazos, e outros indicadores que permitem o monitoramento da ação estratégica. O estabelecimento de prioridades é, também, ponto fundamental, uma vez que não é possível modificar tudo o que se julga necessário.

Com o objetivo de induzir a implementação de processos autoavaliativos na atenção básica, 10% da nota para a certificação da equipe é vinculada à autoavaliação, sendo realizada por meio do AMAQ ou por outro instrumento adotado pela equipe.

A elaboração do instrumento de autoavaliação do Ministério da Saúde foi norteada pelos princípios e diretrizes da Atenção Básica no Brasil. Em sua estrutura constam duas partes: parte I – Equipe de Atenção Básica; e parte II – Equipe de Saúde Bucal. Nas duas partes, há ainda a divisão entre as competências consideradas da gestão e da equipe. Assim, os temas principais e seus desdobramentos são distribuídos como mostra o quadro abaixo.

Quadro 2 - Estrutura do instrumento AMAQ – AB: Equipe de Atenção Básica

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
		A. Implantação e implementação da Atenção Básica no município
	Gestão municipal	B. Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C. Gestão do trabalho
Gestão		D. Participação, controle social e satisfação do usuário
		E. Apoio institucional
	Gestão da atenção	F. Educação permanente
	básica	G. Monitoramento e avaliação
	Unidade Básica de	H. Infraestrutura e equipamentos
	Saúde	I. Insumos, imunobiológicos e medicamentos
Equipe de Atenção	Educação permanente,	J. Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
Básica	processo de trabalho	K. Organização do processo de trabalho
	e atenção integral	L. Atenção integral à saúde
	à saúde.	M. Participação, controle social e satisfação do usuário
		N. Programa Saúde Escola

Fonte: Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (BRASIL, 2013e).

Com cada subdimensão, são elencados padrões de qualidade, baseados nos princípios e diretrizes da PNAB, e, dentre as inúmeras atribuições da atenção básica,

compõe-se um conjunto de ações consideradas estratégicas e potenciais indutoras de mudanças no cotidiano dos serviços. Os padrões são mensurados numericamente, notas de 0 a 10, viabilizando a constituição de classificações gerais de qualidade.

Neste instrumento, considera-se atenção integral o acolhimento à demanda espontânea e programada aos indivíduos em qualquer fase do desenvolvimento humano por meio de ações individuais ou coletivas, abordando seus aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Dentre os padrões de qualidade que retratam a integralidade, destacam-se, para o presente estudo, aqueles relacionados ao acompanhamento e cuidado de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus:

Identificação e registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território;

- Organização da atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco; realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas;
- Desenvolvimento de grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território;
- Incentivo e desenvolvimento de práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território;
- Desenvolvimento de estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável, respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.

A Atenção Integral à Saúde, especificamente, subdimensão considerada neste estudo para seleção das equipes, apresenta 35 padrões de qualidade, podendo sua pontuação máxima chegar a 350. Para representar a realidade das equipes selecionadas, seguem as notas atribuídas por cada uma no AMAQ: a equipe que melhor se avaliou atribuiu nota de 285, a menor nota foi 179, e a pontuação mediana foi 199.

3.3.2 Composição e caracterização das equipes

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, cada Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal é composta pela equipe mínima: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório odontológico e seis agentes comunitários de saúde, os quais atuam com carga horária integral, ou seja, quarenta horas semanais, na mesma equipe.

Existe, ainda no município, a participação de outros profissionais como: psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, médicos pediatras e ginecologistas. Contudo, todas estas categorias profissionais não estão presentes uniformemente em todas as equipes de saúde

da família. Além disso, a carga horária de alguns profissionais é dividida entre as unidades de saúde, havendo atendimento em apenas alguns dias da semana.

Dessa forma, o total de trabalhadores que compõem as três equipes selecionadas é de 45 pessoas, cuja distribuição segue no quadro abaixo.

Quadro 3 - Quadro de profissionais das equipes de saúde da família segundo categoria profissional e carga horária

Equipe Categoria Profissional	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3
Agente comunitário de saúde	6 - 40h/semana cada	6 - 40h/semana cada	6 - 40h/semana cada
Auxiliar de consultório odontológico	1 - 40h/semana	0	0
Auxiliar de enfermagem	0	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana
Clínico geral	0	0	0
Dentista	1 - 40h/semana	2 - 20h/semana cada	1-10h/semana para atendimento e 10h como referência especializada.
Enfermeiro	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana
Fonoaudiólogo	1 - 4h/semana	1 - 4h/semana	1 - 4h/semana
Ginecologista/obstetra	0	0	1 - 8h/semana
Médico	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana
Nutricionista	1 - 8h/semana	1 - 8h/semana	1 - 8h/semana
Pediatra	0	1 - 4h/semana	0
Psicóloga	1 - 4h/semana	1 - 4h/semana	1 - 4h/semana
Recepcionista	1 - 40h/semana	0	0
Serviços Gerais	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana
Técnico de enfermagem	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana	1 - 40h/semana

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2015.

No município, as equipes 1 e 3 são credenciadas como Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal, apesar de na equipe 3 não haver odontólogo em tempo integral. Contraditoriamente, mesmo com dois dentistas revezando e cobrindo toda a carga horária semanal, a equipe 2 está credenciada como Saúde da Família sem atenção odontológica.

No histórico de implantação das unidades de saúde, observa-se que a equipe 2 está inserida em uma unidade fundada em 2003 como unidade básica tradicional. A estratégia saúde da família iniciou em 2007, com uma equipe constituída por profissionais terceirizados, os quais foram substituídos em 2012 por efetivos concursados. Em menos de

dez anos, esta unidade teve sua equipe alterada três vezes, motivo que prejudica o vínculo construído com a comunidade.

A equipe 3 vem logo depois na linha temporal da atenção básica municipal, esta foi inaugurada em 2006, também como unidade básica tradicional. O credenciamento da Saúde da Família e bucal só aconteceu em 2013, porém neste caso, já com profissionais efetivos.

E, por último, a equipe 1 que já nasceu como Estratégia de Saúde da Família em 2008. Suas atividades iniciaram com profissionais não estáveis, sendo quase toda a equipe trocada após quatro anos, apenas a médica se efetivou e permaneceu, mantendo uma ligação com a população.

Relacionado à efetivação de profissionais da categoria médica, se configurava um entrave para o desenvolvimento das ações da atenção básica no município, uma vez que, mesmo após oferecer sete vagas em concurso público para médico da estratégia de saúde da família, conseguiu contratar somente dois. Sendo assim, no início de 2014 a gestão aderiu ao “Programa Mais Médicos”, e foi contemplado com oito médicos provenientes da cooperativa de Cuba. As equipes 2 e 3, que chegaram a ficar vários meses sem médico, puderam assim ser completadas.

3.4 Técnicas de produção de dados

Foi utilizado o grupo focal para coleta de dados. Neste tipo de coleta, os sujeitos participantes da pesquisa debatem sobre um determinado tema a partir de estímulos adequados. A discussão grupal oportuniza um espaço reflexivo e crítico individual e permite, portanto, o conhecimento do cotidiano pela ótica dos que a vivem. Este método tem sido utilizado na enfermagem em estudos que avaliam aspectos relacionados à educação, promoção, programas e projetos de saúde (RESSEL, 2008).

O trabalho com grupos tem a potência de mobilizar coletivos e intervir nos processos de trabalho (FORTUNA et al., 2005). A operacionalização dos grupos permite, ainda, a estruturação de ações diagnósticas, levantamento de problemas e avaliação de serviços. Conhecer os comportamentos da população ligados à saúde e à doença facilita o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção eficazes (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

O grupo focal com cada equipe norteou-se por um roteiro semiestruturado (Apêndice B) com vistas a atender aos objetivos deste estudo. Os grupos foram coordenados por um mediador e um observador, os quais foram previamente preparados por meio de treinamento específico, idealizado para o aprimoramento das técnicas para condução de um grupo focal.

A autora da pesquisa não participou diretamente dos grupos focais, uma vez que possui cargo de coordenadora da Saúde da Família municipal e por esta relação hierárquica com as equipes não seria recomendável sua participação direta na coleta de dados, para evitar constrangimentos aos participantes no momento de expressar suas opiniões. Assim, a contribuição destes pesquisadores e colaboradores foi de suma importância. Posteriormente, todos os encontros foram gravados e transcritos na íntegra.

Os encontros grupais objetivaram discutir com as equipes de saúde da família as ações realizadas para o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, tendo como ponto de partida e eixo fundamental a sensibilização e mobilização dos profissionais para o acompanhamento e cuidado integral deste grupo populacional.

Para a formação do grupo focal, faz-se necessário que os participantes tenham algo em comum. Neste caso, os grupos foram realizados com profissionais que atuam na mesma equipe e zelam pela saúde dos habitantes do mesmo território delimitado. Cada um com distintas atribuições, mas objetivando o mesmo resultado, no caso, a assistência à saúde integral de hipertensos e diabéticos.

Para o bom funcionamento grupal, é imprescindível que este seja realizado em horário oportuno para os participantes, de modo a não atrapalhar a rotina de trabalho e seus afazeres pessoais. Assim, em comum acordo com a equipe e a gestão, optou-se por utilizar o horário destinado para a reunião semanal de equipe.

Foram programados e realizados dois encontros de duas horas com cada equipe. No primeiro encontro, houve a apresentação da pesquisa, esclarecimento de dúvidas e os procedimentos éticos. A seguir, procedeu-se à caracterização dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família de São Joaquim da Barra selecionadas, por meio de questionário semiestruturado (Apêndice A) preenchido pelo próprio trabalhador. E, conforme desenvolvimento planejado, deu-se o início da discussão sobre a integralidade e sua aplicação na saúde, mais especificamente na saúde dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus tipo 2.

O segundo encontro objetivou abordar as ações de acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos, efetivamente, realizado pelas equipes, além das dificuldades encontradas pela equipe e por cada profissional para o acompanhamento desta população, norteado por roteiro previamente confeccionado (Apêndice B).

3.5 Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, seguindo as normatizações da

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na Resolução do CNS 466/2012 – Protocolo CAAE: 36369414.1.0000.5393 (ANEXO A). Para tanto, formalizou-se pedido de autorização junto à gestão municipal (ANEXO B) e unidades de estratégia de saúde da família, a fim de expor o projeto e solicitar anuência para participação.

Mediante aceite e aprovação no Conselho de Ética e Pesquisa solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE C) a todos que participaram da pesquisa, no primeiro encontro do grupo focal, como atividade que antecedeu o seu início.

Para assegurar o sigilo, adotou-se na apresentação dos resultados a identificação das equipes por números e dos trabalhadores pelas iniciais da profissão seguida de número sequencial.

3.6 Análise dos dados

O material transcrito dos encontros foi submetido à análise de conteúdo temática.

Na pesquisa qualitativa, a análise busca explorar representações sociais e conjuntos de opiniões sobre o tema a ser investigado. A análise de conteúdo se volta à descrição sistematizada das comunicações com o objetivo de interpretá-las profundamente, através de inferências baseadas no referencial teórico que se caracteriza pela busca de núcleos de sentido presentes nas falas dos participantes da pesquisa (GOMES, 2010).

Os dados que tomam forma literal podem ser objeto de uma análise de conteúdo. Este método possibilita o processamento de dados na pesquisa qualitativa, para captar a presença ou ausência de características num determinado fragmento de mensagem levado em consideração (BARDIN, 1994).

Apresenta-se a análise em três fases principais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Neste último, objeto desta exposição, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos (BARDIN, 1994). Extrair a significação e característica dos elementos apresentados nos discursos é a base da análise de conteúdo (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Esta análise utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitem a inferência de conhecimentos relativos às ideias expostas (BARDIN, 1994). As induções são fruto de uma reconstrução simultânea das mensagens com as percepções do pesquisador (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Assim, após a coleta de dados, a análise de conteúdo desta pesquisa seguiu as seguintes etapas:

- Digitação dos dados referentes à caracterização dos sujeitos, em planilha excel;
- Análise dos dados de caracterização por frequências;
- Transcrição dos grupos focais na íntegra;
- Análise dos relatórios dos observadores;
- Análise dos depoimentos que emergiram durante os grupos focais;
- Categorização dos depoimentos, segundo seus núcleos de sentido.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes

A caracterização das equipes foi realizada por meio de instrumento (Apêndice A) que agrupava informações pessoais, como: idade, estado civil, número de filhos e sexo; e informações profissionais como: categoria profissional, nível de escolaridade, cursos realizados e experiências profissionais. Além disso, englobava dados sobre motivações para o trabalho na atenção básica e fontes de atualização profissional.

Dos 45 trabalhadores que compõem as três equipes, participaram do estudo 22 profissionais da saúde, sendo nove da equipe 1, sete da equipe 2 e seis da equipe 3. Apenas um agente comunitário de saúde, da equipe 1, é do sexo masculino. Quanto às idades, quatro têm até 29 anos, 11 de 30 a 39 anos, seis de 40 a 49 anos e um com 50 anos ou mais. A equipe 3 foi a mais jovem, não apresentando nenhum trabalhador com idade acima de 39 anos. Com relação ao estado civil, oito são solteiros, 10 casados e quatro declararam estar em uma união consensual. Dos participantes, 11 têm filhos, em média 1,6 filho por pessoa.

Quanto à categoria profissional, participaram 12 agentes comunitários de saúde, três técnicos de enfermagem, três enfermeiras, três médicas, uma dentista e uma recepcionista. O nível de escolaridade de nove participantes é ensino médio completo, oito possuem nível superior completo, quatro têm curso técnico e um com nível superior incompleto.

Na equipe 1, observou-se maior escolaridade nos cargos de nível médio, isto é, uma agente comunitária e a recepcionista possuem formação técnica, uma ACS tem graduação completa e uma está cursando a universidade.

Cinco dos profissionais, obrigatoriamente, de nível superior (médicas, enfermeiras e dentista) fizeram pós-graduação do tipo *lato sensu*. Dentre as especialidades, foram encontradas endocrinologia, medicina do trabalho, medicina integral, reabilitação, nefrologia e saúde da família. Apenas a enfermeira da equipe 2 não possui pós-graduação e a única especialista em saúde da família é a dentista da equipe 1. A especialização em medicina integral foi realizada pelas médicas cubanas e contempla conteúdos semelhantes às residências de Clínica Médica e Medicina Social do Brasil.

Quanto à carga horária, todos declararam trabalhar oito horas por dia, das 7 horas às 17 horas. Apenas a médica da equipe 2 declarou trabalhar seis horas diárias.

Quatro profissionais entrevistados tiveram experiências anteriores na área hospitalar, sendo três da equipe 1, (médica, enfermeira e técnico de enfermagem), e um da equipe 2 (enfermeira). Quatro já haviam atuado na Estratégia de Saúde da Família. Seis profissionais trabalharam em estabelecimentos comerciais ou prestação de serviços, e para oito pessoas este é o primeiro emprego.

A média de anos trabalhados antes da atuação na Prefeitura é de quatro anos e meio, na atenção básica é de quatro anos, e na atual Estratégia de Saúde da Família, dois anos. Sendo a equipe 1 a que tem maior média de tempo de trabalho na atenção básica, 5 anos e 9 meses.

Dentre as motivações para atuar na atenção básica, oito declararam que o emprego público foi o principal atrativo; uma mencionou a necessidade de ajudar no orçamento familiar; uma pessoa considerou o fato de ter os finais de semana livres uma vantagem, já que no seu trabalho anterior só tinha uma folga semanal.

A vontade de realizar prevenção se destacou para a motivação de cinco participantes, estando presente em todas as equipes, como mostram as falas a seguir.

“Prefiro lidar com ou tratar ensinando, conversando com o paciente e ele interagindo, procurando evitar a doença, ou suas complicações.” (E2, TE).

“No início não havia motivo, pois não conhecia o trabalho, mas depois entendi que é levar a informação de cuidado com a saúde da população e resgatá-los.” (E2, ACS3).

“Por ter trabalhado em urgência, vi necessidade da prevenção.” (E1, MED).

“Atuar na prevenção primária, acompanhamento e reabilitação do paciente, e o cuidado ao longo do tempo.” (E1, DENT).

“Eu acredito que a atenção básica é o melhor jeito de fazer saúde, porque trabalhamos não só com o paciente, mas também com a comunidade, fazendo promoção e prevenção de saúde.” (E3, MED).

A identificação pessoal e vontade de ajudar e ser útil à população apareceu nas falas de sete profissionais:

“Através de comentários de outras agentes e até mesmo dos próprios pacientes, achava que poderia ser útil e prestar cuidados com a comunidade.” (E2, ACS2).

“Me especializei em medicina integral para trabalhar na atenção básica.” (E2, MED).

“Porque gosto da área da saúde (...).” (E2, ACS4).

“Por gostar de trabalhar a escuta e ajudar as pessoas que precisam do nosso trabalho.” (E1, ACS3).

“Por gostar de escutar e ajudar quanto aos problemas familiares” (E1, ACS1).

“Sempre me dediquei a esta área” (E1, RECEP).

“É uma área da qual me identifico” (E3, ENF).

Todos os participantes leram sobre hipertensão e/ou diabetes no último ano, a principal fonte de leitura foram os livros (13), seguidos dos artigos (12) e dos manuais, protocolos e informes técnicos (5) e por último as teses e dissertações (3). Um participante,

apesar de ter indicado “sim” para a leitura, não assinalou nenhuma fonte, os outros assinalaram mais de uma opção.

Quanto à participação, no último ano, em eventos sobre hipertensão e/ou diabetes, 17 disseram ter participado, e cinco não. O tipo de evento mais frequentado foram os cursos e treinamentos oferecidos aos trabalhadores de saúde pelas Secretarias Municipais e Estaduais, o qual foi apontado por 14 pessoas, seguido pelos congressos e simpósios, apontados por apenas uma pessoa, sendo esta a médica da equipe 1.

4.2 Análise dos grupos focais

Da análise temática do material transcrito dos grupos focais emergiram núcleos de sentido que seguem apresentados em três temáticas principais: concepções dos profissionais sobre o trabalho em saúde, ações e dificuldades para o acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos.

4.2.1 Concepções dos profissionais sobre o trabalho em saúde

Este primeiro tema refere-se à primeira pergunta do roteiro que norteou o grupo focal, a qual tratava sobre o entendimento dos profissionais acerca do acompanhamento integral de hipertensos e diabéticos. Na análise, emergiram três núcleos de sentido: Definição de saúde; Significado do acompanhamento e Integralidade, como mostra o organograma abaixo:

Figura 1- Concepções dos profissionais sobre o trabalho em saúde.

Definição de saúde

A definição de saúde foi abordada pela equipe 1 no grupo focal, configurando-se uma discussão que embasou as considerações seguintes. A saúde foi definida pelos

participantes em seu formato amplo: estado de equilíbrio do indivíduo nas esferas biológica, psicológica e social.

“Porque a saúde não é só medicação, a saúde mental e social também interfere.” (E1, GF2, ACS1).

“MODERADOR: Gostaria de entender melhor o que é esse emocional? ACS4: pra mim é uma discussão em casa, que altera a saúde da pessoa.” (E1, GF2, ACS4).

Houve também uma crítica ao entendimento da população sobre a definição de saúde que, segundo a participante, reduz a saúde à ausência de doenças.

“A população não aceita que saúde é orientações, dieta, exercícios, palestras, prevenção, acho que a maioria acha que fazer saúde é quando já está doente, antes de estar necessitando a aceitação é menor.” (E1, GF1, ACS2).

Significado do acompanhamento

O acompanhamento foi definido pela periodicidade do comparecimento do usuário à unidade para realização de consulta e/ou aferição da pressão arterial e da glicemia capilar.

“Seria o paciente vir sempre na unidade, marcar uma consulta pelo menos uma vez ao mês, o paciente vir em jejum pra gente ver como está a glicose. Verificar a dieta, a pressão, as receitas, se está tomando a medicação corretamente na casa do paciente. Pelas consultas tem como a gente também acompanhar.” (E1, GF2, TE).

O contexto social também foi abordado como imprescindível para o acompanhamento, e o agente comunitário de saúde foi apontado como principal ator da equipe para a compreensão deste cenário.

“A agente comunitária consegue ver o contexto, a situação do dia a dia, o psicológico, a situação social.” (E1, GF2, ACS1).

Quando questionados acerca do entendimento da equipe sobre o sentido de contexto social, emergiram dois exemplos distintos: O social como uma forma de o indivíduo se socializar.

“(...) Esse social acho que seria trazer essas pessoas pra mais perto da unidade, através dos grupos, acho que isso também é válido. Às vezes até ajuda a pessoa que se sente sozinha, vem participar dos grupos e se sente menos sozinho.” (E1, GF2, ACS4).

E o contexto social relacionado ao baixo poder aquisitivo, o qual também é apontado como um agravante para a adesão do diabético à dieta.

“Social abrange também a dificuldade financeira, porque você pode ficar deprimida, preocupada, e quando eles vêm no grupo conversam, acabam aliviando essa angústia.” (E1, GF2, RECEP).

“Essa questão financeira também dificulta porque quem tem diabetes gasta muito. Fazer o regime fica bem caro.” (E1, GF2, ACS4).

O que é integralidade?

A primeira pergunta do instrumento que norteou os grupos focais referia-se, também, ao entendimento das equipes sobre o significado de cuidado integral. O início desta discussão foi permeado por muitas dúvidas na equipe 2.

“Eu não sei se essa integralidade existe. Como, por exemplo, o serviço como um todo, o posto aqui, nós como saúde da família e o nosso território, será que existe integração? Acho que não. Não existe integração total do território com a nossa unidade, existem pessoas que utilizam a unidade, alguns utilizam às vezes e pessoas que nunca vieram à unidade porque tem plano de saúde.” (E2, GF1, ENF).

“Eu acho que o que você está tentando dizer é que esta integralidade não existe.” (E2, GF1, ENF, se referindo à falta de vagas com especialistas, mencionada pela médica).

“Esse negócio de integralidade não entra na minha cabeça. Mas um dia veio uma paciente com pressão alta aí mandamos ela pro hospital e de lá não voltou pra cá. Tinha que voltar? Integral não seria uma coisa dia e noite?” (E2, GF1, TE).

“Seria a integralidade dos serviços relacionados à saúde, qual a relação desta unidade com outros serviços. É isso?” (E2, GF1, ACS3).

Após refutar sua existência da integralidade, a equipe 2, assim como a 1, a definiu como a prática da boa medicina e o modo de fazer saúde voltado para o indivíduo e o atendimento de todas as suas necessidades, seguindo o primeiro sentido proposto por Mattos.

“É olhar o outro como um todo, pensando que ele está inserido numa sociedade, e tudo influencia na saúde dele, ter uma visão global, pensando na alimentação, educação, moradia (...) o integral pra mim é ver se todas as necessidades da pessoa estão atendidas, não só a saúde, as outras partes da vida dela estão equilibradas.” (E1, GF2, ENF).

“(...) toda equipe tem que ver o paciente por completo, biopsicossocial. E realmente, no caso do paciente hipertenso e diabético, eu preciso olhar por completo o paciente dos pés a cabeça, o exame físico e tudo (...)” (E2, GF1, MED).

A integralidade como forma de organizar os serviços de saúde foi abordada pela equipe 1, relacionada com a organização do processo de trabalho para alcançar uma assistência multidisciplinar, sendo o usuário também incluído como agente ativo deste processo.

“Seria todos os profissionais indo lá, a agente comunitária, a enfermeira, a médica, a nutricionista.” (E1, GF2, ACS2).

“O integral pra mim é também todos trabalhando juntos pra poder dar um suporte maior pra aquela família.” (E1, GF2, ACS1).

“Acho que pra mim é cada um fazer a sua parte (...) não adianta a gente fazer o que nos cabe como profissionais da saúde e quando chega em casa não tem assistência.” (E1, GF2, ACS3, se referindo à responsabilidade do usuário com seu tratamento).

Na equipe 2, seus membros concluíram que para o cuidado integral é necessária a integração entre os serviços, o que se caracteriza como uma organização dos serviços de saúde relacionada, no caso, ao sistema de referência e contrarreferência.

“MODERADOR: o que mais a gente usa para podermos proporcionar essa integralidade? ENF: Os outros serviços.” (E2, GF2, ENF).

“O serviço integral não fica só no básico, precisa ter os ambulatórios, os hospitais.” (E2, GF2, ACS3).

Não houve referência a nenhuma política específica ao hipertenso e diabético. Assim, o terceiro sentido da integralidade proposto por Mattos não foi mencionado por nenhuma das equipes.

Outros sentidos sobre integralidade foram levantados, na equipe 1, esta foi também compreendida como uma ação contínua.

“Em minha opinião, o integral seria uma coisa constante, teria que ir todo dia lá, até duas vezes por dia, pelo menos até regular o tratamento desta menina.” (E1, GF2, RECEP).

E na equipe 2, uma agente comunitária de saúde considerou que o cuidado integral é quando a equipe insiste no tratamento e consegue a adesão por meio da imposição.

“É o caso do paciente resistente, aquele que você tenta, tenta e não vem. Então temos que dar um jeito de ir até ele. Leva a equipe: a enfermeira, a médica, leva todo mundo. Aí chega lá a gente põe ele contra a parede, ou você faz o tratamento ou faz.” (E2, GF1, ACS2).

A abordagem da integralidade na equipe 3 só emergiu a partir da atividade disparadora do tema: a leitura da fábula “O macaco e o peixinho”. Esta atividade foi realizada com as equipes 2 e 3, a fábula conta a história de um macaco que retirou um peixinho da água gelada para que não sentisse frio, este morreu por não conseguir respirar fora d’água, contudo o macaco concluiu que sua morte só poderia ter ocorrido devido a um resfriado adquirido pela baixa temperatura do rio e que havia feito tudo que estava ao seu alcance para proporcionar um fim de vida saudável ao peixe.

A fábula levou os participantes a repensar sua atuação.

“MODERADOR: queria saber se vocês já agiram como o macaco e como foi isso? ENF: Acho que a gente vive sendo o macaco.” (E2, GF2, ENF).

E avaliaram quais atitudes que devem tomar para não cometer o mesmo erro do personagem macaco.

“É você pensar que está fazendo o certo e o certo nem sempre é o melhor pra pessoa.” (E2, GF2, ENF).

As reflexões sobre a fábula permearam o compromisso do profissional de saúde em respeitar as culturas e particularidades de cada indivíduo, mesmo não concordando com elas.

“O macaco queria ajudar. Como, por exemplo, quando você visita a casa de uma pessoa e está toda suja, atrapalhando a saúde da pessoa, mas pra ela está tudo bem, ela está acostumada com aquele ambiente com falta de higiene, mas quem chega de fora dá vontade de sair correndo.” (E2, GF2, ACS4).

“Tem muitos que juntam sucata pra vender e aquilo pra mim é sujeira, mas pra ele é o seu sustento.” (E2, GF2, ACS2).

“Algumas situações que a gente entra em choque, porque você pensa como que vive desta forma, mas é a maneira dela viver. Tem muita família que vem pesar por causa do “bolsa família”, tem seis filhos e não trabalha, eu fico pensando como que vive assim. Mas é como falamos na última reunião, tem coisa que podemos agir antes, outras temos que tentar se adequar. O mesmo acontece com a doença o ideal seria não ter a doença, mas como já está instalada tem-se que orientar a melhor forma para a pessoa viver com ela, evitando o agravo. A gente acaba julgando a pessoa pelos hábitos que a gente tem, e também acaba julgando a pessoa e não a situação.” (E3, GF2, ENF).

“Temos que respeitar o que o paciente pensa. (...) No meu país nós trabalhamos muito com a assistência social, se ele mora sozinho e não quer ir morar num asilo temos que respeitar o que ele pensa.” (E3, GF2, MED).

4.2.2 Ações de acompanhamento e cuidado integral aos hipertensos e diabéticos

O segundo tema refere-se às ações, desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família, para o acompanhamento e cuidado integral de pessoas com hipertensão e diabetes. As equipes destacaram várias ações que, direta ou indiretamente, promovem o acompanhamento e o cuidado integral desta população. O diagrama abaixo ilustra os núcleos de sentido que emergiram durante o grupo focal.

Figura 2 - Ações de acompanhamento e cuidado integral aos hipertensos e diabéticos **Prevenção e promoção**

A Estratégia de Saúde da Família é identificada, pelos profissionais, como uma equipe que atua primordialmente na prevenção.

“Aqui é a prevenção, claro que cuidamos de quem está doente, mas temos que informar quem ainda não está doente.” (E2, GF2, ACS3).

A escuta qualificada, durante a visita domiciliar, foi identificada como uma ação de prevenção, uma vez que visa à identificação de risco nos familiares de indivíduos com hipertensão e diabetes.

“Acho que ter a informação já ajuda muito, se a pessoa tem um familiar com hipertensão ou diabetes. Temos que ficar mais atento. Durante a conversa nós conseguimos descobrir muitos sinais que podem ajudar a conduta da médica ou da enfermeira.” (E2, GF2, ACS3).

Outra ação mencionada para a promoção e prevenção foi os grupos com palestras e atividades de educação em saúde. A equipe 1 declarou realizá-los, periodicamente, e as equipes 2 e 3 disseram já ter realizado no passado.

“Toda última terça-feira do mês a gente faz uma reunião para a comunidade com a médica, a enfermeira, a nutricionista e outros profissionais para falar sobre um tema de saúde.” (E1, GF2, ACS3).

“Sempre na última semana do mês a gente fazia um grupo de saúde (...) sempre aferimos a pressão antes de começar.” (E3, GF1, ENF).

“No ano passado a nutricionista fez uma palestra e mostrou a quantidade de açúcar e sal que tinha em cada alimento industrializado.” (E2, GF2, ACS3).

Os temas dos grupos abordam hábitos de vida saudável, e não apenas informações sobre a doença.

“Teve a reunião que nós fizemos de alimentação saudável para essa população. Fizemos um questionário para ver o risco que a pessoa tem para ter uma complicação.” (E3, GF1, ENF).

A comunidade mostra interesse pelos grupos, pois a participação é expressiva.

“A gente ficava até com certo receio de fazer o grupo porque achava que não viria ninguém, (...), e não, foi bastante gente (...)” (E3, GF1, ENF).

“E vem bastante gente, eles gostam, quando não tem, eles perguntam.” (E1, GF2, RECEP).

Quando questionados sobre atividades de lazer oferecidas para a população hipertensa e diabética do bairro, mencionaram as atividades oferecidas pelo município para a população idosa em geral, mas nenhuma ação específica de cada equipe.

“Específico da unidade não, mas o município tem um programa de exercícios para os idosos, o PIC, o SEMAI¹, hidroginástica.” (E1, GF2, ENF).

“O SEMAI promove baile, viagens pra praia, competições de vôlei da terceira idade, viajam para as competições.” (E1, GF2, TE).

Contudo identificam os usuários da área de abrangência que participam destas atividades e registram no relatório, afinal esta informação é de grande valia para avaliação clínica do usuário.

“MODERADOR: E têm hipertensos e diabéticos desta área que participam destas atividades? ACS4: têm muitos. MODERADOR: Tem registro destas atividades no prontuário de vocês? ACS4: só no relatório de visita (...)” (E1, GF2).

Orientações

O agente comunitário de saúde se destacou na ação de orientar os moradores da área de abrangência. No início, os próprios agentes não deram a devida importância a essa ação, pressupondo serem irrelevantes.

¹ SEMAI – Serviço municipal que se destinava à oferta de atendimentos médicos específicos para o idoso. Atualmente, o serviço oferece apenas atividades de lazer, com intuito de promover a saúde da população idosa.

“MODERADOR: e os agentes o que vocês conseguem fazer? ACS4: tirando as orientações nas casas, mais nada.” (E2, GF2).

Conforme foram expondo suas atividades diárias, perceberam que aos poucos influenciam os usuários para o cuidado em saúde. As falas mostram sua dedicação, paciência e zelo pelos usuários.

“Mas essa orientação já ajuda, uma paciente me mostrou os remédios que ela tomava e questionou porque não baixava a pressão, e eu vi que ela não estava tomando o remédio da pressão, então expliquei qual que era o remédio certo e ela melhorou.” (E2, GF2, ACS3).

Apesar de não terem nenhuma formação técnica, revelam grande preocupação em aprender e se informar para realizar as orientações corretamente.

“Sempre que eu tinha dúvida, eu chegava à unidade e perguntava pra médica ou pra enfermeira e só falava pros pacientes orientações corretas, nunca falava o que não sabia.” (E3, GF2, ACS2).

Do ponto de vista de integrantes da equipe 2, a abordagem no momento da orientação deve ser severa para ter resultados. Consideram que a “pedagogia do medo” faz com que os usuários se sensibilizem e acatem as indicações da equipe para seu tratamento.

“Eu sou brava, porque acho que falar de um jeito diplomático não funciona.” (E2, GF2, MED).

“Acho que é necessário mostrar imagens chocantes pra pessoa ficar impressionada.” (E2, GF2, ACS3).

“Eu apelo pra filho, apelo pra tudo. Eu pergunto: você quer ver seus filhos crescerem? Então se cuida senão você vai morrer.” (E2, GF1, ACS2).

Visitas domiciliares

A visita domiciliar foi descrita como importante ferramenta para o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes. Os agentes comunitários de saúde se destacaram nesta ação, a qual permite a observação da realidade e do cotidiano do usuário.

“As agentes veem o dia a dia, as pessoas falam coisas para elas na visita que não falam aqui na unidade, nem na consulta. Então elas chegam lá, se a pessoa teve uma discussão, contam pra elas, elas são de confiança. Aqui não, é tudo mais formal.” (E1, GF2, RECEP).

O caráter informal da visita em oposição ao ambiente da unidade de saúde mencionado na fala anterior se configura em uma vantagem para o seguimento da saúde do usuário.

“É mais um bate-papo, se está tomando o remédio, se faz a dieta, exercício físico, se precisa de consulta. E se tiver sentindo alguma coisa marca consulta com a doutora para ela avaliar.” (E3, GF1, ACS4).

O fato de ir até a casa do usuário, uma vez ao mês, é uma forma de oferecer os serviços prestados pelos profissionais da equipe de saúde da família.

“Nossa ação é só visita e orientação, a gente pergunta se precisa de alguma coisa: material, visita de algum profissional, receita, consulta.” (E1, GF2, ACS1).

O cadastramento realizado pelo agente comunitário de saúde exclusivamente na visita domiciliar foi lembrado como uma ferramenta para o diagnóstico e assistência do usuário, por conter informações relativas à sua saúde.

“Até a ficha do agente de saúde ajuda muito, tinha muita gente que eles perguntavam se tinha pressão alta e não sabia, então já era um estímulo a procurar a unidade, orientar a aferir a pressão de rotina.” (E3, GF1, ENF).

Em outras falas, as agentes comunitárias expõem, também, a visita como uma forma de se realizar o acompanhamento, mas argumentam a importância da participação do usuário no seu tratamento para o alcance de resultados efetivos.

“Porque a gente vê que toma refrigerante, come com muito sal, come doce e depois reclama que a diabetes está descontrolada.” (E1, GF2, ACS2).

“São as visitas que a gente faz na casa, mas também tem a parte dele, porque tem que seguir as orientações. Tem que ter a colaboração do paciente também.” (E3, GF1, ACS1).

Consultas

A consulta individual foi indicada como uma ação de acompanhamento. É o momento de verificar a evolução do tratamento e realizar as orientações específicas. O acompanhamento realizado pelo ato de consultar é de caráter multiprofissional, pois o usuário é examinado por vários profissionais da saúde.

“MODERADOR: E além da consulta médica, qual outro tipo de consulta vocês ofertam? TE: Tem a consulta domiciliar. ACS2: Tem também nutricionista, psicóloga, fono, dentista (...)” (E1, GF2).

Na fala abaixo, a equipe considerou a mudança da demanda espontânea para a demanda agendada uma evolução no acompanhamento, tanto para a humanização do cuidado expressa na garantia da vaga, quanto para a organização do acompanhamento, uma vez que a equipe pode programar as consultas periódicas e monitorar a assiduidade do usuário.

“O agendamento começou há pouco tempo. Antes era só UBS e não tinha médico aqui, e a população não tinha a cultura de procurar. Depois passou a ser por ordem de chegada, então eles chegavam aqui às 5 da manhã. Agora melhorou, mas mesmo estando agendados, eles chegam cedo, mas melhorou.” (E3, GF2, ENF).

Considerar o contexto familiar para propor o cuidado

A estrutura familiar pode influenciar no diagnóstico, na adesão ao tratamento e no acompanhamento. Os profissionais de saúde entendem que é fundamental o apoio da família ao usuário para a garantia da continuidade do tratamento, ademais o familiar se torna um aliado da equipe para o acompanhamento nos casos de difícil adesão.

“A família é um contexto importante também, entender como funciona aquela família. Quem cozinha? Se for uma criança, a mãe tem que cuidar, então não pode ter em casa certos alimentos, porque se a criança ver vai querer.” (E1, GF2, ACS1).

Entretanto, como exposto pelas equipes, quando não há esse sustentáculo da família, a assistência à saúde fica prejudicada, podendo acarretar em diagnóstico tardio e agravos irreversíveis. Nos casos de crianças e idosos, este cenário pode ser pior. Os extremos de idade necessitam de alguém que zele pela sua saúde em tempo integral.

“(...) a gente marca consulta e não vem, e não tem um familiar que se preocupe, os filhos dizem: - A mamãe está melhor do que eu. Não precisa ir ao médico não. Mas quando vai ver tem mais de ano que não faz um exame.” (E1, GF2, ACS1).

Na equipe 1, foi citado um exemplo de como a falta de estrutura familiar pode acarretar em agravos à saúde de um diabético. O apoio de familiares e outras pessoas significativas contribuem para a adesão ao tratamento e acompanhamento.

“Tem o caso de uma menina de 13 anos, que ontem deu entrada no hospital com cetoacidose diabética, e está na UTI. Ela também é bem resistente em usar a insulina (...) e os pais não conseguem se impor (...) a doença dela acaba se agravando devido à desestruturação da família” (E1, GF2, ENF).

“A mãe dela é hipertensa e tem depressão grave, vive na cama. Ela tem uma irmãzinha de 2 anos e (...) tem que fazer comida, tomar conta da casa e cuidar da irmã, tem toda essa responsabilidade.” (E1, GF2, ACS2).

Intersetorialidade

As ações que envolvem diferentes setores também foram apontadas como ações de acompanhamento desenvolvidas pelas equipes. As parcerias foram feitas com o setor da

educação, por meio de palestras educativas às crianças, e com o setor da assistência social, no intuito de atender às demandas dos usuários atendidos na unidade básica.

“Teve uma vez que nós fomos na escola, fizemos um teatrinho sobre alimentação saudável.” (E3, GF1, ENF).

“Sem falar na ponte que nós fazemos (...) tem problema social e a gente sai ligando pra todo mundo pra saber onde o paciente tem que ir, com quem tem que falar, então pelo menos essa rede a gente tenta fazer (...).” (E2, GF1, ENF).

Construção de vínculo com a comunidade

O vínculo com a comunidade é característico da estratégia saúde da família. A aproximação com a comunidade torna a equipe uma referência para os moradores da área de abrangência, esta relação contribui para o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes, visto que facilita o acesso aos serviços oferecidos.

“É um programa novo, então o que eu percebi é que antes não tinham referência. Tem pessoas que tomavam o mesmo remédio que foi passado há 15 anos pelo médico do pronto-socorro porque um dia ficou com a pressão alta e passou pelo pronto-socorro. Eu acho que está tendo uma mudança geral, com o programa de saúde da família, antes não tinha acompanhamento nenhum, a pessoa não ia no pronto-socorro pra fazer um hemograma. Então está melhorando o acompanhamento.” (E3, GF1, ENF).

A intimidade existente entre a população e os profissionais da equipe foi indicada como facilitadora para a determinação do cuidado.

“Acho que não deveria mudar a equipe porque eles ganham confiança na gente e assim podemos tomar liberdade de cobrar certas coisas sem ofender. Porque é uma população muito difícil.” (E2, GF2, ACS3).

Os agentes comunitários de saúde foram apontados como importante elo entre a comunidade e a equipe. Por pertencerem à área de abrangência, conhecem bem a população, isso contribui para o vínculo e o seguimento dos usuários com hipertensão e diabetes.

“A gente sabe os hipertensos e diabéticos que vêm no posto e os que não vêm mais do que a médica e a enfermeira.” (E1, GF2, ACS1).

“Acho que o que ajuda muito é a gente ser do bairro. Faz pouco tempo que trabalho aqui, mas já conheço bem a população. Então, a gente já é amiga, e vai na casa todo mês, a gente já tem um histórico dos hipertensos.” (E3, GF1, ACS4).

O agente comunitário de saúde como elo entre comunidade e equipe e sua importância para o efetivo acompanhamento foi considerado por todos os profissionais, inclusive os próprios agentes, como mostram as seguintes declarações.

“Nós somos a ligação do paciente com o médico, parece palavra ensaiada, mas é isso mesmo (...).” (E2, GF1, ACS2).

“Eles acreditam tanto no trabalho delas que realmente parece que fazem bem, sinal que amam seu trabalho, porque elas são também psicólogas e estudam temas médicos também, porque fazemos a educação continuada e elas têm que preparar e explicam depois para os pacientes, e os pacientes se veem muito identificados com elas, acho muito bom o trabalho delas e muitas vezes não é reconhecido. E, realmente, para que nossa equipe trabalhe bem é importantíssima a parte delas.” (E2, GF1, MED).

“Temos que trabalhar em equipe. Os agentes são o pilar da equipe. Se eles não nos passam o que está acontecendo na casa do paciente não temos como saber (...).” (E3, GF1, MED).

Perspectiva para o futuro

As equipes 2 e 3 manifestaram grandes expectativas para o desenvolvimento das atividades inerentes à Estratégia de Saúde da Família, após o término da reforma. Várias ações foram mencionadas para início futuro, com intuito de atrair a comunidade para a unidade de saúde e promover saúde.

“Faz pouco tempo que a nutricionista fez um grupo lá na recepção, porque não temos um local, mas agora está em reforma nosso posto, e vamos ter um local.” (E2, GF1, MED).

“Com a reforma vai ter um espaço muito bom pra fazer uma aula de alongamento ou algo assim. Nós estamos pensando em grupo de caminhada, (...) oficinas de patchwork.” (E3, GF1, ENF).

Apesar das dificuldades enfrentadas pelas equipes, e da visão crítica sob a avaliação do seu trabalho, a perspectiva otimista prevalece no discurso da equipe 3, ao final do último grupo focal.

“Mas eu acho que a gente evolui muito, né?! Teve uma época que não tínhamos ninguém da limpeza, terminava o atendimento nós mesmos limpávamos tudo. Acho que foi nesta época que nós preenchemos o questionário de autoavaliação. (risos) Agora estamos num sonho, com a unidade nova, acreditamos que vamos conseguir ficar ainda melhor. Eu gosto muito do que eu faço, tem algumas coisas que desestimulam, mas nós estamos caminhando.” (E3, GF2, ENF).

Enfim, analisando as falas acima, podem ser identificadas as ações para o acompanhamento e cuidado integral das pessoas com hipertensão e diabetes realizadas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, bem como os instrumentos utilizados pelas equipes para o alcance das atividades propostas. As ações e os instrumentos estão descritos, resumidamente, no quadro abaixo.

Quadro 4- Ações de acompanhamento e instrumentos utilizados pelas equipes participantes para o cuidado de hipertensos e diabéticos

AÇÃO	INSTRUMENTO
Promoção e Prevenção	Escuta qualificada Grupos de educação em saúde
Orientações	Rotina de visitas do agente comunitário Pedagogia do medo
Visitas domiciliares	Relatório de visita do agente comunitário Ficha de cadastramento
Consultas	Agendamento Equipe multidisciplinar (nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, dentista).
Considerar a família para propor o cuidado	Apoio familiar para garantir o acompanhamento, principalmente, de crianças, idosos e trabalhadores.
Intersetorialidade	Parceria com o setor da educação
Construção do vínculo	Vínculo

4.2.3 Dificuldades para a realização de ações de acompanhamento sob a ótica dos profissionais de saúde

As equipes abordaram várias adversidades que enfrentam no seu cotidiano de trabalho e que dificultam ou, até mesmo, inviabilizam o acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes. As adversidades foram divididas em três pilares, como mostra o diagrama abaixo:

Figura 3- Dificuldades para o acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos

Problemas estruturais

As unidades básicas de saúde devem seguir uma padronização do Ministério da Saúde que define quantidade de salas, utensílios e profissionais necessários, de acordo com o número de pessoas atendidas.

Com relação à estrutura física, a falta de salas suficientes emergiu como um agravante para o desenvolvimento de atividades rotineiras e, principalmente, elaboração de atividades educativas.

“A falta de sala para os agentes comunitários também dificulta.” (E3, GF2, ACS).

“(…) quando expliquei para a secretaria de saúde falaram que nossa unidade não tinha um lugar apropriado para fazer as palestras.” (E2, GF1, MED, sobre não fazerem palestras educativas).

“No começo a gente separava, fazia grupo só de hipertenso ou diabético, teve época que a gente fazia até divisão de área, três num dia e três no outro, por falta de espaço (...). É que tínhamos que fazer os grupos na recepção e era complicado (...).” (E3, GF1, ENF).

Apesar da falta de estrutura física, a equipe 2 relatou estar planejando uma atividade em um local alternativo, dentro do território adstrito à unidade de saúde.

“Outra opção que tínhamos era fazer em uma praça na rua de baixo (...) queremos medir a pressão, fazer caminhada de 1h, depois medir a pressão de novo, medir o peso uma vez por semana e avaliar como essa intervenção vai incidir na PA dos pacientes, pode ser também a glicemia.” (E2, GF1, MED).

Entretanto, na equipe 3, não foi possível esse improviso devido à organização e estrutura do bairro.

“MODERADOR: Não dá para fazer uma parceria com algum equipamento social do bairro? ENF: O bairro também não tem representante, e nenhum local.” (E3, GF1).

Já na equipe 1, houve um dano ocasional na cadeira odontológica, levando à desconfiguração temporária da equipe. No entanto, a equipe não apontou tal fato como um problema, dado seu caráter provisório.

“É uma coisa provisória, a cadeira está com um problema hidráulico, mas ela está atendendo os pacientes daqui no centro odontológico.” (E1, GF2, ENF).

A ausência de materiais permanentes ou de consumo, também, prejudica o trabalho das equipes e, conseqüentemente, a atenção à saúde dos usuários. No diálogo abaixo, a falta de um simples esfigmomanômetro novo para substituir o aparelho estragado gerou um desconforto na equipe.

“ACS3: eu queria também mais materiais para trabalhar, falo em nome da minha colega (técnica de enfermagem). MODERADOR: O que falta? ACS3: o aparelho de medir pressão. ENFERMEIRA: Não é que não tenha, a gente tem, mas é ruim. TÉCNICA DE ENFERMAGEM: Ah tem (...) acabou com a minha mão e não afere direito, (...) eu trouxe um de casa e faz meses que este aparelho está ruim e ninguém arruma (...).” (E2, GF2, TE).

A falta de recursos engloba a oferta de lanche nas atividades realizadas na unidade, este é um estímulo à participação da população. Este atrativo já foi oferecido, em momentos anteriores, pelos próprios membros das equipes, mas reivindicam que a Prefeitura se responsabilize.

“(...) Deveria ter um grupo, mas a gente não tem respaldo, a população tem que ter incentivo, um lanche, uma brincadeira e a gente já fez 3 grupos só que sai do nosso bolso e a gente não acha justo. Já foi proposto para a prefeitura em um destes cursos que a gente fez, colocamos na teoria o que seria necessário, mandou para a prefeitura, falou que daria o que a gente precisava, mas não aconteceu.” (E2, GF1, ACS3).

“Acho que tem que ter um estímulo pra população, e partia da gente, todo grupo fazíamos “vaquinha” pra sortear algum brinde, fazer um lanche e até os convites que a gente elaborava.” (E3, GF1, ENF).

O município também não forneceu, até o momento, uniforme para os profissionais da atenção básica. Tal fato foi apontado como um fator negativo para o trabalho, principalmente, para os agentes comunitários de saúde já que a identificação facilita a receptividade da população, na visita domiciliar.

“Depois de muito tempo veio um crachá, mas eu fico pensando, pra que usar um crachá se todo mundo já me conhece.” (E3, GF2, ACS1).

Outro elemento que emergiu como complicador do trabalho em saúde, especialmente na equipe 3, foi a falta de recursos humanos. Com a ausência de determinado profissional, suas ações são também extintas, ou executadas por outro

profissional que, por conseguinte, fica sobrecarregado ou deixa de executar as próprias atribuições. Na dinâmica de trabalho da equipe, esses dois elementos mostraram prejudicar o relacionamento entre os profissionais e o atendimento aos usuários, refletindo negativamente nas ações de acompanhamento.

“Antes tinha o PIC e depois parou por falta do educador físico.” (E3, GF1, ENF).

“MODERADOR: A falta do técnico influencia de que forma no acompanhamento do hipertenso e do diabético? ENF: É bem complicado porque a função de enfermeira mesmo eu não faço. O diagnóstico de enfermagem eu consegui fazer só dos acamados, o certo seria fazer de todos que passam por consulta, mas eu não consigo. (...) não temos recepcionista, os agentes ajudam. Tem também a auxiliar de enfermagem da UBS que até fica na recepção, mas o conselho de enfermagem já disse que isso é desvio de função e que eu tenho que colocar ela na função, mas como não tem ninguém ela fica (...) essa sobrecarga faz a gente, às vezes, até descontar no paciente (...).” (E3, GF2).

“Teve um dia que a técnica de enfermagem até me respondeu mal, mas ela estava tão cheia de coisa pra fazer entre enfermagem e recepção que eu até relevei. Ela achou ruim porque nenhum agente foi ajudar, mas estávamos fazendo o relatório da visita que é a nossa função.” (E3, GF2, ACS1).

A organização dos serviços de saúde no município piora a sobrecarga da equipe 3, pois centraliza na unidade de saúde da família um serviço oferecido a toda a cidade. Além do aumento do trabalho, tal fato pode gerar confusão para a vinculação da equipe com a comunidade adstrita.

“(...) O dentista que atende aqui faz prótese dentária para a cidade toda, então vem muitas pessoas de fora do bairro que nós temos que fazer a ficha. Ele também não tem auxiliar, então às vezes eu ajudo na esterilização dos materiais. Então, eu não faço minha função.” (E3, GF2, ENF).

Os afastamentos de agentes comunitários de saúde, devido a problemas de saúde, apareceram também na equipe 3, o que agrava o acompanhamento, já que as microáreas ficam descobertas, e os usuários com hipertensão e diabetes não recebem visitas domiciliares periódicas.

“Não estamos sem os agentes, eles estão afastados, e isso prejudica sim porque as áreas que eles deveriam cobrir ficam sem visita.” (E3, GF1, ENF).

“MODERADOR: E essas áreas que estão com os agentes afastados? Como que vocês estão fazendo? ACS1: Acaba ficando sem acompanhamento. ENF: só algum caso específico, de algum acamado, aí a gente pede pra outro agente fazer essa visita.” (E3, GF2).

A cobertura da área de abrangência é também comprometida pelo aumento populacional desta, como relatado por agente comunitária da equipe 1. O território é dinâmico e a redivisão das áreas deve ser realizada sempre que necessário para garantir o cumprimento da Política Nacional de Atenção Básica, a qual determina o máximo de 750 pessoas sobre responsabilidade de cada agente comunitário de saúde.

“No meu caso eu não consigo passar uma vez por mês em todas as casas, porque a área é muito grande.” (E1, GF2, ACS3).

O transporte de urgência inadequado foi um ponto desfavorável apontado na saúde municipal. A falta de equipe treinada para acompanhar o deslocamento põe em risco a vida do usuário e causa insegurança para a equipe de saúde da família, assim como relatado no exemplo abaixo.

“Nossa referência é o pronto-socorro e a Santa Casa, aí temos que chamar a ambulância que só vem com o motorista, o Coren me orientou que a enfermeira tem que acompanhar nestes casos, mas também não posso deixar a unidade sozinha. Essa semana uma paciente teve uma isquemia esperando uma consulta, eu parei um carro na rua e pedi pra levá-la ao hospital. Espero nunca mais ter que passar por isso.” (E3, GF2, ENF).

Dificuldade no processo de trabalho

Os profissionais da saúde da família declararam não ter recebido nenhum curso introdutório para iniciar o trabalho.

“Quando eu entrei nesse trabalho, eu passei no concurso, e me colocaram aqui e disseram que eu tinha que fazer o cadastro, e eu nem sabia o que era um PSF, é claro que eu estudei para a prova, mas a prática é diferente. Eu até pensava: eu nem sei fazer o serviço de um agente de saúde. Mas passando o tempo eu vi que eu sabia a cada dia eu aprendia alguma coisa, aqui na unidade, ou na comunidade mesmo.” (E3, GF2, ACS1).

Após um tempo, foi ministrado no município um curso de formação para agentes comunitários em parceria com a Secretaria do Estado de São Paulo. Mas, não foi mencionada, pelos outros profissionais da equipe, a oferta de nenhum tipo de curso ou treinamento inicial.

“(...) depois foi um curso de especialização, mas tivemos só a primeira parte, ele tem três módulos. Nós entramos em junho e o curso começou em setembro, foram seis meses de curso.” (E2, GF1).

“Teve o curso de formação dos agentes comunitários depois de um ano que já estávamos trabalhando, as meninas novas ainda não fizeram (...)” (E3, GF2, ENF).

A falta de orientação sobre a estrutura organizacional dos serviços de saúde existentes no município dificulta a execução de ações simples do processo de trabalho.

“(...) não teve orientação. A gente foi aprendendo com o erro. A doutora, por exemplo, tem exame que ela não sabe se tem que preencher no SADT², ou no APAC³ (...) é que aqui é uma referência pra população, mas se você também não sabe o que tem, como funciona, como vai orientar?” (E3, GF2, ENF).

A educação permanente não acontece, e os profissionais demonstraram sentir falta desta atualização. Capacitações periódicas aprimoram os conhecimentos dos profissionais e refletem, positivamente, no serviço de saúde prestado ao usuário.

“É, eu acho que deveria ter um curso com um médico falando sobre diabetes ou hipertensão. Porque nós somos leigas e o assunto da diabetes e do hipertenso é um assunto complexo. Não é fácil para ser entendido por pessoas leigas. Porque as pessoas perguntam muitas coisas e nós não devemos falar o que não sabemos.” (E2, GF2, ACS3).

“Queremos mais informação para a equipe e para a população.” (E2, GF2, ENF).

No início do primeiro grupo com a equipe 2, houve uma crítica às capacitações, uma agente comunitária alegou não haver implementação da teoria na prática e fez uma crítica aos encontros que ensinam políticas e conceitos que não se adequam à realidade.

“Quereria dizer que não gosto de fazer esses grupos, porque fica só na teoria, na prática não se usa nada do que a gente aprende. Então, pra mim é perda de tempo.” (E2, GF1, ACS3).

E citou um exemplo de uma capacitação relacionada ao atendimento de saúde mental e que não conseguiram implantar o que aprenderam no serviço.

“Teve a capacitação “caminhos do cuidado” sobre atenção à saúde mental, mas na prática nós nunca ficamos sabendo nem se o serviço social muda de endereço. Se algum paciente precisa do CAPS, em relação ao uso de drogas, não tem como ajudar. Então, assim a gente fica meio perdida, gosto muito de ser agente, de ajudar as pessoas, mas a gente encontra muitas barreiras. Os cursos são bons pro cérebro, só que ficamos de mãos atadas porque não tem como ajudar as pessoas, na teoria é muito bonito, mas na prática é totalmente diferente.” (E2, GF1, ACS3).

Na equipe 2, sua composição não está clara para todos os integrantes. Tal fato não foi apontado como uma dificuldade, no entanto, compreende-se que a desarticulação dos integrantes da equipe pode interferir no produto final do processo de trabalho em saúde.

² SADT – Requisição de Serviços de Diagnóstico e Terapia.

³ APAC – Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial.

“MODERADOR: Aqui vocês têm psicólogas? ACS3: Sim, mas ela não é da saúde da família. MODERADOR: Ela só faz consultoria? ACS3: Não, ela atende normalmente. MODERADOR: Mas ela não é da equipe? ACS3: Não. ENF: Ela é da equipe, é porque nós somos uma unidade mista. Então, por exemplo, o pediatra, a psicóloga, a nutricionista e os dentistas não são da equipe.” (E2, GF2).

A falta de vaga com especialista ou a demora no agendamento deste atendimento foi apontada, pela equipe 2, como empecilho do acompanhamento, uma vez que a atenção básica necessita da avaliação da atenção secundária para confirmação diagnóstica.

“(...) o paciente precisa da consulta rápido, é um pouco mais difícil. O que quero dizer é que nós somos a base, e o diagnóstico que fazemos depois do encaminhamento é muito importante, mas nem sempre conseguimos encaminhar.” (E2, GF1, MED).

Outra dificuldade está relacionada à falta de contrarreferência. O usuário consegue ser consultado pelo especialista, mas a sua equipe de referência da atenção básica não é informada sobre as condutas, procedimentos e exames realizados. Este relatório é imprescindível para a continuidade do acompanhamento.

“E muitas vezes nós não temos o retorno (...), por exemplo, se você encaminha para o vascular depois não ficamos sabendo o que aconteceu.” (E2, GF1, ENF).

No registro abaixo, a equipe 1 mostra ter o mesmo problema com a contrarreferência. No caso de uma adolescente com diabetes mellitus tipo 1, cuja mãe tem depressão grave e não consegue realizar cuidados básicos no domicílio. A falta de contrarreferência do seu tratamento psiquiátrico é vista como um complicador para a colaboração da equipe de saúde da família no tratamento da mãe e no acompanhamento da adolescente.

“Essa mãe já foi encaminhada para o psiquiatra, mas a gente nem fica sabendo como foi.” (E1, GF2, ACS1).

Nesse contexto, quando a equipe foi questionada a respeito da articulação com a escola de acompanhamento de crianças com diabetes, informou não existir interação entre saúde e educação com esse fim, pois as escolas recebem rotineiramente visita de nutricionistas responsáveis pela alimentação infantil. Apesar de ser de extrema importância esse trabalho em conjunto, a equipe não citou essa falta de interação como um problema para o acompanhamento.

“Você quer saber se a gente tem contato com os professores? Aqui não interage a saúde com a escola, a não ser em casos específicos, quando a escola pede. Porque geralmente esses lugares já têm as pessoas indicadas, então só quando pede mesmo. Tem

nutricionista agora nas escolas, na cozinha-piloto, que já faz as orientações quando precisa.” (E1, GF2, RECEP).

As participantes da equipe 1 concordaram que as pessoas mais jovens acompanham menos, devido ao horário de trabalho que coincide com o horário de funcionamento da unidade. Além disso, consideram que as pessoas mais jovens se preocupam menos com a saúde e são mais difíceis de serem conscientizadas para o cuidado.

“É, os que trabalham não conseguem vir, e o jovem não se preocupa muito, só vai se preocupar quando já fica grave. MODERADOR: quer dizer que quando é jovem já tem que ter em mente que é mais descuidado? ACS3: isso.” (E1, GF2).

A equipe expôs o caso de um homem diabético que apresenta uma ferida no pé, agravo muito importante, com sérios riscos de amputação. No entanto, devido aos horários de trabalho o acompanhamento acaba sendo realizado por intermédio da sua esposa.

“Temos um paciente que sempre está com uma ferida no pé, ele é mecânico (...) a gente faz curativo, já usou benzetacil várias vezes, marcamos consulta em horários que dá pra ele vir, mas de repente ele some.” (E1, GF2, TE).

“A esposa se preocupa, cuida bem dele, ela vem marca consulta, mas ele está sempre trabalhando, eu converso mais com ela mesmo.” (E1, GF2, ACS2).

A pessoa que está acamada foi referida como uma prioridade para a visita domiciliar. O usuário que não é acamado deve, segundo relato abaixo, realizar o acompanhamento na unidade. Essa conduta passiva pode levar a um diagnóstico tardio e a possíveis agravos à saúde evitáveis.

“(...) Se o hipertenso, diabético vem no posto faz consultas, mede glicemia, faz seus exames periódicos, a gente sabe que está fazendo o acompanhamento. Mas se não é acamado e não vem no posto, agente vai a casa e tenta trazer ele pra unidade.” (E1, GF2, ACS1).

Sobre a realização de grupos voltados a usuários com hipertensão e diabetes e atividades de promoção e prevenção, uma agente comunitária admitiu que a falta de motivação da equipe cria barreiras para o desenvolvimento da atividade. Apesar da falta de recursos ser real, o grupo poderia ser feito. E comparou essa atitude à dos usuários que criam obstáculos para seguir as orientações do tratamento.

“Mas dificulta muito porque tudo o que você fala a pessoa coloca empecilho, e a gente também, é claro que nós podemos fazer um grupo, mesmo que para poucas pessoas, mas também colocamos dificuldades.” (E2, GF2, ACS4).

Assim, a motivação da equipe é apresentada, nas falas de outros integrantes da equipe 2, como fator crucial para execução das atividades de acompanhamento.

“Nós vamos começar uma caminhada na praça, mas estamos estruturando para não parar, porque o profissional precisa querer também, e é uma equipe e não só sobrecarregar um profissional.” (E2, GF2, ENF).

“É, mas acho que a motivação tem que partir da equipe, mesmo se não vier ninguém, não desanimar (...)” (E2, GF2, ACS3).

Na equipe 3, houve uma crítica ao modelo médico centrado. A população converge toda atenção nas ações do profissional médico e não reconhece a equipe sem este. O modelo médico centrado é cultural, a sensibilização da população pode ser trilhada pela própria equipe ao demonstrar no cotidiano a importância de todos os seus membros.

“Ficamos mais ou menos uns seis meses pra conseguir fazer o cadastro de todo mundo. Antes, a unidade não tinha nem médico, então as pessoas não iam lá pra nada, tinha gente que nem sabia onde era o posto, ainda é muito centrado no médico.” (E3, GF1, ENF).

A gestão municipal também foi criticada por não reconhecer o trabalho realizado pelas agentes comunitárias de saúde. Reivindicaram a falta de investimento na sua formação, afinal não possui graduação específica para desempenhar a função. Fica evidente a insatisfação dos profissionais que não se sentem apoiados. E esse descontentamento acaba sendo refletido na assistência à saúde do usuário.

“Acho que a gente deveria ter mais atenção do secretário da saúde. Porque se fala muito que o trabalho do agente comunitário serve pra muita coisa, mas não vejo esse devido valor. Acho que se tivesse mais atenção ao nosso trabalho deveria ter mais cursos para essa classe sobre as doenças, oferecidos pela secretaria de saúde. Porque se a gente quiser saber mais sobre algum assunto temos que ir atrás.” (E2, GF2, ACS3).

“Eu acho que falta planejamento da gestão, porque eu acho que uma cesta de frutas, ou um lanche para os grupos não tinha que partir da gente. Eu já conversei com a cozinheira-piloto e a nutricionista disse que é só se planejar que eles podem fazer o lanche. Eu acho que se tivesse um planejamento, as ações seriam otimizadas (...) o que agente não consegue entender é como que funciona o dinheiro do PMAQ, porque é uma coisa que veio pra ajudar, mas ninguém sabe como podemos usar.” (E3, GF1, ENF).

“A gestão não ajudou, porque eu pedi uma identificação e me deram um crachá de papel com o nome escrito a caneta. Então eu comecei a ficar com raiva deste trabalho.” (E3, GF2, ACS1).

A fala abaixo descreve como a falta de recursos e motivação podem comprometer as ações de acompanhamento de uma equipe de saúde da família, sendo a gestão imprescindível para a providência dos recursos necessários e valorização do profissional.

“Teve uma reunião que eu participei que eu questionei algumas coisas e a resposta que eu tive foi que pra trabalhar é preciso ter força de vontade, concordo, mas também são necessários alguns recursos: humano, material (...)” (E3, GF2, ENF).

Usuário como problema

As equipes apontaram o próprio usuário como um empecilho para o desenvolvimento das atividades de acompanhamento. Há exemplos de situações cotidianas e atitudes dos usuários que levaram as equipes a considerá-los intrusos no processo de produção de saúde, e não objeto deste.

Na equipe 2, emergiu a questão da mudança no modelo assistencial. Houve grande dificuldade em identificá-la como uma modificação interna, transferindo esta responsabilidade para o usuário.

“A primeira dificuldade na mudança do modelo assistencial é a resistência deles, de mudar eles.” (E2, GF2, MED).

Outras participantes destacam atitudes dos usuários que, na concepção delas, prejudicam a modificação do modelo assistencial.

“Acho que hoje em dia está tudo muito fácil pra comer, ninguém anda mais a pé. Por isso tem esse volume alto de hipertenso e diabético. As mulheres trabalham chegam em casa e compra comida, as crianças já acostumam mal.” (E2, GF2, ACS4).

No entanto, o moderador do grupo provoca a reflexão da equipe ao sugerir que o processo de trabalho em saúde se faz a partir do modo de ser das pessoas, uma vez que o profissional só efetiva o cuidado em saúde no momento do encontro com o paciente.

“Tudo isso que vocês estão falando é o modo das pessoas serem, e é isso que dificulta nosso trabalho? Mas não é isso o objeto do nosso trabalho? O modo das pessoas serem é o fim ou o meio?” (E2, GF2, MODERADOR).

A incompreensão da filosofia e das ações predominantemente preventivas da saúde da família foi considerada um problema. Segundo a equipe 3, o hábito de procurar assistência apenas na presença de sinais ou sintomas se deve ao antigo modelo de atenção básica.

“É que como é uma unidade nova, eles ainda estão tentando entender. Antes era só unidade básica, sem saúde da família, então eles buscam muito quando já estão doentes, e

não entendem muito bem a prevenção. A gente está tentando mudar um pouco a cultura.” (E3, GF1, ENF).

As visitas domiciliares dos agentes comunitários são o principal incremento da ESF, pois possibilitam a busca ativa e, conseqüentemente, a prevenção de doenças e complicações à saúde dos moradores da área de abrangência. O agente comunitário de saúde tem a função de ser elo entre a equipe de saúde e a comunidade. No entanto, se seu papel não for bem compreendido corre o risco de não obter os resultados desejados.

“(...) no começo eles achavam que o agente comunitário servia pra levar a receita em casa, então ligavam quando o remédio estava acabando, mas agora eles já entendem melhor o programa.” (E3, GF2, ENF).

“Eu acho que mais de 50% das pessoas não sabe o porquê fazemos visita. Acham que é só pra assinar.” (E2, GF2, ACS4).

A receptividade da população com o agente comunitário também demonstrou ser baixa. De acordo com as falas abaixo, o desconhecimento da função do ACS, a falta de vínculo e boa condição financeira são algumas situações que prejudicam a aceitação das visitas domiciliares realizadas por este profissional.

“Demorou também pra população aceitar e ter confiança no agente comunitário de saúde.” (E3, GF1, ENF).

“Teve caso de nunca me atender e dizer que nunca passei lá, mas era porque ela tinha uma situação financeira boa e não precisava, até ficar doente e precisar. Muitos recusam porque tem plano de saúde.” (E1, GF2, ACS2).

“Tem muito preconceito pelo fato de ser SUS.” (E1, GF2, TE).

No entanto, a perspectiva otimista está presente no discurso de uma agente comunitária. A formação de vínculo é lenta, sendo o bom atendimento e a perseverança grandes aliados para essa conquista.

“É muito cultural também, à medida que eles vão conhecendo e entendendo nosso trabalho vai melhorando. Então, a gente tem que estar sempre com o sorriso no rosto, assim eles também nos recebem melhor (...).” (E1, GF2, ACS3).

Não só o agente comunitário sofre com a baixa receptividade, a desvalorização do clínico geral também se apresenta na fala da médica da equipe 2.

“Acho que aqui eu não sou médica, o clínico geral aqui é muito desvalorizado. Eu acho que o clínico geral aqui é só encaminhar (...), e nós também somos médicos, estudamos e sabemos dar o tratamento, mas não acreditam na gente, vem até a consulta e eu pergunto, por exemplo: tem problema de hipertensão? Não, vim só para me encaminhar para um cardiologista. E eu? Também sou médica.” (E2, GF1, MED).

Os encaminhamentos solicitados pelo próprio paciente, algumas vezes, são desnecessários. Tal fato, além de sobrecarregar a atenção secundária, prejudica o acompanhamento pela equipe de saúde da família por não haver contrarreferência.

“(...) acha que já está sendo acompanhado pelo cardiologista, então não precisa ser acompanhado pela médica da família. E eu digo que tem que ser acompanhado pelos dois, porque na hora de pedir a receita da pressão e do diabetes vem aqui. Só que, às vezes, o cardiologista muda a receita, e a doutora daqui nem fica sabendo.” (E2, GF1, ACS3).

Outra dificuldade para manutenção do acompanhamento é o desconhecimento da população sobre sua saúde, ou a difícil assimilação da doença crônica como algo irreversível.

“Os pacientes não sabem a doença que tem, quando perguntamos os remédios que tomam eles dizem pra perguntarmos para a enfermeira ou sua agente comunitária.” (E2, GF1, MED).

“(...) Teve uma paciente que brigou que não era hipertensa, mas fomos conferir e ela tomava o remédio para hipertensão. Então, muitos não têm noção que mesmo tomando o remédio não deixa de ter a doença.” (E2, GF2, ACS3).

“Porque eles também não têm muito claro o que é uma doença crônica e as complicações destas doenças, hipertensão e diabetes. O diabético acha que não pode comer só doce e pronto, não tem noção do que pode acontecer no organismo dele (...) eles têm que entender o que é a doença deles, pra entender a prevenção. Acho que isso é um estímulo.” (E3, GF1, ENF).

Os danos à saúde que a evolução da hipertensão e do diabetes provoca são, muitas vezes, negligenciados por seus portadores.

“É porque a diabetes e a hipertensão são uma doença silenciosa. Então a pessoa faz o exame dá 400 e tanto, mas ele está bem, então eu acho que não acreditam.” (E2, GF2, ACS4).

As equipes 2 e 3 disseram que muitas pessoas da área de abrangência, principalmente idosos, têm baixo nível de escolaridade. Isso pode influenciar no entendimento do problema de saúde, havendo a necessidade de abordagem diferenciada para esses usuários.

“Porque a população que a gente trabalha é muito leiga (...) hoje em dia, a gente sabe falar na linguagem deles, a gente não pode falar palavras difíceis porque não vão entender.” (E2, GF1, ACS3).

“Por ser idosos, a maioria é analfabeto e fica difícil o entendimento da medicação, porque muitas vezes não conseguem nem ler na caixinha o nome do remédio. Às vezes até a mudança da embalagem do remédio atrapalha (...).” (E3, GF1, ENF).

Sobre o tratamento medicamentoso, foi apontada baixa adesão do usuário pela equipe 2. Esta aparenta focalizar sua atuação no medicamento e considera “rebelde” o usuário que não utiliza *corretamente* os fármacos.

“Ontem fiquei brava com um paciente porque não toma o remédio como tem que tomar. Infelizmente, eles não tomam o remédio, você pode falar na consulta (...).” (E2, GF1, MED).

“(...) e também colocam na cabeça que a pressão está 12 por 8, mas não vê que é porque está tomando o medicamento, aí para de tomar o medicamento, aí a pressão vai pra 17 por 10, a glicemia vai pra 400. E até normalizar tudo isso é onde ele tem que voltar aqui.” (E2, GF1, TE).

Os trabalhadores também debateram sobre o que gostariam de modificar na sua rotina de trabalho para melhorar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, a enfermeira desta equipe também elege a maior adesão ao tratamento medicamentoso como ponto crucial para o acompanhamento.

“Eu gostaria de ter uma melhor adesão ao tratamento, (...) porque existem pessoas que há 20 anos fazem o tratamento errado e querem continuar fazendo errado.” (E2, GF2, ENF).

O tratamento medicamentoso não deve ser o único enfoque, o encorajamento de hábitos de vida saudáveis é o primeiro tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus tipo 2. Assim como observa a ACS da equipe 3.

“Às vezes ele pensa também que essa hipertensão vai curar só com ele tomando o remédio. Então, pensa que tá tomando o remédio e por isso não precisa fazer dieta, nem exercício.” (E3, GF1, ACS4).

A sensibilização da população para as mudanças de hábitos de vida não é tarefa fácil. É preciso dedicação e persistência de todos os membros da equipe, afinal trata-se de modificar as práticas que formaram o indivíduo durante toda a vida.

“A mudança de hábito é a mais difícil, porque nós estamos lá todo mês, e temos que falar as mesmas coisas e a maioria não muda.” (E3, GF1, ACS4).

Entretanto, quando o usuário com doença crônica compreende a importância de realizar exercícios físicos rotineiramente, introduzir frutas e verduras na alimentação, não fumar, entre outros hábitos saudáveis, pode conquistar uma qualidade de vida melhor, até mesmo do que as pessoas sem doença crônica e com hábitos ruins.

“Tem gente que tem diabetes e tem mais saúde do que uma pessoa que não têm, porque faz dieta, faz caminhada, tudo direitinho, e por isso a qualidade de vida dessa pessoa, às vezes, é até melhor.” (E3, GF1, ACS4).

A consulta médica é um momento de notória interação entre profissional e paciente, o qual pode ser utilizado para promover a sensibilização da terapêutica. Porém, nas equipes 2 e 3, foi mencionado o costume da população em solicitar a renovação de receita sem consulta, o que desfavorece o acompanhamento.

“O hábito de não querer consultar dificulta o acompanhamento, eu digo a todos que tinham que consultar para poder avaliar a situação de saúde e não só a receita, mas não vinham. Então, é difícil.” (E3, GF1, MED).

“Nunca tinha assinado tanto como assino aqui, onde eu trabalhava eu olhava mais os pacientes, então eu orientava para os pacientes com doenças crônicas que não têm controle e não fazia só receita.” (E2, GF2, MED).

A renovação de receitas parece estar inserida na rotina de atividades destas equipes, por demanda tanto dos usuários quanto dos profissionais médicos, como evidenciado abaixo.

“Acho que é costume, os outros médicos que passaram por aqui só queriam fazer receita e a população acostumou assim. Nossa médica atual dá mais atenção aos pacientes, ela afere a pressão, faz procedimentos de dar a medicação e esperar baixar na unidade. Antes eu já vi pessoas saírem daqui com a pressão alta e enfartar em casa.” (E2, GF2, ACS3).

“Mudar a mentalidade dos pacientes é difícil, eles se automedicam, se autodiagnosticam e só querem a receita, eu ainda não consigo que todos venham na consulta. Se não sentem nada, não vêm consultar.” (E3, GF2, MED).

Além de ser prejudicial ao acompanhamento, a demanda de receita sem consulta é antiético do ponto de vista de conduta médica. Cada profissional pode sugerir uma conduta terapêutica, de acordo com sua avaliação clínica e laboratorial.

“Tem uma paciente que faz tratamento aqui e em outro posto, aqui ela tomava apenas um remédio e o outro médico passou três, mas como aqui a médica fica o dia todo, ela pediu a receita, mas queria que fizesse a conduta do outro médico e não queria passar por consulta.” (E2, GF2, ACS3).

Fazer a receita acaba sendo uma alternativa para a falta de vaga programática, quando as equipes estão com as áreas de abrangência sobrecarregadas.

Não houve nenhuma fala da equipe 1 sobre demanda de receita sem consulta ou dificuldades para realização de grupo de educação em saúde, estes problemas parecem

não fazer parte desta equipe. Entretanto, mencionaram que observam muitas situações cotidianas em que o usuário contesta todas as opções da equipe para manutenção do seu tratamento e acompanhamento, o que, além de afetar a assistência à saúde, desgasta a equipe.

“No meu ponto de vista uma coisa que dificulta é a própria pessoa aceitar que está com uma doença. Achem difícil quando são encaminhados para um especialista e tem que ir pra outra unidade, ou pro Ambulatório de Especialidades médicas em Ituverava que é a nossa referência. Às vezes é um medicamento de alto custo e eles acham difícil levar toda a documentação (...). A população é muito difícil.” (E1, GF2, ACS1).

A corresponsabilidade do usuário para o sucesso do seu tratamento foi abordada pela equipe 2.

“Como o caso da paciente que veio ao posto e estava com pressão alta, foi medicada e a doutora pediu pra esperar, mas ela não quis e a pressão ainda estava alta.” (E2, GF1, ACS3).

Apesar da importância do envolvimento do paciente no acompanhamento, sua autonomia deve ser respeitada. No entanto, o discurso abaixo coloca a autoridade do profissional acima da autonomia do usuário.

“Eu conversei com ela que eu não poderia dar alta, mas que ela era uma pessoa adulta e poderia escolher o que queria. Mas como ela estava com um eletricista em casa naquela hora, ela foi embora. Mas acho que isso não é violar a autonomia do paciente. Nós médicos temos que ser bravos com o paciente (...). A primeira responsabilidade é com sua saúde, eu sou a médica, mas a responsabilidade não é toda minha” (E2, GF1, MED).

A equipe, também, mostrou grande preocupação em se resguardar frente à recusa do tratamento.

“Mas temos que ter certeza de que ele tem todas as informações para tomar esta decisão (...).” (E2, GF1, ENF).

“E desde que assine que sabia de todos os riscos, porque é uma mania de dizer que não foi falado.” (E2, GF1, ACS4).

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Os sentidos da integralidade manifestados nos discursos dos participantes desta pesquisa serão discutidos, principalmente, segundo os significados propostos por Mattos (2009). Buscar-se-á também articular tais sentidos com suas implicações nas ações de cuidado integral e acompanhamento dos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes, atendidos no âmbito da saúde da família do município em estudo.

As concepções sobre saúde e acompanhamento antecedem a discussão sobre integralidade, apesar de estarem intimamente ligadas. A saúde foi descrita, em síntese, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde: “Completo bem-estar físico, psíquico e social” e a população, de forma genérica, foi censurada por considerar saúde, apenas, como a ausência de doenças, o que dificulta a aceitação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Essa postura da população pode ser compreendida, ao se considerarem os resultados da análise de uma coleção de livros didáticos de ciências. Foi identificado o predomínio das concepções higienistas, pautadas nos aspectos anatômicos e fisiológicos. O conceito mais amplo de saúde, compreendida enquanto qualidade de vida e não apenas como ausência de doença, foi pouco explorado, sendo enfatizados os condicionantes biológicos (FREITAS; MARTINS, 2008).

A concepção de acompanhamento, segundo uma profissional da equipe de enfermagem, também seguiu a perspectiva biológica, ao caracterizá-lo pela periodicidade das consultas e exames. Já na visão de uma agente comunitária de saúde o contexto social e os aspectos psicológicos do indivíduo são importantes ferramentas a serem consideradas para o acompanhamento. Essas diferentes perspectivas podem estar relacionadas às atribuições e rotinas de trabalho de cada profissional.

Devemos atentar a esses saberes, pois o modo como os profissionais enxergam a saúde e o acompanhamento está intimamente ligado a sua aplicação da integralidade na assistência. Estudo sobre as percepções de enfermeiras acerca da integralidade, também, apontou o despreparo em lidar com a subjetividade do outro como principal fator limitante da realização de uma assistência integral (PINHO; SIQUEITA; PINHO, 2006).

Os autores sugeriram, ainda, que a ausência de articulação com a prática pode estar ligada à falta de investimentos para a qualificação profissional e ao ensino reducionista e fragmentado (PINHO; SIQUEITA; PINHO, 2006). Tal fato pode ser observado na fala da médica que atua na equipe 2, apesar de se referir à integralidade como uma atuação holística no momento do encontro terapêutico, retorna ao biológico com a expressão “dos pés a cabeça”.

Assim, nota-se que disponibilizar um atendimento integral é um grande desafio a ser democratizado, no processo de construção do SUS (PONTES et al., 2009). A integralidade,

assim como todos os princípios do SUS, deve ser parte da rotina de todos os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde, como exemplifica Mattos (2009):

“Quando um agente comunitário que segue rumo a suas visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma prosa sobre um problema que o aflige, ele pode aplicar não a medicina integral, mas a integralidade. Quando esse mesmo agente, no cumprimento de suas funções de pesar as crianças com menos de 24 meses, busca ativamente nas crianças maiores da casa (que não podem ser pesadas com a balança portátil que leva) os indícios de carência nutricional, também põe a integralidade em prática. Ou quando um funcionário de um pronto-socorro se preocupa em informar a um acompanhante que ficou fora da sala de atendimento a evolução de um paciente... A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde”. (p.55)

Durante a análise dos dados, pôde-se deparar com inúmeras interpretações do cuidado integral em saúde. A primeira delas diz respeito à postura profissional nas suas avaliações e condutas, objetivando uma visão holística do indivíduo, ou seja, a prática de uma boa medicina, uma das propostas de Mattos.

Silva e Sena (2008) corroboram a visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário. Para eles, o atendimento integral é, então, a não fragmentação do indivíduo em partes doentes, e sim a junção de tudo aquilo que compõe a sua vida e o leva a um estado de completo bem-estar. A personificação da doença, quando o “ser humano” deixa de ser um homem para se tornar apenas seu diagnóstico, é uma situação frequente na saúde e um exemplo da falta de integralidade na assistência.

A identificação de problemas inerentes à competência de outro profissional ou nível de atenção à saúde e a efetivação deste encaminhamento é também parte de um trabalho integral. O que reporta ao segundo sentido proposto por esse autor, a integralidade como modo de organizar os serviços de saúde:

“Dito de outra forma, o princípio da integralidade aqui se aplica a partir da indignação com certas características das práticas então existentes. Indignação que permanece atual. Não parece admissível, por exemplo, que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico e vice-versa. Como não é admissível que um homem diabético, com tuberculose e hérnia ingüinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução de seus problemas. (MATTOS, 2009, p.58).”

Nessa sistemática, a integralidade é aplicada para otimizar o impacto das doenças e seus agravos na epidemiologia. Sendo, então, uma proposta para guiar a elaboração de protocolos assistenciais e a horizontalização da assistência à saúde, considerando as necessidades do usuário e não somente dos programas. Pode-se destacar a

descentralização e regionalização do SUS como exemplo de seus esforços para o alcance da produção de saúde em rede e aumento da efetividade e da eficácia dos serviços.

Esse sentido esteve presente nos discursos das equipes 1 e 2, apenas relacionados à organização interna do processo de trabalho multidisciplinar. Apresentando, ainda, uma fala carregada pela fragmentação da assistência, pois cita que cada profissional deve fazer a sua parte.

A equipe 2, por compreender a integralidade como a integração entre os serviços de saúde, questiona sua existência na prática. Demonstram incerteza porque parecem não vivenciar o trabalho interdisciplinar e a garantia do referenciamento a serviços de saúde mais complexos, no seu cotidiano. Para o alcance do cuidado integral, a interação entre os serviços é essencial.

Fragilidades no sistema de referência e contrarreferência também foram identificadas por estudo que objetivou analisar a percepção dos usuários sobre o acesso à saúde. Assim como apontado na presente pesquisa, a dificuldade percebida se associa ao número insuficiente de cotas de especialidades. Desta forma, considerando essencial a garantia dos fluxos a serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar para a efetivação da integralidade na atenção básica. Nesta direção, Azevedo e Costa (2010) concluem que a ESF se constitui como uma estreita porta de entrada do SUS.

Ademais, a realidade de um protocolo assistencial direcionado à população com hipertensão e diabetes ainda não é vivenciada pelos profissionais de saúde na cidade de estudo. Tal fato, além de contribuir para a desorganização dos serviços de saúde municipais, pode ter ocasionado a não articulação, pelos participantes, da integralidade com o terceiro sentido proposto por Mattos: integralidade e políticas especiais.

O cuidado a grupos específicos é bastante abordado nas produções científicas por ser parte de programas bem delineados e determinados pelo Ministério da Saúde brasileiro. Entretanto, poucas são as referências ao desempenho do sistema de saúde no seu conjunto. Ocorre que se não houver integração entre os serviços, as políticas especiais não podem ser operacionalizadas.

Estudo que buscou por experiências sobre a avaliação da integração em serviços de saúde trouxe a integração dos cuidados como uma coordenação durável das práticas clínicas, que assegura a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos. Esta integração clínica tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004), assim como identificaram alguns participantes desta pesquisa.

Os autores apontam ainda que são necessárias estratégias de gestão que assegurem uma coordenação comum. Esta deve se pautar no princípio de que as informações necessárias ao cuidado do indivíduo precisam ser compartilhadas de forma ágil e flexível, favorecendo a tomada de decisões e o compartilhamento de responsabilidades e atribuições (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Leatt e colaboradores (2000) propõem critérios simples para a avaliação do estágio de integração dos serviços de saúde que poderiam ser aplicados até pelos próprios usuários. Estes envolvem, entre outros, o contato rotineiro para prevenção de complicações de doenças crônicas e o apoio domiciliar para garantia do autocuidado e da autonomia.

Então, uma assistência integral à saúde, além dos sentidos já mencionados por Mattos (2009) e discutidos aqui, também permeia a independência de cada indivíduo para o cuidado de si. Destaca-se o significado identificado nos resultados desta pesquisa após a atividade de reflexão (leitura da fábula: “O macaco e o peixinho”). As participantes se reconheceram na história, admitindo que, muitas vezes, é difícil aceitar as particularidades do outro, especialmente quando são distintas das suas. Contraditoriamente, exigem mais participação do usuário no seu tratamento, porém não aceitam suas opiniões.

Estudo, realizado com enfermeiras, buscou compreender os motivos que as levam a interferir na capacidade de autonomia dos pacientes portadores de patologias crônicas. O desconhecimento dos clientes e de seus direitos e o não reconhecimento da capacidade de autonomia foram algumas das categorias encontradas. E concluíram que não reconhecer a autonomia do cliente pode reforçar sua dependência da enfermagem (COSTA; LUNARDI; LUNARDI-FILHO, 2007).

A doença crônica, em virtude de sua situação permanente, exige cuidados contínuos, os quais não poderiam ser aplicados exclusivamente pelos profissionais de saúde. O autocuidado adequado é fundamental para evitar complicações. A valorização do usuário e sua incorporação ao processo de cuidar promove a responsabilização deste. Considerar as opiniões e desejos do usuário, além de aumentar sua autonomia, contribui para o sucesso do tratamento (COSTA; LUNARDI; LUNARDI-FILHO, 2007).

Outros sentidos sobre integralidade emergiram, nas equipes 1 e 2, como ação contínua e relacionada à persistência da equipe para adesão ao tratamento.

Ações desenvolvidas X ações preconizadas: onde está o problema?

A atenção básica é responsável desde a prevenção até o atendimento de intercorrências agudas dos moradores de seu território adstrito. Considerando as ações preconizadas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para a assistência de

pessoas com hipertensão e diabetes (SÃO PAULO, 2011a; SÃO PAULO, 2011b) e os resultados desta pesquisa, os dados permitiram identificar as seguintes ações como não realizadas na rede básica do município em estudo, ou que não foram referidas pelas equipes participantes.

- Detecção precoce com rastreamento em locais públicos e busca ativa;
- Acolhimento da pessoa com suspeita de diabetes pela enfermeira para determinação dos parâmetros diagnósticos;
- Classificação do risco clínico e cardiovascular;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Definição de calendário de consultas;
- Consulta de enfermagem;
- Encaminhamento de rotina (sem apresentar queixas) ao oftalmologista (HA e DM) e ao dentista (DM);
- Monitoramento da adesão ao tratamento.

O espaço da pesquisa deu aos participantes a oportunidade de expor suas dificuldades e situações vivenciadas no cotidiano. Dificuldades estas que muitas vezes justificam a não realização de algumas ações preconizadas para o acompanhamento e cuidado integral da população com hipertensão e diabetes. A relação destas ações não realizadas e das dificuldades apontadas deve ser discutida com o intuito de modificá-las, almejando uma assistência à saúde de qualidade a esta população.

Do total de usuários acompanhados, maiores de 15 anos, 12,57% (4.633) são hipertensos e 4,19% (1.545), diabéticos, de acordo com dados do sistema de informação da atenção básica municipal. Assim sendo, os indicadores do SIAB do município mostram valores inferiores às referências nacional e estadual. De acordo com inquérito realizado pelo MS, em 2013, a prevalência no Brasil de hipertensão chega a 21,4% e de diabetes, a 6,2%. No Estado de São Paulo, a prevalência destas doenças crônicas é de 23% e 7,7%, respectivamente (BRASIL, 2013f).

Acredita-se que a prevalência na cidade de estudo inferior àquela esperada no Estado de São Paulo pode estar relacionada à não realização das ações de busca ativa e detecção precoce da hipertensão e do diabetes, uma vez que os dados de ICSAB do município estudado, em contrapartida, estão pouco acima do observado no Estado, 36,86% e 22%, respectivamente (BRASIL, 2014b).

O MS prevê que a ESF desenvolva ações de rastreamento das doenças mais prevalentes em todas as faixas etárias com o intuito de preveni-las, estas contemplam a

hipertensão e o diabetes (BRASIL, 2010), porém nem sempre as equipes seguem esta determinação. Estudo que buscou avaliar as ações programáticas oferecidas pela saúde da família a mulheres a partir dos 50 anos de idade identificou deficiência nas ações de rastreamento (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015).

Observou-se que as mulheres sem patologia diagnosticada não receberam assistência preventiva. Do total de hipertensas e diabéticas, 20,7% estavam inscritas no Hiperdia e menos de 1% tinha realizado as consultas e exames necessários. Apenas 11,9% das mulheres tinham realizado exame ginecológico, exame clínico das mamas e mamografia, no ano que antecedeu a coleta de dados (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015).

A busca ativa é ação imprescindível para o diagnóstico precoce das DCNTs. E a equipe de saúde da família deve ter essa ação inserida na rotina de todos os profissionais, visto que a ESF tem suas atividades pautadas predominantemente na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Os elementos utilizados pelas equipes estudadas para promoção e prevenção foram os grupos de educação em saúde e a escuta qualificada. Este último foi apontado como sendo a atenção dada pelo profissional de saúde para apreensão de possíveis fatores de risco ou hereditariedade às doenças crônicas, principalmente o ACS durante a visita domiciliar.

Já em 1994, Rosseto-Mazza dividia a visita domiciliar em duas estratégias, de acordo com seu objetivo. São elas: a visita fim, na qual as ações são direcionadas à terapêutica de usuários impossibilitados de comparecer à unidade de saúde; e a visita meio, na qual ocorre a busca ativa da demanda reprimida, mediante as ações de rastreamento definidas para cada grupo.

A visita domiciliar é um espaço ideal para coleta de informações pertinentes ao cuidado em saúde. Como exposto por algumas participantes desta pesquisa, o usuário sente confiança para falar de sua vida em um ambiente informal, a sua própria casa, enquanto as formalidades da consulta na unidade de saúde podem inibi-lo.

Drulla e colaboradores (2009) corroboram as potencialidades das visitas domiciliares, descrevendo-as como um instrumento para captar as necessidades de saúde dos indivíduos. Além de permitir o conhecimento da realidade, a troca de informações com os familiares e subsidiar a construção de projetos de intervenção mais próximos das famílias.

Na presente pesquisa, o agente comunitário de saúde se destacou na realização de ações por meio de visitas domiciliares, essa situação também foi encontrada por Sakata e colaboradores (2007). Isso se deve às atribuições específicas deste profissional definidas

pela PNAB. O ACS deve realizar, por meio das visitas, atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde, e acima de tudo acompanhar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, programando as visitas de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês (BRASIL, 2011b).

Entretanto, existem muitas situações que dificultam a realização das visitas. A quantidade de pessoas superior àquela recomendada pela PNAB (750 por ACS), por exemplo, foi apontada nos resultados deste estudo como um dificultador, pois impede que seja mantida a média de visitas indicada na mesma política.

Outros estudos também trazem dificuldades semelhantes relacionadas à realização da visita domiciliar. Entre elas: sobrecarga de trabalho, falta de tempo, fatores sociais, políticos e territoriais, sobreposição de atividades, atuação de um profissional em várias unidades de saúde, grande disponibilidade interna do profissional de saúde para lidar com as demandas inesperadas que emergem no território e impotência da equipe frente a determinados problemas (DRULLA et al., 2009) (SAKATA et al., 2007) (CUNHA; SÁ, 2013).

Apesar das dificuldades, é incontestável a relevância da abordagem no ambiente domiciliar para um efetivo acompanhamento, sendo que a escuta qualificada, em especial o “saber ouvir”, possibilita a ampliação do potencial da visita domiciliar para o processo de produção de saúde (DRULLA et al., 2009).

A disposição do profissional em promover a escuta qualificada, tanto na visita domiciliar quanto na unidade de saúde, é uma das etapas necessárias para se alcançar a humanização da assistência (SOUZA-JUNIOR et al., 2015). A Estratégia de Saúde da Família prevê ações de saúde humanizadas e resolutivas, de forma que se torna fundamental apreender as necessidades demandadas pelos usuários e articular soluções.

Essa atitude dos profissionais é denominada acolhimento, e se caracteriza não apenas pelo ato de recepcionar e triar mas sim como um instrumento para a organização e qualificação do cuidado em saúde (FRACOLLI, ZOBOLI, 2004).

Estudo que visou a compreender as unidades básicas de saúde como componente da rede de apoio a usuários hipertensos demonstrou que os indivíduos têm um vínculo frágil com a equipe. Uma das causas desta baixa relevância foi o acolhimento pouco adequado de suas necessidades (FAQUINELLO, CARREIRA, MARCON, 2010). Evidencia-se que acolher promove o vínculo, e desempenhar bem esta ação é crucial para o reconhecimento da unidade básica como referência de saúde na comunidade.

A ação de acolhimento não foi mencionada por nenhuma equipe. Deixando a dúvida, as equipes não realizam esta ação, ou apenas não a identificaram como sendo de

acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos? Apesar de o acolhimento não ter emergido como uma ação, acredita-se que este seja realizado.

Porém de forma inadequada, considerando as fragilidades existentes no processo de trabalho das equipes entrevistadas, tais como: quantidade de profissionais de enfermagem insuficiente para atender à demanda programada e espontânea; ausência de recepcionista; entre outras. Outros estudos mostram a vulnerabilidade desta importante ação no âmbito da saúde da família. O acolhimento tem sido realizado com foco na queixa, com intervenções pontuais, pouco resolutivas e não construtoras de vínculo (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Brehmer e Verdi (2010), ao entrevistarem usuários de unidades básicas de saúde, identificaram o desejo destes de se sentirem acolhidos, em contraste com as frustrantes experiências de exclusão e negação do direito à saúde. É preciso rever este processo na AB, para que esta possa se consolidar como coordenadora do cuidado em saúde.

A ação de prevenção mais evidenciada pelas equipes entrevistadas neste estudo foram os grupos de educação. Esta é uma estratégia inovadora que promove o vínculo com a comunidade e a promoção da saúde. Caracteriza-se em um processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e direitos à saúde, e ainda estímulo a ações que atendam aos princípios do SUS (MACHADO et al., 2007).

Para que esta educação seja realizada de maneira integral é importante considerar todos os aspectos que envolvem a saúde do indivíduo e que este seja visto como ser participativo no processo de produção da sua saúde (MACHADO et al., 2007).

Pesquisa que buscou caracterizar os grupos de educação em saúde voltados à população com diabetes e hipertensão de uma cidade do Paraná demonstrou que 70% das unidades oferecem esta atividade, contudo estão focados em temas curativistas. Além disso, o processo de educar é limitado à transferência de informações e não inclui a construção compartilhada de saberes entre o usuário e o profissional de saúde (MENDONÇA; NUNES, 2015).

Neste estudo, foram relatados temas relativos à prática de atividades físicas e alimentação saudável, evidenciando foco na promoção de saúde. Por outro lado, das três equipes participantes, apenas a equipe 1 realiza esta ação rotineiramente. As outras equipes, apesar de considerá-la importante para o acompanhamento, apontaram que sua efetivação é permeada por dificuldades relacionadas à falta de: estrutura física, motivação dos usuários e dos integrantes da equipe e apoio da gestão.

A estrutura física deficiente também foi identificada por enfermeiros da atenção básica como um dos vários entraves para realização de atividade educativa (JESUS et al., 2008). Com o intuito de sanar as dificuldades das unidades básicas de saúde relacionadas à

estrutura física, os governos estadual e federal têm financiado reformas e ampliações destas em todo o território nacional por meio dos convênios: “Requalifica” e “Qualis UBS”.

As equipes em questão estavam em reforma no período da coleta de dados, portanto pode-se considerar a dificuldade relativa à estrutura física em processo de resolução. Ainda assim, tanto a equipe 2 quanto a 3 referem a importância de estratégias apoiadas pela gestão municipal que incentivem a participação da população, tal como a oferta de lanche.

Após a confirmação do diagnóstico de hipertensão ou diabetes, a classificação do risco clínico e do risco cardiovascular é considerada instrumento eficaz e econômico que auxilia na adoção de medidas de intervenção mais precoces e intensivas. Reduzir e controlar os riscos coronarianos são indispensáveis, tanto no indivíduo hipertenso quanto no diabético, visto que sua prevalência, neste público, é alta (OLIVEIRA et al., 2007).

Estudo que realizou a estratificação do risco de usuários de uma ESF pelo método de Framingham identificou o predomínio de baixo risco, no entanto, estas pessoas apresentavam altas prevalências de outros elementos prejudiciais à saúde. Isso indica a necessidade de atuação mais eficaz da ESF e que a estratificação do risco pode permitir um melhor direcionamento na adoção de intervenção precoce. Não sendo, porém, a única forma de rastreio, por não considerar todos os fatores relacionados a eventos cardiovasculares severos (SAMPAIO; MELO; WANDERLEY, 2010).

Além das vantagens para a prevenção, a classificação de risco é o ponto de partida para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Criar um PTS adequado a cada usuário na sua singularidade desloca a assistência centrada em procedimentos fragmentados para uma que se pautar na responsabilização, vinculação e gestão do cuidado, garantindo a integralidade e o acesso aos recursos necessários e disponíveis à sua assistência (MALTA; MERHY, 2010).

Nenhuma das duas ações de acompanhamento mencionadas acima (estratificação do risco e PTS) foi abordada pelas equipes de saúde da família entrevistadas nesta pesquisa. O acompanhamento de hipertensos e diabéticos é realizado, basicamente, por meio das visitas domiciliares, seus relatórios e cadastros e consultas individuais.

O atendimento individualizado é, sem dúvidas, um importante instrumento de acompanhamento, pois permite a interação do profissional com o indivíduo. Para que este se efetive como um acompanhamento, é preciso ser agendado, caracterizando uma programação de avaliação deste usuário pela equipe. O agendamento foi abordado como uma atividade nova nas unidades de saúde e considerada pelos profissionais um avanço, já que pressupõe a garantia da vaga. Ainda que esteja havendo uma evolução neste sentido, não foi identificada a definição de um calendário de consultas.

Ao que parece, o usuário pode realizar o agendamento quando sentir necessidade, porém seu retorno fica a cargo de nova eventualidade no seu tratamento, e a continuidade do acompanhamento depende da iniciativa do próprio indivíduo. Esta situação também foi encontrada por Faquinello, Carreira e Marcon (2010), a procura pela unidade básica, por indivíduos com hipertensão acontece, principalmente, quando este se percebe “doente” ou para aquisição de medicamentos. Neste momento, as alternativas para se evitar complicações podem ser escassas.

A aquisição gratuita de medicamentos no sistema público de saúde vem acompanhada pela ação de renovar a receita, ação verificada na rotina das equipes 2 e 3. Apesar de as doenças crônicas serem de tratamento contínuo, a avaliação periódica é necessária, devendo esta ser realizada com aprazamento regular pelo serviço, preferencialmente, no prazo de “vencimento” da receita (CREMESP, 2012).

No entanto, as frequentes faltas às consultas e as dificuldades de acesso têm produzido aumento da demanda de renovação de receita em atendimento não presencial. Esse tipo de ação prejudica o acompanhamento longitudinal do usuário e também coloca o médico em situação complicada, por se tratar de uma infração ética (CREMESP, 2012).

Estudo sobre o apoio matricial da ESF à saúde mental mostrou que a renovação de receitas parece ser a ação mais comum e alarmante (DIMENSTEIN et al., 2009). Já outra pesquisa, sobre a prevalência de serviços médicos no sistema público de saúde, evidenciou que 35% foram devido à HA e ao DM e apenas 2%, do total, destinaram-se à renovação de receita (BASTOS et al., 2011).

Mediante o estabelecimento de protocolos municipais, a receita pode ser renovada na consulta de enfermagem, solucionando o problema da sobrecarga de consultas médicas e do impasse ético, uma vez que o usuário estará sendo avaliado. É importante, no entanto, evitar a necessidade intrínseca da medicalização, ressaltando as ações preventivas e o potencial para a educação em saúde do enfermeiro (BEZERRA et al., 2008).

Nota-se que, na ação “Consulta”, vários profissionais da equipe multidisciplinar foram citados, entretanto a consulta de enfermagem não emergiu nos relatos de nenhuma equipe, apesar de esta ser uma ação preconizada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. É preciso salientar o papel do enfermeiro nesse contexto.

A atuação do profissional de enfermagem na atenção básica permeia o cuidado ao indivíduo, família e coletividade, sadios ou doentes, sendo que a ESF possibilita a ampliação de sua prática clínica, antes voltada, principalmente, para a organização e infraestrutura do serviço de saúde (VAZ et al., 2010). Devido a esta nova realidade, a consulta de

enfermagem, a visita domiciliar e os atendimentos em grupo, a demandas programadas e espontâneas, passam a ser parte integrante do trabalho do enfermeiro (BRASIL, 2011b).

Apesar de possuir diretrizes próprias bem definidas, o enfermeiro enfrenta desafios impostos pela cultura da assistência centrada no médico. A consulta de enfermagem, apesar de ser uma atribuição privativa e exigência legal para o exercício da profissão (COFEN, 2002), em alguns casos, não é reconhecida pela equipe (MATUMOTO *et al.*, 2011).

Os próprios enfermeiros sentem receio de realizar tal prática clínica, alegando não ser aceita devido à hegemonia da consulta médica. Contraditoriamente, estudo baseado na opinião dos usuários mostra que quando estes vivenciam o atendimento de enfermagem identificam uma referência para o seu cuidado e se habitua a buscar por este profissional (MISHIMA *et al.*, 2010).

Para que se alcance a meta desejada na consulta de enfermagem, estes profissionais devem também estar qualificados para sua realização. Estudo realizado em unidades básicas no Nordeste do Brasil concluiu que muitos aspectos não têm sido abordados durante a consulta de enfermagem, o que pode acarretar num atendimento deficiente das pessoas acompanhadas (FELIPE *et al.*, 2008).

Entretanto, além da qualificação e motivação do enfermeiro para a realização da consulta, a ausência de espaço físico e gestão nas unidades configuram-se em barreiras que dificultam sua ocorrência (BRASIL, 2006; JESUS *et al.*, 2008). Esta situação foi encontrada nesta pesquisa, sendo a quantidade insuficiente de profissionais na equipe de enfermagem o principal entrave para efetivação das consultas de enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem define por meio da Resolução nº 293/2004 o quantitativo de profissionais adequado, de acordo com as atividades desenvolvidas e grau de dependência dos pacientes assistidos (COFEN, 2004). Entretanto, na atenção básica, o planejamento qualitativo e quantitativo dos trabalhadores de enfermagem é complexo, devido à amplitude das ações realizadas e à diversidade da demanda.

Em estudo de revisão sobre os métodos para mensurar a carga de trabalho de enfermagem comunitária, foi constatada insuficiência de dados que possibilite esse planejamento (HURST, 2006). Movimentos científicos e práticos têm o intuito de subsidiar a construção de instrumentos para a identificação da carga de trabalho adequada de profissionais de enfermagem na AB.

Bonfim (2010), em estudo que buscou pelas intervenções de enfermagem na AB como variável do dimensionamento, identificou 169 atividades mapeadas em sete domínios, 15 classes e 46 intervenções, segundo a taxonomia proposta pela *Nursing Interventions Classification*. Sendo as ações de gerenciamento e documentação as que despendem maior tempo na rotina dos profissionais de enfermagem da AB, em detrimento das atividades assistenciais.

Assim como o observado na presente pesquisa, estudo realizado na AB de Porto Alegre mostra que as ações executadas pelos enfermeiros são influenciadas pelas limitações do sistema de saúde, especialmente a falta de trabalhadores. Os enfermeiros são procurados para resolver problemas que nem sempre se relacionam com seu trabalho (NAUDERER; LIMA, 2008).

A carência de profissionais em toda a rede leva os enfermeiros a deixar de executar ações de sua competência para cobrir o trabalho básico de enfermagem, limitando, assim, ações como a visita domiciliar, eixo da Estratégia Saúde da Família (NAUDERER; LIMA, 2008).

Em conformidade com os estudos apresentados acima, esta pesquisa também identificou um quadro de funcionários incompleto, o qual tem afetado as visitas domiciliares e outras atribuições privativas das enfermeiras. Essas seriam otimizadas se houvesse mais um profissional de enfermagem para atender à demanda espontânea, dando tempo para a enfermeira programar suas atividades e oferecer uma assistência à saúde mais eficiente.

A inexistência de certas categorias profissionais, como a recepcionista, ou ainda os afastamentos relacionados a problemas de saúde acarretam desvios de função e acúmulo de atribuições. Estes, além de prejudicar o processo de trabalho, do ponto de vista jurídico, devem ser evitados, pois podem acarretar em processos trabalhistas e onerar a empresa.

Foi também relatado, na equipe 2, a falta de recursos materiais, no caso exemplificado pela ausência de esfigmomanômetro em condições adequadas de uso, o que causou grande mau estar entre os participantes e parece interferir na rotina de trabalho da equipe. A escassez dos recursos necessários para a execução das tarefas básicas, sendo eles humanos ou materiais, desperta nos trabalhadores uma atitude paranóica. Sentem-se apreensivos e ansiosos diante da possibilidade de serem rejeitados, discriminados e explorados, impossibilitando assim a funcionalidade da organização social e prejudicando, conseqüentemente, o processo de trabalho em saúde (KERNBERG, 2000).

As organizações sociais sadias pressupõem um equilíbrio entre autoridade e responsabilidade, apresenta líderes íntegros capazes de inspirar seus subordinados, além de garantir o quantitativo de pessoas e materiais ideais para a execução das tarefas

necessárias. Uma instituição com estas características favorece a relação de confiança entre seus integrantes e minimiza os comportamentos paranóides (KERNBERG, 2000).

Assim como o agendamento das consultas, os encaminhamentos ocorrem apenas mediante queixas do usuário ou suspeita de lesões de órgãos-alvo pelo profissional de saúde. A hipertensão e o diabetes são doenças silenciosas que podem levar a grandes complicações, quando não acompanhadas corretamente. A falta deste tipo de seguimento é preocupante, dada a prevalência das complicações.

Estudo realizado com hipertensos atendidos em ambulatório de referência mostrou que quase metade das pessoas apresentava pelo menos um evento definido com lesão órgão-alvo, tais como: insuficiência renal, acidente vascular cerebral e hipertrofia ventricular esquerda (NOBLAT et al., 2004).

Os participantes da pesquisa não referiram a ocorrência de encaminhamentos de rotina, como recomenda o protocolo do Estado. Para este, a periodicidade que os indivíduos com hipertensão e diabetes devem ir ao oftalmologista não deve passar de seis. Para os diabéticos indica, ainda, visitas semestrais ao dentista. Este planejamento tem o intuito de prevenir agravos a órgãos, sabidamente, atingidos com a evolução destas doenças. Entretanto, entraves relativos à reduzida quantidade de vagas com dentistas e oftalmologistas afetam essa ação.

A cobertura de saúde bucal no município de estudo é de 47,61% (BRASIL, 2015b), mas em duas unidades participantes o odontólogo apresentou carga horária inferior a 40h semanais, o que tem ocasionado a espera de quase seis meses para o início do tratamento dos moradores sob responsabilidade destas equipes. Devido a este cenário, a saúde bucal acaba se restringindo a ações curativas.

A literatura traz pouca participação e até despreparo dos dentistas para o acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes. Caneppele (2011) mostrou em seu estudo que 30,6% dos dentistas não aferiam a pressão arterial dos pacientes antes do atendimento. Outra pesquisa, que avaliou o conhecimento dos dentistas antes e após palestra educativa, constatou que nenhum profissional sabia identificar as manifestações bucais presentes em pacientes hipertensos, antes da palestra educativa (NASCIMENTO et al., 2011).

O cirurgião-dentista, em comunicação com o médico assistente, tem grande potencial para a promoção e manutenção do bem-estar e qualidade de vida do paciente diabético (ALVES et al., 2006). Este papel deve ser explorado para que a integralidade no cuidado desta população possa ser alcançada.

Para que não haja acometimentos de órgão-alvo, a equipe de saúde da família tem também a atribuição de realizar o monitoramento da adesão ao tratamento. Esta é, seguramente, o maior desafio a ser enfrentado no cuidado da hipertensão e do diabetes, uma vez que se lida com doenças crônicas, pouco sintomáticas e cujo tratamento implica mudanças nos hábitos de vida de uma população numerosa. No entanto, deve-se ter presente essas dificuldades no sentido de buscar formas adequadas e criativas de enfrentamento dessa situação (BRASIL, 2001).

A estratégia da terapêutica pactuada com o usuário, por meio de metas, pode ser mais bem aceita, pois permite a autonomia e participação do usuário no seu tratamento. Estudo bibliográfico que buscou por fatores que influem na adesão ao tratamento, por indivíduos portadores de doenças crônicas, identificou as redes de apoio como importante fator. E recomenda que esta rede seja composta pela família e equipe multiprofissional (MALDANER et al., 2008). Noblat e colaboradores (2004) também identificaram o apoio familiar como um instrumento para a garantia da continuidade do tratamento.

Apesar de a família ser fundamental neste processo, outro estudo observou que os familiares conhecem parcialmente as causas do diabetes e aponta a necessidade de educação aos familiares, para que possam dar o suporte adequado no controle da doença e na prevenção de complicações (PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003).

Considerar a família para propor o cuidado e mantê-lo foi apontado nesta pesquisa como uma das estratégias utilizadas pelas equipes para o acompanhamento e cuidado integral dos hipertensos e diabéticos. Mas os profissionais de saúde entrevistados relataram também situações em que os familiares não se comprometem em auxiliar o tratamento, dificultando a atuação da equipe.

Estudo sobre o perfil de idosos que não participavam das atividades do Hiperdia revelou que estes e seus familiares desconhecem sobre a doença e, quando não existe dependência, a família não se envolve com o tratamento. É preciso estimular a comunicação entre equipe, idoso e família para prevenir as incapacidades, garantindo assim sua qualidade de vida (SCHMITT-JÚNIOR; LINDNER; HELENA, 2013).

Utilizaram-se as notas atribuídas pelas próprias equipes no instrumento de autoavaliação do PMAQ para seleção das equipes e para a apreensão de diferentes dificuldades. Contudo, foi observado que, com exceção do incômodo relativo às reformas nas equipes 2 e 3, as dificuldades para o acompanhamento integral da população com

hipertensão e diabetes são semelhantes. O modo como a equipe enfrenta essas dificuldades é que varia.

A equipe 1, a qual se avaliou com a maior nota no AMAQ, parece encarar as dificuldades com naturalidade e busca soluções, enquanto as outras equipes evidenciam o problema e se paralisam. Esta impressão decorre das falas dos integrantes desta equipe que, embora estejam inseridos na mesma realidade municipal das outras, apontam menos dificuldades que as outras.

No entanto, não se pode deixar de destacar que esta equipe possui três pontos importantes a seu favor. O primeiro relacionado à estrutura física, pois é uma unidade que foi construída especificamente para a acomodação da equipe. O segundo devido a sua composição, pois é a única, das três estudadas, que iniciou suas atividades como ESF, a população adstrita a sua área se acostumou com a organização da demanda programática. E, terceiro porque é a equipe com maior nível de escolaridade, entre os profissionais de nível médio, e a única com uma profissional especializada em saúde da família.

Acredita-se que a implantação da Estratégia de Saúde da Família, sua filosofia e modelo de assistência são prejudicados, nas outras duas equipes, pela trajetória anterior de ambas como Unidade Básica Tradicional. A presença de médicos das especialidades básicas (pediatria, clínica, ginecologia e obstetrícia) e outros profissionais de saúde (fonoaudióloga, psicóloga e nutricionista) sem ligação direta com a equipe de saúde da família mantém o modelo hegemônico de especialidades, medicalização e pronto-atendimento, não se efetivando as ações orientadas pela integralidade.

Estudo que comparou o perfil da demanda atendida em unidades básicas de saúde tradicionais com a demanda da saúde da família, no Sul e Norte do país, mostrou que a proporção de consultas médicas foi duas vezes maior na UBS Tradicional. Na Saúde da Família, houve a participação de profissionais de vários níveis de formação e campos de atuação, a realização de visitas domiciliares foi quatro vezes maior nesta do que no modelo tradicional, e sua demanda foi predominantemente composta por mulheres e crianças. Evidenciando as diferenças no modelo assistencial, o foco da UBS tradicional está nas consultas médicas enquanto a saúde da família focaliza as ações preventivas (TOMASI et al., 2011).

Estudo sobre a percepção do desempenho de unidades básicas de saúde com e sem Saúde da Família indicou melhor avaliação dos serviços prestados pela ESF. O

enfoque familiar e a orientação comunitária e o estabelecimento de vínculo foram, significativamente, maiores nestas (VAN-STRALEN et al., 2008).

Os autores também ressaltam que a avaliação da Saúde da Família quanto ao acesso foi pior do que a UBS tradicional, ainda sem diferença significativa, tal fato sugere que a introdução da saúde da família não implica necessariamente na melhoria de acesso (VAN-STRALEN et al., 2008). É preciso acolher todos os usuários que buscam por atendimento para a consolidação da AB e, especialmente, a ESF como porta de entrada ao SUS.

Van-Stralen e colaboradores (2008) referem, ainda, que as equipes da saúde da família se associaram à melhor formação e orientação. Apesar de terem sido observados falta de oportunidades de cursos e treinamentos para as mesmas, o profissional novo, geralmente, faz apenas curso introdutório ou treinamento em serviços, contrariando a reorientação das práticas profissionais.

A falta de curso introdutório e de incentivo da gestão à formação profissional e educação permanente foi também criticada pelos participantes desta pesquisa. A Educação Permanente em Saúde prevê a melhoria e qualificação dos serviços para o atendimento das necessidades da população, por meio da transformação e aprimoramento do processo de trabalho e método educacional (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, a Política de Educação Permanente em Saúde deve considerar a necessidade de superar a fragmentação dos processos de trabalho. Algumas de suas diretrizes são: valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde, na perspectiva da Política Nacional de Humanização e favorecer a autonomia e a corresponsabilização dos sujeitos nos processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

A fala de uma ACS destaca a necessidade de se ter educação permanente, mas ao mesmo tempo frisa a dificuldade de se implantar na prática a teoria aprendida, remetendo a todas as fragilidades evidenciadas nos resultados desta pesquisa.

Observadas as ações de acompanhamento da população com hipertensão e diabetes e as dificuldades enfrentadas pelas equipes para executá-las, no âmbito da saúde da família no município estudado, contemplam-se cenários semelhantes em outros locais do país.

Revisão integrativa que buscou pelas ações de atenção à saúde de diabéticos na ESF mostrou que as principais ações e medidas são busca ativa, formação de grupos de diabéticos, acompanhamento do Hiperdia, práticas assistenciais, educativas e medidas de controle da doença (SILVA; JUNIOR, 2015).

As dificuldades no processo de trabalho de equipes de saúde da família identificadas por Marqui e colaboradores (2010) englobam falta de infraestrutura das unidades de saúde, a dificuldade de trabalhar em equipe, a falta de especialização dos trabalhadores, a não compreensão da população sobre a proposta da ESF.

A assistência prestada aos indivíduos com DCNT precisa ser revista. Estudo que verificou as diferenças entre os cadastros e o acompanhamento da hipertensão e diabetes observou que os municípios pesquisados apresentaram menor nível de acompanhamento anual pelas equipes de saúde em relação à média geral de cadastros, sendo esta diferença significativa estatisticamente (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Assim, enfatiza-se a necessidade de relatar mais experiências exitosas ou não de práticas e medidas executadas pelas equipes de saúde dentro da atenção ao portador de doenças crônicas, objetivando contribuir para melhor assistência destes na atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta pesquisa, conclui-se que a cobertura de saúde da família é alta, porém esta precisa ser qualificada para uma assistência mais resolutiva. As ações, realizadas pelas equipes, para o acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos não contemplam todas aquelas preconizadas pelo Estado de São Paulo. Inúmeras dificuldades foram apontadas pelas equipes como justificativa para a não realização. Assim, faz-se necessário maior atenção dos gestores municipais para o fortalecimento da atenção básica neste município.

O estudo dos indicadores de saúde do município evidenciou que este possui uma cobertura de saúde da família de quase 90% de seus moradores, se considerar o número de pessoas cadastradas. Entretanto, as equipes têm sob sua responsabilidade uma quantidade muito maior do que a recomendada pelo MS. Essa sobrecarga impossibilita a realização de importantes ações de acompanhamento e contribui para a baixa resolutividade da AB, como consequência a cidade apresenta um alto índice de ICSAB.

Ao analisar os discursos das três equipes de saúde da família participantes, foram identificadas as ações realizadas para o acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos, bem como os instrumentos utilizados. Contudo, estas não estão, completamente, de acordo com o preconizado pela Secretaria do Estado de São Paulo.

As dificuldades enfrentadas pelas equipes permeiam a falta de recursos (físicos, humanos e materiais); limitações no processo de trabalho, resistências dos usuários e falta de apoio da gestão municipal, as quais justificam a ausência de algumas ações. Ainda assim, uma das equipes, apesar de compartilhar as dificuldades relativas à organização municipal, mostrou maior capacidade de resolução de problemas, a qual foi associada ao fato de esta unidade não ter a interferência do modelo assistencial das Unidades Básicas de Saúde tradicionais, pautadas na hegemonia médica.

A análise da integralidade, no discurso dos participantes, possibilitou compreender melhor o universo de referência dos trabalhadores e o conceito de saúde como elementos que norteiam o processo de trabalho, e levou ao reconhecimento dos sentidos da integralidade propostos por Mattos como boas práticas de saúde, forma de organizar os serviços de saúde e como políticas a grupos especiais, caracterizando mais amplamente as ações realizadas pelas equipes estudadas.

Esta pesquisa apresenta, também, limitações que devem ser consideradas. Apenas três equipes do município participaram do estudo, no entanto seria interessante a participação das demais equipes, pois estas poderiam trazer situações e práticas diferentes.

O presente estudo pode contribuir com a realidade do município, uma vez que aponta as dificuldades das equipes para a assistência à saúde das pessoas com

hipertensão e diabetes, e fragilidades da organização do sistema de saúde municipal, direcionando os gestores e os próprios profissionais inseridos na prática, para as modificações que devem ser feitas para uma atenção à saúde de qualidade.

Considerando as lacunas entre as ações relatadas pelos participantes e aquelas recomendadas pela Secretaria do Estado de São Paulo, bem como a compreensão dúbia de alguns profissionais quanto ao modelo assistencial proposto pela Estratégia Saúde da Família, propõem-se oficinas para a sensibilização e aprimoramento destes para melhoria da atuação profissional e, conseqüentemente, da atenção à saúde oferecida à população do município estudado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABILIO, E.S.; CORDEIRO, M.J.J.A. **O Currículo e a Formação em Saúde**. Anais do Encontro de Iniciação Científica – ENIC, n. 6, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uems.br/novo/index.php/enic/article/viewFile/4902/2632>>. Acesso em: 01 mai 2015.
- ALFRADIQUE, M.E. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1337-1349, jun. 2009.
- ALVES, T.N.P. **Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.
- ALVES, C. et al. **Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica**. R. Ci. méd. biol., Salvador, v. 5, n. 2, p. 97-110, mai./ago. 2006.
- ALWAN, A. et al. **Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries**. Lancet. v. 376, n. 9755, p. 1861- 1868, 2010.
- ANDRADE, E.N.; ANDRADE, E.O. **O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura**. Revista Bioética 2010; 18 (1): 61 – 74.
- ANDRADE, L.M.B. et al. **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina**. Rev. Saúde e Transformação, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1471>> Acesso em: 20 abr. 2015.
- AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.
- AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde**. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>> Acesso em: 01 jun 2015.
- BADZIAK, R.P.F.; MOURA, V.E.V. **Determinantes sociais da saúde: um conceito Para efetivação do direito à saúde**. R. Saúde Pública. Santa Catarina, ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.
- BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 226 p. 1994.
- BASTOS, G.A.N. et al. **Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil**. Rev Saúde Pública 2011;45(3):475-84.
- BERLOWITZ, D.R. et al. **Inadequate Management of Blood Pressure in a Hypertensive Population**. The New England Journal of Medicine. 339 (27): 1957-63, 1998.

BEZERRA, N.M.C. et al. **Consulta de Enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário.** Rev. RENE. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 86-95, jan./mar. 2008.

BONFIM D. **Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Básica à Saúde como parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores.** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.** 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 25 mai 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganizaçãoda Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT):** no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** saúde da família, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008a. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.**

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008b. **Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.** Diário Oficial. República Federativa do Brasil. Brasília-DF. Nº 75 – 18/04/08 – p.70

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Brasília – DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011a.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c. 16 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011d**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011e**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013a. 128p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013b. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Sishiperdia. **Municípios com Adesão**. 2013c. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 08 mai 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Sishiperdia; **Relatório de envio de dados por município**. 2013d. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 08 mai 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF. 2013e. Versão preliminar. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Inquérito de 2013: Prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial**. 2013f. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pns/pnsqa.def>>. Acesso em 20 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Quantidade de Internações por Local de Residência**. 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsp.def>>. Acesso em 20 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Sispecto. **Pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores – 2014b**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sispecto/faces/relatoriosExterno/relatorioExternoPactuacao.jsf?faces-redirect=true>>. Acesso em: 5 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Histórico de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família**. 2015a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 20 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Histórico de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família: Nota Técnica**. 2015b. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf>. Acesso em 20 abr 2015.

BREHMER, L.C.F.; VERDI M. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. Supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica.** Rio de Janeiro; s.n; 1982. 249 p.

CANEPPELE, T.M.F. **Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas sobre o Atendimento de Paciente Especiais:** Hipertensos, Diabéticos e Gestantes. Journal of Biodentistry and Biomaterials - Universidade Ibirapuera São Paulo, n. 1, p. 31-41, mar./ago. 2011.

CARVALHO, A.L.M. et al. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI).** Ciência & Saúde Coletiva. 17(7):1885-1892, 2012.

CHAZAN, A.C.; PEREZ, E.A. **Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do estado do Rio de Janeiro.** Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 10-16, jan./mar. 2008.

CONILL, E.M. et al. **A avaliação como instrumento de mudança.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):564-576, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras.** Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>>. Acesso em: 08 mai 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 293 de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Prática de trocar receita é considerada infração ética.** Jornal do CREMESP. Bioética. Edição 290 – 03/2012.

COSTA, J.M.B.S.; SILVA, M.R.F.; CARVALHO, E.F. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, 16(2):623-633, 2011.

COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI-FILHO, W.D. **Autonomia versus Cronicidade: Uma Questão Ética no Processo de Cuidar em Enfermagem.** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15(1):53-8.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. **Home visits within the Family Health Strategy: the challenges of moving into the territory.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.

DAUDT, C.V.G. **Avaliação dos Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária no Sul do País (UFRGS).** 2013. 177 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre – RS, 2013.

- DIMENSTEIN, M. et al. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental.** Saúde e Sociedade. v. 18(1): 63-74, 2009.
- DEMING, W.E. **Out of the crisis.** Cambridge: Massachusetts Institute of R. Technology, Centre for Advanced Engineering; 1986.
- DRULLA, A.G. et al. **A Visita Domiciliar como Ferramenta ao Cuidado Familiar.** Cogitare Enferm. v. 14, n. 4, p. 667-74, Out/Dez; 2009.
- FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. **A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis; v. 19, n. 4, p. 736-44, Out-Dez; 2010.
- FELIPE, G.F.; ABREU, R.N.D.C.; MOREIRA, T.M.M.M. **Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família.** Rev Esc Enferm USP; v. 42, n. 4, p. 620-7, 2008.
- FERREIRA, M. **A Hipertensão arterial como Condição Sensível à Atenção Primária: possibilidade de avaliação e planejamento em saúde.** 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- FORTUNA, C.M. et al. **O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos.** Rev Latino-am Enfermagem. v. 13, n. 2, p. 262-8, março-abril; 2005.
- FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família.** Rev Esc Enferm USP; v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.
- FREITAS, E.O. de; MARTINS, I. **Concepções de saúde no livro didático de ciências.** Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências, v. 10, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/ensaio/article/viewArticle/152>>. Acesso em: 10 jun 2015.
- GARBOIS, J.A.; VARGAS, L.A.; CUNHA, F.T.S. **O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008.
- GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 112.
- GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa.** In: _____ (Org). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010. p. 79-108.
- GOTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M. **Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico.** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.189-198, 2009.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. **Doenças e agravos não transmissíveis.** Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

- HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20 n. Sup 2, p. S331-S336, 2004.
- HOEPFNER, C.; FRANCO, S.C. **Inércia Clínica e Controle da Hipertensão nas Unidades de Atenção Primária à Saúde**. Arq Bras Cardiol, v. 95, n. 2, p. 223-229, 2010.
- HURST, K. **Primary and community care workforce planning and development**. J Adv Nurs, v. 55, n. 6, p. 757-69, 2006.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população para 1º de julho de 2014**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativas_2014_TCU.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2013**. Percepção do estado de saúde estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 18 mar 2014.
- IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. Rev Esc Enf USP, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.
- INTERDONATO, G.C.; GREGUOL, M. **Qualidade de vida percebida por indivíduos fisicamente ativos e sedentários**. R. bras. de Ciência e Movimento, v. 18, n. 1, p. 61-67, 2010.
- ITO, E.E. et al. **O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade**. Revista Escola de Enfermagem – USP, v. 40, n. 4, p. 570-5, 2006.
- JESUS, M.C.P. et al. **O Discurso do Enfermeiro sobre a Prática Educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora**, Minas Gerais, Brasil. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.
- KALACHE, A. **Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova**. Cad. Saúde Pública [online]. 1987, v. 3, n. 3, p. 217-220. ISSN 0102-311X.
- KERNBERG, O.F. **Ideologia, conflito e liderança em grupos e organizações**. trad. Alceu Fillmann. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- LACERDA, M.R.; LABROCINI, L.M. **Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem**. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 64, n. 2, p. 359-64, mar-abr; 2011.
- LEATT, P.; PINK, G.H.; GUERRIERE, M. **Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare**. Healthcare Papers, v. 1, n. 2, p. 13-35, March, 2000.
- MACHADO, L.E.; CAMPOS, R. **O impacto da Diabetes Melito e da hipertensão arterial para a saúde pública**. Saúde Meio Ambient. v. 3, n. 2, p. 53-61, jul./dez. 2014. ISSN 2316-347X.
- MACHADO, M.F.A.S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. Ciênc saúde coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

- MALDANER, C.R. et al. **Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica:** o doente em terapia hemodialítica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS); v. 29, n. 4, p. 647-53, dez, 2008.
- MALFATTI, C.R.M.; ASSUNÇÃO, A.N. **Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família:** uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. Supl. 1, p. 1383-1388, 2011.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MANZO, B.F.; BRITO, M.J.M.; CORRÊA, A.R. **Implicações do Processo de Acreditação Hospitalar no Cotidiano de Profissionais de Saúde.** Rev Esc Enferm USP, v. 46, n. 2. p. 388-94, 2012. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 20 jun 2014.
- MARQUI, A.B.T. et al. **Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho.** Rev Esc Enferm USP, v. 44, n. 4. p. 956-61, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 20 jun 2014.
- MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no Processo de Trabalho em Saúde.** 2008. Disponível em:<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acesso em: 20 jun 2015.
- MATUMOTO, S. et al. **A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet], v. 19, n. 1 [08 telas], jan-fev, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 14 out 2013.
- MATTOS, R.A. **A Integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública [online], v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>. Acesso em: 5 mai 2014.
- MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 8ª ed, 2009. p. 43-68.
- MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Avaliação de Grupos de Educação em Saúde para Pessoas com Doenças Crônicas. Trab. educ. saúde [online], v.13, n. 2, p. 397-409, 2015. ISSN 1981-7746.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional** in Saúde em Debate, Ano XXVII, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, Set/Dez de 2003.
- MCLELLAN, K.C.P. et al. **Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida:** [revisão]. Rev. nutr; v. 20, n. 5, p. 515-524, set.-out, 2007.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio da pesquisa social.** In: Minayo, M.C.S.; Deslandes S.F.; Gomes, R. (Org). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, p. 9-29, 2013.
- MINAYO, M.C.S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

- MISHIMA, S.M. et al. **A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. v. 18, n. 3, [09 telas], mai-jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 8 mai 2013.
- NASCIMENTO, E.M. et al. **Abordagem odontológica de pacientes com hipertensão: um estudo de intervenção.** RFO, Passo Fundo, v. 16, n. 1, p. 30-35, jan./abr. 2011.
- NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. **Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 5, p. 889-894, 2008.
- NOBLAT, A.C.B. et al. **Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 83, n. 4, Out, 2004.
- OLIVEIRA, D.S. et al. **Avaliação do risco cardiovascular segundo os critérios de Framingham em pacientes com diabetes tipo 2.** Arq Bras Endocrinol Metab, v. 51, n. 2, p. 268-74, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégia de controle e desafios para os sistemas de saúde.** Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2011.
- PACE, A.E.; NUNES, P.D.; OCHOA-VIGO, K. **O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus.** Rev Latino-am Enfermagem; v. 11, n. 3, p. 312-9, mai-jun, 2003.
- PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan.-mar. 2014.
- PASQUAL, K.K.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. **Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família.** Rev Gaúcha Enferm. v. 36, n. 2, p. 21-7, jun, 2015.
- PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e Prática.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.
- PHILLIPS, L.S. et al. **Clinical inertia.** Ann Intern Med; v. 135, n. 9, p. 825-34, 2001.
- PIERIN, A.M.G. et al. **Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde** localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. Supl. 1, p.1389-1400, 2011.
- PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade.** Rev. Nutr., Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez., 2004.
- PINHO, I.C.; SIQUEITA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. **As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v. 8, n. 1. p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>. Acessado em: 20 mai 2014.
- PIRES, M.R.G.M. et al. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. Supl. 1, p.1009-1019, 2010.

- PONTES, A.P.M. et al. **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: O que pensam os usuários?** Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 13, n. 3, p. 500-07, jul-set, 2009.
- PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho**. 3º ed. São Paulo: Manole, 2000.
- RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. **Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica**. Rev Saúde Pública; v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011.
- RADIGONDA, B. et al. **Sistema de Informação da Atenção Básica e sua Utilização pela Equipe de Saúde da Família: Uma Revisão Integrativa**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 12, n. 1, p. 38-47, dez. 2010. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude>. Acesso em: 5 mai 2015.
- REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.
- RESSEL, L.B. et al. **O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-86, Out-Dez; 2008.
- RESOLUÇÃO CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 de jul de 2014.
- ROCHA, B.V. et al. **Relação Médico-Paciente**. v. 13, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/8/13>>. Acesso em: 01 mai 2015.
- RODRIGUES, D.F. et al. **Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família**. R bras Ciência Saúde, v. 15, n. 3, p. 277-286, 2011. ISSN 1415-2177.
- RODRIGUES, V.; SANTOS, C.R.I.; PEREIRA, M.U. **A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 173-181, out, 2014.
- RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.
- ROSA, R.S. **Diabetes mellitus: Magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001**. Epidemiol Serv Saude, v. 17, n. 2, p. 131–34, 2008.
- ROSSETO-MAZZA, M.M.P. **A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum; v. 4, n. 2, p. 60-8, jul.-dez. 1994.
- SAMPAIO, M.R.; MELO, M.B.O. de; WANDERLEY, M.S.A. **Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas**. Rev Bras Cardiol. v. 1, n. 1, p. 51-60, 2010.

SÃO JOAQUIM DA BARRA. SECRETARIA DE SAÚDE. Napolitano C et al. **Plano municipal de Saúde 2010-2013**. Out 2009.

SÃO JOAQUIM DA BARRA. SECRETARIA DE SAÚDE. Napolitano C et al. **Plano municipal de Saúde 2014-2017**. Dez, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. **Linha de Cuidado – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**. 2011a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistêmica/quadros-sinteses/lc_hipertensao_q01.pdf?attach=true>. Acesso em: 20 mai 2015.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. **Linhas de Cuidado – Diabetes Mellitus (DM)**. 2011b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-mellitus/quadros-sinteses/lc_diabetes_q01.pdf?attach=true>. Acesso em: 20 mai 2015.

SAKATA, K.N. et al. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares**. Rev Bras Enferm, v. 60, n. 6, p. 659-64, nov-dez, 2007.

SCHMITT-JÚNIOR, A.A.; LINDNER, S.; HELENA, E.T.S. **Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária**. Rev Assoc Med Bras. v. 59, n. 6, p. 614–621, 2013.

SCHMIDT, M.I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Carga e desafios atuais**. Lancet 2011; Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SCHMIDT, M.I. et al. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: Mortalidade, morbidade e fatores de risco**. In: Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde, ed. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.

SCHULZE, C.J.; CHIARELLI, G. **O Princípio da Integralidade na Saúde e sua Compatibilidade com a Escassez de Recursos**. Revista CEJ, Brasília, v. 18, n. 64, p. 20-25, set./dez. 2014.

SHARMA, A.M. et al. **High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross sectional study**. J Hypertens. v. 22, n. 3, p. 479-86, 2004.

SILVA, C.R.; GOBBI, B.C.; SIMÃO, A.A. **O uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta para a Pesquisa Qualitativa: Descrição e Aplicação do Método**. Organ. rurais agroind., Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro**. Revista Escola de Enfermagem – USP. v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, R.K.L.; JUNIOR, A.M. **Atenção a Saúde no Diabetes Mellitus na Perspectiva da Estratégia de Saúde da Família: Uma Revisão Integrativa**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. v. 6, n. 1, p. 152-67. 2015. ISSN: 1982-4785.

SILVA, A.M. et al. **A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 4, p. 2197-2206, 2010.

SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. **Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov-dez, 2005.

SILVA, T.R. et al. **Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde.** Saúde e Sociedade, v.15, n.3, p.180-189, set-dez 2006.

SIMÕES, C. C. da S. **A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas.** Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas, 2006. 140p.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. **Atenção Básica no Brasil (1980-2006): Alguns Destaques.** Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014** - [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>>. Acesso em 20 mai 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sedentarismo afeta quase a metade da população brasileira. Disponível em < <http://www.sbh.org.br/ipad/noticias.php?id=476>>. Acesso em 15 out. 2014.

SOUZA-JUNIOR, S.O. et al. **Expressão da Humanização no Campo da Atenção Básica à Saúde.** Revista Rede de Cuidados em Saúde. v. 9, n.1, p. 1-13, 2015, ISSN-1982-6451.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. **“É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica,** em Manaus, Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. Sup 1, p. S91-S99, 2008.

TAHARA, A.K.; SILVA, K.A. **A prática de exercícios físicos na promoção de um estilo de vida ativo.** EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. v. 9, n. 61, 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd61/ativo.htm>>. Acessado em: 04 out. 2014.

TOMASI, E. et al. **Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção.** Cien Saude Colet. v. 16, n. 11, p. 4395-4404, 2011.

TORRES, H.C. et al. **Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus.** Acta Paul Enferm. v. 23, n. 6, p. 751-6, 2010.

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

VAN-STRALEN, C.J. et al. **Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil.** Cad Saude Publica. v. 24, n. Supl 1, p. 148-158, 2008.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. **Transição demográfica: a experiência brasileira.** Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília. v. 21, n. 4, dez., 2012.

VAZ, M.R.C. et al. **Conhecimento Clínico do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: Aplicação de uma Matriz Filosófica de Análise.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 17-24, Jan-Mar, 2010.

VIACAVA, F. **Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros.** Radis, v. 96, p. 12-9, 2010. Disponível em: < http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf >. Acesso em 13 mai 2013.

WEILLER, T.H.; SCHIMITH, M.D. **PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde.** J Nurs Health. v. 3, n. 2, p. 145-46, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated chronic disease prevention and control.** Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

APÊNDICE A - Caracterização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família

QUESTIONÁRIO N°: _____

Parte I: Dados pessoais

1. Data de nascimento: ____/____/____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Estado civil: () solteiro () casado () união consensual () divorciado () viúvo
4. N° filhos: _____

Parte II: Formação e experiência profissional

5. Cargo ou categoria profissional: _____
6. Nível de escolaridade: _____
7. Mês e ano em que se formou: ____/____
8. Outra graduação concluída: _____ Ano de conclusão: _____
9. Pós-Graduação
 - () Especialização: _____ Ano de conclusão: _____
 - () Mestrado: _____ Ano de conclusão: _____
 - () Doutorado: _____ Ano de conclusão: _____
 - () Outros cursos realizados: _____ Ano de conclusão: _____
10. Trabalho atual: Local: _____ Horário de trabalho: _____
Local: _____ Horário de trabalho: _____
11. Data de admissão na SMS de São Joaquim da Barra: ____/____/____
12. Experiências anteriores de trabalho (na SMS ou em outros vínculos):
Local: _____ Tempo: _____
Local: _____ Tempo: _____
Local: _____ Tempo: _____
13. Tempo de trabalho na atenção básica: _____
14. Tempo de trabalho na atual unidade de saúde: _____
15. Quais os motivos que a levaram a trabalhar na atenção básica?

16. No último ano, você leu sobre hipertensão e/ou diabetes? () Sim () Não
17. Quais suas fontes de leitura? () livros () artigos () teses, dissertações e/ou monografias () manuais, protocolos e/ou informes técnicos.
18. No último ano, você participou de algum evento com tema relacionado à hipertensão e/ou diabetes no último ano? () Sim () Não
19. Que tipo de evento? () Congresso, Simpósio, etc. () cursos e treinamentos () Conselhos e Comissões

APÊNDICE B - Perguntas Norteadoras para a Realização de Grupo Focal com os Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família

1. O que vocês entendem por acompanhamento e cuidado integral de hipertensos e diabéticos?
2. Quais ações desenvolvidas nesta Estratégia de Saúde da Família são de acompanhamento e cuidado integral aos hipertensos e diabéticos?
3. Quais são as dificuldades encontradas pela equipe para a realização de ações de acompanhamento desta população?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisa: A assistência integral a hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Análise das ações realizadas em um município do interior de São Paulo. Pesquisador responsável: Bruna Turaça da Silva Manso Orientadora: Profa. Dra. Silvia Matumoto Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Prezado(a) Sr(a): _____

Convidamos você a participar de pesquisa sobre a atenção prestada pelas equipes de saúde da família a pessoas com hipertensão e diabetes. O objetivo da pesquisa é analisar as ações realizadas para o acompanhamento integral de hipertensos e diabéticos, pelas equipes de saúde da família do município de São Joaquim da Barra - SP. Caso concorde em participar, você será convidado a responder a um questionário composto por perguntas sobre seus dados pessoais (idade, sexo, situação civil, nº de filhos), sua formação e experiência profissional. Também participará de reunião denominada grupo focal em que estarão presentes os demais membros de sua equipe para discutir sobre o atendimento oferecido por vocês a pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Estão programados dois encontros do grupo focal, que serão realizados no dia da reunião semanal da equipe e terão duração máxima de duas horas. Os grupos serão gravados e transcritos. Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa podem estar relacionados com a possibilidade de constrangimentos ao responder ou deixar de responder às perguntas ou ao recordar situações difíceis do seu cotidiano de trabalho, durante as discussões do grupo focal. Para minimizar tais constrangimentos e desconfortos, você poderá não dar continuidade à discussão sobre o aspecto que causa o desconforto, lembrando também que você é livre para participar ou não. Informamos que você não receberá gratificação, pagamento ou benefícios diretos por sua participação na pesquisa. Mas os resultados da pesquisa podem contribuir para reflexão dos profissionais acerca da assistência prestada a hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Caso você se sinta prejudicado por participar desta pesquisa, você tem direito a buscar por indenização de acordo com a legislação vigente no Brasil.

Aceitei participar voluntariamente da pesquisa sem receber qualquer incentivo financeiro e minha colaboração se fará de forma anônima, a partir da assinatura desta autorização, porém posso me retirar desta pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal, a minha atuação no trabalho ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Fui informado(a) de que minha identidade será mantida em segredo, e os depoimentos prestados e os dados obtidos serão utilizados cientificamente e divulgados em eventos e publicações científicas. Fui também esclarecido(a) de que

o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável, através do telefone (16) 98212-5543, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, telefone (16) 3602.3386, no horário de funcionamento, de segunda a sexta feira, das 8h às 17h, em dias úteis.

Eu recebi uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Joaquim da Barra, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 206/2014

Ribeirão Preto, 13 de novembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 188ª Reunião Ordinária, realizada em 13 de novembro de 2014.

Protocolo CAAE: 36369414.1.0000.5393

Projeto: A assistência integral a hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Análise das ações realizadas em um município do interior de São Paulo.

Pesquisadores: Silvia Matumoto
Bruna Turaça da Silva Manso

Em atendimento à Resolução 466/12, 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,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Silvia Matumoto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Anuência Institucional

PREFEITURA
**São Joaquim
da Barra**
GOVERNANDO PARA TODOS

ASSESSORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Piauí, 1623 - Centro
Fone/fax (16) 3728-6173

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Dr. Rodrigo Jorge Massi,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada A assistência integral a hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Análise das ações realizadas em um município do interior de São Paulo. a ser realizada na Prefeitura Municipal de São Joaquim da Barra-SP, pela aluna de pós graduação Bruna Turaça da Silva Manso, sob orientação da Profa. Dra. Silvia Matumoto, com o seguinte objetivo geral: Analisar as ações realizadas para o acompanhamento integral de hipertensos e diabéticos, pelas equipes de saúde da família do município de São Joaquim da Barra – SP e os seguintes objetivos específicos Identificar as ações de acompanhamento dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2; Identificar os instrumentos utilizados pelas equipes para o acompanhamento desta população; Identificar dificuldades enfrentadas pelas equipes para realização do acompanhamento integral de hipertensos e diabéticos, necessitando portanto, realizar coleta de dados com profissionais das unidades das Estratégias de Saúde da Família da instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos.

São Joaquim da Barra, 10 de junho de 2014.

Bruna Turaça da Silva Manso

Enfa Bruna Turaça da Silva Manso

Mestranda responsável pelo projeto

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação

Dr. Rodrigo Jorge Massi
Dr. Rodrigo Jorge Massi
Secretário Municipal de Saúde

Dr. Rodrigo Jorge Massi
CRM 103.180
Assessor p/ assunto de Saúde