

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM/UFSC  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**MARIA APARECIDA SALCI**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A PREVENÇÃO DAS  
COMPLICAÇÕES CRÔNICAS ÀS PESSOAS COM DIABETES  
MELLITUS À LUZ DA COMPLEXIDADE**

**FLORIANÓPOLIS**

**2015**



**MARIA APARECIDA SALCI**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A PREVENÇÃO DAS  
COMPLICAÇÕES CRÔNICAS ÀS PESSOAS COM DIABETES  
MELLITUS À LUZ DA COMPLEXIDADE**

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise M. Guerreiro Vieira da Silva

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Betina Hörner Schindwein Meirelles

**FLORIANÓPOLIS**

**2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Salci, Maria Aparecida

Atenção primária à saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da Complexidade / Maria Aparecida Salci ; orientador, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva ; coorientador, Betina Hörner Schindwein Meirelles. - Florianópolis, SC, 2015. 342 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Diabetes Mellitus. 3. Doença Crônica. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Avaliação de Serviços de Saúde. I. Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da . II. Meirelles, Betina Hörner Schindwein . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

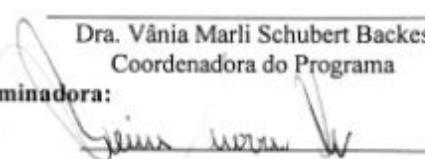
MARIA APARECIDA SALCI

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A PREVENÇÃO DAS  
COMPLICAÇÕES CRÔNICAS ÀS PESSOAS COM DIABETES  
MELLITUS À LUZ DA COMPLEXIDADE**

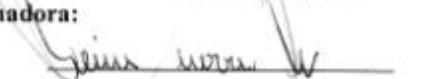
Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

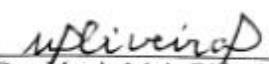
E aprovada em versão final em 12 de junho de 2015, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.

  
Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

  
Dra. Denise M. Guerreiro Vieira da Silva  
Presidente

  
Dra. Ivonete Terezinha Schülter  
Buss Heidmann  
Membro

  
Dra. Magda Lúcia Félix de  
Oliveira  
Membro

  
Dra. Maria Itayra Coelho de Souza  
Podilha  
Membro

  
Dra. Maria de Fátima Mantovani  
Membro

  
Dra. Soraia Dornelles Schoeller  
Membro



Dedico este trabalho a todas as pessoas que estiveram diretamente envolvidas nesta pesquisa, e ainda, àquelas que almejam, vislumbram, sonham, estudam, constroem, trabalham, fazem, usam e desejam um SUS melhor!



## AGRADECIMENTOS

Para quem viveu este momento, de escrever os agradecimentos de uma tese, sabe quantos coisas rememoramos em nosso íntimo e quantas emoções afloram... Vêm alegrias, emoções, lágrimas de felicidade, dúvidas, medos, angústias... Mas um sentimento de vitória ao ver o trabalho que foi tão pensado e planejado tomando forma, sendo organizado e concretizado! Vivo, então, a experiência de sentir uma imensa gratidão a tudo que esteve presente e fez parte desta história!

A Deus, pela vida, pela coragem de seguir em frente, pela força que me impulsiona a cada amanhecer, e por me dar tudo que tenho!

Aos maiores presentes que Deus poderia ter preparado para mim nesta vida: meu marido Oscimar Polita e nossa filha, Yasmin Salci Polita.

Oscimar, ♪ “Eu tenho tanto pra lhe falar, mas com palavras não sei dizer... E não há nada pra comparar, para poder lhe explicar...”♪ A você são tantos os agradecimentos, que fica difícil escrever... Mas obrigada por cada detalhe e por cada cuidado que teve comigo antes e durante esta conquista, pelo apoio, por organizar nossa vida em meio a todo esse processo! E, ainda, por encarar comigo a aventura da maternidade no momento que fosse da vontade de Deus, e assim ela veio, em meio “a tudo isso”... Você me faz viver emoções únicas e desfrutar as delícias de uma vida em família... Obrigada por ser o marido, o pai, o amigo e o companheiro dedicado, paciente, organizador e presente, em todos os nossos momentos vividos!

Yasmin, você foi o meu melhor projeto! Obrigada por me dar a alegria de ter você como filha, pela sua capacidade de respeitar e entender minhas ausências “para a mamãe trabalhar no computador”. Tudo isso também é para você! Espero que realmente entenda e leve para sua vida este aprendizado: que para crescermos é preciso esforço e dedicação!

Obrigada por vocês existirem!

À minha mãe Nair Pereira Salci, que sempre me incentivou e estimulou para o universo dos estudos, sempre cuidando de tudo e de todos para que meu tempo pudesse ser dedicado a eles. Obrigada por ficar comigo e com a Yasmin, ainda em meu ventre e exigindo cuidados para que ela pudesse vir ao mundo, em Florianópolis, em Maringá, e em

nossas diversas viagens. Talvez, sem você, estes dois sonhos não teriam se concretizado juntos: o doutorado e a maternidade! Obrigada, mãe!!!

Ao meu pai Vilmar Caldas Salci (*in memoriam*), sei que seria um motivo de grande alegria e orgulho ter uma filha chegando até aqui! Obrigada por todos os seus ensinamentos, ficarão para sempre na memória!

Aos meus irmãos Ana, Marcos e Tânia, que se constituem em minha família amada, completa e repleta de alegria e felicidade; porque, mesmo diante de dificuldades, juntos, conseguimos forças para superá-las e sempre nos reerguemos... Cada um à sua maneira, mas todos especiais, amigos e companheiros... Amores de minha vida, que trouxeram outros irmãos, que são os cunhados inseparáveis, queridos, companheiros e cúmplices da vida: Valdeir, Gisele e Carlos. E, assim, me deram a alegria de ter os sobrinhos: Mônica, Camila, Maria Gabriela e João Marcos. Obrigada por sermos família! Tânia e Carlos, sei que os de vocês ainda virão, e também serão recebidos com muito amor!!!

À “irmãzinha” Tânia, por compartilhar de uma vida muito semelhante, sendo minha comparsa nesta aventura que exige muito esforço, dedicação e estudos: a docência! Obrigada pelos momentos em que trocamos ideias e angústias, ouvimos os desabafos uma da outra e encontramos novas ideias! E, ainda, por cuidar de mim e da nossa Yasmin! Ah, quantos obrigadas você merece!!!

Um muito obrigada ESPECIAL à minha orientadora, Professora Dra. Denise Guerreiro! Obrigada por ter me recebido neste programa e por me fazer crescer e aprender com a construção desta tese, e de todos os momentos que estivemos juntas. Me ensinou muito mais do que aquilo que está aqui... Seus ensinamentos, que estão nas entrelinhas, irão comigo para a vida pessoal e profissional, através do carinho que tem pelos seus alunos, a sua dedicação e superação de orientar mesmo em condições não tão favoráveis, o respeito que tem pelo momento de cada um, e pelo respeito com a vida de seus alunos, pela sua flexibilidade e sabedoria “em mudar os planos” diante das dificuldades, e pelo auxílio que me deu à superação de cada fase. Obrigada, Denise!!!

À Professora Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles, por aceitar ser coorientadora desta tese e me conduzir nos estudos do

Pensamento Complexo, sempre disponível e pronta para ajudar!  
Obrigada, Betina!!!

Às amigas e companheiras de trabalho que a enfermagem me deu: Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic e Lígia Carreira, obrigada por estarmos juntas na alegria e na tristeza.... Vocês são muito especiais para mim!

Aos amigos que o doutorado me trouxe: Juliana Zilmmmer, Soraia Rozza, Gelson Aguiar, Elisangela Franco, Lívia, Priscila, e tantos outros que, apesar de não descritos, ficarão na memória, no coração, e na certeza de que a vida ainda irá nos proporcionar encontros futuros.

Às professoras Dra. Catarina Aparecida Sales, Dra. Sonia Silva Marcon, Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira e Dra. Maria Angélica Pagliarine Waidman (*in memoriam*), um obrigada especial por serem as mentoras de meu aprendizado e interesse no mundo da pesquisa.

À Universidade Federal de Santa Catarina, em especial, a todos os professores e funcionários afetos ao Programa de Pós-Graduação – PEN, pela dedicação, acolhida e ensinamentos proporcionados neste distinto programa.

A todos os integrantes do NUCRON, pela acolhida ao grupo, pelos momentos de aprendizado e compartilhamento de saberes.

A todos os meus colegas de trabalho, Professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, por concederem meu afastamento para o doutorado. Em especial para minhas colegas de disciplina que assumiram minha carga horária: Catarina, Ana Paula, Jussara, Maria das Neves e Cremilde. Obrigada, queridas!

A Ivonete, pelo carinho com que cuidou de nós e da Yasmin para que eu pudesse me dedicar aos estudos.

À Secretaria de Saúde de Maringá, que abriu as portas para que este estudo fosse realizado nos serviços de saúde do município.

A todos os profissionais de saúde que aceitaram participar deste estudo como informantes, permitindo que eu adentrasse às suas

vivências no processo de assistir e cuidar das pessoas com diabetes, o que me possibilitou a construção deste estudo.

Às Professoras Dra. Astrid Eggert Boehs e Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana, pelas sugestões no Exame de Qualificação.

Às Professoras que aceitaram o convite para comporem a banca examinadora desta tese, Dra. Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidmann, Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira, Dra. Maria de Fátima Mantovani, Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha e Dra. Soraia Dornelles Scloeller, e ainda às Professoras Dra. Ângela Maria Alvarez e Dra. Maria do Carmo Haddad por serem os membros suplentes.

Ao CNPq pelo período de bolsa concedida.

Aos alunos: Caio, Beatriz e Ana Carla, pela transcrição das entrevistas.

Ao Professor Ali Suleiman Mahmoud, pelas traduções e aulas de inglês.

À Professora Sonia Argollo, pela correção de português.

A diversos outros amigos, vizinhos e familiares que, apesar de eu não relatar os nomes, sei que compartilham de minhas alegrias e vitórias. Torceram, deram força, apoio e estímulo nesta fase de minha vida!

Muito obrigada a todos vocês!!!

## CERTEZA

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que precisamos continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...

Fernando Pessoa



SALCI, Maria Aparecida. **Atenção primária à saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes *mellitus* à luz da Complexidade.** 2015. 342p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a atenção à saúde das pessoas com diabetes *mellitus* desenvolvida pelos integrantes da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da prevenção das complicações crônicas da doença. Estudo qualitativo, que utilizou o Pensamento Complexo como referencial teórico e a pesquisa avaliativa como referencial metodológico. A coleta de dados utilizou três técnicas: entrevista, observação e análise de prontuários. As entrevistas foram realizadas com 38 profissionais de saúde, que compuseram três grupos amostrais: o primeiro com profissionais que atuavam nas equipes de Saúde da Família; o segundo com integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; e o terceiro com gestores. A observação teve participação moderada nas atividades coletivas e individuais que os profissionais realizavam com pessoas com diabetes. Foram analisados 25 prontuários de pessoas com diabetes que recebiam essa atenção. A triangulação subsidiou a análise dos dados. Foi utilizada parcialmente a técnica analítica da *Grounded Theory*, que compreendeu as etapas de codificação aberta e codificação axial. Para a organização e análise dos dados das entrevistas empregou-se o *software* ATLAS.ti. A análise foi dirigida com base nos documentos que compõem a política estabelecida pelo Ministério da Saúde que direciona a atenção às pessoas com diabetes na atenção primária, e, especificamente para a construção do terceiro manuscrito, também foi utilizado o Modelo de Atenção às Condições Crônicas proposto por Eugênio Vilaça Mendes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com Parecer de número 466.855. Como resultados do estudo, evidenciou-se que a assistência avaliada cumpria parcialmente com uma das principais exigências das políticas públicas para o diabetes *mellitus*, que é garantir o acesso ao serviço de saúde a essa população, e oferecer o tratamento contínuo nesse nível de atenção. Foram encontradas várias lacunas nessa atenção, com destaque para o vínculo, a escuta qualificada na proposta de humanização da assistência, a educação em saúde e a execução de

práticas preventivas antecipatórias que almejassem conter a doença e evitar as complicações crônicas. A prevenção era vista mais em ações de abrangência geral e a assistência priorizava ações curativas às preventivas. Para as pessoas já em acompanhamento, não foram referidas ações específicas que possibilitassem, de maneira criativa, encontrar alternativas para as dificuldades de adesão ao tratamento, passando-se a culpabilizar as pessoas pela dificuldade de controle da doença. Os dados ressaltaram uma prática clínica situada no modelo biomédico, com ações centradas na unicausalidade, na queixa específica, no tratamento medicamentoso e no profissional médico. Havia um grande distanciamento daquilo que está proposto pelo modelo de atenção à saúde específico para a atenção às pessoas com doenças crônicas, que prevê a participação ativa e efetiva dos profissionais, das pessoas usuárias, suas famílias e comunidade, diante do processo saúde/doença e dos aspectos que envolvem as necessidades impressas na cronicidade. A assistência oferecida faz parte de um contexto complexo, dinâmico, interativo que necessita de mais envolvimento por parte dos profissionais e gestores. Ações unidirecionais não são capazes de suprir todas as demandas e as necessidades do processo saúde/doença das pessoas com Diabetes *mellitus*, deixando lacunas na prevenção das complicações crônicas da doença.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Doença Crônica; Complicações do Diabetes; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

SALCI, Maria Aparecida. **Primary Health Care and the prevention of chronic complications for people with diabetes mellitus in light of its complexity.** 2015. 342p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## ABSTRACT

This study aimed to evaluate the health care of people with diabetes mellitus carried out by members of the Primary Health Care in the context of preventing the disease's chronic complications. It is a qualitative study that used the Complex Thought as its theoretical framework and the evaluative research as a methodological framework. We used three techniques for data collection: interview, observation, and analysis of medical records. Thirty-eight health professionals were interviewed and divided into three sample groups. The first consisted of professionals working in the Family Health teams, the second by members of Centre of Support to Family Health, and the third with managers. The observation of the individual and collective activities that these professionals held with diabetic people were moderate. Twenty-five medical records of diabetic people who received such attention were analyzed. Triangulation supported the data analysis. *Grounded Theory* was partially used as the analytical technique, which covered open and axial coding. ATLAS.ti software was used to organize and analyze the interviews. The analysis was based on documents from the Health Ministry that establish the policy guiding the care diabetic people receive at Primary Health Care, and specifically for our third paper, we used the Chronic Care Model proposed by Eugênio Vilaça Mendes. This project was approved by the Permanent Committee on Ethics in Research Involving Human Beings of the Federal University of Santa Catarina with Decision number 466.855. Our analyzes results showed that the assessed care only partially met a key demand of public policies for diabetes *mellitus*, which is to ensure access to health services to this population, and to provide continuous treatment at this level of attention. Several gaps were found regarding this care, specially regarding rapport, qualified listening for humanizing the care given, the health education, the implementation of anticipatory preventive practices that aimed at containing the disease and prevent chronic complications. Prevention was more observed in general scope activities, prioritizing curative to preventive actions. For those people already being treated, there were no specific actions that would enable

them, in creative ways, to find alternatives to the difficulties of adherence to the treatment, henceforth, blaming people with diabetes sufferers for the difficulty in controlling the disease. Our data showed a clinical practice centered on the biomedical model, with actions focused on a single cause, on a specific complaint, on drug treatment, and on the physician. There was a sharp distancing from what is proposed by the Health Care model specifically for people with chronic diseases (which provides for the active and effective participation of health professionals, the people using health services, their families and community) in the face of the health/disease process and the aspects concerning the needs in chronicity. The care offered is part of a complex, dynamic, interactive context, which needs a deeper involvement from professionals and managers. One-way actions are not able to meet all the demands and needs of the health/disease process of diabetes mellitus sufferers, leaving gaps in the prevention of the disease chronic complications.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus; Chronic Disease; Diabetes Complications; Primary Health Care; Health Services Evaluation.

SALCI, Maria Aparecida. **La Atención Primaria de Salud y la prevención de las complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus en vista de la Complejidad.** 2015. 342. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la atención de la salud de las personas con diabetes mellitus llevada a cabo por miembros de la Atención Primaria de Salud en el contexto de la prevención de las complicaciones crónicas de la enfermedad. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó el Pensamiento Complejo como su marco teórico y la investigación evaluativa como marco metodológico. La recopilación de datos utilizó tres técnicas: entrevistas, observación y análisis de las historias clínicas. Treinta y ocho profesionales de la salud fueron entrevistados y clasificados en tres grupos de la muestra. El primero consistió en profesionales que trabajan en los equipos de Salud de la Familia, el segundo con miembros del Centro de Apoyo a la Salud Familiar, y el tercero con gestores. La observación de las actividades individuales y colectivas que estos profesionales llevan a cabo con las personas con diabetes fueron moderadas. Veinticinco historias clínicas de las personas diabéticas que recibieron esa atención fueron analizadas. La triangulación apoyó el análisis de datos. La Teoría Fundamentada fue parcialmente utilizada como técnica analítica, para la codificación abierta y axial. Se utilizó el Software ATLAS.ti para organizar y analizar las entrevistas. El análisis se basó en documentos del Ministerio de Salud que establecen la política para orientar la atención que las personas con diabetes reciben en la Atención Primaria de Salud, y en concreto para nuestro tercer trabajo, se utilizó el Modelo de Atención Condiciones Crónicas propuesto por Eugênio Vilaça Mendes. Este proyecto fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en Investigación con seres humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina con la Decisión número 466.855. Como resultado del estudio, se hizo evidente que la asistencia evaluada cumplió sólo parcialmente una demanda clave de las políticas públicas para la diabetes mellitus, que es garantizar el acceso a servicios de salud a esta población, y proporcionar un tratamiento continuo en este nivel de atención. Fueron encontrados varias deficiencias en relación a este tipo de atención, destacando el vínculo, la escucha calificada en la propuesta de humanización de la asistencia, la educación para la salud, la

implementación de prácticas preventivas anticipadas que anhelasen contener la enfermedad y prevenir sus complicaciones crónicas. La prevención fue más observada en las acciones de alcance general, dando prioridad a las acciones curativas a preventivas. Para aquellas personas que ya estaban siendo tratadas, no hubo acciones concretas que les permitieran, de manera creativa, encontrar alternativas a las dificultades de adherencia al tratamiento, culpando a partir de entonces los enfermos diabéticos por la dificultad en el control de la enfermedad. Nuestros datos muestran una práctica clínica centrada en el modelo biomédico, con acciones enfocadas en una sola causa, en una queja específica, en el tratamiento medicamentoso, y en el médico. Hubo un fuerte distanciamiento de lo que se propone en el Modelo de Atención de la Salud específicamente para personas con enfermedades crónicas (que prevé la participación activa y efectiva de los profesionales de la salud, las personas que utilizan los servicios de salud, sus familias y la comunidad) delante del proceso de salud/enfermedad y los aspectos relativos a las necesidades de la cronicidad. La asistencia que se ofrece es parte de un contexto complejo, dinámico e interactivo que necesita una mayor participación de los profesionales y gestores. Acciones unidireccionales no son capaces de satisfacer todas las demandas y necesidades del proceso salud/enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus, dejando huecos en la prevención de las complicaciones crónicas de la enfermedad.

**Descriptor:** Diabetes Mellitus; Enfermedad Crónica; Complicaciones de la Diabetes; Atención Primaria de Salud; Evaluación de Servicios de Salud.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ADA</b>	American Diabetes Association
<b>AMQ</b>	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAC</b>	Colégio Americano de Cirurgiões
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CBA</b>	Consórcio Brasileiro de Acreditação
<b>CCM</b>	Chronic Care Model
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CICC</b>	Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas
<b>CSAP</b>	Condição Sensível à Atenção Primária
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais da Saúde
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>DM</b>	Diabetes mellitus
<b>ELB</b>	Estudo de Linha de Base
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>EqSF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>HA</b>	Hipertensão arterial
<b>HIPERDIA</b>	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDF</b>	International Diabetes Federation
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>MACC</b>	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
<b>MCC</b>	Modelo de Cuidados Crônicos
<b>MPR</b>	Modelo de Pirâmide de Risco
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NUCRON</b>	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condições Crônicas
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONA</b>	Organização Nacional de Acreditação
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde

<b>PACQS</b>	Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde
<b>PAI</b>	Programa de Atenção ao Idoso
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PNASH</b>	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
<b>PNASS</b>	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
<b>PROESF</b>	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PROVAB</b>	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
<b>QUALI-AB</b>	Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RD</b>	Retinopatia diabética
<b>SBD</b>	Sociedade Brasileira de Diabetes
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SISREG</b>	Sistema de Regulação das Consultas Especializadas
<b>SISVAN</b>	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UEM</b>	Universidade Estadual de Maringá
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UNATI</b>	Universidade da Terceira Idade

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> - Correlação entre os grupos amostrais: EqSFs, NASFs e gestores.....	145
<b>FIGURA 2</b> - Exemplo de codificação aberta utilizando o <i>software</i> ATLAS.ti.....	153
<b>FIGURA 3</b> - Exemplo de agrupamento dos códigos em categorias utilizando o <i>software</i> ATLAS.ti.....	154
<b>FIGURA 4</b> - Exemplo de diagrama que retrata a junção de conceitos para a formação de estruturas teóricas, elaborado com o auxílio do <i>software</i> ATLAS.ti.....	155
<b>FIGURA 5</b> - Elementos que surgiram da análise dos dados relacionados com a temática – Atenção às pessoas com DM.....	166

## MANUSCRITO 3

<b>FIGURA 1</b> - Âmbito micro, base analítica e a categoria correspondente.....	239
<b>FIGURA 2</b> - Âmbito meso, base analítica e a categoria correspondente.....	240
<b>FIGURA 3</b> - Âmbito macro, base analítica e a categoria correspondente.....	240



## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> - Níveis de prevenção em saúde e seus respectivos conceitos.....	41
<b>QUADRO 2</b> - Atribuições dos profissionais de saúde que integram as EqSFs, segundo a política da ESF e as específicas para o DM.....	68
<b>QUADRO 3</b> - Diferença entre o sistema fragmentado e as Redes de Atenção à Saúde .....	84
<b>QUADRO 4</b> - Principais acontecimentos históricos da acreditação no Brasil na década de 90.....	109
<b>QUADRO 5</b> - Participantes do estudo, segundo grupos investigados.....	144
<b>QUADRO 6</b> - Dias das observações com participação moderada realizadas aos atendimentos das EqSFs às pessoas com DM.....	150
<b>QUADRO 7</b> - Identificação dos participantes da pesquisa: integrantes das EqSFs.....	161
<b>QUADRO 8</b> - Identificação dos participantes da pesquisa: integrantes do NASF .....	163
<b>QUADRO 9</b> - Identificação dos participantes da pesquisa: gestores..	164
<b>QUADRO 10</b> - Título e objetivo dos artigos científicos que compõe a tese .....	164
<b>QUADRO 11</b> - Diário de campo – NE.....	331
<b>QUADRO 12</b> - Diário de campo – NO .....	331
<b>QUADRO 13</b> - Diário de campo – NT.....	332
<b>QUADRO 14</b> - Diário de campo – NM.....	333
<b>QUADRO 15</b> - Quadro para análise dos dados referentes aos prontuários.....	337



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>33</b>
1.1 OBJETIVO GERAL .....	52
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	52
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>53</b>
2.1 COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES MELLITUS.....	53
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DESENVOLVIDAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS.....	65
2.3 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	79
2.4 AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA .....	91
<b>2.4.1 A inserção da avaliação na área da saúde no Brasil</b> .....	<b>103</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO – O PENSAMENTO COMPLEXO</b> .....	<b>123</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>137</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	137
4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	138
4.3 LOCAL DO ESTUDO .....	140
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	142
4.5 COLETA DE DADOS E TÉCNICAS UTILIZADAS .....	147
<b>4.5.1 Entrevista intensiva</b> .....	<b>148</b>
<b>4.5.2 Observação com participação moderada</b> .....	<b>151</b>
<b>4.5.3 Análise dos prontuários</b> .....	<b>152</b>
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	158
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	160
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>161</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	161
5.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS – MANUSCRITOS.....	164
<b>5.2.1 Manuscrito 1 – Prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária à luz da Complexidade</b> .....	<b>167</b>

<b>5.2.2 Manuscrito 2 – Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes na atenção primária.....</b>	<b>197</b>
<b>5.2.3 Manuscrito 3 – Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas.....</b>	<b>231</b>
<b>6 REFLEXÕES FINAIS.....</b>	<b>267</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>277</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>327</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>339</b>

## APRESENTAÇÃO

O objeto de pesquisa desta tese é a atenção à saúde das pessoas com diabetes *mellitus* (DM) desenvolvida na Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva da prevenção das complicações crônicas da doença. Para compreender esse contexto, o estudo avaliou a atenção à saúde das pessoas com diabetes *mellitus* desenvolvida pelos profissionais de saúde que compõem a S.

Este estudo está vinculado ao Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condições Crônicas (NUCRON), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O NUCRON integra a área de concentração “Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem” e a linha de pesquisa “Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde”. A pesquisa aqui desenvolvida integra o macroprojeto intitulado “Avaliação da Atenção à Saúde de Pessoas em Condições Crônicas”, que estuda integralidade, humanização, acesso universal, ancorados nos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA, 2009).

Ao ingressar na turma de doutorado de 2011 e me integrar ao NUCRON, surgiu o interesse em trabalhar a temática do DM nesse macroprojeto. Apesar de existirem outras pesquisas com foco no DM em outros projetos do Núcleo, identifiquei que na APS as complicações crônicas do DM não eram um tema tão explorado, principalmente na ótica dos profissionais de saúde. Apesar da complexidade dessa temática, o contexto e as realidades práticas que vivenciei nesses 15 anos de atuação, divididos entre o contexto assistencial como enfermeira e como docente de enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, não eram significativos de valorizações atribuídas a essa cadeia de efeitos drásticos e devastadores que as complicações crônicas do DM acarretam, em sua unicidade e em sua multiplicidade, à vida das pessoas, à sua família, aos serviços de saúde, e ao sistema de saúde como um todo.

Essa avalanche de efeitos complexos que integram as complicações crônicas do DM fez com que eu resgatasse algumas situações que marcaram minha trajetória profissional e me impulsionaram a pesquisar essa temática. Em meu primeiro estágio na área hospitalar, durante o curso de graduação, em um setor em que na ocasião internavam muitos pacientes vítimas de trauma, deparei-me com várias pessoas com membros amputados, o que para mim foi um grande

desafio. Sofria junto deles pela nova situação, pelas dores durante a realização dos curativos e por pensar como seria a readaptação à vida futura sem a presença do membro. No próximo estágio, cuidei de um paciente que havia passado por amputação em decorrência das complicações crônicas do DM, e para mim foi uma frustração saber que todo aquele sofrimento poderia ter sido evitado, pois não se tratava de um trauma, ou seja, de um acidente ou uma tragédia, mas de algo que poderia ter sido impedido, cuidado, prevenido.

Sempre me chamou a atenção e, ainda hoje, sinto-me sensibilizada ao participar do cuidado de uma pessoa acometida pelos agravos crônicos do DM. No silêncio dos meus pensamentos indago: Será que essa pessoa foi orientada adequadamente? Será que essa complicação não poderia ter sido evitada? O que essa pessoa poderia ter feito para evitar esse sofrimento? Por que não cuidou antes? O que os profissionais de saúde poderiam ter feito para evitar essa situação? A pluralidade dessas indagações fica mais a florada quando penso sobre onde estão os gargalos do sistema de saúde, onde está a falha, já que na rede primária existe programa específico para acompanhamento dessas pessoas.

Diante desse contexto, e para compreender como se dá a assistência às pessoas com DM na APS, propôs-se uma pesquisa avaliativa qualitativa, que teve como referencial teórico o Pensamento Complexo, para apoiar na compreensão das relações e interações que compõem o objeto de estudo desta tese. Esse referencial orientou um olhar para a realidade, de modo a explorá-la e compreendê-la em muitas de suas dimensões, nuances, singularidades e multiplicidades; e nos vários aspectos que influenciam diretamente o contexto geral da assistência às pessoas com DM na APS.

Assim, a presente tese está organizada da seguinte forma:

**Introdução**, que está composta pela problematização do tema, justificativa teórica que respalda a realização do estudo, questões e objetivos que nortearam a construção da tese; e a tese defendida neste estudo.

**Revisão de Literatura**, que dá sustentação teórica ao objeto de pesquisa da tese, descrito em quatro tópicos: “Complicações crônicas do diabetes *mellitus*”; “Políticas públicas desenvolvidas para a Atenção Primária à Saúde no contexto do diabetes *mellitus*”; “Modelos de atenção à saúde”; e “Avaliações na Atenção Primária brasileira”. Esse último, com um subtópico que se constitui em um manuscrito que tratou

especificamente da temática avaliação, intitulado como: “A inserção da avaliação na área da saúde no Brasil”.

**Referencial Teórico**, do qual constam os principais aspectos do Pensamento Complexo, que orientaram a construção da tese.

**Método**, com dados sobre o Referencial Metodológico que foi a avaliação qualitativa, na perspectiva da pesquisa avaliativa. Apresenta também o percurso metodológico adotado, a seleção dos participantes, a coleta e a análise dos dados.

**Resultados**, que se constitui na apresentação dos participantes do estudo, e nos dados que se julgou mais relevantes para a sustentação da tese e que subsidiaram a construção da mesma. Estão apresentados no formato de três manuscritos, em conformidade com a Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: 1- Prevenção das complicações crônicas do diabetes *mellitus* na atenção primária à luz da Complexidade; 2- Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes na atenção primária; 3- Atenção primária às pessoas com diabetes *mellitus* na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas..

**Reflexões Finais**, com uma síntese dos dados apresentados e da relevância do estudo, indica suas limitações e as implicações do estudo com indicações para novos aprofundamentos e novas investigações.



## INTRODUÇÃO

O Diabetes *mellitus* (DM) é uma doença de epidemiologia expressiva e impactante, e, como uma condição crônica, traz implicações à vida das pessoas, suas famílias, suas redes sociais, à sociedade e, conseqüentemente, aos sistemas de saúde. Isto sugere, a necessidade de constantes avanços na implantação e implementação de políticas públicas voltadas a essa questão.

Atualmente, a preocupação significativa das políticas públicas de saúde e das pesquisas sobre o DM está fundamentada nos vários sistemas que compõem a rede complexa da doença. Por um lado, deve-se considerar a complexidade de sua fisiopatologia e os riscos de morbimortalidade, que são difíceis de serem contidos e têm importantes repercussões para as pessoas acometidas. Por outro, é necessário visualizar essa doença e suas implicações numa rede mais ampliada, em todos os aspectos que ela afeta direta ou indiretamente. Devem ser levadas em consideração a pessoa em si, sua família e a sociedade, em uma conjectura micro e macroestrutural, ou seja, as redes sociais em que ela está inserida imediatamente e as que são uma consequência dessas primeiras, incluindo os sistemas e os serviços de saúde.

Os cuidados que envolvem o DM também são considerados complexos. Exigem políticas públicas eficientes e exequíveis, profissionais de saúde comprometidos e capacitados para atuar nesse contexto e, ainda, um autogerenciamento da pessoa acometida, que pode sofrer influências de vários fatores intervenientes para seu controle, necessitando de uma gama de intervenções para melhorar os resultados e evitar as complicações da doença (ADA, 2015a; ZIMMET et al., 2014; SPEIGHT, 2013; ADA, 2013).

Isso porque o DM faz parte do grupo das doenças metabólicas e é caracterizado por hiperglicemia, resultante do comprometimento da secreção de insulina e/ou de defeitos na sua ação, ou ambos (ADA, 2015a; 2013). Sua classificação é baseada na etiologia, compreendendo: DM tipo 1 – ocorre destruição total ou parcial das células beta pancreáticas, sua incidência é maior em crianças e adultos jovens; DM tipo 2 – ocorre diminuição na insulina endógena ou resistência à insulina, seu início pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em pessoas acima de 30 anos e obesas, compreende cerca de 90 a 95% de todos os casos de DM; diabetes gestacional – diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto, mais comum em mulheres obesas e com antecedentes familiares; e

existem ainda os considerados como “outros tipos específicos de DM” associados a outras condições, alterações ou síndromes (ADA, 2015a; 2013; BRASIL, 2013a).

A doença possui evolução com período de tempo variável e pode apresentar estágios considerados anteriores ou intermediários ao DM propriamente dito, apresentando como sinais de alerta: a glicemia de jejum alterada, caracterizada como um estágio precoce de disfunção das células beta; e a tolerância à glicose diminuída, quando ocorre a resistência à insulina na presença de glicemia em jejum normal (ADA, 2015a; BRASIL, 2013a).

Conviver com a dificuldade de controle glicêmico e com a cronicidade da doença por vários anos pode levar às complicações agudas (hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose diabética, síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica); e as devastadoras complicações crônicas que comprometem estruturas macrovasculares, microvasculares e neuropáticas; além de aumentar as suscetibilidades de a pessoa desenvolver depressão e outras multimorbidades (ADA; 2015a; 2013; BRASIL, 2013a).

É consenso na literatura que, quando o DM não é tratado adequadamente, a existência de complicações crônicas é praticamente inevitável. O que podem levar a consequências graves como: cegueira irreversível, nefropatias, acidentes cardiovasculares, impotência sexual, possibilidades de infecções frequentes, amputações de membros, gerando incapacidades e alto grau de limitações nas atividades de trabalho e lazer, perda da qualidade de vida, morte súbita, entre outras (ADA, 2015a; 2013; BRASIL, 2013a).

No contexto epidemiológico, o DM compreende o grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) que são responsáveis pelas principais causas de morte no mundo, as quais são consideradas o problema de saúde de maior magnitude e respondem por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade (IBGE, 2014; BRASIL, 2011a), sendo consideradas como uma epidemia em curso pelos seus expressivos índices estatísticos de prevalência, internações, complicações, além da mortalidade (SBD, 2007).

Nos últimos 20 anos, o número de pessoas com DM mais que duplicou, principalmente, em virtude do surgimento do DM tipo 2 em crianças, adolescentes e adultos jovens (ZIMMET et al., 2014). Pesquisa de projeção estatística mundial do DM registra que, em 1985, aproximadamente 30 milhões de indivíduos apresentavam a doença; passado uma década, esse número aumentou para 135 milhões, em 2014

o valor estava em 387 milhões de pessoas com a doença; estimando que em 2035 esse número passará para 592 milhões (IDF, 2014; ZIMMET et al., 2014; WILD et al., 2004).

Resultados de pesquisas recentes estimam que a China possua 96,3 milhões de pessoas com DM, ultrapassando a Índia na liderança mundial de casos da doença (IDF, 2014; SBD, 2010). O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estima que os Estados Unidos têm mais de 25 milhões de pessoas com DM (IDF, 2014; CDC, 2013). No Chile, a prevalência de DM aumentou de 6,3 para 9,4% na população, em pessoas com 65 anos e mais, o aumento foi de 15,2 para 26% no período de 2003 a 2009 (CHILE, 2010; 2003).

No Brasil, cerca de 12 milhões de pessoas têm a doença e aproximadamente 500 novos casos são diagnosticados por dia (IDF, 2014; IBGE, 2014; SBD, 2010). Está classificado como o quarto país do mundo com a maior prevalência de DM (IDF, 2014). Ainda, estima-se que quase a metade das pessoas com DM não tem conhecimento de seu diagnóstico e, entre as previamente diagnosticadas, 22% não fazem nenhum tratamento (SBD, 2010; CORRER et al., 2008).

De acordo com os índices de mortalidade, nos Estados Unidos o DM representa a sexta causa de morte, responsável por cerca de 200.000 de óbitos a cada ano (CDC, 2013). Em Cuba, desde 1960, o DM está entre as dez primeiras causas de morte para todas as idades (ARNOLD, LICEA, ALDANA, 2011). No Brasil, está entre as dez primeiras causas de óbitos (DATASUS, 2010; BRASIL, 2011a). No México, a taxa de mortalidade do DM tipo 2 aumentou de 43,3 para 53,2 mortes por 100.000 habitantes, no período de 1998 a 2002, correspondendo a 30% da mortalidade total em adultos (VILLALPANDO et al., 2010).

Barquera et al. (2013), realizando pesquisas no México, trazem que a esperança média de vida das pessoas com DM é de 10,9 anos, 53,8% das pessoas que vivem atualmente com DM morrerão nos próximos 20 anos e que ao longo desses anos espera-se que ocorrerá aumento expressivo de pessoas com complicações crônicas, se a qualidade do atendimento não for melhorada. Como causa de internações hospitalares, o DM é a primeira causa de hospitalização no Instituto de Seguro Social Mexicano, que é o fornecedor de cuidados médicos para cerca de 60% da população daquele país, e o tempo de internação também é maior em pessoas com DM (6,1 dias), em comparação com todas as outras doenças (3,5 dias) (VILLALPANDO et al., 2010).

No sistema público do Chile, no ano de 2008, ocorreram 18.763 internações por DM em pessoas com 20 anos e mais, e a média de dias de hospitalização foi de 11,3 dias (CHILE, 2007). Na Escócia, Donnay, Leese e Morris (2000) identificaram que pessoas com DM tipo 2 requeriam internações hospitalares mais frequentes e mais longas, quando comparadas com pessoas sem DM, pelas causas neurológicas, cardiovasculares, renais e oftálmicas.

No Brasil, o DM representa a sexta causa de internações hospitalares pelo diagnóstico primário. Contribuindo de maneira significativa para as internações em decorrência de suas complicações (DATASUS, 2010). Dentre as causas dessas internações têm destaque as cardiopatias isquêmicas, as insuficiências cardíacas, as colecistopatias, o acidente vascular cerebral e a hipertensão arterial (HA). Estima-se que 30% das pessoas internadas em unidades intensivas coronarianas, com dor precordial, e 26% das que iniciam diálise têm o diagnóstico de DM (SBD, 2011; 2005).

Em todos os países do mundo, os custos diretos para o atendimento às pessoas com DM variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local da doença e da complexidade do tratamento disponível (BRASIL, 2013a; OMS, 2003). Estudos realizados de várias nacionalidades corroboram que os custos gerados ao sistema de saúde pelo DM são altos, impactantes e preocupantes. As estimativas apontam que a tendência é o aumento de pessoas com a doença e com as complicações decorrentes dela, levando muitos países a reestruturarem políticas públicas para conter as estatísticas e trazer resolubilidade aos impactos que os custos causarão em um futuro próximo aos sistemas de saúde (ZIMMET et al., 2014; BARQUERA et al., 2013; MCBRIEN et al., 2013; LAMOTTE, CHEVALIER, 2012; TODOROVA et al., 2012a; TODOROVA et al., 2012b; ZHENG et al., 2012; AKALIN, SATMAN, OZDEMIR 2012; HNOOSH et al., 2012).

Os custos com o DM podem ser diretos ou indiretos. Os diretos estão relacionados com materiais, controle metabólico e internações hospitalares para tratamento de complicações. Os custos indiretos são representativos para toda a sociedade, pois se caracterizam pela perda dos dias de trabalho, queda de produtividade, desemprego, incapacidade, diminuição da renda familiar, aposentadorias precoces e mortes prematuras. Ainda devem-se considerar os custos intangíveis, que não são mensuráveis e que, na maioria das vezes, encontram-se presentes nas pessoas com DM, nos seus familiares, cônjuges e amigos, tais como

ansiedade, sofrimento emocional, desconforto, dor, discriminação, tempo perdido, inconveniência e menor qualidade de vida (SPEIGHT, 2013; BRASIL, 2013a; DULLIUS, 2007; SBD, 2005).

Nesse contexto, o DM envolve múltiplos sistemas, muito além dos orgânicos, econômicos e sociais. De acordo com Silva (2001), o DM também está relacionado à construção sociocultural das pessoas, a qual envolve relacionamentos, a visão que a pessoa tem de si e os comportamentos diante da situação; somando os vários sistemas afetados. O DM se caracteriza como uma doença extremamente dispendiosa para o sistema público de saúde (COELHO, SILVA, PADILHA, 2009).

Os efeitos desses custos apontam para uma série de eventos complexos em sua singularidade e ainda para uma rede complexa, quando analisados na sua pluralidade. Considerando a rede complexa que submerge todos os desgastes e limitações que envolvem o processo de vivenciar uma complicação crônica do DM, como, por exemplo: a cegueira, a amputação e as complicações renais. Deve-se refletir sobre o quão é sofrido, do ponto de vista físico e emocional, pelas perdas e superações necessárias para seu enfrentamento frente às dificuldades presentes na reabilitação e readaptação social à nova realidade. Estudos afirmam a relação dessas complicações com a redução da autoestima, levando ao surgimento de outras doenças como a depressão (BRASIL, 2013a; SALOMÉ, BLANES, FERREIRA, 2011; BOUTOILLE et al., 2008; SBD, 2008; CARVALHO, CARVALHO, MARTINS, 2010).

Para a prevenção dessa rede de efeitos complexos do DM, afirma-se a possibilidade de manter níveis glicêmicos controlados. Vários autores asseveram que a melhora no controle da glicemia diminui o risco e a progressão das complicações crônicas (ADA, 2015a; 2013; FERREIRA et al., 2011; SINGH, ARMSTRONG, LIPSKY, 2005).

Nesse sentido, o DM torna-se uma doença “administrável”. Porém, exige esforços da pessoa, sua família, seu entorno, dos profissionais da saúde diretamente envolvidos na assistência, dos serviços de saúde, do sistema de saúde e de políticas públicas favoráveis a esse processo. Essa rede social contribui para que as pessoas consigam gerir os cuidados, a educação e a disciplina para o autocuidado e autogestão, exigidos pela doença.

O plano terapêutico consiste em controle dos níveis glicêmicos, com mudanças no estilo de vida, o que corresponde à prática de exercícios físicos regularmente; rigoroso controle da alimentação; uso correto da farmacoterapia; acompanhamento periódico em consultas e

exames laboratoriais; abolição do fumo; controle da pressão arterial; imunização; atenção psicossocial; educação; detecção e tratamento de complicações crônicas do DM (ADA 2015a; BRASIL, 2013a).

Para a *American Diabetes Association* (ADA) o plano terapêutico deve fazer parte de um tratamento individualizado, tendo como referência as preferências e as possibilidades das pessoas, em que os profissionais de saúde devem considerar os seguintes aspectos: idade, escolaridade, trabalho, hábitos de vida, situação social, fatores culturais, prioridades de saúde, presença de complicações do DM e outras condições médicas (ADA, 2015b). Essas medidas são consideradas imprescindíveis para as pessoas com DM, para evitar complicações agudas e reduzir o risco de complicações crônicas, contribuindo para que as pessoas, mesmo com a doença, tenham uma vida normal (ADA, 2013; CDC, 2013).

Outro aspecto relevante é que, apesar de a literatura reforçar o princípio do controle glicêmico como determinante para a prevenção de complicações do DM, é importante destacar que este controle não é linear. Isso porque, há outros fatores nem sempre controláveis, como, por exemplo, hormônios e estresse, que influenciam diretamente e precisam ser considerados (SPEIGHT, 2013).

Considerando que as principais causas de iniquidades e de morbidades em saúde envolvem as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, ressalta-se a importância de considerar os determinantes sociais nas reflexões sobre o viver com uma condição crônica (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Neste estudo, mesmo reconhecendo a corresponsabilidade das pessoas com DM na gestão de sua condição de saúde, ela é compreendida como integrante de um sistema complexo que, muitas vezes, têm um papel mais forte e determinante, do que seu desejo de cuidar de sua saúde ou de seguir um determinado cuidado ou tratamento.

Isso porque, as condições de saúde das pessoas são resultado da distribuição desigual, nos âmbitos mundial, nacional e regional, e pelas consequentes injustiças que afetam as condições de vida da população, de forma imediata e visível, e a possibilidade de ter uma vida próspera (MENDES, 2012). A complexidade desse contexto é compreendida como uma realidade nem sempre favorável para que o controle do DM ocorra. As medidas para o controle do DM e a prevenção de suas complicações crônicas também refletem o sistema social em que as pessoas e o próprio sistema de saúde encontram-se inseridos.

Como uma doença crônica, o DM exige medidas preventivas com monitoramento para prevenir agravos. Estudos afirmam que os profissionais de saúde devem aumentar a vigilância na Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup> (APS), com medidas que visem promover e melhorar a conscientização das pessoas com DM sobre a prevenção e os cuidados necessários para evitar complicações crônicas (ROCHA, ZANETTI, SANTOS, 2009; OCHOA-VIGO, PACE, 2005; OCHOA-VIGO et al., 2006). Ademais, a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2014) identificou que, dentre as pessoas com DM que referiram ter recebido atendimento médico nos últimos 12 meses, a maioria delas o recebeu nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que as constitui como o local de maior procura pelos usuários do sistema que vivem com a doença.

A prevenção em saúde tem por finalidade diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença e as ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de patologias específicas, com intuito de reduzir sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2003). A prevenção aqui mencionada é compreendida como ações antecipatórias, que têm por finalidade prevenir os agravos, ou seja, as complicações crônicas do DM, considerando os níveis de prevenção em saúde expressos no Quadro 1.

De acordo com os níveis de prevenção, deve-se considerar que Leavell e Clark (1976), apresentaram inicialmente os três níveis (primário, secundário e terciário). Tomando-os como referência, outros autores avançaram na discussão e construíram, teoricamente, o nível primordial que antecede o primário (ALWAN, 1997); e o quaternário, que avança naquilo que é proposto no terciário (JAMOULLE, 2011), em uma perspectiva que engloba a prevenção de complicações causadas pelas intervenções médicas excessivas e desnecessárias à vida das pessoas.

---

<sup>1</sup> No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial. Entretanto, internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (PEREIRA, 2008). Devido à maior abrangência do termo e utilização internacional, neste estudo optou-se por adotar a nomenclatura APS no decorrer do texto.

**Quadro 1** – Níveis de prevenção em saúde e seus respectivos conceitos

<b>Nível de prevenção em saúde</b>	<b>Conceito</b>
Prevenção Primordial	Almeja mudanças nos estilos de vida que podem contribuir para o aparecimento de doenças, principalmente, as doenças crônicas.
Prevenção Primária	Compreende um conjunto de atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco causal, antes do desenvolvimento da doença. Envolve promoção da saúde e proteção específica.
Prevenção Secundária	Visa à detecção de um problema de saúde no indivíduo ou população numa fase precoce. Favorecendo a cura, reduzindo e prevenindo sua propagação ou efeitos a longo prazo.
Prevenção Terciária	Pretende reduzir os custos sociais e econômicos ocasionados pelo curso da doença na população, através da reabilitação e reintegração precoces e da potencialização da capacidade funcional remanescente aos indivíduos. Associando incapacidade e doenças crônicas. Implica em tratamento e controle das doenças crônicas.
Prevenção Quaternária	Objetiva evitar ou atenuar o excesso de intervenções médica. Considerado como um nível elevado de prevenção em saúde que consiste na detecção de indivíduos em risco de sobre tratamento para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas, nas quais devem ser sugeridas alternativas eticamente aceitáveis, visando a prevenção de sofrimentos.

**Fonte:** Jamouille (2011); Alwan (1997); Leavell, Clark (1976).

Outra consideração pertinente é que a prevenção se traduz em uma temática que perpassa, transversalmente, inúmeras políticas de saúde. Principalmente, as que se destinam às doenças crônicas, sendo ponderada como ações indissociáveis ao contexto assistencial. Essas questões convergem com o que o Ministério da Saúde (MS) define sobre APS, em que a demarca como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Orientada pelos princípios filosóficos do SUS, esse nível de assistência considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade<sup>2</sup> e inserção sociocultural, e busca a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer o viver saudável (BRASIL, 2012a).

Considerando que prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde é um dos objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) brasileira, frente a uma visão mais ampliada de saúde, cabe discutir essa relação conceitual dos termos prevenção e promoção da saúde. Para o MS, a promoção da saúde compõe um modo de pensar e operar articulado às demais políticas desenvolvidas no sistema de saúde, e contribui para a construção de ações que possibilitam responder necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2014a).

No SUS, como estratégia de produção em saúde, a promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde/doecimento (BRASIL, 2010a). Isso porque o MS a entende como “[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere a visibilidade aos fatores que colocam a

---

<sup>2</sup> Esse princípio compreende uma valorização das necessidades específicas das pessoas ou grupos. Considerando a totalidade do ser humano como ser social, em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde. Devendo ser compreendida como um valor a estar presente na atitude do profissional durante o encontro com o outro que recebe sua assistência, o qual deve reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção, além das curativas e reabilitadoras. Compreende, ainda, a necessidade de organizar as práticas dos serviços de saúde de acordo com as necessidades da população; e a construção de políticas governamentais de enfrentamento de determinados problemas de saúde e necessidades de grupos específicos. Esse princípio se constitui em um processo em construção, no qual a equipe de saúde da família é considerada um campo fértil no fomento da atenção integral (BRASIL, 2009; 2000).

saúde da população em risco [...], visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade [...]" (BRASIL, 2010a, p. 12).

Na proposta da PNPS encontra-se uma constante e contínua articulação dessa política com diversos temas imprescindíveis no processo de cuidar e assistir as pessoas com doenças crônicas, que estão para além do foco no indivíduo. Dentro de seus objetivos específicos, destaca-se principalmente a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na rede de atenção a saúde, articulada às demais redes de proteção social; adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social; o estímulo para o desenvolvimento de ambiente e sociedade saudável com ênfase nos DSS; promover a cultura da paz; valorizar saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares; desenvolvimento sustentável; discutir modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem a vulnerabilidade e risco à saúde (BRASIL, 2014a).

Também os objetivos da PNPS estão relacionados a promoção do empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida; bem como a promoção de processos de educação, formação profissional, capacitação específicas em promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

Assim, a transversalidade da promoção da saúde é capaz de permear "todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa tentativa de trazer o olhar, a perspectiva da saúde e do desafio do construir a integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual" (BRASIL, 2002a, p. 14). Estando, assim, articulada, relacionada e imbricada nas ações que envolvem prevenção da saúde ou prevenção de agravos em seus diversos níveis.

Portanto, apesar de este estudo ter como foco a prevenção, compreende-se que a efetividade das ações preventivas envolve vários aspectos do viver humano, que compõem uma rede que está em constante inter-relação, os quais envolvem educação, cultura, condições socioeconômicas, aspectos psicológicos, biológicos e comportamentais, além da saúde (MEIRELLES, 2003). E, nessa visão mais ampliada das ações de prevenção, que aceita sua transcendência às questões lineares e pontuais, a atenção às pessoas com DM abre espaço para a efetivação de uma assistência integral, que supere a fragmentação com base na unicausalidade, e compreende que toda ação preventiva visa à promoção

da saúde das pessoas e sociedade, uma vez que as incapacidades geradas pelas doenças crônicas atingem uma cadeia de sistemas, entre eles: o individual, a família, a sociedade, os serviços, o sistema de saúde e o Estado.

Considerando a prevenção nesse contexto, faz-se necessária uma atuação efetiva de todos os profissionais que compõem a APS, envolvendo tanto os aspectos do controle glicêmico pelo tratamento formal/clássico, como pela consideração dos múltiplos fatores intervenientes nesse controle, como os DSS. Evitando-se a evolução da doença e, conseqüentemente, uma atuação efetiva em todos os níveis de prevenção, para que possam contribuir para a diminuição das demandas do serviço terciário em decorrência das complicações por essa patologia e do ônus ao sistema de saúde gerado por ela.

Dada a sua complexidade, a formulação de políticas públicas para o DM acompanha um quadro histórico caracterizado por mudanças no cenário sanitário mundial no século XX, no qual o Brasil também vivenciou essas alterações. Com o desenvolvimento econômico rápido, que trouxe a urbanização em massa, o modo de vida dos brasileiros tornou-se predominantemente urbano, refletindo em alterações nos padrões de vida, entre elas no trabalho/lazer, alimentação/nutrição, saúde/doença; ocorrendo com mais frequência mudanças alimentares e sedentarismo, considerados como fatores que contribuem para aumentar o risco do DM (BRASIL, 2013a; MENDES, 2012; BRASIL, 2011a; SBD, 2010). O país também passou por um processo de envelhecimento populacional, a esperança de vida do brasileiro chegou em 2003 a 71,3 anos e estima-se que, até 2025, o país apresente uma das maiores populações de idosos do mundo (IBGE, 2010; BRASIL, 2011a).

Ocorreram mudanças no perfil das doenças que acometem a população. As doenças infectoparasitárias foram reduzidas drasticamente. Em decorrência do modo de vida, foram substituídas por doenças do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias e DM (BRASIL, 2011a), as quais compõem o rol das doenças crônicas mais importantes do ponto de vista epidemiológico.

Diante desse cenário complexo, as doenças crônicas são uma temática atual de saúde que ocupa destaque na agenda de governo e o MS vem há vários anos propondo diretrizes fundamentadas na integração de novas políticas públicas com as já existentes, convocando as diversas áreas de governo, organizações não governamentais e a sociedade, para a composição de uma rede de compromisso e solidariedade em prol de mudanças ao modelo de atenção às doenças

que compõem esse quadro (BRASIL, 2008a). Necessitam, assim, de estratégias e ações que sejam capazes de apontar para a construção de soluções dos problemas complexos que se vive (BRASIL, 2011a; 2002a).

Nesse sentido, as políticas públicas de saúde e os sistemas de saúde são planejados e estruturados, paralelamente, com vistas às mudanças ocorridas nas transições demográficas e epidemiológicas da população (MENDES, 2010). As doenças crônicas ganharam destaque neste processo de mudanças evolutivas no contexto da humanidade. As principais causas atribuídas a essas doenças se devem aos fatores de risco modificáveis, tais como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade (BRASIL, 2011a).

Mendes (2010) assegura a dificuldade de vários países, inclusive o Brasil, em adaptarem seus sistemas de saúde frente a todas essas mudanças epidemiológicas e demográficas ocorridas entre os séculos XX e XXI. O autor menciona que, em uma análise internacional recente, os sistemas de atenção à saúde se caracterizam de forma fragmentada, em que concentram sua ação às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, as quais “têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo” (MENDES, 2010, p. 2299).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) também destacou a falha existente no sistema mundial de saúde. Devido as dificuldades em acompanhar as tendências de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; afirmando que quando os problemas de saúde são predominantemente crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. Para Mendes (2012, p.19) “um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que elas não adoçam e não apenas cuidar de doentes e de doenças”.

Mesmo com a crítica da literatura ao modelo de atenção à saúde, com relação a esse sistema macroestrutural produzido ao longo dos tempos. Houve no Brasil, uma preocupação por parte do governo federal, em acompanhar essas mudanças históricas e desenvolver políticas públicas de saúde voltadas, principalmente, às alterações epidemiológicas das doenças crônicas.

Um marco histórico foi o investimento do governo federal na reestruturação do modelo de saúde brasileiro pelo MS, a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos anos de 1990, na APS. Além de reafirmar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF trouxe como principal proposta tornar-se modelo

assistencial capaz de promover mudanças na concepção de trabalho, elegendo a família como prioridade no atendimento, investindo na atenção integral à saúde, com ações individuais e coletivas, enfatizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde (BRASIL, 2001a; 1997; ROSA, LABATE, 2005).

A ESF passa a ser compreendida pelas políticas públicas da saúde como uma vertente brasileira na implementação das ações na APS, pela sua principal característica de ser “[...] porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS” (BRASIL, 2009a, p. 07).

A proposta da ESF, além de ter como foco o reordenamento do modelo de atenção do SUS, almeja a reorganização das práticas de atenção à saúde, com vistas à substituição do modelo tradicional, com a incorporação das famílias nos atendimentos, almejando melhorar a qualidade de vida das populações (BRASIL, 2012a). Esta estratégia propõe, ainda, intervenção nos fatores que colocam a saúde em risco, permitindo a identificação mais acurada e melhor acompanhamento das pessoas, especialmente aquelas com doenças crônicas, entre elas o DM (BRASIL, 2001a; ROSA, LABATE, 2005).

Com o objetivo de fortalecer a ESF, o MS criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008b). A base de trabalho do NASF se constitui na formação de uma equipe, com profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSFs). Entretanto, diferentemente da EqSF, o NASF não se constitui em um serviço considerado como porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às EqSFs; entre outros, deve atuar respeitando diretrizes da APS, tais como: “ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização” (BRASIL, 2009a, p. 07).

Considerado como uma estratégia inovadora, o NASF tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na APS e na ESF. Sua proposta almeja “superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF” (BRASIL, 2009a, p. 08).

Destaca-se que, após a implantação da ESF, as políticas públicas de saúde têm como foco principal a APS. Nesse nível de assistência

torna-se mais fácil atingir uma grande parcela da população e trazer resultados a médio e longo prazo para o sistema de saúde, especialmente: pela capacidade de realizar diagnósticos precoces e prestar um acompanhamento mais próximo à população necessitada, evitando os problemas agudos e as complicações consideradas de longo prazo; diminuição dos anos de vida perdidos por incapacidades evitáveis e mortalidades precoces; buscando a redução dos fatores de risco a que a população está exposta considerados modificáveis; e diminuição de custos no nível terciário à saúde, por ser o setor mais oneroso em virtude dos procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 2011a; FIGUEIREDO, 2011).

Em especial para as doenças crônicas, Mendes (2012) desenvolve o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) com influências de outros modelos e experiências, mas elaborado para a realidade e o contexto da saúde brasileira. Esse modelo se empenha em compreender as necessidades expressas nas singularidades e nas multiplicidades do processo saúde/doença, contemplando as especificidades das doenças crônicas e das condições de vida adquiridas por causa delas, os contextos relacionados e inter-relacionados nesse processo, assim como a pessoa, sua família, suas redes sociais, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão, as políticas. Seguindo a lógica dos princípios do SUS, com uma forte concepção da integralidade e dos conceitos e objetivos do modelo da ESF (MENDES, 2012).

Com relação às políticas públicas para o DM, estão diretamente relacionadas àquelas destinadas às doenças crônicas. Enfatizadas nos seguintes documentos do MS: Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas (BRASIL, 2014b); Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013b); Caderno de Atenção Primária – Rastreamento (BRASIL, 2010b).

Além disso, desde 2001, o MS estabeleceu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001b), com o intuito de promover ações direcionadas a essas patologias, pelos expressivos dados epidemiológicos, gerados pela capacidade destrutiva ao longo dos anos vividos com a doença. Os documentos oficiais que embasam a reorganização da assistência ao DM consistem no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*/Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001b); Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*/Proposta de educação

permanente em hipertensão arterial e diabetes *mellitus* para os municípios com população acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2001c); Cadernos de Atenção Básica – Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2006a); Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes *mellitus* (BRASIL, 2013a); Lei n. 11.347/06; e a Portaria n. 2.583/07 (BRASIL, 2006b, 2007).

Como parte dessa política, o MS criou o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA. Após o cadastramento, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, além de servir de base para o planejamento da assistência a essa população, pela capacidade de gerar informações úteis aos gestores locais, estaduais e federais (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

O Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2001b), o Cadernos de Atenção Básica – Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2006a) e o Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes *mellitus* (BRASIL, 2013a) têm como finalidade subsidiar tecnicamente os profissionais da APS, principalmente os que compõem a ESF, por serem considerados os atores principais para reorganizar a atenção ao DM e à Hipertensão arterial (HA) no país (BRASIL, 2001b). A Lei n. 11.347/06 e a Portaria n. 2.583/07 asseguram às pessoas com DM o acesso gratuito a medicamentos, materiais e insumos necessários para o tratamento, controle e monitorização da doença (BRASIL, 2006b, 2007).

Santos et al. (2011a) afirmam que existem duas formas para garantir os direitos das pessoas com DM, nos serviços de saúde: assegurar o acesso às informações sobre os direitos de cidadania, fornecidos por equipe de saúde capacitada; e provisão e alocação adequada de recursos, para que o acesso seja alcançado de forma justa e equitativa. Nessas duas formas, fica expressa a responsabilidade dos profissionais de saúde perante as pessoas com DM, indo muito além de uma assistência curativista.

Para Silva Junior et al. (2003), os objetivos da prevenção e da promoção da saúde para as doenças crônicas consistem em reduzir a incidência e a prevalência; retardar o aparecimento de complicações e incapacidades delas advindas; aliviar a gravidade e prolongar a vida com qualidade. Essa visão mais ampliada, que vislumbra múltiplas causas e direciona para múltiplos sistemas, opõe-se à assistência curativista, que, além de ser mais onerosa para o sistema de saúde, acontece somente após a doença ser diagnosticada.

De acordo com o CDC (2013), as intervenções para prevenir ou retardar o aparecimento do DM tipo 2, em pessoas com predisposições, são possíveis e econômicas. Uma vez que as intervenções relacionadas às mudanças no estilo de vida têm custo mais baixo quando comparadas aos gastos gerados ao sistema de saúde com medicamentos.

Henrique et al. (2008), em pesquisas com pessoas com DM e HA que estavam inscritas e não inscritas em programas específicos, concluíram que esse tipo de assistência não tem atingido a todos os usuários, pois referiram dificuldade para se cadastrarem no programa e receber medicamentos. Alegam que essas limitações são fruto de uma APS inópia, que não atinge o objetivo proposto pelas políticas públicas específicas para esse nível de assistência, assim como aquelas direcionadas para as pessoas com essas patologias. Situação que contribui diretamente para o aumento dos gastos públicos com internações prolongadas, tratamentos de emergência e aposentadorias precoces, além dos prejuízos para a pessoa e seu entorno (HENRIQUE et al., 2008).

Barquera et al. (2013) afirmam que a gestão do DM envolve um processo de aprendizagem, para que as pessoas possam compreender a doença, as mudanças necessárias no comportamento, o uso de múltiplas drogas, avaliações com profissionais habilitados periodicamente, bem como a participação de especialistas em conjunto com a família e a comunidade. E, para os autores, a estrutura e os procedimentos da maioria das instituições de saúde organizadas, atualmente, não estão preparados para fornecer toda essa assistência (BARQUERA et al., 2013).

Para promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para as pessoas com DM, além de buscar ações para reduzir os óbitos por essa doença, é necessária uma atuação dos profissionais de saúde, para promover múltiplas intervenções que consigam evitar as complicações crônicas. Aos profissionais de saúde é dada tal responsabilidade por serem compreendidos como os sujeitos responsáveis por fazerem com que as políticas públicas, ou partes delas, sejam de fato aplicadas na prática cotidiana de um coletivo. Nesse contexto, é reforçada a necessidade de pesquisas nessa área, para que façam a leitura da realidade e tragam apontamentos para melhoria da assistência, pois são várias as interferências existentes no contexto do DM e de suas complicações.

Conforme estabelecido pelas políticas públicas para o DM, a condição para o recebimento gratuito de todo o tratamento é que a

pessoa esteja inscrita em programas de educação especial para esta condição (BRASIL, 2006b, 2007). Diante disso, faz-se necessário que os profissionais de saúde utilizem esse espaço nos programas de educação, para trabalhar efetivamente a complexidade que envolve a prevenção das complicações provocadas pelo DM, ao que vários estudos afirmam que a prevenção é a prática mais efetiva para evitar complicações (ASSUMPÇÃO et al., 2009; TUOMILEHTO et al., 2001).

Para isso, é imprescindível que os profissionais sejam capacitados para esse papel de educador. Em que, além de um conhecimento sólido da clínica, precisam desenvolver habilidades de comunicação, de estratégias metodológicas e criatividade para a aplicação de novas práticas, além de um referencial pedagógico consistente (SIMINERIO et al., 2007).

Entretanto, como parte da reorganização da APS também está a reorientação das práticas educativas em saúde, que devem romper com práticas convencionais e hegemônicas (ALVES, 2005). O modelo educativo dialógico vai ao encontro da proposta de integralidade como um dos princípios do SUS e da ESF, o qual propõe a horizontalidade na relação entre usuários e profissionais da saúde, reconhecendo seus saberes, em que educador e educando aprendem juntos, ou seja, “o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos [...]” (FREIRE, 2003, p. 39).

O modelo dialógico tem suas raízes na pedagogia libertadora de Paulo Freire, que propõe a emancipação e autonomia do sujeito. Sendo considerada uma importante metodologia para trabalhar a prevenção e a promoção da saúde. Esta proposta ultrapassa os limites da educação e passa a ser entendida como uma forma de ler o mundo, refletir sobre esta leitura e recontá-la, transformando-a pela ação consciente (HEIDEMANN, 2010). Desse modo, essa proposta torna-se essencial para a prática da educação em saúde.

Na literatura, são encontrados trabalhos na temática DM, abordando as complicações crônicas na ótica das pessoas usuárias. Porém, há uma lacuna quanto à atuação dos profissionais de saúde da ESF/APS, especialmente relativa à eficácia da atuação na prevenção das complicações crônicas e nos fatores intervenientes nesse contexto.

Percebendo a importância dos profissionais que atuam na ESF e seu papel fundamental em trabalhar na prevenção e promoção da saúde,

tanto no aspecto de prevenir doenças, como, quando essas já se encontram instaladas, prevenir suas complicações, associando aos dados epidemiológicos preocupantes quanto à ocorrência de complicações crônicas, emergiu a seguinte **pergunta de pesquisa**: Como tem sido desenvolvida a atenção à saúde das pessoas com DM na Atenção Primária à Saúde para a prevenção das complicações crônicas da doença?

Para tanto, torna-se importante compreender como os integrantes da ESF, que são os atores sociais responsáveis pela APS, desenvolvem sua prática; como eles se colocam diante dessa responsabilidade profissional; quais ações desenvolvem para garantir esse tipo de assistência; e as próprias condições da organização do sistema de saúde para a efetividade dessas ações.

Como o fenômeno investigado faz parte de um sistema e envolve uma multiplicidade de situações interventoras, obteve-se como respaldo teórico a Teoria da Complexidade, também denominada de Pensamento Complexo, a qual abarca o conceito de sistemas e de integralidade dos sistemas em redes. Isso porque o Pensamento Complexo estuda fenômenos complexos do viver humano. Esse referencial permite um olhar aberto para a compreensão do contexto em todas as dimensões que ele abrange e para as múltiplas contradições que o envolvem (MORIN, 2008).

Para que as respostas às indagações fossem contempladas diante da leitura da realidade, o referencial metodológico adotado foi a pesquisa avaliativa qualitativa, por permitir a apreensão do significado do fenômeno tal como percebido pelos atores sociais (MERCADO, BOSI, 2006). A escolha por esse método também está respaldada no fato de que os serviços de saúde têm sido objeto de análise, crítica e debate em suas abordagens teóricas, políticas e ideológicas; e as pesquisas avaliativas qualitativas se constituem em recursos que possam aumentar a eficácia e a eficiência das práticas e dos serviços que, dentro de uma ética de respeito às diferenças, procuram construir novas práticas que resultam em benefício para as ações em saúde e seus usuários (BOSI, MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

Apesar de se reconhecer que existem inúmeras definições de Avaliação, esse termo

[...] pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações

cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706, grifo nosso).

Trabalhos que visam avaliar qualitativamente os serviços de saúde, mais especificamente os profissionais inseridos nesse contexto, são importantes para o desvelamento das questões inscritas na subjetividade desses atores sociais, tornando-se essencial para construir estratégias que possam transformar efetivamente o modelo assistencial em saúde (BARBOSA, CASANOVA, 2004). Além disso, convergem para as políticas de avaliação da APS propostas pelo MS desde 2003, que têm como objetivo dar suporte a todo o processo decisório no âmbito do SUS; subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos; avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais; e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2013c; 2011b; 2005; 2003a).

Para o desenvolvimento da prática profissional, a APS contrata profissionais generalistas, e isso significa que nem sempre esses profissionais têm conhecimentos específicos e atualização para determinadas doenças, muitas vezes necessários na prática cotidiana. Por outro lado, o MS oferece recursos para atuação, tais como cartilhas, manuais e protocolos divulgados em nível nacional com base nas políticas públicas. Essa proposta avaliativa permite a contemplação da prática à luz das políticas públicas e do Pensamento Complexo, por permitir um olhar crítico, mas que compreenda e considere a multiplicidade dos fatores intervenientes e a complexidade vivida pelos profissionais de saúde e das pessoas com DM nesse processo de viver e cuidar dessa população.

Espera-se que a proposta adotada neste estudo possa servir de respaldo, principalmente, para a esfera municipal, no sentido de oferecer suporte para o planejamento das ações e serviços da APS/ESF no que compreende as complicações crônicas do DM. Pois toda avaliação é uma ferramenta importante de gestão e a avaliação qualitativa é um importante subsídio para futuras propostas de intervenções (ASSUNÇÃO, SANTOS, GIGANTE, 2001; HARTZ et al., 2003).

Diante dessa totalidade, a tese apresentada é de que **a prevenção das complicações crônicas do DM na APS integra um contexto dinâmico e complexo que necessita de múltiplos investimentos, envolvendo os profissionais de saúde, as pessoas com DM e suas famílias, a gestão e as políticas públicas, para que possa ser efetiva no cumprimento das ações preventivas na perspectiva de promoção da saúde, para melhoria da atenção no nível primário.**

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atenção à saúde das pessoas com diabetes *mellitus* desenvolvida pelos integrantes da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da prevenção das complicações crônicas da doença.

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar como a prevenção das complicações crônicas é operacionalizada pelos integrantes da ESF;
- Verificar como os integrantes da ESF desenvolvem a educação em saúde às pessoas com DM;
- Verificar os modelos que orientam a prática dos integrantes da ESF na atenção às pessoas com DM;
- Identificar como os integrantes da ESF avaliam a assistência que é prestada às pessoas com DM na APS para prevenir complicações crônicas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo aborda a revisão de literatura construída para dar respaldo ao tema da tese. Foram estabelecidos quatro tópicos: o primeiro aborda os aspectos relacionados às complicações crônicas do DM; o segundo, as políticas públicas desenvolvidas para a APS no contexto do DM; o terceiro, modelos de atenção à saúde; e o quarto, estudos avaliativos realizados na APS brasileira. O tema avaliação, do ponto de vista mais teórico, é abordado em um subtópico apresentado como um manuscrito que se constitui em um estudo reflexivo, que focaliza a inserção da avaliação na área da saúde no Brasil.

A busca do material para a construção deste item ocorreu de forma livre, por meio de resultados de artigos científicos, teses e dissertações, encontradas nas bases de dados: PubMed, Scielo, Lilacs e Teses CAPES. Foram utilizados descritores específicos para cada temática. Entretanto, alguns livros e documentos do MS também foram utilizados para respaldar e sustentar esta revisão de literatura.

### 2.1 COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES *MELLITUS*

Este tópico apresenta os principais aspectos que a literatura aborda sobre as complicações do DM. Para sua elaboração, buscou-se a produção científica a partir do descritor: complicações do diabetes. Foram incluídos estudos relacionados às complicações crônicas, que também são denominadas de complicações de longo prazo do DM, dada a sua cronicidade e os prejuízos destas às pessoas e ao sistema de saúde. É consenso que, quando o DM não é tratado adequadamente, a existência dessas complicações é praticamente inevitável (ADA, 2015c; 2013; BRASIL, 2006a).

O tratamento não adequado está relacionado à hiperglicemia crônica, decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, sendo este o fator primário desencadeador das complicações crônicas do DM (FERREIRA et al., 2011). Para Novik et al. (2009), a hiperglicemia também está associada a um pior prognóstico em pessoas hospitalizadas, pois provoca alterações sistêmicas tanto fisiológicas como metabólicas (FERREIRA et al., 2011; NOVIK et al., 2009). As complicações crônicas estão associadas a diversos órgãos, principalmente, coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos (FERREIRA et al., 2011;

BARBOSA, OLIVEIRA, SEARA, 2009); as quais podem se manifestar em um prazo estimado de oito a dez anos após o início da doença (ADA, 2013; NOVIK et al., 2009; FLORES, GUTIÉRREZ, VELÁSQUEZ, 2007).

Nesse contexto, diversos pesquisadores afirmam a necessidade de um rigoroso controle glicêmico nas pessoas com DM demarcando que, quando as pessoas se envolvem para um efetivo controle metabólico, as chances de desenvolver complicações crônicas são significativamente reduzidas (ADA, 2015c; ZIMMET, 2014; FERREIRA et al., 2011; NOVIK et al., 2009; ALAYÓN et al., 2009; SUMITA, ANDRIOLO, 2008; FLORES, GUTIÉRREZ, VELÁSQUEZ, 2007; OTERO, ZANETTI, TEIXEIRA, 2007).

Estudo realizado no Equador investigou o conhecimento das pessoas com DM hospitalizadas e seus familiares sobre as complicações da doença, e identificou que a maioria dos informantes desconhecia sobre a patologia, os cuidados necessários e as complicações (FLORES, 2007). No Brasil, estudos realizados com o intuito de verificar o conhecimento de pessoas com DM sobre as complicações crônicas registraram que a maioria dos participantes também possui baixo conhecimento sobre as complicações da doença (CAMPOS, 2014; MORAES et al., 2009).

Barquera et al. (2013) investigaram o custo e a gestão do DM e das suas complicações no México e referem que a má gestão da hiperglicemia não está relacionada à falta de acesso aos serviços de saúde, pois a maioria das pessoas com DM estão em tratamento, inclusive medicamentoso. Entretanto, apenas uma minoria das pessoas entende a importância de modificações no estilo de vida, como hábitos alimentares e prática de atividade física como parte da administração da doença.

Para Pérez et al. (2009) e Flores (2007), o conhecimento que as pessoas e suas famílias têm acerca da doença pode ser um fator determinante na execução de práticas cotidianas que permitem prevenir complicações. Além de contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM, e diminuir os índices de morbimortalidade relacionadas à doença.

Vários pesquisadores voltaram-se para a ocorrência das complicações crônicas em populações com DM (KHAN et al., 2014; GREGG et al., 2014; FERREIRA et al., 2011; FARIA, BELLATO, 2010; ALAYÓN et al., 2009; MORAES et al., 2009; NOVIK et al., 2009; SUMITA, ANDRIOLO, 2008; OLIVEIRA et al., 2008; FLORES,

GUTIÉRREZ, VELÁSQUEZ, 2007; OTERO, ZANETTI, TEIXEIRA, 2007; VILLEGAS et al., 2006). Entre as complicações mais expressivas nas pessoas com DM, no estudo de Alayón et al. (2009), realizado na Colômbia com 499 pacientes atendidos em um serviço especializado, identificou-se que 36% apresentavam complicações crônicas, entre elas 41% neuropatia e 29% nefropatia.

Flores, Gutiérrez, Velásquez (2007) também investigaram na Venezuela a frequência das complicações crônicas, porém em pessoas com DM tipo 2. Constataram maior frequência de complicações microvasculares, entre elas a retinopatia, seguida de neuropatia periférica.

Na Irlanda, um estudo avaliou complicações e características de pessoas com DM que apresentavam comprometimentos renais encaminhadas a um serviço especializado. Identificou que, além da alteração renal, 56% tinham neuropatia; 48% doença cardiovascular; 43% retinopatia; 36% doença arterial periférica; 13% história prévia de acidente vascular cerebral; 10% já haviam passado por amputação em membro inferior; e 33% nunca tinham passado por consulta com especialista antes (THABIT et al., 2012).

No Brasil, Queiroz et al. (2011), entre outros objetivos, investigaram a prevalência das complicações micro e macrovasculares em pessoas com DM, e encontraram que as complicações microvasculares mais frequentes foram neuropatia, nefropatia e retinopatia. Para as complicações macrovasculares, a mais frequente foi doença arterial coronariana, seguida da doença vascular periférica.

Estudo realizado na China por Zhaolan et al. (2010) também identificou altas prevalências de complicações crônicas em pessoas com DM, estas aumentaram com a idade e o tempo de diagnóstico do DM, e pessoas que tinham duas complicações apresentaram pior controle glicêmico. Esses dados também foram corroborados por outros autores (ZHAOLAM et al., 2010; NOVIK et al., 2009; FLORES et al., 2007).

Encontraram-se diversos estudos que trabalharam com complicações crônicas específicas do DM. Entre as principais causas de morte, em pessoas com DM, destacam-se as complicações cardiovasculares, incluindo a doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica (HILLIS et al., 2012; SIQUEIRA, ALMEIDA-PITITTO, FERREIRA, 2007).

Nessa população, o risco de sofrer doença cardiovascular é três a quatro vezes maior, quando comparada a pessoas que não o têm; além disso, o DM duplica o risco de morrer por esse evento (SIQUEIRA,

ALMEIDA-PITITTO, FERREIRA, 2007). Estudo farmacoepidemiológico com pessoas com DM atendidas no SUS identificou que o maior consumo de medicamentos para comorbidades estava relacionado com aqueles indicados para o sistema cardiovascular (GUIDONI et al., 2013).

Um estudo que investigou os fatores de risco associados em adultos jovens com DM e HA identificou que dentre os fatores de risco destacam-se: HA, antecedentes familiares, sobrepeso e sedentarismo. Na estratificação do risco cardiovascular, a maioria apresentou médio risco adicional para doença cardiovascular (MOREIRA, GOMES, SANTOS, 2010).

Avaliando a prevalência de complicações crônicas em 573 pessoas com DM tipo 1 atendidas em um serviço de endocrinologia no Sul do Brasil, os autores identificaram elevados índices de complicações microvasculares e de HA; e os dados referentes ao controle glicêmico, pressórico e lipídico apresentavam-se em níveis indesejáveis (RODRIGUES et al., 2010). No estudo de Winkelmann e Fontela (2014), os autores também encontraram uma alta prevalência de HA nas pessoas com DM.

Otero, Zanetti, Teixeira (2007) trabalharam com pessoas com DM atendidas em uma UBS do Estado de São Paulo e identificaram que várias pessoas com diagnóstico associado a HA não faziam uso da medicação para essa patologia. Como a HA é uma das comorbidades mais comuns que afeta as pessoas com DM, constituindo fator de risco para doenças cardiovasculares e complicações microvasculares, tais como retinopatia e nefropatia, as autoras reforçam a importância da cobertura medicamentosa para essa doença; e, além das drogas anti-hipertensivas, a necessidade de mudanças no estilo de vida, especialmente, com a realização de atividade física e nos hábitos alimentares, destacando-se a redução de sódio na dieta (OTERO, ZANETTI, TEIXEIRA, 2007; ADA, 2004).

Vários pesquisadores asseveram a neuropatia cardiovascular autônoma como uma complicação severa do DM (MOTATAIANU et al., 2013; KUEHL, STEVENS, 2012; AYAD et al., 2010) e, quando associada a outros fatores como HA, pode provocar efeito deletério na hemodinâmica vascular (AYAD et al., 2010).

Na síndrome coronariana aguda, ocorre oclusão do vaso sanguíneo, determinando um quadro clínico que pode evoluir para angina instável, infarto agudo do miocárdio e morte súbita (FERREIRA

et al., 2011). Braga et al. (2007) afirmam que, nessa síndrome, o DM determina um pior prognóstico, principalmente, em longo prazo.

Estudo de revisão sobre a miocardiopatia diabética, doença do músculo cardíaco causada pelo DM, descreve que as observações experimentais e clínicas dessa complicação são decorrentes de anormalidades metabólicas como hiperlipidemia, hiperinsulinemia, hiperglicemia e de alterações do metabolismo cardíaco (OKOSHI et al., 2007).

Diante da expressividade mórbida e do risco de morte das complicações cardiovasculares no DM, algumas medidas, como controle glicêmico, redução da pressão arterial e controle da dislipidemia devem ser priorizadas na gestão clínica da doença. Cada uma dessas abordagens interrompe um número de vias patológicas, o que contribui diretamente para diminuir complicações (HARCOURT, PENFOLD, FORTES, 2013).

Diante das complicações cardiovasculares em decorrência do DM, os resultados dos estudos indicam a necessidade do controle glicêmico e dos demais fatores de risco na prevenção desses eventos. Acenam também para a necessidade de os profissionais de saúde estabelecerem estratégias que agilizem a identificação dessas complicações em pessoas de alto risco, no intuito de reduzir a mortalidade por esses eventos (MOREIRA, GOMES, SANTOS, 2010; SIQUEIRA, ALMEIDA-PITITTO, FERREIRA et al., 2007; BRAGA et al., 2007).

Quando se trata das complicações renais por DM, estudos afirmam que esta é uma das complicações mais frequentes, o DM representa a principal causa mundial de doença renal crônica e estimam que, após 15 anos da doença, 10 a 20% das pessoas terão nefropatia (FORSBLOM, HARJUTSALO, GROOP, 2014; TAKAOKA et al., 2009; BRASIL, 2006b). Zhuo et al. (2013), trabalhando com pacientes com DM tipo 2 submetidos à biópsia renal em um serviço de nefrologia, no período de 2003 a 2011, na China, estimaram que cerca de 8% dos pacientes chineses com DM tipo 2 podem ter nefropatia diabética (ZHUO et al., 2013).

No Reino Unido, a nefropatia diabética é uma das principais causas de doença renal crônica e essas pessoas correm risco significativamente aumentado para desenvolver doença cardiovascular e de progressão para doença renal de fase terminal (MIN et al., 2012). Estudo realizado em Trinidad investigou a prevalência da doença renal em fase terminal durante o período de 1999 a 2007 e identificou que a

população mais afetada foi de homens com idade entre 50 a 59 anos com diagnóstico de DM e/ou HA (MUNGRUE et al., 2011).

A microalbuminúria é considerada o melhor marcador para identificar indivíduos em risco de desenvolver insuficiência renal (MARDONES, DURRUTY, 2010; SERRANO, GAREA, MORÁN, 2007; BRASIL, 2006b). A pesquisa realizada no Equador por Serrano, Garea, Morán (2007) detectou a presença de microalbuminúria em pessoas com DM. Participaram 88 indivíduos, desses, 34 tiveram exames positivos para microalbuminúria, e a maioria deles apresentava também HA e retinopatia diabética. O estudo destaca a importância desse exame na população com DM como uma forma de controlar a evolução das complicações correlatas.

Mardones e Durruty (2010) afirmam que a microalbuminúria é um preditor de nefropatia e fator de risco cardiovascular em pessoas com DM. Os autores asseguram que, em pacientes com DM microalbuminúricos, o tratamento deve ser orientado para diminuir ou evitar a progressão de microalbuminúria, além de manter pressão arterial, glicose e lipídios dentro dos limites recomendados, para evitar complicações crônicas em longo prazo.

Além dos prejuízos para as pessoas, as complicações renais compreendem um alto custo na gestão do DM. Pesquisa realizada recentemente no Canadá constatou que o custo do tratamento renal em pessoas com DM, em um período de cinco anos, variou de 26.978 a 44.511 dólares por pessoa (MCBRIEN et al., 2013).

O MS recomenda que os profissionais de saúde solicitem a dosagem de microalbuminúria e creatinina em todas as pessoas com DM tipo 2, no momento do diagnóstico. Deve ser pesquisada duas ou mais vezes, no período de seis meses, para caracterizar a presença de nefropatia incipiente ou clínica. No entanto, afirma que as medidas mais efetivas para reduzir o risco e retardar a progressão da nefropatia são o controle da glicemia e da pressão arterial (BRASIL, 2013a, 2006a).

As complicações oftalmológicas do DM também são expressivas e representam um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo (DO et al., 2015; CAMOZZATO FILHO et al., 2007); entre elas, a retinopatia diabética (RD) é considerada a mais grave (LISBOA, et al., 2008). Pedrosa et al. (2012) objetivaram identificar a prevalência da RD em pacientes com DM, atendidos pela ESF em um município do Pará, constatando a complicação oftálmica em 40,7% dos casos avaliados. O estudo ressalta a importância da atenção primária no acompanhamento das pessoas com DM e da necessidade de encaminhamento periódico

dessa população ao oftalmologista. No estudo de Santos et al. (2015) também foi identificada uma maior prevalência da RD entre as complicações microvasculares nas pessoas com DM.

Com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico e o nível de conhecimento de pacientes com DM sobre a doença e a RD, Dias et al. (2010) realizaram um estudo transversal com 357 pacientes atendidos em um ambulatório especializado em São Paulo. A maioria dos pacientes afirmou saber o que é DM, mas 53,2% não sabiam qual o tipo da sua doença. As complicações visuais foram as mais conhecidas, porém, menos de um terço dos pacientes já tinha ouvido falar em RD. A maioria dos pacientes nunca havia recebido alguma explicação ou algum tipo de material escrito sobre DM ou RD. Os resultados evidenciaram que a maioria dos pacientes, apesar de receber acompanhamento multidisciplinar, apresentou pouco conhecimento sobre o DM, suas complicações e sobre as complicações oftálmicas.

Barria Von-B (2008) afirma a necessidade de os programas nacionais para DM organizarem um sistema de cuidado oftálmico que desenvolva estratégias para diagnosticar e tratar a RD, antes que as pessoas tenham perda da visão. De acordo com o CDC (2014), os exames oftálmicos periódicos e o tratamento em tempo hábil poderiam prevenir cerca de 90% dos casos de cegueira ocasionadas pelo DM. Ikram et al. (2013), em estudo de revisão, ainda assinalam que os exames para verificar mudanças fisiopatológicas dos vasos sanguíneos da retina em pessoas com DM, além de serem uma medida indispensável, têm custo baixo e não são invasivos.

Como em outras complicações, as relacionadas aos olhos também geram ônus para o sistema de saúde e medidas preventivas são mais acessíveis financeiramente do que as medidas de intervenção diante de complicação. No estudo de Do et al. (2015), os autores assinalaram que o controle da HA pode ajudar a postergar o aparecimento de RD em pessoas com DM.

Na Turquia, pesquisa realizada com 942 pessoas com DM, avaliadas por cinco anos, verificou que 20,8% tiveram pelos menos uma consulta ou internação hospitalar relacionada com complicações oftálmicas, o que agregou um aumento de aproximadamente 30% nos custos ao sistema de saúde, em comparação com as pessoas que não tiveram complicações (AKALIN, SATMAN, OZDEMIR, 2012).

Outras complicações oftálmicas associadas ao DM, que também estão se tornando um problema frequente, são o olho seco e a doença da superfície ocular (ALVES et al., 2008). Os autores afirmam que o

número de casos dessas complicações deve crescer, acompanhando a tendência de aumento da incidência do DM, e que, muitas vezes, representam um problema complicado na oftalmologia (ALVES et al., 2008).

Gutiérrez e Gil (2007) referem que desde 2004 as políticas públicas do Equador voltam-se para um trabalho direcionado a campanhas para atendimento oftálmico das pessoas com DM, no intuito de prevenir as doenças oftálmicas mais graves. Reforçando que esse tipo de investimento promove conscientização nas pessoas com DM sobre a necessidade dos cuidados oftálmicos, além de fomentar uma cultura de prevenção.

O MS preconiza que as pessoas com DM sejam encaminhadas ao oftalmologista anualmente, quando a realização da fundoscopia não for possível na UBS. E, sempre que a mulher estiver grávida ou planejando a gravidez, no caso de DM tipo 1; na presença de neovascularização; na presença de edema na mácula; quando houver redução de acuidade visual, por qualquer causa; na presença de retinopatia pré-proliferativa (BRASIL, 2013a; 2001b). A orientação para o rastreamento de problemas oftálmicos em pessoas com DM tipo 1 é anual, a partir do quinto ano do diagnóstico; e para as pessoas com DM tipo 2 é anual, a partir do diagnóstico (BRASIL, 2013a; 2001b).

Outra complicação do DM que também traz repercussões negativas à vida das pessoas é a relacionada aos pés (HUNG et al., 2015; YAZDANPANA, NASIRI, ADARVISHI, 2015; BATISTA, LUZ, 2012; LUCAS et al., 2010). Entre suas principais complicações encontram-se a neuropatia diabética e a doença vascular periférica, que pode evoluir para altas taxas de morbidade e risco de amputação de membros inferiores (IDUSUYI, 2015; SCALONE et al., 2012; LUCAS et al., 2010; RODRÍGUEZ et al., 2006). A dor neuropática é encontrada em diversos estudos com uma prevalência significativa entre as pessoas com DM (CORTEZ et al., 2014; ERBAS et al. 2011; VAN ACKER et al., 2009; TRES et al., 2007).

O DM em si expõe a pessoa a um risco 15 vezes maior de ser submetida à amputação (DOS SANTOS, DA SILVEIRA, CAFFARO, 2006). Lopes (2003) estima ainda que mais de 10% das pessoas com DM desenvolverão úlceras nos pés em algum momento de sua vida. Fato que contribui para aumentar os custos gerados ao sistema de saúde, devido os cuidados necessários (SCHWARTZ et al., 2015; YAZDANPANA, NASIRI, ADARVISHI, 2015; DORRESTEIJN et al., 2014; HICKS et al., 2014).

O cuidado diário com os pés entre as pessoas com DM contribui para evitar e/ou postergar as complicações (AMARAL, TAVARES, 2009). Um estudo, que investigou os cuidados com os pés realizados por pessoas com DM, identificou que, mesmo cuidando dos pés, as pessoas não realizavam o corte das unhas corretamente, não utilizavam sapatos adequados e ainda não cuidavam do ressecamento da pele (AMARAL, TAVARES, 2009). Essas medidas são consideradas simples, porém eficazes para evitar lesões, infecções e consequentemente úlceras e amputações dos membros inferiores em pessoas com DM (PRIMERANO, 2008; BRENTA, CASSESE, GASET, 2006).

Diversos estudos investigaram as infecções nos pés das pessoas com DM, considerando sua importância no contexto das amputações (BADER, ALAVI, 2014; TIWARI et al., 2014; MURALI et al., 2014; VU et al., 2014). Oliveira e Oliveira Filho (2014) investigaram o perfil microbiológico em pessoas com pé diabético infectado, e encontraram que as infecções estiveram mais relacionadas a germes encontrados na comunidade, além de altos índices de amputações entre esse público.

Estudo realizado na Venezuela (GODOY et al., 2006), que avaliou a experiência e o tratamento cirúrgico em pessoas com pé diabético, atendidas em um serviço de referência, encontrou um elevado índice de pé diabético em pessoas com DM que evoluiu para amputação. Relacionou essa situação à ausência de cuidados prévios que poderiam ter evitado a complicação; além de uma falha na assistência, considerando-a precária, pois não avaliou integralmente em tempo hábil essas pessoas.

No Chile também foi identificado um elevado número de amputações em pessoas com diagnóstico de pé diabético. Nesse estudo, o principal fator de risco para amputação foi antecedente de amputação anterior, seguido de linfopenia e da presença de retinopatia. Foi identificada, ainda, elevada mortalidade antes de cinco anos pós-amputação, principalmente por septicemia (RODRÍGUEZ et al., 2006).

Entre as pessoas com sobrevida pós-amputações por complicações do DM, resultados afirmam baixa qualidade de vida e dificuldades na reabilitação impostas pela situação (BATISTA, LUZ, 2012; LOPES, BRITO, 2009). Batista e Luz (2012) realizaram estudo fenomenológico com pessoas com DM submetidas à amputação. As autoras encontraram que vivenciar a amputação de membros significa estar em um cotidiano permeado por dificuldades, limitações e restrições impostas pela situação; sofrer pela dependência de outras pessoas, pela solidão imposta pelo isolamento social consequente das limitações

personais, econômicas e até das políticas públicas. Lopes e Brito (2009) também encontraram elevado nível de dependência nas pessoas após a amputação.

Outro estudo de abordagem qualitativa e hermenêutica descreveu a percepção das pessoas com DM que passaram por amputação, em relação às consequências desta e sobre as expectativas para o futuro, e encontrou que passar por uma amputação pode gerar sentimentos ambíguos, como tristeza pela perda do membro e ao mesmo tempo alívio, pois se livraram da dor intensa provocada pelo comprometimento neurovascular e do odor fétido que acompanhava a lesão. Com relação às expectativas pós-amputação destacaram-se a dependência para a realização das atividades diárias, o apego religioso e o medo de reviver uma nova amputação (LUCAS et al., 2010).

Para Boutoille et al. (2008), tanto a amputação como o estágio anterior de úlcera do pé diabético complicada alteram a qualidade de vida das pessoas nos aspectos físicos, sociais e psicológicos. Salomé, Blanes e Ferreira (2011) avaliaram a intensidade de sintomas de depressão em pessoas com DM com úlceras no pé. Mesmo nesse estágio do pé diabético, as autoras identificaram que, dos 50 pacientes avaliados, 41 apresentaram algum grau de sintomas depressivos, e 32 destes estavam com depressão moderada, apresentando sintomas de autodepreciação, tristeza, distorção da imagem corporal e diminuição da libido.

Vários autores concordam que a maioria das complicações nos pés poderia ser prevenida com medidas de baixa complexidade, cobrando essa responsabilidade do sistema de saúde (LUCAS et al., 2010; AMARAL, TAVARES, 2009; LOPES, BRITO, 2009; GODOY et al., 2006). Santos, Silveira e Caffaro (2006) asseveram que as pessoas que apresentam complicações nos pés ainda têm pouco acesso aos serviços de saúde. Nunes et al. (2006) reforçam que, quando as pessoas com pé diabético recebem atendimento profissional, as lesões geralmente se encontram em estágio avançado, requerendo intervenção cirúrgica, o que contribui significativamente para um quadro de incapacidade.

Para o MS, os fatores de risco para o pé diabético são: antecedente de úlcera nos pés; amputação não traumática; educação terapêutica deficiente; inacessibilidade ao sistema de saúde; neuropatia com insensibilidade e deformidade; calos; uso de calçados inadequados; fatores que contribuem para a doença vascular periférica (tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia); nefropatia diabética; lesões não

ulcerativas (micoses, bolhas, rachaduras, fissuras, unhas encravadas); baixa acuidade visual. O rastreamento consiste em efetuar, nas consultas de rotina, a remoção sistemática dos calçados, realizar exame detalhado dos pés, analisar calçados e palmilhas; pesquisa de fatores de risco para o pé diabético conforme protocolo. Ainda é determinado aos profissionais que estimulem e façam as orientações para a promoção do autocuidado de pessoas com DM em relação aos cuidados com os pés (BRASIL, 2013a; 2001b).

Muitos pesquisadores exploram a relação do DM com as complicações bucais (BASCONES, GONZÁLEZ, SANZ, 2014; MUTALIK et al., 2011; BARBOSA, 2011; GUIMARÃES, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2010; BOGHOSSIAN et al., 2009; VASCONCELOS et al., 2008; KERBAUY, 2008). As doenças orais mais comumente associadas ao DM são a doença periodontal, neuropatia oral, xerostomia, cárie dental, candidíase oral e cicatrização de feridas dificultada (PRESHAW et al., 2012; ARAYA et al., 2011; SHENOY et al., 2010; AMARAL, SILVEIRA, SILVEIRO, 2005). No estudo de Vasconcelos et al. (2008), os autores verificaram a prevalência de lesões superficiais da mucosa da cavidade bucal em pacientes com DM e identificaram que a maioria deles apresentou pelo menos um tipo de lesão.

Castro et al. (2009) realizaram estudo para avaliar as condições periodontais em pessoas com DM, comparando-as a pessoas que não apresentavam a doença. Identificaram que as piores condições periodontais ocorriam nas pessoas com o diagnóstico de DM. Resultados semelhantes também foram encontrados por Araya et al. (2011) e Silva et al. (2010a).

Para compreender como está organizado o atendimento odontológico às pessoas com DM usuárias do SUS no Brasil, Silva et al. (2010b) trabalharam na perspectiva da integralidade do cuidado a essa população em Belo Horizonte/MG e identificaram que a maioria das pessoas com DM estava em acompanhamento médico, porém somente 27,3% estavam em tratamento odontológico. Os autores reforçam que o atendimento interdisciplinar e a atenção em todos os níveis do sistema são fatores essenciais para a integralidade das ações em saúde. O exame periodontal deve ser considerado parte da avaliação em pessoas com DM, profissionais da saúde devem orientar sobre a necessidade de um bom controle glicêmico e higiene bucal adequada para minimizar esses riscos (ARAYA et al., 2011; ALVES et al., 2007; VILLA, 2006).

De acordo com o MS, as medidas básicas para prevenir doença periodontal compreendem: manutenção do controle glicêmico; higiene

oral com escovação e fio dental ao menos duas vezes ao dia; acompanhamento constante para que não haja perda dental e hemorragias gengivais; avaliação anual com cirurgião-dentista (BRASIL, 2013a; 2006a).

A associação do DM com a perda auditiva ainda é controversa (MAIA, CAMPO, 2005). Nagaoka et al. (2010), ao estudarem pacientes com perda auditiva neurossensorial súbita idiopática, trabalharam com dois grupos: um com pacientes que apresentavam também DM, HA e/ou dislipidemias, e outro sem essas doenças; concluindo que não há associação entre perda auditiva e DM. Em contrapartida, Diniz e Guida (2009), ao investigarem pessoas com DM que passaram por exames audiológicos, comparando-as a um grupo controle, concluíram que houve piora dos limiares audiométricos em pacientes com DM, afirmando a associação positiva. O estudo de Ferreira et al. (2013) também afirma a existência dessa correlação, e os autores ainda referem que, quanto maior o tempo da doença, maior a probabilidade de perda auditiva.

Outros estudos buscaram associações entre o DM e condições e doenças ainda pouco investigadas, diante das complicações crônicas apresentadas anteriormente; foram elas: hepatite C (ABBAS et al., 2015; COPPO et al., 2015); déficit cognitivo (ALMEIDA PITITTO, ALMADA FILHO, CENDOROGLO, 2008); osteoporose (PAULA, ROSEN, 2010); câncer (TUOMILEHTO, 2012); equilíbrio estático (PALMA et al., 2013); alteração da função tireoidiana (SWAMY et al., 2012; SILVA, 2005a); alteração pulmonar (ALI, 2014); disfunções do trato urinário inferior (YUAN et al., 2015; DE OLIVEIRA, MARINHEIRO, SILVA, 2011); disfunção erétil em homens (CORONA et al., 2014; SEFTEL, SUN, SWINDLE, 2004); alterações cutâneas (SUAYA et al., 2013; FARIAS et al., 2011; RODRIGUES, 2009; LISBOA et al., 2008), psoríase (WU et al., 2015); resultados da resposta da cirurgia bariátrica na redução de complicações crônicas do DM (JOHNSON et al., 2013; MIRAS et al., 2012); além de estudos genéticos que buscam respostas para as correlações do DM com as complicações crônicas (QI et al., 2013; BONNEFOND et al., 2013; KALEA et al., 2012). Alguns desses confirmaram a correlação do DM a outras associações, porém outros ainda necessitam de mais investigações.

Diante dos resultados apresentados neste tópico, ficam expressas a severidade do DM e as repercussões à vida das pessoas. Apesar disso, também foi evidenciado que, há tempo, a ciência identificou que as

complicações crônicas do DM são decorrentes da falta de controle metabólico e de cuidados não efetivos que contribuem para que as pessoas com DM se mantenham normoglicêmicas.

No entanto, vários resultados acenaram que as complicações crônicas fazem parte de um contexto multifatorial, que envolve questões relacionadas às pessoas e ao sistema de saúde. Apesar de se reconhecer a importância e a responsabilidade dos profissionais de saúde nesta situação, parece haver uma lacuna em estudos que buscaram compreender o contexto em que os profissionais da ESF atuavam, a fim de conseguir melhores resultados no longo prazo, o que reforça a importância deste estudo.

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DESENVOLVIDAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS

Este tópico foi construído com vistas a apresentar as políticas públicas em saúde no Brasil que direcionam a assistência na ESF/APS, especificamente, para as pessoas com DM, como o Plano de Reorganização da Assistência à HA e ao DM (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2006a); o Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus* (BRASIL, 2001b); o Caderno de Atenção Básica – Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2006a); a Lei 11.347/06 e a Portaria n.2583/07 (BRASIL, 2006b, 2007); os Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes *mellitus* (BRASIL, 2013a). Para tanto, foram pontuados estudos nacionais que contemplassem essas questões e alguns internacionais, que reiteram aspectos relevantes deste contexto, encontrados pelos descritores: política de saúde e saúde da família, relacionados à temática do DM.

Com base nos dados apresentados nos tópicos anteriores e conjecturando a complexidade do DM com as consequências dessa doença para a vida das pessoas e para o sistema de saúde, acredita-se na possibilidade de que é na ESF/APS que pode ocorrer o melhor prognóstico da doença, tanto para as pessoas, como para o sistema de saúde. Uma vez que, quando diagnosticada precocemente, tratada adequadamente e com um bom acompanhamento nesse nível da assistência, torna-se possível evitar as devastadoras complicações crônicas do DM e diminuir o ônus gerado às pessoas, seu entorno e a todo o sistema de saúde em decorrência dessa patologia (ERIKSSON et al., 2010; COELHO, SILVA, PADILHA, 2009; SBD, 2005).

Os resultados encontrados descrevem como está a assistência oferecida às pessoas com DM no nível primário, os quais apontam fragilidades e potencialidades dessa assistência e abordam questões relacionadas às condições estruturais e operacionais da APS; à terapêutica farmacológica; à importância de uma equipe multiprofissional e do atendimento em grupo específico para a assistência às pessoas com DM; à família da pessoa com DM; e ao DM como uma Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP), por ser uma doença tratável na APS, repercutindo em interações evitáveis. No entanto, poucos pesquisadores investigaram a assistência às pessoas com DM na APS sob a ótica da atuação dos integrantes das EqSFs, que é o foco de investigação desta pesquisa, dando relevância à sua realização.

Os estudos que abordaram as condições estruturais e operacionais relacionadas à assistência às pessoas com DM na APS demarcaram correlações com as políticas públicas destinadas a essa temática. No entanto, apontaram várias deficiências no contexto dessa prática assistencial. Malfatti e Assunção (2011) avaliaram a média anual do cadastro de DM e HA e o correspondente nível de acompanhamento pelas EqSFs de uma Regional de Saúde da Região Sul do país. Evidenciaram que o acompanhamento dos casos não correspondeu à média anual de cadastros nos municípios estudados, verificando-se um reduzido acompanhamento dos casos dessas doenças pelas EqSFs.

Tavares et al. (2014) avaliaram a qualidade da atenção às pessoas com DM em 40 unidades de saúde da família de Petrolina/PE. Dentre os resultados, os autores apontaram que em todas as unidades avaliadas havia consultórios individuais e materiais específicos, como fitas reagentes e glicosímetros, e alguns profissionais de nível superior treinados. Entretanto, foi evidenciada falta de endocrinologistas de referências na atenção secundária para dar suporte aos profissionais da ESF. Essa atenção foi classificada pelos autores como de qualidade regular.

O estudo de Pereira (2007), realizado em Recife, também avaliou essa assistência na Região Nordeste do país. Os resultados mostraram que as ações de atenção ao DM na ESF não se encontravam implantadas no período da realização da pesquisa. Alguns dos principais problemas identificados foram: falta de capacitação específica dos profissionais; fragilidade das ações de prevenção e diagnóstico precoce nas equipes; e fragilidade no planejamento e monitoramento no nível gerencial distrital. Identificou, ainda, ausência de uma diretriz municipal que respaldasse ações desenvolvidas pelas EqSFs em relação ao DM, apontou que a falta de planejamento e monitoramento permite a

ocorrência de uma variedade de formas de atender a população e que nem sempre estão de acordo com o preconizado pelos manuais de conduta, ou seja, com as políticas públicas destinadas às pessoas com DM, colocando a assistência longe dos princípios que norteiam o desenho da ESF.

Outro estudo, também realizado na Região Nordeste, e que avaliou a assistência às pessoas com DM na APS, referiu que a mesma se encontra insuficiente. E ainda, aponta outras deficiências, tais como poucos atendimentos realizados pelos profissionais endocrinologistas da unidade de referência; a hospitalização por DM e suas complicações ocorreu em cerca de 4% do total de acometidos; dos 275 óbitos por DM no período, 91% foram registradas como 'DM Não Especificada' (PONTES, 2011).

Destacando ainda as condições operacionais da assistência às pessoas com DM na APS e no intuito de compreender as estratégias de assistência oferecidas pelos integrantes das EqSFs a essas pessoas, Fernandes, Silva e Soares (2011) investigaram as tecnologias de trabalho realizadas nos atendimentos em grupo a esse público. O estudo foi realizado nas UBS de um distrito sanitário de Belo Horizonte/MG. Os resultados evidenciaram que os coordenadores de grupos necessitam de aporte teórico e que existe a incorporação de tecnologias que abrangem o contexto de uma prática pouco diferenciada e em alguns momentos envolta por elementos diversificados do cuidado. Diante da realidade avaliada, os autores apontaram a necessidade da mobilização de tecnologias que possibilitem atitudes humanizadoras, tanto na perspectiva dos coordenadores quanto dos usuários.

Falhas na operacionalização da assistência também foram pontuadas em uma pesquisa de inquérito domiciliar realizado em uma cidade do Estado de São Paulo. Os autores relataram que os profissionais da ESF realizaram anamneses incompletas e exames físicos insatisfatórios nas pessoas com DM (DE PAIVA, BERCUSA, ESCUDER, 2006).

Torres et al. (2010) trabalharam com profissionais de saúde, em Minas Gerais, analisando as percepções, conhecimentos e as práticas educativas realizadas por eles às pessoas com DM na APS. Dentre os resultados, destaca-se a falta de preparo e conhecimento teórico dos profissionais sobre alguns aspectos relacionados à patologia e ao desenvolvimento de práticas educativas. Os autores sugeriram a necessidade de reorientação das práticas de ensino dos profissionais, para desenvolverem habilidades na educação às pessoas com DM;

pontuaram, ainda, a importância da avaliação das intervenções educativas a fim de estabelecer estratégia eficaz de promoção, prevenção e controle da doença.

Outro estudo, que também apontou fragilidades na assistência, analisou a questão do acesso aos serviços em conjunto com a integralidade do cuidado e comparou os mesmos em unidade da ESF e não ESF em Manaus/AM; identificou que naquela região a UBS tem nas grandes distâncias a sua principal barreira de acesso. A inexistência de sistema de referência entre os distintos níveis de complexidade compromete o acesso dos pacientes a exames e especialistas. O cuidado oferecido nas duas unidades às pessoas com DM era restrito às queixas físicas passíveis de abordagem farmacológica; ocorrendo a baixa capacidade de escuta dos profissionais para problemas distintos do foco da ação programática, fato que compromete também a integralidade do cuidado (SOUZA, GARNELO, 2008).

Essas análises permitem perceber que a APS está cumprindo seu papel no que tange às políticas públicas em saúde consideradas macroestruturais para esse nível, com a incorporação da ESF como forma operante da assistência. No entanto, revelaram a necessidade da melhor adequação das políticas públicas microestruturais na assistência às pessoas com DM, ou seja, aquelas destinadas à operacionalização da assistência a esse público no contexto da APS e principalmente da ESF. Notadamente, porque as atribuições dos profissionais de saúde que integram as EqSFs encontram-se definidas nas políticas públicas referentes a esse modelo de atenção (BRASIL, 1997) e naquelas específicas para o DM (BRASIL, 2013a; 2006a), conforme o Quadro 2.

**Quadro 2** – Atribuições dos profissionais de saúde que integram as EqSFs, segundo a política da ESF e as específicas para o DM

ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL SEGUNDO A POLÍTICA DA ESF	ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL SEGUNDO AS POLÍTICAS PARA O DM
<b>MÉDICO</b>	<b>MÉDICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preferencialmente, ser um generalista, mas deve atender a todos os componentes das famílias, independente de sexo ou idade;</li> <li>- deve comprometer-se com a pessoa em seu contexto biopsicossocial, e não com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade;</li> <li>- realizar consulta com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2, a fim de definir necessidade de rastreamento com glicemia de jejum;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>- sua atuação não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos. Seu compromisso envolve ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis;</li><li>- deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe propicia esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos;</li><li>- prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade;</li><li>- valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança;</li><li>- oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária;</li><li>- empenhar-se em manter as pessoas sob sua responsabilidade saudáveis, quer venham nas consultas ou não;</li><li>- executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária em sua área de abrangência;</li><li>- executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto, ao idoso, realizando também atendimentos de primeiros cuidados nas urgências, entre outros;</li><li>- promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável;</li><li>- discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que os legitimam;</li><li>- participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de saúde da família.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis comorbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular das pessoas com DM;</li><li>- solicitar exames complementares, quando necessário;</li><li>- orientar sobre mudanças no estilo de vida e prescrever tratamento não medicamentoso;</li><li>- tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;</li><li>- programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente;</li><li>- encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes com DM: para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na UBS; com dificuldades de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local; os casos de diabetes gestacional, gestantes com diabetes e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.);</li><li>- perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto às pessoas com DM, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso);</li><li>- organizar junto ao enfermeiro, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes com DM;</li><li>- usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.</li></ul>
--	--

ENFERMEIRO	ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deve desenvolver seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na UBS, junto à equipe de profissionais; e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem;</li> <li>- executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;</li> <li>- desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;</li> <li>- oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;</li> <li>- promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;</li> <li>- discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;</li> <li>- participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de saúde da família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com as pessoas com DM;</li> <li>- capacitar os auxiliares de enfermagem e os ACS, e supervisionar de forma permanente suas atividades;</li> <li>- realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para DM tipo 2 identificadas pelos ACS, definindo claramente a presença do risco e encaminhamento ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário;</li> <li>- realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;</li> <li>- estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupo de pessoas com DM);</li> <li>- programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente;</li> <li>- solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal;</li> <li>- orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina;</li> <li>- repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;</li> <li>- encaminhar as pessoas com DM, seguindo a periodicidade descrita no manual, de acordo com a especificidade de cada caso, para consultas com o</li> </ul>

	<p>médico da equipe;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados especiais nos pés acometidos e nos pés em risco;</li> <li>- perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto as pessoas com DM, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso);</li> <li>- organizar junto ao médico, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral às pessoas com DM;</li> <li>- usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.</li> </ul>
<b>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</b>	<b>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suas ações devem ser desenvolvidas nos espaços das UBS e no domicílio/comunidade;</li> <li>- desenvolver, com os ACS, atividades de identificação das famílias de risco;</li> <li>- contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS no que se refere às visitas domiciliares;</li> <li>- acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde;</li> <li>- executar, segundo sua qualificação profissional, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas;</li> <li>- participar da discussão e organização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da UBS;</li> <li>- orientar as pessoas sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados ao diabetes, como hábitos de vida ligados à alimentação e à atividade física;</li> <li>- agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;</li> <li>- proceder às anotações devidas em ficha clínica;</li> <li>- cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária;</li> <li>- encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referências;</li> <li>- controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as</li> </ul>

do processo de trabalho da unidade de saúde.	orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico; - orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina; - fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.
<b>AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b>	<b>AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deve desenvolver suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades;</li> <li>- realizar mapeamento de sua área de atuação;</li> <li>- cadastrar e atualizar as famílias de sua área;</li> <li>- identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;</li> <li>- realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para DM e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção;</li> <li>- orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira;</li> <li>- identificar na população adscrita, a partir dos fatores de risco descritos, membros da comunidade com maior risco para DM tipo 2, orientando-os a procurar a UBS para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico;</li> <li>- registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de DM de cada membro da família;</li> <li>- encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular;</li> <li>- estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros;</li> <li>- questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda da glicemia aos pacientes com DM identificado, e encaminhar para consulta extra;</li> <li>- verificar o comparecimento dos pacientes com DM às consultas</li> </ul>

	agendadas na UBS e realizar busca ativa de faltosos.
--	--

**Fonte:** BRASIL, 2013a; 2006a; 1997.

As políticas públicas destinadas à assistência às pessoas com DM, entre outros, garantem o acesso e a continuidade do tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006b, 2007). Estudos relacionados à terapêutica farmacológica levantaram questões importantes sobre essa temática. Santos, Oliveira e Colet (2010) verificaram a adesão da terapia medicamentosa em pessoas com DM em uma UBS de Ijuí/RS e identificaram aspectos positivos relacionados a essa assistência. Os resultados apontaram elevada adesão a esse tipo de tratamento, os autores correlacionaram esse fato ao trabalho desenvolvido pela equipe da UBS e identificaram que os encontros mensais e o acompanhamento dos profissionais de saúde foram úteis na redução de erros e/ou descuidos com os medicamentos, reduzindo os efeitos indesejáveis e consequentemente a evolução da doença.

Em contrapartida, Stacciarini, Caetano, Pace (2011), trabalhando em Minas Gerais, compararam a dose de insulina prescrita com a dose autoadministrada em 169 pessoas com DM acompanhadas pela ESF. Divergências entre as doses estiveram presentes em 36,1% dos participantes, e as justificativas estiveram relacionadas com a dificuldade para visualizar a escala graduada da seringa e dificuldades motoras para o manuseio correto da seringa. Os autores recomendam que os profissionais das EqSFs devem promover intervenções direcionadas ao desenvolvimento de habilidades para as pessoas com DM realizarem a autoaplicação da insulina com segurança, considerando as limitações e os recursos individuais de cada uma.

A terapia farmacológica tem como princípio ser conduzida mediante prescrição médica, fato que possibilita o acesso a informações necessárias para que ocorram a adesão e a eficácia dessa forma de tratamento (VIEIRA, SANTA HELENA, 2011). Com o objetivo de identificar os fatores associados ao consumo de medicamentos sem receita médica em pessoas com DM e/ou HA acompanhados pela ESF, estudo realizado em Blumenau/SC, com 716 participantes, identificou 2.932 especialidades farmacêuticas, das quais 881 sem a receita médica. O subgrupo mais utilizado foram os Inibidores da enzima conversora de angiotensina, o medicamento mais comum foi a hidrocortizida e a classe mais utilizada sem a presença da receita foi a dos psicotrópicos. Os resultados sugerem que o maior consumo de medicamentos sem receita está associado àquelas pessoas que cuidam menos de sua saúde e

que recebem menos informação do profissional de saúde sobre seu tratamento (VIEIRA, SANTA HELENA, 2011).

Outro estudo, realizado com pessoas com DM e HA cadastradas na ESF de um município de Minas Gerais, evidenciou que o tratamento dessas morbidades era basicamente medicamentoso e que, além disso, as pessoas apresentaram alta prevalência do sedentarismo e elevado consumo diário de açúcar, sal e óleo. Diante desses resultados, os autores recomendaram a importância de intervenções multiprofissionais, por meio da ESF, para promover nas pessoas a adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, capazes de prevenir as complicações dessas doenças e proporcionar melhor qualidade de vida (COTTA et al., 2009). Faria et al. (2014) também analisou a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em pessoas com DM em 17 unidades da ESF em um município de Minas Gerais; a adesão ao tratamento medicamentoso foi significativamente alta quando comparado com outros tipos de tratamentos.

Entretanto, Mottin (2012) avaliou o Programa proposto pelo Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM na visão dos usuários, em duas UBS de Curitiba/PR. Os participantes da pesquisa referiram receber orientação, acompanhamento, mas o aspecto que mais os motivava a participar dessa assistência era o recebimento dos medicamentos gratuitamente, por ocasionar redução de custos a eles.

O tratamento medicamentoso ainda impera como forma de assistência e tratamento às pessoas com DM na APS. No entanto, apesar de essa assistência ser positiva, alguns aspectos precisam ser trabalhados com cautela pelos profissionais da ESF no que compreende à capacitação/orientação das pessoas para esse tratamento, perante os riscos que essa terapêutica também oferece. Outro aspecto a ser considerado é que o tratamento às pessoas com DM vai muito além do medicamentoso. Sendo necessárias outras medidas para o controle da doença, que devem ser oferecidas por uma equipe multiprofissional com habilidade para o atendimento individual e em grupo, o que também está previsto nas políticas públicas específicas para essa população (BRASIL, 2013a; 2007; 2006a; 2001b).

O estudo de Assunção e Ursine (2008) investigou a associação entre fatores educacionais, demográficos, socioeconômicos, de saúde, percepção da doença, suporte social e adesão ao tratamento não farmacológico em pessoas com DM assistidas pela ESF de um Centro de Saúde em Belo Horizonte/MG, e revelou que, quando as pessoas recebem uma assistência satisfatória pelo acompanhamento da ESF, é

possível a adesão a tratamentos não farmacológicos com mais facilidade. Nessa pesquisa foi constatado que houve grande adesão ao tratamento não farmacológico nas pessoas com DM desse local, e os principais fatores que apresentaram associação com essa adesão foram: motivação com o tratamento, fazer parte de grupo específico para DM, o qual era conduzido por uma equipe multiprofissional, e conhecimento sobre as complicações da doença.

Estudos que concernem sobre a importância da equipe multiprofissional e do trabalho realizado em grupo para a assistência às pessoas com DM na APS relatam bons resultados no controle do DM. Batista et al. (2005) avaliaram o resultado da intervenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, o perfil lipídico e o estado nutricional de pessoas com DM atendidas na APS, em um município de Minas Gerais. Para os autores, a assistência multiprofissional contribuiu de forma positiva para a redução de peso, melhora do controle glicêmico e lipídico e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

De acordo com o preconizado pela política da ESF, o atendimento em grupo é uma das atribuições das EqSFs compreendido como uma estratégia metodológica de trabalho alternativo para as práticas assistenciais (BRASIL, 1997). No grupo, as pessoas são capazes de se reconhecerem em sua singularidade, ao mesmo tempo em que exercem uma ação interativa com objetivos compartilhados (OSÓRIO, 2003).

Dias, Silveira, Witt (2009), ao estabelecerem um protocolo para dar suporte às equipes multiprofissionais que integram a ESF para o trabalho de grupos na APS, asseguram que as reuniões coletivas permitem auxiliar a promoção da compreensão das situações enfrentadas pelo indivíduo. Nesse sentido, vários estudos brasileiros realizados com integrantes de grupos específicos para o DM buscaram trabalhar com as pessoas cadastradas no Sistema HIPERDIA (ALVES, CALIXTO, 2012; SILVA, FARAH, RICARTE, 2012; CARVALHO et al., 2012; PAULA et al., 2011; COSTA, BARBOSA, BRITO, 2008; CHAZAN, PEREZ, 2008), pela capacidade dessa forma de atendimento de subsidiar ações de prevenção e manejo adequado do DM na APS (FERREIRA, FERREIRA, 2009).

O estudo de Carvalho Filha, Nogueira e Medina (2014) teve como objetivo avaliar o Plano de Reorientação da Atenção à HA e ao DM, implementado nas UBS do Município de Caxias/MA, na perspectiva de profissionais de saúde e usuários. Para os autores, os

profissionais mostraram contradições aos aspectos positivos e negativos do Plano, ao se referirem aos medicamentos e exames, elogiaram o acesso gratuito, mas mencionaram falta constante e dificuldades de acesso. Entre os usuários, 64,1% avaliaram a assistência recebida como boa. O estudo afirma que o Plano precisa de melhorias, inclusive naquilo que se refere à ampliação do acervo e da quantidade de medicamentos e intensificação do rastreamento e acompanhamento.

Um levantamento de base populacional realizado com pessoas com DM inscritas em um programa de seguro saúde, obrigatório em Taiwan, analisou os efeitos do programa no que se refere aos cuidados de saúde e custos relacionados ao tratamento em longo prazo. Os autores observaram que essas pessoas foram submetidas a um número significativamente maior de exames laboratoriais, consulta médica e menos hospitalizações relacionadas ao DM, afirmando que o programa é eficiente para promover melhoria nos cuidados de saúde das pessoas com DM e consequentemente proporcionar redução nos custos relacionados à doença no longo prazo (CHENG, LEE, CHEN, 2012).

Um estudo realizado na Grécia também constatou que pessoas com DM que participaram de um plano educacional em grupo tiveram um melhor controle metabólico, quando comparadas com pessoas que passaram por um processo de educação no âmbito individual (MERAKOU et al., 2015). Outro estudo realizado na Alemanha também constatou que as pessoas com DM acompanhadas em grupos específicos têm melhor controle da doença e melhor adesão aos diversos tipos de tratamento. Os autores identificaram, ainda, que as pessoas que participaram de grupo foram submetidas a exames oftálmicos e nos pés; receberam aconselhamento sobre dieta e atividade física; tiveram acesso a medicamentos; e melhoraram o controle da pressão arterial. Receberam assistência mais completa quando comparadas com pessoas com DM que não participaram de grupos específicos para a patologia (STARK et al., 2011).

Resultados semelhantes também foram observados no estudo de Alves e Calixto (2012), que trabalharam com os aspectos determinantes da adesão ao tratamento em pessoas com DM e HA cadastradas e acompanhadas no HIPERDIA de um município do interior paulista. Os autores constataram que esta forma de assistência permite melhor resultado à adesão ao tratamento correto nesse público, o qual se encontra estimulado pelo vínculo estabelecido entre profissionais, pacientes, família e comunidade.

Esses estudos evidenciam que, quando a assistência às pessoas com DM na APS é realizada com propriedade e considera os aspectos previstos nas políticas públicas específicas para essa condição, ela oferece grandes possibilidades para o controle da doença, o que repercute diretamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM. Mash et al. (2012) trabalharam com a eficácia de um programa de educação em diabetes na África do Sul; os autores asseveram que um programa de educação eficaz deve provocar impacto sobre o autocuidado, mudanças no estilo de vida, adesão à medicação, melhor controle metabólico, menos complicações e melhor qualidade de vida nos participantes.

Samoutis et al. (2010) investigaram, em Chipre, a qualidade de vida em pessoas com DM e HA que receberam assistência primária. O estudo foi controlado, não randomizado, com dois grupos, um de intervenção e outro controle. Os autores identificaram que a pressão arterial, colesterol total, lipoproteínas de baixa intensidade, exame de fundo de olho e do pé, além da satisfação das pessoas, melhoraram após 18 meses de acompanhamento nos participantes do grupo intervenção, quando comparados com o grupo controle, afirmando que uma boa assistência primária melhora a qualidade de vida das pessoas com DM.

Eriksson et al. (2010) também corroboram que as intervenções realizadas nos serviços de saúde primários contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente, as que apresentam riscos elevados para DM e HA. Por oferecerem um custo-benefício altamente superior, quando comparadas a outros tratamentos.

Ferreira e Santos (2009) avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas com DM atendidas por uma EqSF em Uberaba/MG. Participaram do estudo 68 indivíduos. Dentre os principais resultados, consta que 79,4% dos participantes apresentaram outro problema de saúde e 55,9%, hiperglicemia. Os autores evidenciaram que o DM repercute em um impacto negativo na QVRS das pessoas acometidas, apontando a necessidade de uma assistência primária de qualidade e que seja capaz de mudar esse perfil.

No entendimento de que a assistência às pessoas com DM também deve incluir a assistência à sua família, alguns estudos abordam essa temática e revelam resultados satisfatórios. Zanetti et al. (2008) objetivaram compreender as repercussões na família da assistência oferecida após implementação de um programa educativo para o DM; foi realizado com seis familiares de um centro universitário de Ribeirão Preto/SP. De acordo com a análise dos dados, os autores identificaram

três temas: familiares reconhecem que o Centro constitui em um diferencial para adesão ao plano alimentar, atividade física e medicamentos; é reconhecido como espaço educativo para convívio e controle do DM; e o paciente é um multiplicador na família do conhecimento sobre a doença. Os resultados evidenciam que o programa educativo repercutiu favoravelmente na família, pois ampliou o conhecimento de todos os integrantes sobre o tratamento.

Outro estudo que teve como foco os familiares de pessoas com DM é o de Pace, Nunes e Ochoa-Vigo (2003), que analisou a problemática das pessoas com DM na visão dos familiares. Os resultados mostraram que os familiares conheciam parcialmente as causas do DM. A maioria dos informantes considerou a dieta adequada como prioridade ao tratamento e referiu conhecimento sobre a necessidade de outros cuidados, como, por exemplo, os relacionados com os pés. Assim, os autores recomendam a necessidade de educação aos familiares, uma vez que são eles que proporcionam suporte no controle da doença e na prevenção de complicações das pessoas com DM.

Estudos que trabalharam com as famílias de crianças e adolescentes com DM reforçaram, ainda mais, a importância dos profissionais de saúde capacitar e envolver a família no cuidado ao membro familiar com DM. Para alcançar bom controle metabólico, evitar o aparecimento de complicações crônicas e para uma boa convivência entre todos os membros da família (GARCÍA, AGUILAR, 2010; ALENCAR, ALENCAR, 2009; PILGER, ABREU, 2007).

Estudo que também trabalhou a questão do apoio familiar identificou que este foi percebido pelas pessoas com DM, como a primeira fonte de apoio para o enfrentamento e controle da doença. A segunda fonte de apoio foram os profissionais de saúde, demarcando desse modo as responsabilidades deles com essa população (BOAS et al., 2009).

No entanto, outro estudo envolvendo família teve como objetivo identificar as representações sociais de pessoas com DM acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. Dentre os principais resultados, destacou que a família nem sempre apoia a pessoa com DM em suas necessidades; a própria pessoa com DM toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família e reconhece que apoio familiar é um fator relevante para o tratamento do DM (SANTOS et al., 2011b). Fato que os profissionais de saúde da APS também devem

considerar ao desenvolver a assistência às pessoas com DM e às suas respectivas famílias.

Como o DM compõe o rol das doenças caracterizadas como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) (BRASIL, 2008b), alguns estudos avaliaram a qualidade da APS mediante internações evitáveis no Brasil. E, apontaram que nos últimos anos ocorreu melhora, com a diminuição de internações por essas causas, assegurando que esses dados são fruto do investimento dispensado à APS por meio da ESF e da qualidade do trabalho que vem sendo desenvolvido nesse nível da assistência (CECCON, MENEGHEL, VIECILI, 2014; MAFRA, 2010; NEDEL et al., 2008; DIAS-DA-COSTA et al., 2008).

Diante dos estudos apresentados neste tópico e considerando a responsabilidade da ESF/APS na assistência às pessoas com DM, bem como aquelas relacionadas aos profissionais que nela atuam, observa-se que, quando os estudos pontuam fatores positivos da assistência, estes são relacionados com o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e em especial a política da ESF. Entretanto, grande parte dos resultados apontou falhas na assistência. Porém, a maioria dos estudos aqui apresentados não deu voz a todos os atores sociais envolvidos diretamente nesse processo, principalmente, aos profissionais de saúde.

Em síntese, os estudos revelaram a existência de uma lacuna em pesquisas realizadas com profissionais de saúde, especificamente, com os que atuam na ESF/APS na temática do DM. Isso reforça a importância deste estudo, pois se considera os profissionais de saúde atores fundamentais para a interpretação e avaliação das fragilidades e potencialidades da assistência que vêm sendo oferecidas às pessoas com DM na ESF/APS.

## 2.3 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste tópico, primeiramente, apresentam-se aspectos conceituais sobre modelos de atenção à saúde; os principais apontamentos da literatura sobre as necessidades evidenciadas de mudanças nos modelos de atenção; os modelos que contemplam as necessidades das condições crônicas e o que foi elaborado para a realidade brasileira e alguns estudos brasileiros mais recentes que trabalham na perspectiva dos modelos de atenção à saúde, voltados para as condições crônicas na ESF e na APS.

A assistência à saúde das populações acompanhou os modelos de atenção à saúde e os conceitos de saúde como fruto das influências do

contexto histórico, cultural, social, político e econômico das sociedades (SCLAR, 2007). Na literatura são encontradas diversas definições sobre o termo “modelo assistencial”. Fertoni (2010), em revisão de literatura sobre o tema, refere que não há uniformidade entre os autores no emprego desse termo, podendo ser encontrados: modelo assistencial, modelo de atenção, prestação da atenção, modos de intervenção, modos de produzir saúde, modelos de cuidado, modalidade assistencial, modelo tecno-assistencial e modelo tecnológico.

Entretanto, os modelos de atenção à saúde podem ser apreendidos como racionalidade, ou seja, como uma lógica que orienta as ações de saúde dos trabalhadores que compõem o contexto da saúde. É que é capaz de combinar recursos físicos e humanos, técnicas e tecnologias para solucionar os problemas e atender às necessidades de saúde das pessoas nos âmbitos individual e coletivo (SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007).

Destaca-se que a atenção em saúde nasceu centrada no modelo biomédico, o qual teve embasamento da teoria mecanicista influenciada por pensadores como Galileu, Descartes e Newton e seguiu o modelo da ciência positivista do século XIX (ANANDALLE, 1998). Este modelo é centrado no indivíduo doente e abrange o conceito de saúde que considerava apenas a ausência de doença. Tem como principais características o biologicismo com foco no agente etiológico, a unicausalidade com valorização da relação causa-efeito, a fragmentação, o mecanicismo, o tecnicismo, a especialização, o curativismo (CUTOLO, 2006).

A concepção de saúde que orienta o modelo biomédico tem como característica explicar os fenômenos da vida com uma visão reducionista (FERTONANI, 2010). Com relação ao modelo biomédico, Silva Júnior e Alves (2007, p. 30) asseveram que

[...] do ponto de vista tecnológico, ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens fantásticas, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos. Entretanto, a biomedicina tornou-se o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil e em muitos países do mundo.

Com as críticas e as insuficiências do modelo biomédico, no Brasil, na década de 70, surge o Movimento da Reforma Sanitária, convergindo com o momento histórico e social do conceito ampliado de saúde, que, entre outros, destaca-se que é demarcado pelo princípio da integralidade; a concepção de saúde/doença se estende ao biologicista, incluindo princípios higienistas, preventivistas e sociais; as ações em saúde vislumbram recuperação, reabilitação, proteção e promoção; a população passa a ser compreendida como sujeitos participantes do seu processo saúde/doença; e as práticas clínicas passam a ser realizadas por uma equipe interdisciplinar (CUTOLO, 2006).

As discussões nacionais e internacional que marcaram essa época levaram a um debate sobre modelos de assistência. Dentre outros princípios, enfatizaram a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente, sendo a mais difundida a atenção primária à saúde ou medicina comunitária (SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007).

Dentro desse contexto político, social e com vistas a uma mudança no modelo hegemônico, o MS implanta na década de 90 a ESF, com a intenção de modificar o cenário da saúde brasileira. Esse modelo abrange e reforça os princípios do SUS e passa a integrar a pessoa no seu contexto familiar, social/comunitário; provocando mudanças na forma de assistir e cuidar das pessoas, por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que incorpore, dentre outras, políticas de promoção da saúde, prevenção, humanização e educação em saúde (BRASIL, 2001a;1997; ROSA, LABATE, 2005; SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007).

O modelo da ESF também teve influências de outros países que passaram a adotar a família no contexto assistencial, como o Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, os quais foram referências para a formulação do programa brasileiro (VIANNA, DAL POZ, 1998). Esse modelo exige uma visão ampliada do conceito de saúde ao abranger concepções de vigilância, integralidade, planejamento local, gestão colegiada e reorientação do trabalho na lógica programática, com ênfase nos grupos populacionais em situações de risco (BAPTISTA, MARCON, SOUZA, 2008).

Com as mudanças no quadro histórico, caracterizado pelo cenário sanitário mundial no século XX, em que o Brasil também vivenciou essas alterações, e em que o modo de vida dos brasileiros tornou-se predominantemente urbano, refletindo em alterações nos padrões de vida (BRASIL, 2006a); o país passou pelo processo de envelhecimento

populacional; e ocorreram mudanças no perfil das doenças que acometem a população, em que as doenças infectoparasitárias foram reduzidas drasticamente e substituídas por doenças crônicas (BRASIL, 2011a). As somas de todas essas mudanças provocaram dificuldades, em maior ou menor grau, em todos os países do mundo, gerando a crise dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Com o forte predomínio das doenças crônicas, os sistemas de saúde, preparados para atender doenças agudas e apenas as agudizações das doenças crônicas, não dão conta de atingir eficiência, efetividade e qualidade, pois possuem uma organização fragmentada, incapaz de atingir todas as especificidades e pluralidades que envolvem as doenças crônicas (MENDES, 2012; 2010b). Para Mendes (2010b, p. 2299), “essa crise decorre da incongruência entre uma situação de saúde do século XXI, convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX. Isso não deu certo nos países desenvolvidos e isso não está dando certo no Brasil, nem no setor público, nem no setor privado”.

Assim, o final do século XX e início do século XXI é marcado por uma forte discussão teórica, em âmbito nacional e internacional, sobre modelos de saúde que consigam suprir as necessidades das condições crônicas. Trazem como principais características: ênfase na atenção primária como instância reguladora e de entrada ao sistema de saúde; mudança no papel dos profissionais de saúde, no que compreende educar, capacitar e fazer parcerias entre si e com os usuários dos serviços de saúde, para assumirem o autocuidado e desenvolverem mudanças de comportamentos; enfoque no empoderamento, na autonomia e na participação das pessoas nos processos decisórios clínicos; reconhece que as intervenções devem ser centradas no cuidado multiprofissional com ações clínicas compartilhadas entre profissionais e usuários; demanda necessidades de práticas de saúde continuadas e planejadas de forma prospectiva e proativa (MENDES, 2012; 2011; GOULART, 2011).

Frente às múltiplas necessidades das condições crônicas, a OMS, elaborou, em 2003 (p. 8, 9, 10), oito elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde frente à realidade das condições crônicas, os quais compreendem:

- 1- Apoiar mudança de paradigma da organização do sistema de saúde, o qual deve passar de modelo preparado para o atendimento de condições agudas para um modelo que reconheça a necessidade do tratamento eficaz das condições crônicas.

2- Gerenciar o ambiente político, considerando o contexto no qual as políticas públicas estão inseridas; além dos responsáveis pelas decisões políticas, líderes da área de saúde, pacientes, famílias, membros da comunidade e as organizações que os representam.

3- Desenvolver um sistema de saúde integrado, garantindo que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários e os prestadores, e através do tempo. Os resultados dos serviços integrados são saúde melhorada, com menos desperdício, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para os pacientes.

4- Alinhar políticas setoriais para a saúde, em que as políticas de todos os setores precisam ser analisadas e alinhadas para maximizar os resultados da saúde.

5- Aproveitar melhor os recursos humanos do setor da saúde por meio de habilidades avançadas de comunicação, de técnicas de mudança de comportamento, de educação do paciente e de habilidades de aconselhamento.

6- Centralizar o tratamento no paciente e na família, uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário.

7- Apoiar os pacientes em suas comunidades, pois eles precisam de auxílio e apoio de outras instituições que possam preencher possíveis lacunas nos serviços de saúde que não são fornecidos por um sistema de saúde organizado.

8- Enfatizar a prevenção, pois a maioria das condições crônicas é evitável e muitas das suas complicações podem ser prevenidas, o que inclui a detecção precoce, práticas de atividade física, redução do tabagismo e redução do consumo excessivo de alimentos não saudáveis.

Paralelamente às propostas de novos modelos de atenção à saúde, que sejam capazes de abranger as necessidades das condições crônicas, com base em outras realidades e autores, o MS propõe um sistema de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Considerado como base estruturante para vários modelos de atenção à saúde, que se constituem em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013b; 2010b). As diferenças entre os sistemas fragmentados e as RAS são expressas no Quadro 3.

**Quadro 3** – Diferenças entre os sistemas fragmentados e as Redes de Atenção à Saúde

<b>SISTEMAS FRAGMENTADOS</b>	<b>REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>
Organizado por componentes isolados	Organizado por um contínuo de atenção
Organizado por níveis hierárquicos	Organizado por uma rede poliárquica
Orientado para a atenção a condições agudas	Orientado para a atenção a condições crônicas e agudas
Voltado para indivíduos	Voltado para uma população
O sujeito é o paciente	O sujeito é agente de saúde
Reativo	Proativo
Ênfase em ações curativas	Atenção integral
Cuidado profissional	Cuidado multiprofissional
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Financiamento por procedimento	Financiamento por capitação ou por ciclo de atendimento de uma condição de saúde

**Fonte:** MENDES (2011).

Diante das insuficiências do modelo de saúde fragmentado, Mendes (2010, p. 2298), refere que

[...] para organizar os sistemas de atenção à saúde, o mais conveniente é separar as condições agudas, em geral de curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas, das condições crônicas, que tem curso mais ou menos longo e que exigem um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada.

Assim, os elementos necessários e essenciais para o modelo de atenção às condições crônicas, envolvem: diretrizes clínicas baseadas em evidências; sistema de identificação dos usuários; estratificação da população em subpopulações; registro das pessoas e suas condições de saúde por riscos; uso de prontuários eletrônicos; sistema de alertas e *feedbacks*; sistema de acesso regulado; continuidade do cuidado; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; ferramentas da gestão da clínica; coordenação da rede pela APS; suporte especializado à APS;

educação permanente dos profissionais; educação em saúde dos usuários; equipes multidisciplinares; profissional de saúde comunitária; articulação com organizações comunitárias (BRASIL, 2013b; MENDES, 2012; 2011).

Com todos esses argumentos e tendo como base as características das condições crônicas em saúde, Mendes (2012) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) com influências de outros modelos, mas elaborado para a realidade e o contexto da saúde brasileira. Esse modelo se empenha em compreender as necessidades expressas nas singularidades e nas multiplicidades do processo saúde/doença, contemplando as especificidades das doenças crônicas e das condições de vida adquiridas por causa delas, os contextos relacionados e inter-relacionados nesse processo, assim como a pessoa, sua família, suas redes sociais, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão, as políticas. Seguindo a lógica dos princípios do SUS, com uma forte concepção da integralidade e dos conceitos e objetivos do modelo da ESF (MENDES, 2012).

O MACC teve como base outros três modelos de atenção em saúde: o Modelo de Atenção Crônica traduzido de *Chronic Care Model* (CCM), o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) e o Modelo de Determinação Social da Saúde.

O CCM se constitui no primeiro modelo elaborado para as condições crônicas, os demais o têm como base. Foi desenvolvido nos Estados Unidos pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*. Os autores, tendo como pano de fundo a falência do sistema fragmentado, o constituíram como uma solução complexa e sistêmica para um problema difícil como as condições crônicas (WAGNER, 1998).

No CCM, as mudanças devem ocorrer no sistema de atenção à saúde e na comunidade. As que se referem ao sistema de atenção à saúde compreendem: organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões, sistema de informação clínica, e autocuidado apoiado. Na comunidade, a proposta de mudanças está atrelada ao envolvimento e articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Com isso, pretende desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas<sup>3</sup>; e equipe de saúde preparada e

---

<sup>3</sup> Pessoas usuárias ativas e informadas: significa que elas dispõem de motivação, informação, habilidades e confiança para tomar decisões sobre sua saúde e gerenciar sua condição crônica (MENDES, 2012).

proativa<sup>4</sup>, sendo que a articulação entre pessoas usuárias e equipe visa promover melhores resultados clínicos e funcionais (WAGNER, 1998; MENDES, 2012).

O MPR igualmente conhecido como modelo da Kaiser Permanente, também foi desenvolvido nos Estados Unidos, adaptado e implantado em diversos países. Esse modelo trabalha com estratificação de risco da população em condições crônicas, dividindo os grupos populacionais com condição leve, que tem capacidade de autocuidado e/ou consistente rede social de apoio; condição moderada; e condição severa e instável e com baixa capacidade para exercer o autocuidado (PORTER, KELLOGG, 2008; MENDES, 2012).

O MPR visa promover a saúde de toda a população; estruturando e fortalecendo as ações de autocuidado para a população considerada com risco leve, ou seja, com condições de saúde consideradas mais simples; oferece a gestão da condição de saúde para as pessoas estratificadas com condições complexas; e oferece a gestão de caso para as pessoas estratificadas em condições altamente complexas. O autocuidado é a base, mas, na medida em que a complexidade aumenta, aumenta-se também a atenção/cuidado profissional especializado (PORTER, KELLOGG, 2008; MENDES, 2012).

O Modelo da Determinação Social da Saúde, que também embasou o MACC, considera que as condições sociais influenciam os resultados de saúde das pessoas; existem diversos modelos seguindo essa mesma concepção na literatura; entretanto, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead para ser utilizado no Brasil (DAHLGREN, WHITEHEAD, 2007; MENDES, 2012). Esse modelo considera, em um primeiro momento, os fatores biológicos (idade, sexo) e herança genética das pessoas; mas visualizam que estes interagem com o estilo de vida que as pessoas adotam; que, por sua vez, se comunicam com as redes sociais e com as condições de vida e de trabalho; e todos esses fatores relacionam-se com um ambiente mais amplo, que inclui as condições socioeconômicas, culturais e ambientais em que vivem os indivíduos (DAHLGREN, WHITEHEAD, 2007).

---

<sup>4</sup> Equipe de saúde proativa e preparada: atua proativamente na interação com as pessoas usuárias, com base em informações significativas, com suporte e recursos necessários para prover atenção de qualidade (MENDES, 2012).

O MACC agrega todos esses três modelos, e ainda contempla as especificidades do SUS. Segundo o autor, esse modelo pode ser aplicado em diferentes espaços sociais. Para a APS, aponta a necessidade da estratificação de risco e descreve cinco níveis de intervenção: promoção da saúde, prevenção das condições crônicas de saúde, gestão das condições de saúde menos complexas, gestão das condições de saúde mais complexas, e gestão das condições de saúde muito complexas. Nos dois primeiros níveis a equipe de saúde trabalha preventivamente para que condições crônicas não se estabeleçam na população, e nos demais níveis, em que condições crônicas já encontram-se instaladas, a equipe atua de maneira planejada, considerando as necessidades das pessoas usuárias e de acordo com o risco estratificado. Como o alicerce da gestão da saúde tem como base a população, a ESF precisa conhecê-la e dividi-la em subpopulações por diferentes riscos (MENDES, 2012).

Para Mendes (2012), o serviço que não estratifica risco da população pode oferecer mais consulta, uma sobre oferta, para pessoas com menos risco; ou oferecer menos, uma suboferta, para pessoas com mais risco. Ambas situações são desnecessárias e fazem com que o serviço se torne inefetivo e ineficiente.

Para os âmbitos de operação do MACC, o autor também emprega a proposta da OMS apontada nos Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas (CICC) que utiliza três âmbitos: micro, meso e macro (OMS, 2003; MENDES, 2012).

O âmbito micro tem como foco pessoas usuárias e suas famílias, equipe de saúde e comunidade; objetivando que esses três grupos estejam, além de em constante interação, preparados, informados e motivados. O âmbito meso prevê uma série de mudanças das organizações de saúde, principalmente, o foco, as quais devem, além de atender as condições agudas, preparar-se para o atendimento das condições crônicas; integrando e utilizando os recursos da comunidade. O âmbito macro enfoca a elaboração de políticas que considerem as singularidades e multiplicidades das condições crônicas e que desenvolvam RAS (MENDES, 2012). Para Mendes (2012, p. 175) “uma política eficaz de implantação do MACC envolverá um plano estratégico que articule intervenções nesses três âmbitos, de forma coordenada”.

Dada a sua recente elaboração, foram encontrados poucos estudos que utilizaram o MACC como referência. O Município de Curitiba, no Estado do Paraná, implantou o MACC em uma UBS como estudo-

piloto. De acordo com os resultados divulgados, os autores consideraram essa uma experiência positiva, em que há evidências que ocorreram, entre outros, uma melhor integração da equipe de saúde com as pessoas usuárias do serviço, avanço do cuidado compartilhado e autocuidado apoiado, aproximação do médico generalista com o especialista; favorecimento do enfrentamento das relações de poder entre profissionais e desses com a população; empoderamento dos profissionais e dos usuários; além de maior satisfação das equipes de saúde e pessoas usuárias (SCHAWAB et al., 2014; MOYSÉS, SILVEIRA FILHO, MOYSÉS, 2012).

Em outro estudo, realizado no Estado do Ceará, os autores avaliaram a adesão à terapia antirretroviral utilizando o MACC como referência, e identificaram lacunas no serviço, apontando para a necessidade de mais intervenção profissional, principalmente as que envolvem educação em saúde com ações que preparam as pessoas para assumirem o autocuidado. Os autores afirmaram que ações baseadas no MACC podem favorecer uma assistência totalitária aos pacientes com HIV/AIDS (FIUZA et al., 2013).

Dentre os estudos que direta ou indiretamente apontam para os modelos de atenção à saúde, observam-se uma maior concentração ao modelo da ESF, avaliando a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas que são atendidas pela APS (AZEVEDO et al., 2013); o desempenho do sistema de saúde nos quesitos acesso (ASSIS, JESUS, 2012), efetividade, eficiência (VIACAVA et al., 2012), equidade e justiça social (SENNA, 2002); acolhimento e vínculo (STORINO, SOUZA, SILVA, 2013); integralidade, atenção no primeiro contato, longitudinalidade e coordenação (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013); trabalho em saúde (FILGUEIRAS, SANTOS, SOUZA, 2012); modos de produção do cuidado (HÜBNER, FRANCO, 2007); integração à rede assistencial e atuação intersetorial (GIOVANELLA et al., 2009); e modelo de práticas de educação em saúde que converge com os princípios de integralidade da atenção (ALVES, 2005).

Estudo que buscou conhecer a percepção dos usuários com doenças crônicas, entre elas DM e HA, que utilizavam o modelo da ESF, identificou que em relação à assistência prestada pelo serviço manifestaram satisfação com o bom atendimento prestado e a proximidade da localização do serviço; a insatisfação esteve relacionada com a demora na assistência, ausência de alguns profissionais e insuficiências no relacionamento com profissionais que repercutem diretamente no vínculo das pessoas com o serviço. Os autores inferiram

a necessidade de se repensar o modelo de atenção da ESF, principalmente nas questões que convergem para as tecnologias leves (SANTOS et al., 2014).

Outro estudo, que avaliou o cuidado oferecido pela ESF ao idoso, na visão desses atores sociais, eles avaliaram como negativas a capacidade resolutive e a efetividade dos atos de cuidado na ESF. Os autores mencionam que esse modelo não é efetivo e os desejos de mudanças que embasam a sua ideologia não ocorrem na prática, pois o modelo repete a centralidade do modelo médico-medicamento-procedimento, ou seja, biomédico; e que, ao focar na doença, deixa de cuidar das pessoas e compreende a velhice como doença e os agravos como coisas da idade (SANTOS, GIACOMIN, FIRMO, 2013).

Dadas as especificidades à saúde do idoso e embasados na não eficiência do modelo de atenção atual em suprir todas as necessidades dessa população, vários estudos propõem novos modelos de atenção que sejam capazes de abranger e oferecer respostas positivas para esse segmento etário. Com base na literatura e experiências internacionais, Veras (2012) afirma a necessidade de o Brasil mudar seu modelo de atenção a essa população e à que tem doenças crônicas, pois são as que mais sofrem os danos de sua própria fragilidade e as que mais demandam serviços de saúde.

O mesmo autor, em outros estudos e com base na Universidade da Terceira Idade (UNATI) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, apresenta o projeto da instituição que desenvolve o modelo de linha de cuidados integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso. Esse modelo leva em consideração o aprofundamento de práticas preventivas e de detecção precoce de qualquer agravo de saúde; o cuidado é oferecido em níveis hierárquicos, que variam conforme o grau das necessidades do idoso. O investimento é em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de doenças e agravos, acesso ao cuidado o mais precocemente possível e reabilitação; o início do processo se dá pela captação, e segue com acolhimento e monitoramento, que se encerram apenas no fim da vida do idoso, com cuidados paliativos. O autor afirma que o modelo gera benefícios a todos os envolvidos, uma vez que o idoso terá mais anos de vida com qualidade; a família o terá de forma ativa e participativa; e o sistema de saúde terá menos gastos com (re)internações de alto custo (VERAS et al., 2013; VERAS, 2011).

Berlezi et al. (2011) também propõem e descrevem um modelo de assistência ao idoso, denominado de Programa de Atenção ao Idoso

(PAI), que se constitui em um projeto de extensão universitária implantado em um município da Região Sul do país. Tem como objetivo oferecer assistência a idosos de baixa renda que encontram-se em situações de fragilidade e com risco de internação e reinternação hospitalar, utilizando e visando melhorar, entre outros, os recursos da assistência oferecida pela APS.

Outra área da saúde para a qual encontra-se estudo sobre modelo assistencial é a de saúde mental, que também possui suas especificidades e integra uma série de mudanças de políticas públicas e de atenção assistencial nessas últimas décadas, advindas da reforma psiquiátrica brasileira. Os estudos têm como foco a eficácia (AMARAL, 1997); a crítica dos modelos tradicionais para assistir o doente mental (QINDERÉ, JORGE, 2010; BORGES, BAPTISTA, 2008), apontando novos direcionamentos de modelo assistencial para esse público; e a família frente às mudanças do modelo de atenção à saúde mental (CAVALHERI, 2010; RIBEIRO, MARTINS, OLIVEIRA, 2009).

Assim, mesmo com a mudança do modelo tradicional e de paradigma frente ao modelo biomédico já ocorrer há várias décadas, vários estudos evidenciam que o modelo curativista, centrado na doença, ainda é uma realidade dentro dos serviços de saúde. Inclusive, naqueles que implantaram o modelo da ESF (TRINDADE, PIRES, 2013; SANTOS, GIACOMIN, FIRMO, 2013; SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013; FERTONANI, 2010; COSTA et al., 2009; SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007).

Entretanto, estudando o modelo de atenção à saúde na ótica das RAS, Rodrigues et al. (2014) realizou uma revisão integrativa acerca das evidências, potencialidades, desafios e perspectivas da APS na coordenação das RAS. Os autores apontam que as potencialidades dos serviços de APS se sobressaíram às fragilidades mencionadas. Com destaque para os avanços na integração da ESF à rede assistencial, o aumento da oferta desta modalidade de APS, a institucionalização de novas práticas voltadas para a integração assistencial como os programas de educação permanente, a implantação de protocolos clínico.

Também na perspectiva das RAS, Silva (2011), em análise sobre os desafios do SUS para promover uma melhor integração entre serviços e organizar redes. Aponta que, dentre os desafios encontram-se as insuficiências de recursos financeiros, o processo de formação e educação, com as dificuldades de disponibilizar profissionais para atuar no sistema público, e ainda, dificuldades relacionadas à descentralização

de ações de serviços de saúde no contexto do pacto federativo brasileiro. Para o autor, a organização das redes está diretamente dependente da gestão intergovernamental.

Paim et al. (2011), em estudo de debate sobre o SUS como um modelo assistencial, assegura que, apesar de suas limitações, esse sistema conseguiu melhorar significativamente o acesso das pessoas à APS e à emergência, e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e tecnológicos. Os autores também afirmam que os desafios enfrentados pelo SUS são políticos, não podendo ser resolvidos na esfera técnica, em que só poderão ser solucionados com esforços conjuntos das pessoas e da sociedade.

## 2.4 AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA

Estudos avaliativos realizados no sistema de saúde têm sido objeto de pesquisas de vários estudiosos do tema e envolvidos com o SUS. São muitos os segmentos avaliados envolvendo os serviços de saúde em suas diferentes instâncias (primária, secundária e terciária), políticas, programas e o trabalho dos profissionais de saúde. Neste tópico da revisão de literatura, a busca ocorreu por trabalhos que contemplassem em seus descritores: avaliação, avaliação em saúde, atenção primária à saúde e serviços de saúde. A prioridade foi por estudos avaliativos realizados no primeiro nível da assistência à saúde e alguns que discutissem questões teóricas pertinentes à temática, como a institucionalização da avaliação na APS.

Convém salientar que alguns estudos avaliativos foram apresentados no tópico anterior, porém, estão relacionados à temática do DM. Neste tópico, não nos importou a temática avaliativa, mas compreender como os estudos avaliativos estão sendo realizados na APS no Brasil.

Este foco de pesquisa se justifica porque a avaliação na APS em saúde ainda se constitui em um dos desafios mais importantes para o sistema de saúde brasileiro. A proposta do MS para o início deste século foi de institucionalizar a avaliação na APS, entendendo-a como ferramenta de negociação permanente e de formação das pessoas no cotidiano de suas práticas, para que a mesma se torne parte integrante do trabalho no SUS, objetivando também criar uma cultura avaliativa nesse nível da assistência (BRASIL, 2005).

Em estudo reflexivo, Felisberto (2004) assinala que a institucionalização da avaliação da APS no SUS pressupõe a

implementação de uma política de avaliação a políticas e a programas. O que também pode ser compreendido como uma intervenção para aumentar a capacidade de governo, visando melhoria do projeto político e da governabilidade do sistema de saúde (ALVES, 2008). Para Piccini et al. (2008), o estímulo a esse acontecimento ocorre pela pertinência da avaliação em integrar a gestão, caracterizada pela capacidade avaliativa estruturada, cooperação técnica, articulação interinstitucional, indução e realização de pesquisas e capacidade de produzir informações e comunicação.

Outro estudo reflexivo que avaliou a institucionalização da avaliação pontua que não basta institucionalizá-la, mas questionar a capacidade da mesma em produzir informações e julgamentos necessários que auxiliem as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Sendo que “realizar avaliações que sejam úteis e oportunas para tomadores de decisão é um dos critérios mais importantes de sucesso para qualquer processo avaliativo” (NATAL et al., 2008, p. 346). Para Hartz e Contandriopoulos (2008), o grau com que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias é tanto maior, quanto maior for a sua credibilidade, entendida como o valor científico potencialmente capaz de ser atribuído pelas instâncias de decisão.

Para a incorporação de uma cultura avaliativa e dos benefícios da mesma, leva-se tempo e desdobramento das pessoas envolvidas nesse processo. Camargo Jr et al. (2008) realizaram Estudo de Linha de Base (ELB) sobre avaliação da APS em alguns municípios dos Estados de Minas Gerais e Espírito Santo sobre o impacto do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)<sup>5</sup>, entrevistaram profissionais de saúde e gestores e referiram que as maiores dificuldades em relação à pesquisa estiveram relacionadas ao entendimento que esses atores sociais apresentaram em relação à temática avaliação, pois verbalizaram uma compreensão associada à ideia de que a mesma está atrelada à punição.

---

<sup>5</sup> Iniciativa do MS apoiada pelo Banco Mundial, voltada para a organização e o fortalecimento da APS no país, visa contribuir para a implantação e consolidação da ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes e elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2003c).

Situação semelhante também foi vivenciada em outro ELB, realizado pela Universidade Estadual de Maringá em 20 municípios da Região Sul (14 no Estado do Paraná e seis de Santa Catarina) que avaliaram as condições da APS na implantação do PROESF. Os pesquisadores referiram que, em uma das oficinas realizadas com profissionais de saúde da APS, tiveram que trabalhar primeiramente a temática avaliação no intuito de desconstruir os conceitos distorcidos e pré-concebidos por eles sobre os objetivos imbricados nas atividades avaliativas (SCOCHI et al., 2008).

Frente a esta realidade, em que os profissionais de saúde da APS ainda desconhecem os benefícios da prática avaliativa como integrante do processo de trabalho, bem como os benefícios que todos os envolvidos podem ter com a mesma. Cordeiro et al. (2008) asseguram que essas concepções existem porque a avaliação ainda não se constitui, na prática, instrumento de suporte ao trabalho desenvolvido; não é utilizada num contínuo como processo de aprimoramento dos profissionais; apresenta características burocráticas e penalizantes; ainda não se encontra incorporada ao processo de planejamento e gestão e não informa sobre a tomada de decisão.

Essas questões também foram expressas por Simão, Albuquerque e Erdmann (2007), que realizaram estudo documental para descrever a evolução da APS no Brasil no período de 1980 a 2006, utilizando as Portarias Ministeriais relacionadas à APS, Normas Técnicas, relatórios do Datasus, relatórios da ESF, relatórios de avaliação de cumprimento de metas dos indicadores pactuados para a APS (SISPACTO), Termos de Habitação Municipal, relatórios de gestão estadual, Plano Estadual de Saúde e Convênio do PROESF. Identificaram também que o processo de avaliação em saúde é incipiente, pouco incorporado às práticas dos serviços de saúde, prescritivo, burocrático e punitivo, não sendo utilizado para subsidiar o planejamento e a gestão.

Além da incipiência da cultura brasileira sobre a prática avaliativa, alguns resultados também revelaram a resistência dos profissionais de saúde em incorporar essa prática e desenvolvê-la em seu processo de trabalho. Resultados evidenciaram que os profissionais de saúde nem sequer utilizam os sistemas de informação a seu favor, pois desconhecem as informações contidas no Sistema de Informação da APS (SIAB), na qual a sua correta utilização é um importante instrumento de avaliação das atividades desenvolvidas (CORDEIRO et al., 2008; MEDINA et al., 2003). Pela correta alimentação do sistema, o planejamento das ações, o acompanhamento dos usuários, ou seja, a

assistência como um todo, acontecem de forma mais estruturada, com benefícios, principalmente, para todos os profissionais envolvidos na assistência e na gestão.

Em estudo de casos múltiplos, Miranda, Carvalho e Cavalcante (2012) investigaram como os dirigentes das Secretarias Municipais de Saúde de 577 cidades do país utilizaram o Monitoramento e Avaliação sistemática para a própria gestão governamental. Afirmaram que, em quase a metade, os participantes referiram que utilizaram as informações para subsidiar processos decisórios, planejamentos e outros enfoques de gestão, porém, essa proporção diminuiu em municípios de menor porte populacional.

Algumas avaliações com foco na política da APS, bem como sua organização e operacionalização, avaliaram indicadores específicos para esse nível, para compreender a assistência oferecida. Sala e Mendes (2011) avaliaram 14 indicadores pertinentes à APS no Estado de São Paulo, abrangendo os últimos dez anos. Fizeram parte do estudo 645 municípios, e constataram que alguns indicadores, nas suas dimensões de estrutura, desempenho do sistema e situação de saúde, apresentaram uma significativa melhora ao longo da última década, fato que se encontra atrelado à melhora da organização e operacionalização da APS no estado e do perfil de saúde da população. As séries históricas dos indicadores selecionados mostraram uma expansão da oferta da APS e um importante aumento na qualidade das ações.

Bastos (2009) também avaliou indicadores, mas foi por meio de estudo de casos múltiplos sobre o processo de pactuação de indicadores da APS em três Secretarias Estaduais de Saúde; apareceram diferentes graus de implementação dos componentes do pacto da APS nos três casos. O componente monitoramento e a avaliação foram considerados como não implementados em todos os casos. O processo de pactuação revelou-se mais dinâmico no aspecto da visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS, no desenvolvimento de práticas que fortalecem a municipalização do SUS e de processos de trabalho integrados entre os setores estratégicos, no entanto, ainda predominam características de pacto burocrático, pontual, fragmentado e sem efetivo monitoramento por parte dos gestores das três instâncias do SUS. Verificou-se também a subutilização do pacto como instrumento para melhoria no desempenho dos serviços da APS, com repercussão direta sobre a situação de saúde da população.

Vários estudos tiveram como foco avaliar a organização da APS na esfera municipal, talvez porque é nesse nível que o processo de

trabalho é operacionalizado. Nessas avaliações encontra-se expressa a realidade da APS brasileira.

Castanheira et al. (2009) avaliaram a organização dos serviços de APS no Estado de São Paulo. Participaram 113 UBS, das quais 57 eram organizadas de forma tradicional, 26, como Unidades de Saúde da Família e as demais organizadas de forma mista. No que concerne à estrutura, as instalações, em sua maioria, encontravam-se inadequadas, pois faltavam salas em número suficiente para as atividades rotineiras, o espaço físico não estava adequado à demanda e as condições de infraestrutura estavam precárias. Quanto aos recursos humanos essenciais, 32% do total das UBS permaneceram sem nenhum médico por algum período durante o ano anterior à pesquisa. Segundo os autores, os perfis organizacionais predominantes apontavam para a deficiência de estrutura e processo em relação às diretrizes do SUS.

Avaliando o vínculo longitudinal, compreendido como a relação terapêutica entre pacientes e profissionais de saúde que contribui para diagnósticos e tratamentos mais precisos, os quais refletem diretamente na diminuição dos custos da atenção e maior satisfação das pessoas atendidas, Cunha (2009) investigou o atendimento a tal atributo na experimentação de diferentes modelos assistenciais organizativos da APS no contexto do SUS. Fizeram parte da pesquisa os Municípios de Camaragibe/PE, que aderiu à ESF, e Belo Horizonte/MG, que, na ocasião da pesquisa, seguia os princípios orientadores do modelo “Em Defesa da Vida/Acolhimento”. Foram usadas diversas metodologias. Os resultados indicaram a existência de fatores que ainda dificultam o atendimento do vínculo longitudinal em ambos os modelos, tais como: busca de outras UBS para atendimento de rotina, rotatividade do profissional médico e problemas com a insuficiência dos registros em saúde.

Pinto (2011) analisou a gestão municipal da APS tomando como base as práticas avaliativas em saúde desenvolvidas nos Municípios de Camaquã e Canguçu/RS. Utilizou-se a abordagem qualitativa, do tipo estudo de casos múltiplos. Os resultados mostraram que os sistemas municipais de saúde são baseados na demanda espontânea, com predomínio de práticas avaliativas cotidianas desenvolvidas por atores de representatividade política comunitária e por profissionais das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O autor sugeriu a necessidade de atores incidirem seus interesses sobre as SMS, fato que desafia os gestores como mediadores na condução e no desenvolvimento do SUS na esfera municipal.

Souza (2011) avaliou a política e a configuração da APS no Município de Três Rios/RJ, por meio de um estudo de caso. As principais categorias de análise foram o contexto político institucional, a configuração e organização da APS, as condições de atendimento das Unidades de Saúde da Família e a articulação entre os serviços de saúde. A autora refere que no contexto político-institucional existem fragilidades históricas na gestão pública municipal na saúde. A APS está configurada principalmente pela ESF, mas apresenta também as policlínicas como importantes unidades de atendimento básico. As unidades de saúde da família apresentam infraestrutura inadequada e equipamentos em más condições de uso. A integração dos serviços de saúde do município apresenta dificuldades, principalmente relacionadas à escassez de mecanismos de coordenação e à limitada comunicação entre os profissionais dos serviços. Também foi identificado um modelo de atenção fortemente centrado no atendimento médico individual.

Alguns desses aspectos também foram constatados por Campos (2010), que avaliou a inserção, organização e impacto da ESF, na cidade de Campo Grande/MS. Para a autora, apesar de o município ter apresentado um aumento na cobertura da ESF e alcançar um impacto satisfatório, a APS apresenta fragilidades tanto na inserção como na organização dos serviços oferecidos.

Veras e Vlanna (2009) realizaram avaliação normativa de corte transversal, das características da organização da APS em 15 municípios do Estado da Paraíba. A análise considerou o desempenho desses municípios segundo os critérios adotados com base nas seguintes subdimensões da organização da APS: métodos e instrumentos de gestão; mecanismos de controle e avaliação da APS; qualificação de pessoal; e fortalecimento do controle social no município. Pelos critérios utilizados, apenas dois entre os municípios estudados obtiveram desempenho considerado satisfatório; foi observada uma forte tendência dos gestores municipais de saúde em utilizar os instrumentos de gestão de forma burocrática, somente para o cumprimento de algumas formalidades, sem a apreensão de seu real potencial de uso.

Pimenta et al. (2008) avaliaram a organização e o desempenho das UBS de Amparo/SP e utilizaram metodologia de avaliação rápida, através de questionários do *Primary Care Assesment Tool* (PCATool). Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde da APS, gestores e usuários. Os aspectos avaliados foram acesso, porta de entrada, vínculo, integralidade, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação pessoal. Os autores

identificaram que as UBS ofereceram as principais ações de APS; funcionaram como porta de entrada para o sistema; existia vinculação das equipes com os usuários com atenção integral. Porém, o enfoque da assistência estava centrado no indivíduo.

Compreendendo que para a atenção às doenças crônicas é necessária uma rede integrada de serviços, orientada pela APS, com serviços especializados e hospitalares na atenção às intercorrências, Maia (2012) avaliou a atenção às pessoas com HA no município de Pirai/RJ. A avaliação foi realizada utilizando-se dos registros hospitalares e das Unidades de Saúde da Família. Foi observado que não havia uniformidade nos registros e no arquivamento dos prontuários, além de uma série de lacunas e irregularidades nos registros realizados pelos profissionais de saúde.

Dados semelhantes foram expressos por Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008), que desenvolveram estudo sobre a qualidade dos registros dos prontuários de pacientes em quatro municípios no Estado do Rio de Janeiro. No que se refere à identificação dos usuários, encontrou-se baixa presença dos dados sociais e somente metade dos prontuários possuíam informações referentes à data de abertura. Os registros referentes ao atendimento em mulheres com HA e DM ficaram longe das proposições do MS. A análise revelou dúbia qualidade nos registros para a continuidade do cuidado oferecido, bem como dificuldades para a prática gerencial na APS e para implementação da ESF.

Parte do processo de trabalho encontra-se avaliado nos estudos que acenam para os resultados da assistência oferecida pelos profissionais de saúde da APS. Na avaliação realizada por Frota (2009), na qual enfatizou o processo de trabalho da ESF do Município de Fortaleza/CE, identificou-se que uma das questões que influenciaram negativamente a assistência foi a precária integração entre os profissionais das EqSFs e os das UBS.

Estudo que avaliou a qualidade da estrutura disponível para a consulta de enfermagem prestada à criança de até um ano de idade, em UBS que atuavam com base na ESF no Município de São Paulo, identificou que os elementos correspondentes à área física, a instalações, materiais, e à qualificação dos profissionais enfermeiros foram considerados satisfatórios (SAPAROLLI, ADAMI, 2010).

Outro estudo que avaliou a atenção à criança oferecida pela APS, no Município de Cuiabá/MT, também apontou resultados positivos com relação a essa assistência. A satisfação das mães estava relacionada com

as orientações recebidas sobre prevenção de acidentes, violência e problemas respiratórios, existência de um espaço para discutir preocupações sobre a criança durante a consulta, e ao recebimento gratuito de medicamentos (MODES, GAIVA, 2013).

Entretanto, outros estudos que também trabalharam na avaliação dessa temática identificaram fragilidades na atenção à saúde da criança na APS. Entre outros, identificaram: dificuldades dos serviços em integrarem a família e a comunidade no processo de cuidado; predominância da assistência curativa, centrada no indivíduo (ARAUJO et al., 2014); fragmentação da assistência; problemas com instalações físicas, qualidade do cuidado e na intersectorialidade (COSTA et al., 2011); e insuficiências nos atributos orientação comunitária, coordenação dos sistemas de informação, longitudinalidade e acesso (OLIVEIRA, VERISSIMO, 2015).

A influência da qualificação de profissionais de nível superior no desempenho das EqSFs foi objeto de estudo de Silva e Caldeira (2011), que utilizaram como eixos avaliativos os estabelecidos pela Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)<sup>6</sup>. O estudo foi realizado no Município de Montes Claros/MG, e participaram 43 EqSFs representadas por 129 profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas). Os autores verificaram que as equipes qualificadas por residência na área de saúde da família mostraram melhor desempenho, reforçando o papel da qualificação como medida privilegiada para a atuação dos profissionais de saúde da APS.

Em 2011, o MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (BRASIL, 2011c; PINTO, SOUZA, FERLA, 2014). A partir desse programa, vários estudos utilizaram seus instrumentos para avaliar a APS; entre os elementos avaliados encontram-se: a disponibilidade e acesso a medicamentos (MENDES et al., 2014); a composição e gestão da força de trabalho na APS (RIZZOTTO et al., 2014); as ações de promoção da saúde e prevenção

---

<sup>6</sup> Projeto implantado pelo MS em 2004, para avaliar a qualidade da ESF e da gestão nesse nível de assistência. Uma das suas principais finalidades é a de institucionalizar a avaliação no âmbito da Saúde da Família e incentivar a formação de uma cultura avaliativa na perspectiva de uma ação crítico-reflexiva permanente (BRASIL, 2006d).

de doenças crônicas realizadas pelas EqSFs (MEDINA et al., 2014); a organização, a articulação e a assistência da rede de atenção à saúde no estado da Paraíba (PROTASIO et al., 2014).

Castanheira et al. (2014), além de validar um instrumento, avaliou dados referentes à qualidade da assistência de 598 serviços de 115 municípios do Estado de São Paulo, avaliados pelo PMAQ-AB. Identificaram que os serviços de saúde da família e serviços localizados em municípios com menos de 50 mil habitantes tiveram maior chance de pertencer ao grupo de melhor qualidade. Fausto et al. (2014) analisou a ESF na rede de atenção à saúde, por meio de 16.566 EqSFs e 62.505 usuários participantes do PMAQ-AB. Os resultados do estudo indicaram que as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e selecionando as pessoas para a atenção especializada. Os autores também apontam barreiras organizacionais para acesso, com fluxos pouco ordenados, inferindo que a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada.

Outro foco de avaliação foram alguns programas implantados na APS, realizados em diversos segmentos e, consequentemente, os resultados da assistência oferecida à população. A implantação da Rede Amamenta Brasil foi avaliada por Venâncio et al. (2013), por meio de uma pesquisa avaliativa. Gattas (2010) avaliou o Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Município de Poconé/MT, pelo estudo de caso. Utilizou-se de material e instrumentos da pesquisa quantitativa e qualitativa, dados primários e secundários, sendo entrevistados representantes do Conselho Municipal de Saúde, profissionais das EqSFs e gestores. Dentre os principais resultados, o programa encontrava-se parcialmente implantado. Os principais fatores que interferiram neste contexto foram deficiência na educação permanente; predomínio de contratos temporários; e inexistência de planejamento das atividades das EqSFs, o que repercute negativamente na assistência.

Malta e Merhy (2004) avaliaram o Projeto Vida e o Acolhimento no Município de Belo Horizonte/MG, interrogando se os mesmos contribuíam na melhoria das práticas sanitárias junto à população infantil. Utilizaram métodos qualitativos e quantitativos e verificaram, entre outros, que o programa provocou intervenções positivas na assistência, demarcou mudanças no modelo de atenção com ampliação do acesso, aumentou a publicização (para os autores, esse termo envolve a participação popular nas decisões, controle e fiscalização das ações de governo) e a ampliação do financiamento das ações. Para os autores,

esse programa assegurou maior eficácia do serviço no SUS desse município, especialmente junto à população infantil.

O impacto de um Programa de Puericultura na Promoção da Amamentação Exclusiva foi avaliado por Faleiros et al. (2005), que estudaram a prevalência de amamentação exclusiva numa coorte histórica de crianças nascidas entre janeiro de 2000 e dezembro de 2002, de famílias de baixo nível socioeconômico, residentes na periferia de Pelotas/RS. Para a análise, foi construída uma tábua de vida, cujo desfecho era a interrupção da amamentação exclusiva, mês a mês, após o nascimento. Entre as 112 crianças estudadas, a prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês de vida foi de 95%, caindo progressivamente para 81%, 64%, 53%, 39% e 35%, respectivamente, do segundo ao sexto mês. A mediana de duração da amamentação exclusiva foi de quatro meses; a mediana de duração do aleitamento exclusivo no sexto mês foram superiores às taxas nacionais, indicando a adequação do Programa de Puericultura na promoção da amamentação.

Furtado et al. (2010) avaliaram a prática assistencial da equipe de enfermagem de um Programa de Atenção à Saúde do Recém-Nascido com foco na articulação da atenção hospitalar com a APS. O estudo foi qualitativo, realizado em três maternidades públicas de Ribeirão Preto/SP. Foram observados o acolhimento como norteador das atividades, a existência da contrarreferência de mãe e filho para a UBS, e orientações sobre teste do pezinho, vacinação e incentivo e apoio à amamentação. Os autores consideraram que este programa é uma estratégia importante na busca da articulação entre hospitais e os serviços da APS, pela sua competência em desenvolver uma atenção integral à população materno-infantil, facilitando o acesso aos serviços de saúde e à continuidade da assistência.

Estudos que tiveram como fio condutor a avaliação dos serviços e programas a partir da ótica dos usuários da APS permitiram mostrar a realidade com base nas avaliações de quem os utiliza. Moraes, Campos e Brandão (2014) avaliaram a satisfação dos usuários da APS, investigando as dimensões mais valorizadas por eles. Tiveram destaque cinco dimensões: acesso e disponibilidade do serviço de saúde; organização dos processos de trabalho; relação com os profissionais de saúde; longitudinalidade do cuidado e estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários; e coordenação do cuidado.

Marcon, Soares e Sassá (2007) realizaram estudo com 40 usuários do serviço público de saúde de Maringá/PR, para identificar as

percepções sobre a relação com os profissionais de saúde. Os resultados mostraram que os usuários perceberam certo despreparo dos profissionais no que diz respeito ao atendimento humanitário. Concluíram que, para atender às expectativas dos usuários, faz-se necessário que os profissionais estabeleçam uma comunicação acessível e uma relação mais confiável, levando em consideração o estilo de vida e a história das pessoas que utilizam os serviços de saúde.

Sala et al. (2011) avaliaram os processos de integralidade em unidades de APS no Município de São Paulo, sob o ponto de vista dos usuários dos serviços. Os autores compararam dois modelos de organização dos serviços na APS do município: ESF e Programação em Saúde. Utilizaram questionário adaptado do PCATool. Os resultados indicaram bom desempenho nas categorias de porta de entrada, elenco de serviços e coordenação. Enfoque familiar, orientação comunitária e acessibilidade receberam as piores avaliações. Diferenças significantes entre os dois modelos envolvem melhor registro em prontuário, melhores atividades orientadas à comunidade, menos encaminhamento a especialista e horário de atendimento mais adequado no modelo da ESF.

O estudo de Carneiro et al. (2014) também utilizou como instrumento o PCATool para avaliar a coordenação do sistema de saúde exercida pela APS, o qual também obteve a participação de 607 usuários, além de 98 profissionais da ESF. Entre os principais achados, os autores mencionam que os profissionais tinham conhecimento sobre a procura dos usuários por serviços especializados, mas identificaram deficiências na contrarreferência nesse nível da atenção. Ressalta-se que uma pesquisa de revisão da literatura, seguida de metassíntese sobre os instrumentos que estão sendo utilizados para avaliar a APS, revelou que o mais utilizado foi o PCATool (FRACOLLI et al., 2014).

Seoane e Fortes (2009) investigaram como os usuários da ESF percebem o direito à privacidade e à confidencialidade de suas informações quando reveladas ao ACS e como relacionam a visita domiciliar ao seu direito à privacidade. A pesquisa foi qualitativa, com usuários da ESF do Município de São Paulo. Como resultados, os usuários não consideraram a entrada do ACS em suas residências como uma invasão à sua privacidade, sendo que esse profissional é visto, muitas vezes, apenas como um facilitador do acesso ao serviço de saúde.

Esperidião (2009) avaliou o julgamento dos usuários em relação aos serviços de saúde da APS de Salvador/BA. A pesquisa compreendeu dois momentos: o primeiro consistiu de um inquérito em amostra, com a aplicação de um questionário estruturado que interrogava sobre

expectativas e a satisfação em situação de implantação ou não de projeto voltado para a melhoria do acesso; a segunda abordagem correspondeu a um estudo de caso. Os resultados do inquérito mostraram uma elevada satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde da APS. Porém, o estudo de caso apontou diversas experiências negativas que os usuários vivenciaram na UBS.

Ainda, preocupados com a satisfação dos usuários da APS, Halfoun, Aguiar e Mattos (2008) construíram um questionário para avaliá-la em uma UBS do Município do Rio de Janeiro, com questões sobre acesso, pré-consulta, consulta, pós-consulta e outros. Depois de testado e readequado, concluíram que esse questionário pode ser aplicado em outras UBS do Estado.

Castanheira et al. (2011) apresentaram o desenvolvimento, validação e utilização de uma metodologia de avaliação da qualidade dos serviços da APS, que se trata do Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), que foi adotado em 2010 como parte de um programa de apoio à APS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O QualiAB fornece uma avaliação válida, simples e com a possibilidade de retorno imediato para gerentes e profissionais. A experiência indica aplicabilidade nas redes de APS do Brasil.

Tanaka (2011) também apresentou uma proposta de avaliação da APS, e utilizou a abordagem sistêmica de Donabedian. Faz parte da abordagem a avaliação da rede de atenção, tendo a APS como porta de entrada. Apresenta uma concepção de rede mais dinâmica e flexível e propõe a utilização na avaliação do método misto, englobando a abordagem quantitativa baseada nos bancos de dados existentes no sistema Datasus e complementada pela abordagem qualitativa, que permite maior compreensão do significado das relações encontradas nos serviços e na rede. O autor assegura que o desenho metodológico proposto permite identificar as variáveis de funcionamento e a organização da APS e da rede de serviços, possibilitando direcionar a tomada de decisão para a melhoria de qualidade da APS.

Diante desses resultados, observa-se que, atualmente, a APS brasileira vem sendo avaliada em diversos focos e enfoques. Foi encontrado que vários estudos se preocuparam com a institucionalização da avaliação, reconhecendo essa necessidade e a sua importância nesse nível da assistência. Compreendem que a avaliação é uma ferramenta da gestão e que sua integração ao processo de trabalho promove melhorias

na assistência em uma ação contínua de ‘avaliar para melhorar’ em todos os níveis da gestão.

No entanto, ficou expresso que existe na cultura brasileira uma resistência dos profissionais de saúde frente a práticas avaliativas, fato que pode estar diretamente relacionado ao pouco uso dos resultados finais das avaliações para subsidiar a gestão, pois, muitas vezes, tiveram um caráter apenas prescritivo, burocrático e punitivo, como declarado por alguns autores. Outros estudos deram o indicativo de que, ao mesmo tempo em que as avaliações trazem julgamentos de valores inerentes aos objetivos propostos, precisam, também, agregar sugestões viáveis para a melhoria da prática assistencial.

Os estudos avaliativos foram realizados em diversos segmentos da APS, incluindo: política de implantação, expansão, organização e impacto da ESF; indicadores da APS; alguns programas implantados; estrutura e organização dos serviços; e processo de trabalho. Foram focos dos estudos gestores, trabalhadores e usuários dos serviços.

Os desenhos teóricos e metodológicos mostraram as múltiplas possibilidades inerentes aos estudos de avaliação. No entanto, não foram encontradas pesquisas que tivessem o mesmo objeto, nem tampouco o foco teórico e metodológico de investigação proposta nesta pesquisa, reforçando, assim, a relevância de sua realização.

#### **2.4.1 A inserção da avaliação na área da saúde no Brasil**

Esta temática é apresentada em um manuscrito reflexivo, que foi desenvolvido a partir da revisão da literatura, como um desdobramento do tópico referente à avaliação na atenção primária brasileira. Registra-se também que o mesmo foi o *paper* apresentado na qualificação do projeto de tese e, por isso, foi mantido neste formato.

## A INSERÇÃO DA AVALIAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

### INSERTING HEALTH ASSESSMENT IN THE BRAZILIAN SYSTEM

### INSERCIÓN DE EVALUACIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD BRASILEÑA

#### RESUMO

Estudo reflexivo sobre a inserção da avaliação no Sistema Único de Saúde brasileiro. Partiu de um resgate histórico no qual foi tomado como marco a acreditação no desenvolvimento da prática avaliativa na saúde. Aponta as principais conquistas da avaliação no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde, e discute algumas questões imbricadas no conceito de pesquisa avaliativa. A prática avaliativa é imprescindível para as instituições, porque remete à realidade do serviço, pontua carências e fragilidades para servir de base para a estruturação de planejamento que visa à melhoria da qualidade. Verificou-se que, das mudanças ocorridas no campo da avaliação dos serviços de saúde, a de maior destaque é a institucionalização da mesma nos serviços públicos de saúde. Nasceu de uma exigência de agências financiadoras, porém, aos poucos ganhou novas conotações e incorporações com as políticas públicas que as respaldam e com os estudiosos na área que trazem novos modos e concepções de como e por que utilizá-las.

**Descritores:** Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

#### ABSTRACT

A reflective study on inserting an assessment system on the Brazilian Unified Health System. A historical review was carried out in which accreditation was taken as a benchmark to develop an evaluation practice in the health area. It highlights the main achievements of evaluating the Unified Health System and the Primary Health Care, and discusses some issues interwoven with the concept of evaluative research. Assessment systems are indispensable for institutions, for it reflects the reality of their service, points out their shortcomings and weaknesses - which will serve as a basis for a structuring plan aiming at

improving their quality. It was found that, within the changes in the health services evaluation, the most important is the institutionalization of assessments in the public health services. It originated from a demand by funding agencies, but it gradually took on new connotations and incorporations: the public policies support them and the experts in the field bring new ways and ideas of how and why to use them.

**Descriptors:** Health Evaluation; Health Services Evaluation; Primary Health Care; Unified Health System.

## RESUMEN

Se trata de un estudio reflexivo sobre la inclusión de la evaluación en el sistema de la salud. Desde una perspectiva histórica en la que se tomó la acreditación como un marco en el desarrollo de la práctica de la evaluación en la salud. Los principales logros de la evaluación en el Sistema de Salud y Atención Primaria de Salud son destacados y se discuten algunas cuestiones entrelazadas en el concepto de investigación evaluativa. Las evaluaciones son indispensables para las instituciones, porque ellas reflejan la realidad del servicio, señala sus deficiencias y debilidades para servir de base para la estructuración de un plan que tiene como objetivo mejorar su calidad. Dentre los cambios encontrados en el campo de la evaluación de los servicios sanitarios, la más destacada es su institucionalización en los servicios de salud pública. Nacida de una exigencia de los organismos de financiación, sin embargo, las evaluaciones fueran adquiriendo nuevas connotaciones y fusiones con las políticas públicas que las apoyan y con los expertos en el campo que les traen nuevas formas e ideas de cómo y por qué utilizarlas.

**Descriptorios:** Evaluación en Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud.

## INTRODUÇÃO

Do ponto de vista empírico, a avaliação é uma atividade tão antiga quanto a humanidade, mas do ponto de vista teórico-científico é uma atividade extremamente atual. Há menos de duas décadas passou a ser inclusa como parte das políticas públicas referentes à área da saúde no Brasil (BRASIL, 2013; 2012) expandindo-se, consideravelmente, somente no final do século XX.

A prática avaliativa no contexto da saúde, é uma atividade imprescindível para as instituições. Isso porque, toda avaliação remete à

realidade do serviço e tem como característica pontuar carências e fragilidades do objeto sob investigação, para servir de base para a estruturação de planejamento que visa à melhoria da qualidade, como uma importante ferramenta de gestão (HARTZ et al., 2008; BRASIL, 2013). Avaliar a qualidade dos serviços de saúde é uma prática atrelada ao comprometimento ético e à responsabilidade da instituição avaliada perante seus usuários, no que tange à qualidade da assistência oferecida. Essa qualidade dá visibilidade à instituição, além do maior respeito e interesse pela procura dos serviços de saúde por parte da população (ONA, 2014).

Deve-se considerar, ainda, que a avaliação apresenta uma diversidade conceitual, encontrando-se na literatura várias definições e classificações, algumas são apresentadas com maior frequência, como as avaliações: somativa, formativa, normativa, investigação avaliativa, meta-avaliação e pesquisa avaliativa (HARTZ, 2008; CONTANDRIOPOULOS, 2006; MINAYO, 2006).

No entanto, os diferentes tipos de avaliações têm ênfases distintas e concepções filosóficas algumas vezes opostas e podem ser realizadas com metodologias diversas. Mas, na essência, permanece o conceito de avaliar, ou seja, consiste em emitir juízo de valor sobre a questão que está sob investigação. A avaliação permite intervenções na realidade, podendo ser incluída no processo de planejamento das ações, com a percepção de subsidiar a gestão e permitir que as pessoas envolvidas nas ações melhorem seu desempenho (MINAYO, 2006). Assim, todos os resultados de uma avaliação podem ser um instrumento para a qualificação da prática profissional e, conseqüentemente, do serviço.

Paralelamente ao avanço das políticas públicas e dos serviços de saúde na expansão da avaliação na saúde, pesquisadores acadêmicos de várias nacionalidades têm-se debruçado sobre o tema, consolidando, aprimorando e inovando as sustentações teóricas, filosóficas, conceituais, metodológicas e, algumas vezes, reflexões importantes para novos direcionamentos. Isso faz com que as pesquisas avaliativas na área da saúde tenham uma contribuição importante para o avanço tanto da temática avaliação como do sistema de saúde.

Nesse sentido, este artigo traz uma reflexão sobre a inserção da avaliação no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de um resgate histórico no qual foi tomada como marco a acreditação no desenvolvimento da prática avaliativa na saúde, apontando as principais conquistas da avaliação no SUS e na atenção primária à saúde (APS), e

ainda discute algumas questões imbricadas no conceito de pesquisa avaliativa.

### **A acreditação como atividade mobilizadora da prática avaliativa na saúde**

A utilização da avaliação na saúde se faz presente desde a Grécia antiga, em que os filósofos se referiam ao uso de padrões de conhecimento na área médica. Dentro desse contexto histórico, Platão mencionava que, em qualquer arte, o fundamento da excelência é a existência de medidas e proporções corretas (NOGUEIRA, 1994).

A partir do século XX, a avaliação na área de saúde estabeleceu suas premissas no contexto histórico com Abrahan Flexner, que, em 1910, realizou trabalho de acreditação em várias escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá. Naquele momento, analisando rigorosamente as instituições, provocou o fechamento de algumas delas e trouxe transformações no ensino e nas práticas médicas (HADDAD, 2004).

Na década de 20 foi criado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), que estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar, que definia um conjunto de padrões para garantir a qualidade da assistência aos pacientes (ROBERTS, COALE, REDMAN, 1987). Após aproximadamente 30 anos, o CAC buscou parcerias com outras associações voluntárias, o que contribuiu para a criação da Joint Commission on Accreditation of Hospitals, empresa privada que se propôs a introduzir, na cultura médico-hospitalar, conceitos sobre a análise retrospectiva de casos, por meio da auditoria da assistência prestada pelos médicos. Esta proposta contribuiu para a formação de leis mais complexas na área da saúde.

Somente a partir da década de 1960 é que a avaliação ganhou abrangência mundial. Com o desenvolvimento de estudos que visavam à qualidade nos serviços de saúde, colocando a avaliação como um instrumento indispensável para medir esta aquisição – a qualidade (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Na Europa, em 1970, os países começaram a busca pela garantia da qualidade em saúde, que, em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), criaram programas sustentados pela administração de várias instituições hospitalares, posteriormente implantados em outros tipos de serviços de saúde. A busca por essa adesão foi o reconhecimento dos direitos dos usuários a uma assistência de qualidade, da questão da ética profissional e das vantagens competitivas

para algumas instituições. Nesse período, dentro da área da saúde, o campo hospitalar destacou-se por buscar a garantia da qualidade dos serviços oferecidos, utilizando-se da acreditação como principal instrumento avaliativo (HADDAD, 2004).

A avaliação “ressurgiu” historicamente com a acreditação hospitalar, por tratar-se de um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados. Com o objetivo de estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua de qualidade da assistência (ONA, 2014; BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a acreditação trouxe uma nova conotação à avaliação. Possibilitou que serviços de saúde pudessem aderir ao processo de acreditação, recebendo certificação de qualidade, respeitando padrões de diferentes instituições: International Organization for Standardization (ISO), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), OMS. Além de, padrões constituídos para a realidade brasileira pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que tem como finalidade institucional promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados (REVISTA BIMESTRAL DE DIREITO PÚBLICO, 2007).

O modelo de avaliação utilizado na acreditação encontra-se respaldado na tríade estabelecida em meados de 1960 por Donabedian, que passou a ser usada como base teórica para a prática avaliativa: estrutura, processo e resultado assistencial (DONABEDIAN, 1990). Este modelo é referência internacional para estudos de avaliação dos serviços de saúde, principalmente para os de caráter quantitativo.

No que compreende a qualidade, o movimento em prol de sua conquista nos serviços de saúde é um fenômeno mundial, em decorrência da crescente conscientização da população, na busca por serviços de saúde que oferecem a qualidade como diferencial. No Brasil, em 1970, o Ministério da Saúde (MS) começou a desenvolver ações com a temática Qualidade e Acreditação Hospitalar. Mas, somente na década de 90, houve a consolidação da acreditação no contexto brasileiro, em que muitas medidas foram tomadas no sentido de construir e implantar propostas para que o Brasil também acompanhasse o cenário internacional nos avanços da avaliação e acreditação visando à qualidade da assistência hospitalar (FELDMAN, GATTO, CUNHA, 2005). No Quadro 4 é apresentada uma síntese dos principais

acontecimentos que construíram a história da acreditação no país nessa década.

**Quadro 4 - Principais acontecimentos históricos da acreditação no Brasil na década de 90**

1990	Realizado convênio entre Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Federação Latino-Americana de Hospitais e MS para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina. Formaram-se quatro grupos de trabalho, em São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro, para definir questões metodológicas e implantar o Programa em nível nacional. O grupo do Estado de São Paulo era formado por várias associações e conselhos profissionais que uniram forças e deram origem ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH), pioneiro no país.
1992	No Seminário Nacional sobre Acreditação, em Brasília, a OPAS apresentou seu Manual de Acreditação.
1994	O MS implantou o Programa de Qualidade com o objetivo de promover a cultura da acreditação no país.
1995	Rio Grande do Sul e Paraná desenvolveram projetos em suas Secretarias de Estado, objetivando a determinação de padrões de qualidade hospitalar e a qualidade das instituições.
1997	No Rio de Janeiro, o projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde (PACQS) transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), em parceria com a Cesgranrio, criada pelas universidades estaduais do Rio. O CBA realizou um seminário com a assessoria da Joint Commission para elaborar um programa nacional de acreditação hospitalar. O MS anunciou medidas para desenvolver a Acreditação na tentativa de unificar os esforços nacionais – iniciando o projeto REFORSUS com o Programa de Apoio Financeiro para o Fortalecimento do SUS, e o financiamento pelo Banco Mundial denominado Acreditação Hospitalar.
1998	O MS lançou o Programa Brasileiro de Acreditação e iniciou o projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil” com um ciclo de palestras que envolveram 30 localidades em várias regiões do país.
1999	O MS criou a Organização Nacional de Acreditação (ONA), para continuar o processo de sensibilização da Acreditação e operacionalização desse processo.

**Fonte:** Feldman, Gatto, Cunha (2005).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) segue o modelo da Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Caracterizada como uma empresa privada de interesse coletivo, sendo o órgão regulador e credenciador do desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde no âmbito nacional, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade da assistência.

Assim, o MS e a ONA, reconhecida formalmente como entidade competente para o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar, tiveram suas relações reguladas por convênio, definindo suas obrigações e direitos. Essa parceria se estabeleceu em todas as fases do processo, desde a habilitação de empresas acreditadoras até a certificação dos hospitais. Ao optar por este formato, o MS utilizou a competência acumulada por empresas privadas, sem eximir-se da regulação de todo o processo (BRASIL, 2002).

Os avanços e as conquistas que ocorreram no campo da avaliação e da acreditação hospitalar foram com o intuito de garantir a missão das instituições hospitalares, que é atender seus usuários da forma mais adequada possível. Visto que, toda instituição deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência.

Diante desse contexto, é notório que acreditar implica em avaliar. Porém, a avaliação aceita inúmeros focos, ela não se restringe a serviços e instituições de saúde, permite avaliar, além desses, o sistema de saúde, políticas, programas, grupos e indivíduos.

### **Contextualização da avaliação no SUS**

Diferentemente da acreditação – que é uma prática avaliativa voltada para o *ranking* das instituições, em que sua realização acontece por interesses voluntários, objetivando demarcar visibilidade e prestígio social de sua competência organizacional, e numa prática contínua buscam utilizar os resultados avaliativos para melhorar suas qualificações, a avaliação no sistema de saúde brasileiro teve uma história diferente. Foi influenciada por organismos internacionais como o Banco Mundial e agências de apoio dos países centrais, que desde a Segunda Guerra Mundial adotaram políticas de apoio aos países em desenvolvimento, incluindo programas de ajuda ao desenvolvimento da região (BOSI, MARTINEZ-MERCADO, 2011).

Consequentemente, passaram a cobrar os resultados dos investimentos, inclusive os relacionados à área da saúde e, com isso, os programas passaram a ter que incluir a avaliação como parte do

processo de implantação. Diante desse acontecimento, a avaliação teve um início histórico impositivo e não como uma necessidade dos pares para a melhoria da qualidade da assistência, como em países desenvolvidos que vislumbraram na avaliação essa concepção. Esse evento é um aspecto que demarca influências na cultura avaliativa.

Fazendo uma analogia à gestação de um feto, em que os comportamentos e hábitos da mãe provocam forte influência na criança, a maneira como a avaliação foi gerada no país também influencia diretamente na maneira como é concebida, ou seja, na aceitação e compreensão pelas pessoas envolvidas. O que faz com que o Brasil ainda tenha uma cultura avaliativa elementar.

Foi nessas condições que, a partir da década de 90, o MS passou a adotar a avaliação na área da saúde brasileira, demarcada por uma cultura que ainda não conjecturava avaliação com mudanças e melhorias. Mas, acabou por concebê-la de forma que pudesse ser mentora de resultados capazes de trazer respaldos para um melhor planejamento das ações na área da saúde e, conseqüentemente, melhorias na qualidade da assistência dos serviços de saúde.

O MS, em 1998, desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, cuja finalidade foi avaliar esses serviços e a satisfação dos usuários de unidades de pronto-socorro, ambulatorios e internações. Em 2001 e 2002, a avaliação dos hospitais psiquiátricos do país provocou um forte impacto na área de saúde mental, com redução do financiamento dos leitos psiquiátricos, fortalecendo o processo da política de desinstitucionalização (BRASIL, 2004).

Em 2003, o MS reformulou o Programa Nacional de Avaliação, passando a incluir todos os serviços de saúde (PNASS), nas diversas especificidades e complexidades do SUS, tendo como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2004). O PNASS foi caracterizado como um instrumento de apoio à gestão do SUS no que concerne à qualidade da assistência aos usuários desse sistema (BRASIL, 2006; 2004). Apesar das suas atividades terem sido concluídas em 2005, os resultados das pesquisas realizadas e a essência do programa foram utilizados para novos direcionamentos da avaliação no SUS (BRASIL, 2011; 2006).

Paralelamente ao desdobramento do MS em avaliar os serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais do SUS, em 2003 também

instituiu a avaliação na APS, a qual se constituiu em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade. A avaliação na APS tem como propósito fundamental dar suporte a todo o processo decisório no âmbito do SUS, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, além de avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

As ações advindas do trabalho do MS no campo da institucionalização da avaliação na APS podem ser observadas no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), na Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), no *Primary Care Assesment Tool* (PCATool) – Brasil, e no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PROESF foi uma iniciativa do MS apoiada pelo Banco Mundial, voltada para a organização e o fortalecimento da APS no país, visando contribuir para a implantação e consolidação da ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes e elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2003a).

Compreende o “Componente técnico 3” do PROESF, o monitoramento e a avaliação de processo e desempenho. Destacam-se três iniciativas que apontam para o avanço da avaliação no âmbito do SUS: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; o Sistema de Informação da Atenção Básica; e o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no País (BRASIL, 2003a).

A preocupação com a expansão do PROESF impulsionou a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica a desenvolver Estudos de Linha de Base (ELB), juntamente com algumas universidades do país, no intuito de avaliar o programa em várias regiões brasileiras, o que embasa e norteia o processo decisório da gestão federal. Destaca-se que os ELBs se constituem como uma das metas dentro da proposta da institucionalização da avaliação na APS (BODSTEIN et al., 2006; HARTZ et al. 2008).

Outro projeto que também teve destaque na política avaliativa da APS foi o AMQ, implantado em 2004, com uma metodologia desenvolvida para avaliar a qualidade dos processos da ESF e da gestão nesse nível da atenção. Uma das suas principais finalidades foi

institucionalizar a avaliação no âmbito da Saúde da Família e incentivar a formação de uma cultura avaliativa na perspectiva de uma ação crítico-reflexiva permanente (BRASIL, 2006b).

Esse é um modelo de avaliação participativo e de adesão voluntária que é capaz de identificar os pontos passíveis de melhorias na ESF, seguindo um modelo de autoavaliação que compreende uma metodologia sistêmica, dinâmica e interativa, envolvendo todos os atores institucionais, tais como gestor municipal da saúde, coordenação, unidade, equipe, e profissionais de nível superior das Equipes de Saúde da Família. Os instrumentos avaliam o nível de desenvolvimento e a qualidade da estratégia nos diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população (BRASIL, 2006b).

O “Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Saúde – *Primary Care Assesment Tool* – PCATool-Brasil”, implantado em 2010, também caracteriza-se como uma importante estratégia de avaliação e pesquisa nesse nível da atenção, através da ESF no Brasil. O mesmo consiste em um instrumento desenvolvido por autores americanos, que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais da APS (BRASIL, 2010). Esse instrumento foi adaptado e validado para a sua aplicação no Brasil, e busca identificar se a APS está atuando efetivamente sobre a saúde da população. Permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, no planejamento e execução das ações, constituindo-se, assim, em resultados importantes para a definição das políticas públicas (BRASIL, 2010).

A aderência dos serviços de saúde ao processo de avaliação da qualidade da assistência torna-se importante, por representar o comprometimento e a responsabilidade com a qualidade da assistência perante a sociedade usuária de seus serviços. Assim, a avaliação é adequada para proteger as pessoas e ajudá-las a se protegerem, por isso, precisa de políticas públicas que as respaldem.

Nessas concepções de fortalecimento da política de institucionalização da avaliação na APS, em especial daquilo que já estava estabelecido pelo AMQ, o MS institui em 2011 o PMAQ-AB, como produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) do SUS, cujo objetivo consiste em melhorar a ampliação do acesso e da qualidade da APS, com garantia de um padrão de qualidade comparável em todas as esferas da gestão de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a esse nível da atenção (BRASIL, 2011). O

PMAQ, incentiva os gestores a melhorar a qualidade das UBS, por meio das ações dos profissionais envolvidos, e a meta é garantir um padrão de qualidade no qual prevê acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

Esse processo avaliativo envolve o repasse de recursos financeiros federais para os municípios participantes, ao atingirem pontuações que caracterizam qualidade no atendimento oferecido à população. O programa passa a ser uma estratégia permanente para a tomada de decisão, e é organizado em quatro fases: 1- adesão ao programa, pelas equipes da atenção primária e gestores municipais, que ocorre de maneira voluntária – nessa fase se estabelecem contratos de compromissos e indicadores a serem firmados; 2- ocorre o desenvolvimento de estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade, e também está prevista a autoavaliação por parte dos atores envolvidos, que ocorre por meio da ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ); 3- avaliação externa, que focaliza as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa; 4- ocorre a reconstrução com a gestão municipal e as equipes envolvidas (BRASIL, 2013; 2012).

Atualmente, os investimentos do MS na área da avaliação, buscam a garantia da qualidade da atenção, e a qualidade idealizada vislumbram atender aos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2013; 2012). Nesse esforço substancial do MS, em atrelar a avaliação em diversas políticas, a avaliação é inserida na Política de Monitoramento e Avaliação para a Qualificação do SUS, na qual estabelece o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que recebe constantes reformulações para melhor adaptar a avaliação nesse contexto, com obtenção de dados dos diversos níveis da atenção, a serem utilizados pelos gestores de todas as esferas de governo para melhor qualificar esse sistema e melhorar a qualidade de vida da população que o utiliza (BRASIL, 2011; CONASS, 2011). Esse programa concentra esforços para avaliar os aspectos da gestão e da atenção, que, em atendimento ao princípio da integralidade, compreendem avaliar ações e serviços de: vigilância à saúde (promoção e prevenção); atenção primária; atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade; atenção às urgências e emergências; assistência farmacêutica; e as atenções à saúde mental e bucal (BRASIL, 2011).

Entretanto, mesmo com todos os investimentos do governo federal para instituir uma política avaliativa participativa no SUS, ainda

não se constitui em uma prática aderida por todos os serviços de saúde, o que ainda exige um esforço para desenvolver uma cultura avaliativa nos atores sociais envolvidos tanto na gestão, quanto na execução do trabalho nas instituições promotoras de atendimento à saúde. Isso porque, na prática, a avaliação ainda é timidamente constituída em instrumento de suporte ao processo decisório, e pouco expressiva na formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema de saúde, que se constituem nos sujeitos que deveriam estar envolvidos nos processos avaliativos.

Nesse pensar, a avaliação no sistema de saúde brasileiro ainda é jovem no fortalecimento de uma prática coletiva, e ainda carrega consigo o estigma de punição e formalidade. Fazendo-se necessário que essas políticas sejam as maiores incentivadoras para mudar esse paradigma, e implantar a cultura de que as avaliações devem retroalimentar o próprio serviço, com envolvimento das diferentes instâncias de decisão.

Na estrutura macro que corresponde às políticas públicas sobre a temática e os gestores do sistema de saúde, estes devem se apropriar de todos os resultados avaliativos para redirecionar as políticas públicas. Na meso, os próprios serviços de saúde devem ser desejosos dos resultados para redirecionarem suas ações de modo a operacionalizar as políticas propostas, considerando o contexto local; e, na micro, os profissionais da saúde devem ter amadurecimento para aceitarem os resultados das avaliações em uma perspectiva individual, mas com comprometimento coletivo de mudanças e crescimento em grupo, almejando melhores resultados assistenciais para os usuários dos serviços.

### **Pesquisas avaliativas em saúde**

Concebida como modalidade da pesquisa social aplicada, a pesquisa avaliativa produz conhecimento no campo das políticas e programas sociais (SILVA, BRANDÃO, 2011). Entre as suas principais características destaca-se a capacidade de gerar conhecimentos e responder questionamentos. É, ainda, um empreendimento de caráter autônomo e independente que costuma ser conduzido a partir de uma ideia genérica de quem poderia usar seus resultados; organiza seu cronograma com critérios científicos e orçamentários; pode ou não ser interdisciplinar, cabendo ao pesquisador essas e outras definições

(MINAYO, 2006). Compreende, assim, um caráter mais acadêmico, mesmo sendo realizada por pessoas do próprio serviço.

A pesquisa avaliativa aceita diversos tipos de abordagens metodológicas, inclusive a participante, ou seja, pode ser realizada tendo como envolvidos os pesquisadores acadêmicos e todos os atores sociais da gestão, assistência e usuários. Quando de cunho participativo, tem capacidade de promover aprendizado e conseqüentemente crescimento em grupo, podendo ainda ser uma estratégia de empoderamento, pela sua potencialidade de transformação política (BOSI, MERCADO, 2011; SILVA, BRANDÃO, 2011).

Assim, a pesquisa avaliativa, abarca as responsabilidades e rigores das pesquisas compreendidas como acadêmicas e ainda as questões pertinentes à avaliação como estratégia de pesquisa. Nesse sentido, as pesquisas avaliativas envolvem pontos particulares e ao mesmo tempo aceitam uma gama de possibilidades para a sua realização.

Na atualidade, as técnicas e as estratégias investigativas de avaliação emergem um processo sistemático, com uma diversidade conceitual, terminológica e teórica. Além de, uma pluralidade metodológica, as quais dependem dos objetivos a serem avaliados.

As duas grandes subdivisões metodológicas estão expressas, ultimamente, pela: avaliação quantitativa, que se vincula ao método quantitativo de pesquisa, e tem se fundamentado na proposta de Donabedian, que envolve análise da estrutura, processo e resultados dos serviços (DONABEDIAN, 1990); e a avaliação qualitativa, que busca realizar a investigação científica nos objetos de natureza subjetiva (MARTINEZ-MERCADO, BOSI, 2004), ou seja, não se preocupa em quantificar, mas em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que estão envoltas por crenças, valores, atitudes e hábitos. Esta última abordagem trabalha com vivência, experiência, cotidianidade e compreensão das estruturas e instituições como resultado das ações humanas (MINAYO, 2006).

Destaca-se que mesmo as avaliações em saúde realizadas pelo SUS, embora não estejam estabelecidas como pesquisas científicas, e ainda não adotem especificações metodológicas em todas elas, têm atrelado a seus procedimentos uma cuidadosa e estreita vinculação com áreas cientificamente estruturadas (FONSECA et al., 2012).

Outra questão diretamente envolvida no processo avaliativo é com relação às pessoas ou grupos que a solicitam. Isso porque a condição e/ou ocupação das pessoas trazem implicações a alguns

aspectos na condução da avaliação. Por exemplo, quando parte dos gestores, incluindo as três esferas de governo, a avaliação pode ser de cunho político, financeiro, administrativo, entre outros interesses que, quando não especificados, podem fazer com que seja recebida pelos pares como uma imposição, além de provocar receios de que traga consequências punitivas.

Já as pesquisas avaliativas, recomendadas por pesquisadores acadêmicos, têm a finalidade de produzir conhecimento, seja ele novo ou complementar aos já existentes. Por serem produtos e produtoras de conhecimento, implicam em serem consultadas, estudadas e terem seus dados minuciosamente avaliados pelos seus pares e profissionais de saúde dos diversos níveis da gestão e assistência. Porém, como esse tipo de estudo não é solicitado, na maioria das vezes, por uma necessidade do serviço, acaba por não receber dos atores sociais seu devido valor, e seus resultados passam a não influenciar diretamente no processo decisório.

Diante desse contexto, é permitido e aconselhável que os avaliadores se comuniquem na realização de todos os tipos de avaliação na saúde, ou seja, que trabalhem juntos na construção de estudos confiáveis do ponto de vista teórico, metodológico e ético, e que seus resultados possam contribuir para uma administração pautada em planejamento e tomadas de decisão sólidas, nas diversas esferas da gestão, e não terem resultados estanques e dissociados desse contexto.

Esta foi uma proposta lançada pelo MS, nas pesquisas avaliativas executadas pelos Estudos de Linha de Base (ELB) para a implantação do PROESF, em que selecionou, em 2004, oito instituições de ensino e pesquisa do país para realizarem as avaliações na APS, possibilitando que pesquisadores acadêmicos, caracterizados como avaliadores externos, realizassem avaliações formativas nesse nível da atenção. Para tanto, utilizaram-se de diferentes metodologias, permitindo a comunicação entre pesquisadores acadêmicos, gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2008).

Como uma idealização, percebe-se a importância e a grandiosidade de uma integração entre os diferentes atores sociais na realização de avaliações. Essa integração teria maior contribuição e seria mais abrangente se conseguissem ser aplicadas por uma equipe interdisciplinar, com envolvimento de todos os atores sociais e ainda pesquisadores acadêmicos para, juntos, analisarem a realidade e pensarem nas possibilidades de mudança como uma condição para a melhoria da assistência. Porém, os objetivos e cronogramas que as

permeiam, nem sempre permitem a oportunidade para uma integração a esse modo, fato que move os autores a conduzirem seus estudos segundo suas “necessidades primárias”, compreendidas como aquelas que originaram a necessidade da busca pelo estudo e a atuação da pessoa que conduz a pesquisa.

Um dos critérios mais almejados na realização de uma avaliação é que ela seja útil e oportuna para os tomadores de decisão. Esse passa a ser um desafio para os avaliadores, sejam eles pesquisadores ou não, mas, respeitando a sua atuação e a origem, ela respaldará direta ou indiretamente essa questão. Desse modo, os relatórios das pesquisas avaliativas têm papel importante por expressarem questões que melhor qualificam os serviços envolvidos.

Muito aquém de uma meta-avaliação, mas com o foco em estudos de pesquisas avaliativas realizadas nos últimos anos, como, por exemplo, nas teses e dissertações de enfermagem, publicadas na base de dados da Capes, e em diversos artigos de revistas científicas da área da saúde, que trataram da temática avaliação, encontram-se um contrassenso e uma ausência de posicionamento dos autores sobre afirmarem qual tipo de avaliação realizaram. Os conceitos se confundem, pois existe uma cultura de não identificação do estudo, e algumas pesquisas avaliativas de caráter acadêmico são denominadas como pesquisas formativas, investigações avaliativas, e a maior preocupação dos estudos consiste em destacar e justificar o tipo de metodologia utilizada.

Acredita-se que toda avaliação é produtora de insumos diretos para a mudança e melhoria da prática assistencial. Porém, as pesquisas avaliativas têm particularidades que precisam ser respeitadas e compreendidas pelo seu caráter principalmente acadêmico. No entanto, em conformidade com os princípios do SUS, deveriam caminhar na mesma direção do sistema e dos serviços de saúde, ou seja, terem como finalidade explícita ou implícita a contribuição para a melhoria do sistema de saúde. Portanto, devem se posicionar como tal e assumir as responsabilidades relacionadas às suas especificidades, principalmente aquelas diretamente envolvidas no cumprimento das exigências das pesquisas científicas e na execução do cronograma no quesito tempo para execução.

Sempre evidenciando que, além de produzir pesquisas e avaliações, as pesquisas avaliativas deveriam permitir também produzir sujeitos que tenham um olhar avaliativo. Sujeitos esses que, ao mesmo tempo em que se encontram implicados, possam ser capazes de colocar

em análise e mudanças as suas implicações na produção de saúde e na avaliação dessas produções (PASSOS et al., 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar da demora cronológica para o Brasil aderir às práticas avaliativas nos serviços de saúde. Quando comparado aos Estados Unidos, que foi o pioneiro na adesão a essa prática na área da saúde, cabe o reconhecimento do avanço brasileiro alcançado e sua aplicabilidade tanto na área hospitalar como na APS.

Percebe-se que o modelo proposto por Donabedian foi tomado como fio condutor na grande maioria das propostas de avaliação do MS, por ser um modelo clássico no campo da avaliação e constituir-se uma referência básica para a apropriação de reflexões teóricas. No entanto, deve-se avançar também em avaliações qualitativas, por constituírem propostas que vão além de números.

A avaliação nos serviços de saúde públicos, apesar de ter surgido como uma exigência para a necessidade de financiamentos, aos poucos vem ganhando novas conotações e incorporações com as políticas públicas que as respaldam e com os estudiosos na área que trazem novos modos e concepções de como e por que utilizá-la. Para que essa prática se faça presente em todas as instituições promotoras dos serviços de saúde e no trabalho dos profissionais de saúde, é necessária e urgente a ruptura do paradigma de que avaliações negativas merecem punições.

Esse pensamento precisa ser substituído por “resultados negativos merecem reformulações”, com vistas a ajustes que transformem a realidade, objetivando melhorias das ações em um processo construtivo, com o envolvimento dos diversos atores sociais, por serem os responsáveis pela realidade e possuidores de conhecimentos que favoreçam a reformulação das ações, para a melhoria da qualidade. Assim, os processos de avaliação precisam propor meios para que os dados possam ser rediscutidos, repensados e replanejados com os atores e que, juntos, possam reconstruir e/ou reformular o cenário.

Vale destacar que os resultados finais de toda avaliação, incluindo as pesquisas avaliativas, permitem aos profissionais envolvidos nos diversos níveis da atenção um novo olhar e um repensar para o planejamento de suas ações e para o processo de tomada de decisão, o que resulta em mudanças e aprimoramentos da prática profissional. No processo final, devem contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, que é o resultado que se almeja em todo o

processo avaliativo. Essas reflexões apontam para a necessidade de, cada vez mais, ter-se a interlocução da academia com os serviços de saúde, para que os produtos das avaliações sejam cada vez mais precisos e completos, para promoverem benefícios para os serviços e para a formação e capacitação dos sujeitos envolvidos.

## REFERÊNCIAS

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-31, jul./set. 2006.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPO, R. O; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011. cap. 2, p. 41-62.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**, 2003. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf)>. Acesso em: 10/08/2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS - 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **PNASS - Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: guia de implantação municipal AMQ.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa da melhoria do acesso e da qualidade/autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade: material de apoio para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, AB parametrizada e saúde bucal).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONASS/Progestores. **Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde.** Nota Técnica. Brasília, 16 de maio de 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set. 2006.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, Minneapolis, p. 1114:1115-9, 1990.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul. Enferm.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 213-9, abr./jun. 2005.

FONSECA, A. F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, jul./set. 2012.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público**. 2004, 201f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2004.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. cap. 7, p. 163-190.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas de qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual brasileiro das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: ONA, 2014.

PASSOS, E. et al. As oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: CAMPO R. O. (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 300-318.

REVISTA BIMESTRAL DE DIREITO PÚBLICO. **Agência reguladora: Vigilância Sanitária**. 2007. Disponível em: <<http://www.interessepublico.com.br/?p=41760>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

ROBERTS, J. C.; COALE, J. G.; REDMAN, M. A. A history of the joint commission of accreditation of hospitals. **JAMA**, Chicago, v. 258, n. 7, p. 936-40, 1987.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. B. Nas rodas da avaliação educadora. In: CAMPO, R. O; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO – O PENSAMENTO COMPLEXO

O Pensamento Complexo tem suas raízes em diversas teorias, sendo imerso na Teoria Sistêmica, a qual busca uma nova compreensão científica da vida em todos os níveis dos sistemas vivos, entre eles orgânicos, sociais e ecossistemas. Traz uma nova percepção da realidade, com implicações para além da ciência e da filosofia, abrangendo atividades cotidianas, comerciais, políticas, educacionais, o que também inclui as relacionadas à área da saúde (CAPRA, 2006).

A Teoria Sistêmica teve como precursor Ludwig Von Bertalanffy numa reflexão sobre a biologia, mas a partir dos anos de 1950 se expandiu para outras áreas. Compreendendo um campo quase universal, uma vez que toda a realidade conhecida pode ser concebida como sistema, desde o átomo até a galáxia, passando pela molécula, a célula, o organismo e a sociedade (MORIN, 2011a).

Na visão sistêmica, a compreensão dos problemas emergentes não pode ser analisada isoladamente ou sob um único foco. Eles devem ser interpretados dentro de um olhar sistêmico, o que significa que estão interligados e são interdependentes de um contexto, a fim de compreender as múltiplas dimensões que os envolvem.

A resposta por compreensão dos problemas requer mudança na percepção, no pensamento e nos valores (CAPRA, 2006), ou seja, mudanças na visão de mundo, ampliando e vislumbrando a abertura dos diversos sistemas que a compreendem, bem como suas interligações, inter-relações, interconexões e as múltiplas possibilidades oferecidas por esses sistemas. Numa visão integradora que seja capaz de conceber inúmeras probabilidades e que não se feche para uma compreensão reducionista e dissociativa.

Ao avaliar uma realidade complexa com embasamento do Pensamento Complexo, torna-se possível compreender as diversas dimensões que envolvem a realidade. Favorecendo a possibilidade de confrontar ordem/desordem, parte/todo, singular/geral, colocando-se diante do tempo e do fenômeno, inseparáveis do contexto histórico e social. Isso porque “o pensamento sistêmico é contextual, o que é o oposto do pensamento analítico. A análise significa isolar alguma coisa a fim de entendê-la; o pensamento sistêmico significa colocá-lo no contexto de um todo mais amplo” (CAPRA, 2006, p. 41).

Nessa perspectiva de sistema, todos os sistemas vivos são visualizados como redes, em que um sistema está sempre em interação com outros, formando redes e sendo capazes de constituir a teia da vida,

que por sua vez compreende - redes dentro de redes (CAPRA, 2006). O Pensamento Complexo abarca as várias possibilidades que se encontram interconectadas e interligadas sistemicamente.

Em resposta ao que é complexidade, Morin (2011a, p.13) descreve que num primeiro momento ela

[...] é um tecido (*complexus*: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico.

Num primeiro olhar, a complexidade é um fenômeno quantitativo, pelas suas inúmeras quantidades de interações e interferências entre um número muito grande de unidades. Porém, ela não compreende apenas essas quantidades, mas também as incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios, entre outros de ordem qualitativa (MORIN, 2011a).

Ao transpor essas possibilidades para a temática do estudo, é preciso estar ciente da complexidade que envolve a atenção às pessoas com DM na APS na prevenção das complicações crônicas da doença, na perspectiva da promoção da saúde; em virtude das diversas facetas que constituem o cuidado e o autocuidado, tanto no âmbito individual como no familiar, e os demais sistemas que direta ou indiretamente influenciam a assistência, tais como: culturais, econômicos, sociais, educacionais, religiosos, éticos, atividades laborais, serviços de saúde nos seus vários níveis de atenção, além da política que os direcionam. A busca por embasamento teórico no Pensamento Complexo ocorreu pela expressa abertura que ele permite diante dos múltiplos aspectos que envolvem esta realidade.

Este entendimento entre o uno e o diverso se faz necessário. O indivíduo, como ser social, produto e produtor de uma sociedade que muitas vezes está diretamente associada ao processo de adoecer e ser saudável, sofre influências de todo esse contexto, ao mesmo tempo em que influencia outros, entre eles o sistema de saúde.

Apesar de o Pensamento Complexo não ter a pretensão de dar respostas a todos os fenômenos, pois complexidade é uma palavra-problema e não uma palavra-solução, sendo esta forma de pensamento

um desafio e não uma resposta (MORIN, 2011a; 2010a). Conduz a capacidade de pensar em conjunto os problemas locais e globais. Não aceita um pensamento parcelar ou reducionista, incapaz de ver o contexto e a globalidade, e nem mesmo um pensamento global e oco. Pois “o pensamento reducionista continua a procurar de maneira míope a causa e o efeito” (MORIN, 1997, p. 25). É necessário um pensamento que considere as partes na sua relação com o todo e o todo nas suas relações com as partes.

Nesse sentido, a reforma do pensamento “é necessária para contextualizar, situar, globalizar e também tentar definir um meta-ponto de vista que sem nos afastar da nossa condição local-temporal-cultural singular, nos permita considerar como que de um miradouro o nosso sítio antro-po-planetário” (MORIN, 1997, p. 26). Essa reforma do pensamento exige uma “refundação epistemológica que só um pensamento complexo permitiria” (MORIN, 1997, p. 26). Isso porque a maneira simplificador de pensamento tem a tendência de separar os diferentes aspectos da realidade, isolar os objetos ou fenômenos do seu meio ambiente, sendo incapaz de integrar um conhecimento no seu contexto e no sistema global. É responsável por produzir conhecimentos mutilados e fragmentados os quais não conseguem contemplar o realismo contextual (MORIN, 1997).

Para tanto, a reforma do pensamento requer mudanças de natureza paradigmática, por serem estruturas de pensamento que de modo inconsciente comandam discursos e teorias (MORIN, 2006). Morin (2010b; 2009) remete-se ao rompimento do pensamento simplificador que tem como princípio a disjunção e a redução, que domina a cultura humana na atualidade, para inserir um paradigma complexo resultante do conjunto de novas concepções, visões, descobertas e reflexões que devem ser acordadas e reunidas.

Deve-se considerar que o paradigma simplificador é fruto de um processo construído milenarmente. Envolve questões sociais e culturais da educação que sempre ensinou a humanidade separar e isolar as coisas, contribuindo para a fragmentação e a descontextualização dos fatos, separando o conhecimento e os saberes, favorecendo e reforçando na mente humana a construção de princípios simplificadores (MORIN, 2006).

A reforma do pensamento se faz urgente pela inadequação do conhecimento desarticulado, fragmentado e compartimentado. É como se trafegasse na contramão, diante dos problemas planetários, que são cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais,

transnacionais e globais (KNYAZEVA, 2003). Pois, frente ao predomínio da lógica da exclusão e da disjunção, o que impera é a lógica do sistema fechado, em que a realidade fenomênica permanece velada, sem condições de visualizar um sistema aberto e suas múltiplas relações e interações (CIURANA, 2003).

Resgatando o princípio da complexidade que está fundamentado na predominância da conjunção complexa, deve-se juntar o uno e o múltiplo, tendo clareza de que “o Uno não se dissolverá no Múltiplo e o Múltiplo fará ainda assim parte do Uno” (MORIN, 2011a, p. 77). Assim, a complexidade “desmonta a totalidade totalizante, clássica e monolítica, com a preocupação teórica de estabelecer uma nova totalidade aberta, circular, precária e em permanente intercâmbio com as suas partes” (SILVA, 2006, p. 99).

Para direcionar um pensamento complexo, Morin (2010c, p. 94-97) apresenta sete princípios que têm por objetivo serem complementares e interdependentes, unindo as questões previamente estabelecidas:

1- Sistêmico ou Organizacional: Liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, pois o todo é maior que a soma das partes. A organização de um todo produz qualidades ou propriedades novas, em relação às partes quando são consideradas isoladamente. No entanto, o todo é, igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.

2- Hologramático: Fundamenta a ideia de que não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte. Cada célula é uma parte de um todo que compõe o organismo global, pois carrega uma estrutura genética em sua totalidade. Assim como a sociedade está presente em cada indivíduo, como todo, através da sua linguagem, sua cultura, suas normas.

3- Circuito Retroativo: Permite o conhecimento dos processos autorreguladores, rompendo com o princípio da causalidade linear em que – a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa. Em sua forma negativa, o círculo de retroação (*feedback*) permite reduzir o desvio, estabilizando o sistema. Em sua forma positiva o *feedback* é um mecanismo amplificador.

4- Circuito Recursivo: Acrescenta a noção de autoprodução e auto-organização. Também rompe com a causalidade linear assumindo uma representação por uma espiral. Justificado pelo fato de que os seres humanos são efeitos e produtos de um processo de reprodução, assim como seus produtores. Portanto, somos ao mesmo tempo produtos e produtores de nossa sociedade.

5- Autonomia/Dependência (auto-organização): Os seres vivos são auto-organizadores, que não param de se autoproduzir, porém despendem energia para manter sua autonomia. Assim, como o indivíduo tem necessidade de retirar energia, informação e organização de seu ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência, sendo interpretados, principalmente os humanos, como seres auto-eco-organizadores. A auto-eco-organização viva se regenera permanentemente a partir da morte de suas células, segundo a fórmula de Heráclito “viver de morte, morrer de vida” – as ideias são ao mesmo tempo antagônicas e complementares.

6- Dialógico: Junta princípios, ideias e noções que parecem opor-se uns aos outros, pela necessidade de confrontar realidades profundas que unem verdades aparentemente contraditórias. Concebe uma dialógica ordem/desordem/organização por inúmeras inter-retroações, pois estão em constante ação nos mundos físico, biológico e humano.

7- Reintrodução do Conhecimento em todo Conhecimento: Opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas. Pois concebe o homem como um ser histórico.

Para a compreensão desses princípios e das relações necessárias ao pensamento complexo, torna-se necessário um

[...] pensamento capaz de apreender a multidimensionalidade das realidades, de reconhecer o jogo das interações e retroações, mais apto a enfrentar as complexidades que a ceder aos maniqueísmos ideológicos ou às mutilações tecnocráticas – que só reconhecem realidades arbitrariamente compartimentadas e

fecham os olhos ao que não é quantificável (MORIN, 1997, p. 25).

Um pensamento complexo nos remete a reconhecer alguns requisitos do conhecimento comum ou cotidiano, inerentes da espécie humana. Os quais são considerados por Morin (2008) como uma mistura de percepções sensoriais, construções ideoculturais, racionalidades, racionalizações, intuições verdadeiras e falsas, induções justificadas e errôneas, silogismos, paralogismos, ideias recebidas e inventadas, saberes profundos, sabedorias ancestrais de fontes misteriosas, superstições infundadas, crenças inculcadas e opiniões pessoais.

Essas questões, que envolvem o conhecimento comum, se encontram explícitas ou implicitamente atreladas a todos os seres humanos, inclusive naqueles com DM, as quais influenciam diretamente seu modo de viver e a maneira como realizam a manutenção do controle glicêmico. Ainda, como humanos, o conhecimento comum também está presente na vida dos profissionais de saúde. Pois, sendo produtos e produtores da sociedade, além de seus conhecimentos científicos, os profissionais de saúde encontram-se submersos na sociedade e conseqüentemente também imersos nesse conhecimento, que os influenciam a todo o momento em suas ações de cuidado.

O conhecimento está, portanto, relacionado à estrutura da cultura, à organização social, à práxis histórica. Isso porque a obtenção de uma informação, assim como a descoberta de um saber, o produto de uma ideia pode modificar uma cultura, transformar uma sociedade e mudar o curso da história (MORIN, 2008).

Destarte, o conhecimento e a cultura estão diretamente relacionados e nessa interação um é produto e produtor do outro. Desse modo, a cultura de uma sociedade é responsável por prescrever as normas práticas, éticas e políticas dela, sendo capaz de abrir e fechar as potencialidades bioantropológicas de conhecimento, pois

[...] ela as abre e atualiza fornecendo aos indivíduos o seu saber acumulado, a sua linguagem, os seus paradigmas, a sua lógica, os seus esquemas, os seus métodos de aprendizagem, de investigação, de verificação, etc. Mas, ao mesmo tempo, ela as fecha e inibe com as suas normas, regras, proibições, tabus, o seu etnocentrismo, a sua auto-sacralização, a sua

ignorância de sua ignorância (MORIN, 2008, p.20).

Imerso no Pensamento Complexo e na concepção sistêmica, em que sociedade e homem são considerados sistemas que interagem a todo o momento, recebendo influências e influenciando outros sistemas num contínuo, torna-se importante considerar a maneira como Morin (2008) visualiza o contexto em que o homem está inserido nessa sociedade. Pois, considera a sua tradição, educação e linguagem como componentes nucleares da cultura, os quais em coletivo formam a sociedade. Os seres humanos são movidos não apenas pelo controle de suas estruturas fisiológicas e psicológicas, mas, também, pelas variáveis culturais e históricas.

O conhecimento é concebido como o produto de interações bioantropossocioculturais, essas variáveis integram o ser humano antes mesmo do seu nascimento, ainda na vida uterina recebe influências do meio ambiente, sons, músicas, alimentos e hábitos maternos. E, após o parto, as técnicas utilizadas, o cuidado com o recém-nascido, o ensino, a educação, o ambiente familiar e as redes sociais trazem repercussões para toda a vida (MORIN, 2008).

Para a aquisição de um conhecimento geral, Morin (2008) se baseia nos princípios e teorias da lógica clássica, fundamentados pela racionalidade como característica específica da espécie humana. Essa lógica, denominada de lógica clássica ou dedutiva/identitária, foi embasada nos princípios aristotélicos de identidade e envolve razão, indução, dedução, contradição e não contradição. Refere-se aos conceitos, proposições, inferências, juízos, raciocínios; em que o núcleo central incide sobre a identidade, a dedução e a indução, que garantem a evidência, a coerência e a validade formal das teorias e discursos.

Para tanto, três princípios fundamentam a lógica clássica: identidade, contradição e o terceiro excluído. Os quais são considerados ao mesmo tempo inseparáveis e solidários entre si, sendo descritos por Morin (2008, p 213) como:

- Princípio da identidade: Formulado como  $A \neq \bar{A}$ , afirma a impossibilidade de o mesmo existir e não existir ao mesmo tempo e com a mesma relação.
- Princípio de contradição (isto é, de não contradição): afirma a impossibilidade de um

mesmo atributo pertencer e não pertencer a um mesmo sujeito, ao mesmo tempo e com a mesma relação: A não pode ser simultaneamente B e não B.

- Princípio do terceiro excluído: Afirma que toda proposição dotada de significação é verdadeira ou falsa; entre duas proposições contraditórias, só uma pode ser retida como verdadeira: A é B ou não B.

O pensamento racional possibilita “uma dialógica indutiva/dedutiva que permite ao pensamento científico chegar a conclusões ao mesmo tempo empírica e logicamente fundadas” (MORIN, 2008, p. 215). O percurso indutivo estimula a observação, a procura de correlações e de estabelecimento das relações; e o dedutivo assegura a coerência teórica. Deve-se considerar também que a lógica não se finda no absolutismo, ela serve de instrumento a serviço do componente analítico do pensamento (MORIN, 2008).

Considerando que a emergência da indeterminação quântica, do princípio de incerteza de Heisenberg, e o reconhecimento de uma contradição insuperável na noção de partícula minam ao mesmo tempo a ideia de unidade elementar clara e distinta, e de determinismo mecânico, atingem os princípios da identidade, de contradição e do terceiro excluído (MORIN, 2008, p.221). A lógica dedutiva-identitária é insuficiente e surge a necessidade de uma nova lógica, com concepções menos rígidas que o tudo ou nada.

Esta nova lógica permite olhar para a realidade, e exercitar a ligação, a articulação e a interpretação dos fatos, o que é estimulado pelo Pensamento Complexo. No entanto, também se faz necessário conhecer os principais conceitos atribuídos por Morin (2007) para o ser humano.

Como fruto de uma galáxia ainda pouco conhecida, o ser vivo

[...] é uma máquina inteiramente físico-química, mas, organizada de maneira mais complexa, é dotada de qualidades e de propriedades desconhecidas no mundo molecular de onde, no entanto, saiu: as qualidades expressas pelo termo vida. [...] um frágil broto da existência terrestre (MORIN, 2007, p. 26-27).

No mundo físico, no qual o homem está inserido, encontram-se estabelecidas interações que permitem a ordem e a desordem, a organização e a desorganização em constantes inter-relações, caracterizadas como o grande jogo da vida, em que estes termos se encontram constantemente em complementaridade e em antagonismo uns com os outros.

Assim como a física descobriu que o universo sofre alterações continuamente, sendo afetado e afetando seu próprio funcionamento. O homem como um ser que integra esse universo também tem características dúbias, considerado por Morin (2007) como *sapiens - demens*. Pois, ao mesmo tempo em que ele carrega a racionalidade, traz em si o delírio, a insensatez e a destrutividade.

Como filho da Terra, o ser humano também é mortal, com qualidades egocêntricas, altruístas, com aptidões organizadoras e cognitivas, com capacidade para amar, odiar, sofrer e criar novas formas de vida psíquica, espiritual e social. Além de biofísico, o homem é também um ser psicossociocultural (MORIN, 2007).

Diante dessas características e da necessidade de viver em sociedade, o ser humano integra a biosfera e todos os ecossistemas que a integram. O que rege a vida em sociedade é a cultura, a qual se constitui como o primeiro capital humano e, sem ela, o ser humano não teria evoluído (MORIN, 2007).

Morin (2007, p. 35) define cultura como sendo “constituída pelo conjunto de hábitos, costumes, práticas, *savoir-faire*, saberes, normas, interditos, estratégias, crenças, ideias, valores, mitos, que se perpetua de geração em geração, reproduz-se em cada indivíduo, gera e regenera a complexidade social”.

A cultura é responsável por todas as transformações da sociedade e do ser humano, o qual evoluiu pouco do ponto de vista anatômico e fisiológico, mas muito em relação ao aspecto cultural, pelas inovações, absorções do aprendido e reorganizações. Pois o que se desenvolve na sociedade são as técnicas, as crenças, os mitos, e, imersos nessa cultura que integra e é integrada pela sociedade, os homens evoluem mental, psicológica e afetivamente (MORIN, 2007). Nesse contexto, o homem tem que ser visto como um ser histórico, que integra uma sociedade que é permeada por valores culturais, econômicos, sociais os quais influenciam e sofrem influências desses valores constantemente.

Na vida em sociedade, as relações e interações acontecem por meio da linguagem, a qual se constitui na “encruzilhada essencial do biológico, do humano, do cultural, do social. A linguagem é uma parte

da totalidade humana, mas a totalidade humana está contida na linguagem” (MORIN, 2007, p. 37).

O homem é ainda possuidor de um cérebro, cujas composições genéticas permitem conexões que são capazes de oferecer inteligência, comportamento, autonomia e desenvolver estratégias. Morin (2007) considera o espírito emergente do cérebro humano com e pela linguagem, dentro da cultura, estabelecendo a relação/interação que integra a roda da vida: cérebro, linguagem, cultura, espírito, e cada um desses termos são interdependentes um do outro.

Assim, a sociedade

[...] é transformada, complexificada, pelo surgimento do espírito humano, pois são interações entre espíritos individuais que a produzem, sendo que a linguagem multiplica as comunicações, alimenta a complexidade das relações entre indivíduos e a complexidade das relações sociais (MORIN, 2007, p.39).

Como um ser social, o espírito encontra-se em interação com o mundo por meio da curiosidade, dos questionamentos, da exploração, da investigação, da paixão ao novo. Buscando no aprimoramento da técnica, atingir o que as suas capacidades físicas e biológicas não conseguem alcançar diante de sua fragilidade biofísica (MORIN, 2007).

A técnica, criada, movida e aprimorada pela racionalidade humana, também evolui com a história. Além desses quesitos racionais, o homem necessita viver o imaginário e o mito, que complementam sua inserção na sociedade, pois em todas as civilizações existem crenças, religiões, tabus, magias, normas, tradições, símbolos, jogos, festas, despesas, estética, poesia que são repassados de geração em geração, sendo responsáveis ou corresponsáveis pelo viver humano (MORIN, 2007).

Toda sociedade humana integra uma noosfera que se constitui em uma “esfera das coisas do espírito, saberes, crenças, mitos, lendas, ideias, onde os seres nascidos do espírito, gênios, deuses, ideias-força, ganham vida a partir da crença e da fé” (MORIN, 2007, p. 44). Tudo isso participa de modo reflexivo do circuito auto organizador da sociedade e do indivíduo. Isso porque o homem como um ser complexo é produto do processo reprodutor, o qual é por ele produzido. As suas interações produzem a sociedade, que retroage com a cultura em que o ser humano é produto e produtor desse contexto. Essas relações são, portanto,

dialógicas, ao mesmo tempo em que comportam o antagonismo e a complementariedade (MORIN, 2007).

Nessa ótica, deve-se refletir que nem todos os problemas de saúde são e/ou serão resolvidos pelos profissionais de saúde, e nem mesmo pelos serviços de saúde, pois existe uma pluralidade de eventos dinâmicos que influenciam as práticas das pessoas continuamente. Como os profissionais de saúde integram o sistema de saúde, que, por sua vez, está integrado na sociedade como um sistema, constitui-se um desafio compreender as múltiplas interferências que esses seres humanos – profissionais de saúde e pessoas com DM – enfrentam no seu cotidiano para atingirem o controle glicêmico, prevenindo as complicações crônicas do DM, e assim para promover a sua saúde.

Deve-se considerar ainda que o ser humano dispõe da possibilidade de liberdade, presente nas situações que envolvem uma escolha ou uma tomada de decisão; e, diferentemente de outros animais, têm o direito de manifestá-la. Para tanto, sua autonomia recebe influências dos vários princípios deterministas de sua estrutura anatômica, fisiológica, cérebro, mente/espírito, ideias, do meio natural, da sociedade e da cultura, que impõem regras, leis, normas, e de todos os fatores implicitamente envolvidos nesses quesitos (MORIN, 2007).

O homem é possuidor de liberdade em que a “autonomia individual forma-se, alimenta-se, reprime-se ou atrofia-se conforme o jogo entre dependência genética e dependência cultural através da qual, ao mesmo tempo, opõem-se e unem-se. Toda cultura subjuga e emancipa, aprisiona e liberta” (MORIN, 2007, p. 276). A liberdade contém também a transgressão, como toda ação-reação, ela pode ser direcionada para o crime, para a rebelião e para o risco de morte.

Enredado por esse mister de variáveis intervenientes no homem, ainda deve-se considerar que existe a possibilidade de expressão de desvios, porque, como afirma Morin (2008, p. 37):

[...] em qualquer sociedade, qualquer comunidade, qualquer grupo, qualquer família, existem diferenças muito grandes de um indivíduo para outro quanto à aceitação, integração, interiorização da Lei, da Autonomia, da Norma, da Verdade estabelecida. Por isso, há em qualquer lugar uma minoria de desviantes potenciais e, dentro dessa minoria, uma minoria pode marginalizar-se ou, eventualmente, rebelar-se.

Assim, o respeito às individualidades deve estar presente em todas as relações e interações, e não apenas o julgamento de valor sobre a vida do outro. Nesse contexto, o Pensamento Complexo, como referencial teórico para este estudo, permite ampliar a visão para o múltiplo, não reduzindo a questão para a relação causa-efeito, mas, sim, ampliando para a pluralidade de variáveis intervenientes que perpassam a vida das pessoas, que integram seus sistemas e por eles são integrados, e que têm vivências singulares. O ser humano é ao mesmo tempo singular e complexo, uno e múltiplo, portanto, é complexo e integra um mundo de incertezas e de imprevisibilidades (MEIRELLES, 2003).

Nesse contexto, introduzir o Pensamento Complexo para a compreensão de situações ou fenômenos intersubjetivos requer do pesquisador abertura e generosidade (MORIN, 2010c), para enxergar as múltiplas possibilidades que envolvem o fenômeno. Nesse sentido, o Pensamento Complexo respalda a análise da realidade e embasa a investigação das diversas nuances do objeto de pesquisa, em suas dimensões macro e microestruturais presentes no contexto investigado.

Realizar uma avaliação qualitativa da atenção às pessoas com DM na ESF no que tange à prevenção das complicações crônicas da doença, na perspectiva da promoção da saúde, sob as lentes do Pensamento Complexo, requer uma análise das múltiplas dimensões que compreendem essa realidade. Considerando que essa teoria repudia o reducionismo, ou seja, o que se volta para o problema expresso em apenas uma parte, mas permite visualizar o todo e o múltiplo que perpassa e compreende as partes, ela possibilita que a avaliação traga a compreensão da realidade em seus diversos sistemas e não apenas uma resposta diretiva e única para a temática em questão. Justificada pela pertinência do Pensamento Complexo, que tem a capacidade de reconhecer uma realidade em seus diversos contextos, e embasada no princípio da ciência que compreende uma multidimensionalidade que deve ser contemplada e respeitada, pela sua característica de que, além de complexa, é intrínseca, histórica, sociológica e ética (MORIN, 2010b).

Sob as lentes do Pensamento Complexo e considerando que neste momento histórico o conceito de saúde se encontra reformulado, o qual encontra-se mais ampliado, pois se estende à simplicidade da ausência de doença e aceita a existência de uma rede de sistemas intervenientes que se articulam e se complementam, considerados como requisitos básicos para que as pessoas tenham saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça

social, equidade (BRASIL, 2001). Deve-se olhar para a realidade avaliada e pensar nessas questões imbricadas, inter-relacionadas e interconectadas.

Esses sistemas devem ser considerados, porque o homem, como um ser social e histórico, sofre influências e é influenciador de questões de ordem política, econômica, social e cultural. As mudanças ocorridas ao longo dos tempos produzem alterações significativas para a vida em sociedade, na qual “o processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários” (BRASIL, 2010a, p. 9).

Atrelado ao Pensamento Complexo, corrobora-se com o MS (BRASIL, 2002a, p. 12) quando afirma que a “saúde é um conceito em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos” frente à dinamicidade da vida. Evidências apontam que a saúde das pessoas está muito mais relacionada ao modo de viver do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica. Os múltiplos fatores relacionados à vida moderna, tais como sedentarismo, alimentação não saudável, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, estresse, competitividade, isolamento do homem nas cidades e a desesperança existente nas populações mais pobres, interferem diretamente no processo saúde/doença (BRASIL, 2002a).

Dentro de uma compreensão sistêmica, a concepção de Buss (2002, p. 51) sobre a situação de saúde de uma população nos remete a pensar nas influências dos diversos sistemas que compõem uma grande rede, pois assegura que a saúde está estreitamente relacionada com o modo de vida e com os processos que o produzem e transformam. O indivíduo ou o pequeno grupo

[...] apresenta um estilo de vida singular, relacionado com suas próprias características biológicas, a habitação e seu entorno, seus hábitos, normas e valores, assim como seu nível educacional e de consciência e sua participação na produção e distribuição de bens e serviços. A situação individual de saúde está relacionada também com este estilo de vida singular e com os processos que o produzem e transformam.

Resgatando que, na Constituição Brasileira, saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos

e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), as políticas públicas de saúde tendem a incorporar esses aspectos estabelecidos e regulamentados, os quais têm no SUS seu principal foco para o desfecho. Nesse sentido, o SUS assume essas responsabilidades em todos os serviços e níveis assistenciais, por ser um sistema inclusivo que contém nas bases constituintes de sua criação:

[...] o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (BRASIL, 2010a, p.10).

Uma avaliação não pode buscar uma única causa/efeito, mas deve estar aberta a investigar as múltiplas contradições e dimensões existentes diante do fenômeno estudado. Por isso, acredita-se que o Pensamento Complexo é capaz de possibilitar a compreensão e o entendimento dos múltiplos problemas existentes nas ações desenvolvidas na ESF em relação à atenção às pessoas com DM e a prevenção das complicações crônicas da doença, possibilitando uma avaliação com reflexões mais ampliadas da realidade vivida pelas pessoas envolvidas nesse contexto.

Nesse sentido, é necessário seguir uma trajetória que vá em direção “não do simples ao complexo, mas da complexidade para cada vez mais complexidade” (MORIN, 2011, p. 36). Pois o simples é apenas um momento, um aspecto entre várias complexidades e os diversos níveis de complexidade que se relacionam com os desenvolvimentos da auto-organização, os quais compreendem entre outros: autonomia, individualidade, riquezas de relações com o ambiente, atitudes para a aprendizagem, inventividade e criatividade (MORIN, 2011).

## 4 MÉTODO

Neste capítulo está apresentado o percurso metodológico adotado para a realização deste estudo. Contém informações sobre: o tipo de estudo; o referencial metodológico; o local do estudo; os participantes; a coleta de dados e as técnicas utilizadas para a obtenção dos mesmos; a análise dos dados; e os aspectos éticos que embasaram o estudo.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo tem como referencial teórico o Pensamento Complexo, que permite uma visão sistêmica/complexa da realidade. Apesar de esse referencial não apresentar uma metodologia específica, Morin assume uma posição sobre o método e afirma que para a Complexidade torna-se necessário:

[...] pensarmos nos conceitos, sem nunca dá-los por concluídos, para quebrarmos as esferas fechadas, para restabelecemos as articulações entre o que foi separado, para tentarmos compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com a localidade, e temporalidade, para nunca esquecermos as totalidades integradas (MORIN, 2010b, p. 192).

Assim, as escolhas metodológicas realizadas deram suporte para que esse conceito fosse considerado ao longo da construção deste estudo, o qual se caracteriza como uma avaliação qualitativa, na perspectiva da pesquisa avaliativa. Está justificado pela característica da avaliação qualitativa em valorizar a investigação científica nos objetos de natureza subjetiva, opondo-se paradoxalmente à epistemologia positivista como um modelo de fazer ciência (BOSI, MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

## 4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A pesquisa avaliativa tem o compromisso de avaliar e ainda comporta algumas especificidades por se tratar de uma pesquisa acadêmica, a qual é concebida como modalidade da pesquisa social aplicada, que produz conhecimento no campo das políticas e programas sociais; é produto e produtora de conhecimentos; busca responder a questionamentos; é um empreendimento de caráter autônomo e independente; costuma ser conduzida a partir de uma ideia genérica de quem poderia usar seus resultados; organiza seu cronograma com critérios científicos e orçamentários próprios; pode ou não ser interdisciplinar, aceita diversos tipos de abordagens metodológicas cabendo ao pesquisador essas decisões (MINAYO, 2005).

Avaliações qualitativas surgiram em tempos relativamente recentes, o que as fazem receber também a denominação de “enfoques emergentes”, compreendidos como aqueles enfoques que se distanciam dos modelos de avaliação tradicional ou hegemônicos (MERCADO, BOSI, 2006). Na transição do século XX para o XXI, a abordagem qualitativa ganha sustentação como uma orientação cada vez mais difundida no campo da atividade científica. Acredita-se que essa possa ser uma resposta aos desafios contemporâneos, em todas as áreas do saber e principalmente na saúde, que, pelas suas características de complexidade e multidimensionalidade, exige, paralelamente ao avanço dos conhecimentos e soluções técnicas, um desenvolvimento mais intenso do comportamento humano, que é de domínio dos estudos qualitativos (BOSI, MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

Para Bosi e Uchimura (2007), a subjetividade, valores, sentimentos e desejos presentes nos atores sociais são aspectos imprescindíveis de investigação na avaliação dos programas e serviços de saúde. Destacando a incapacidade das pesquisas quantitativas penetrarem nos fenômenos da intersubjetividade, das vivências, das compreensões e interpretações compartilhadas por esses atores.

Uma das características importantes da pesquisa qualitativa é contribuir para aumentar a compreensão das experiências vivenciadas na área da saúde. Por esse motivo, um número cada vez maior de atores sociais vem se interessando pela abordagem qualitativa como um caminho complementar e/ou alternativo para investigar os processos sanitários, vinculados ao fenômeno saúde/doença ou às políticas, programas e práticas de atenção à doença (BOSI, MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

A pesquisa qualitativa atrelada a uma avaliação visa reduzir incertezas, trazer subsídios que possam melhorar a efetividade das ações e contribuir para a tomada de decisões relevantes. A qual é norteadora por quatro objetivos: oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre o emprego dos recursos públicos; orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação; responder aos interesses das instituições, gestores e técnicos; e buscar melhor adequação de suas atividades (MINAYO, 2005).

Nas últimas décadas, o interesse em pesquisas avaliativas e o monitoramento de políticas e programas sociais têm se intensificado, galgando respaldo e sustentação teórica para responder aspectos práticos. Sendo que formuladores de políticas públicas, gestores, profissionais e pesquisadores debatem questões que envolvem a efetividade das ações sociais, especialmente as voltadas aos interesses e necessidades sociais embasados nos pilares filosóficos da proposta do SUS (AKERMAN, MENDES, BÓGUS, 2006).

A avaliação caracteriza-se por um conjunto de valores e noções sobre a realidade social partilhado por membros de uma sociedade, que se constitui em valores históricos. Ao avaliar programas sociais faz-se necessário interrogar a seu respeito, tentar elucidar sua finalidade, a forma como são produzidos seus resultados e a que práticas sociais se articulam e reforçam (SILVA, 2001).

Dessa forma, pesquisas avaliativas constituem-se em instrumentos de contribuições valiosas para os que são responsáveis pela formulação de políticas públicas promotoras de saúde (AKERMAN, MENDES, BÓGUS, 2006). Isso porque

[...] a avaliação de políticas públicas é, hoje, um tema da agenda nacional e internacional de pesquisa e uma preocupação constante dos governos. É evidente a necessidade de prestar contas à sociedade sobre a utilização dos recursos públicos e os benefícios dos projetos e programas governamentais para a sociedade. Assim, a aproximação de atores da academia com os gestores e serviços torna-se imperativa (SAMPAIO, 2008, p. 19).

Considera-se ainda que o uso de metodologias não tradicionais contribui para um melhor entendimento da realidade social. Por ter a capacidade de apropriar-se de um conjunto mais ampliado de variáveis

intervenientes contextuais e processuais, porque “as mudanças sociais ocorrem a partir da interação de inúmeros fatores que não podem ser totalmente controlados” (SILVA, 2001, p. 19).

Atrelado ao pensamento filosófico do SUS e das políticas públicas de saúde, o que se espera de uma assistência efetiva e eficaz na APS é que a prevenção de doenças ou de suas complicações possa garantir aos usuários qualidade de vida, evitando hospitalização e os gastos impostos por esse processo. Transpondo para o estudo, ele contempla múltiplos aspectos dessa realidade que se constitui em uma prática complexa e traz novas possibilidades, tanto de atuação como de pesquisas. Isso porque toda e qualquer avaliação, em si mesma, encerra um caráter reflexivo, ou seja, consiste no exame e reordenamento das práticas sociais à luz do que essas práticas informam (SILVA, FIGUEIRÓ, 2008).

#### 4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Maringá, situada na região noroeste do Estado do Paraná, que, atualmente, é a terceira maior cidade do estado com uma população de 357.077 habitantes e área territorial de 486.433 km<sup>2</sup>. Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o município detém a 67ª posição em relação aos municípios brasileiros e a 6ª posição do Estado do Paraná (MARINGÁ, 2010). Tem sua economia baseada na agroindústria e comércio varejista, nos últimos anos aumentou a instalação de indústria e grandes empresas, e é uma das cidades mais importantes do estado, tanto por sua participação econômica como pela qualidade de vida e infraestrutura oferecida (MARINGÁ, 2011).

No que se refere à infraestrutura do atendimento à saúde, este município possui 31 UBS, das quais duas estão localizadas em distritos rurais; e dois hospitais públicos: o Hospital Universitário, o qual é referência para a região em casos de alta complexidade, e o Hospital Municipal para atendimento da população local, no que se refere aos casos de baixa e média complexidade. O Município de Maringá é considerado um polo de saúde para as cidades vizinhas, por ser o maior da região em termos populacionais, o que o torna referência para os serviços de saúde, tanto públicos como privados.

O município adotou a ESF em 2000 e oferece uma cobertura de aproximadamente 70% à população, e todas as UBS do município

utilizam a ESF (MARINGÁ, 2011). Entretanto, as UBS possuem características distintas quanto ao número de equipes, população atendida e composição das equipes. O número de EqSFs por UBS varia de uma a sete, dependendo da população adscrita, com um total de 66 EqSFs no município. O número de funcionários e a composição das equipes das UBS são variados, dependendo da sua área de abrangência, e a maioria conta com: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, farmacêutico, odontólogo, agente comunitário de saúde (ACS), psicólogo, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e motorista (MARINGÁ, 2011).

Cada UBS conta, ainda, com uma equipe de apoio composta pelas especialidades básicas: ginecologista e obstetra, pediatra e clínico geral. O serviço de assistente social existe em poucas UBS (MARINGÁ, 2011).

No início de 2010, Maringá implantou Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ao todo são nove NASFs e cada um atende uma média de cinco EqSFs, contando com educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico veterinário, fisioterapeuta e farmacêutico (MARINGÁ, 2011).

As pessoas com DM podem dar entrada para atendimento na APS/ESF por duas formas: nas ações de prevenção e promoção da saúde realizadas pelo município ou por demanda espontânea. As ações de prevenção e promoção da saúde ocorrem nas atividades do projeto “Espaço Saúde”, desenvolvido pela Secretaria de Saúde em parceria com as UBS.

Esse projeto existe há oito anos, com calendário de atividades anual, por região do município, com uma média de cinco atividades por ano, geralmente aos sábados ou feriados, com convite à população da região correspondente. As atividades realizadas são direcionadas às diversas fases do ciclo da vida, tais como infância, adolescência, saúde do homem, da mulher e do idoso. Ações direcionadas às condições crônicas envolvem a busca por pessoas com DM e HA, oferecendo à população o exame de glicemia capilar e a verificação da pressão arterial. Quando existem alterações nessas medidas, as pessoas são orientadas a comparecer na UBS para a confirmação do diagnóstico, acompanhamento e tratamento. A entrada na APS por demanda espontânea ocorre quando a pessoa procura a UBS ou a EqSF para atendimento, com queixas relacionadas à doença, e inicia-se a

investigação que, geralmente, ocorre com a solicitação do exame laboratorial de glicemia de jejum<sup>7</sup>.

Após a confirmação do diagnóstico de DM, a pessoa é cadastrada no HIPERDIA do município com direito assegurado de acompanhamento e tratamento pela atenção primária.

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Inicialmente, buscou-se junto aos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) as EqSFs que possuíam maior número de pessoas com DM cadastradas na área de abrangência.

Ressalta-se que, dentre todas as EqSFs do município, o número de pessoas com DM variou de 191, para a equipe com maior número, a 56 para a equipe com menor número de pessoas com DM cadastradas. Foram identificadas as dez primeiras EqSFs com maior número de pessoas com DM; dentre estas realizou-se um sorteio para iniciar a coleta de dados, e trabalhou-se com as cinco primeiras equipes que contavam com os profissionais enfermeiro e médico no quadro funcional. A intenção presente nesse primeiro momento, era de selecionar os profissionais que tinham maior número de pessoas com DM cadastrados em sua área de abrangência, pois, teoricamente, deveriam estar mais preparados para atender essa população e, desse modo, oferecer conceitos teóricos relevantes ao estudo.

A seleção dos informantes ocorreu, inicialmente, de forma intencional, convidando profissionais da saúde que atuavam nas EqSF selecionadas. A partir do processo inicial de análise de dados, a inclusão de novos participantes se deu pelo processo de amostragem teórica, que foi subsidiada pelo conhecimento do contexto onde a pesquisa estava sendo realizada e dos participantes do estudo.

Assim, os participantes do estudo foram os profissionais da ESF e da APS do município, além de gestores. Barbosa (2006) sustenta a importância de abordar os profissionais de saúde na avaliação qualitativa, por se constituírem pilares de um programa de trabalho que lida de forma estreita e íntima com as dimensões fundamentais da vida humana, como é a saúde, e, por isso, deve-se ouvir com cuidado e atenção estes atores, dar-lhes voz e espaço para reflexões críticas sobre o trabalho que realizam, acolher e valorizar seus anseios e suas propostas

---

<sup>7</sup> Dados obtidos verbalmente por funcionários da Secretaria de Saúde do Município de Maringá/PR, que coordenam o projeto: “Espaço Saúde”.

de transformação da assistência à saúde. Daí a importância e necessidade de entrar em seus “submundos subjetivos” através das pesquisas qualitativas.

Para melhor compreensão do objeto de estudo, considerando que, na Complexidade, os fenômenos são complexos e multifacetados, necessitando de um olhar mais global, buscaram-se vários atores que estavam envolvidos na cena social, para melhor resposta às indagações, reflexões e questionamentos inferidos na pergunta inicial e em outras que surgiram com o avançar da pesquisa.

Portanto, foi definido que o primeiro grupo participante da pesquisa seria composto pelos integrantes das EqSFs, por serem os profissionais que assumem e realizam a assistência às pessoas com DM na APS. Esse grupo contou com profissionais de cinco EqSFs localizadas em diferentes regiões do município, em um total de 29 participantes, sendo eles: cinco enfermeiros, cinco médicos, quatro auxiliares de enfermagem, e 15 ACS.

Nesse grupo, os dados revelaram informações importantes, mas suscitaram novos questionamentos e algumas dúvidas que precisavam de mais esclarecimentos. Eram situações que envolviam outros profissionais, que poderiam ter uma percepção diferente e contribuir com a compreensão mais ampliada da situação. Assim, as perguntas mais urgentes se faziam em relação à atuação dos integrantes do NASF: Como é para os profissionais do NASF atuarem com os profissionais das EqSFs? Essa pergunta foi elaborada a partir da análise preliminar das entrevistas com os profissionais das EqSFs, uma vez que apontavam uma atuação insuficiente dos profissionais do NASF. Além disso, percebeu-se que, pelo fato de o NASF ser uma política mais recente, as pesquisas ainda compõem um arsenal limitado para responder os questionamentos que surgiram.

Nesse sentido, mobilizaram-se ações para a constituição do segundo grupo, que se formou de integrantes do NASF, que eram referências para os profissionais das EqSFs que integraram o primeiro grupo amostral. Participaram do segundo grupo dois integrantes de três equipes de NASF, totalizando seis profissionais, escolhidos pela disponibilidade e interesse que apresentaram para participarem da pesquisa, o qual foi composto por: um psicólogo, um nutricionista, um assistente social, um educador físico, e dois farmacêuticos.

A partir dos dados revelados desses dois grupos, surgiram ainda questionamentos importantes e que precisavam de respostas para dar maior consistência às categorias construídas e, conseqüentemente, uma

compreensão mais pertinente do contexto. Esses questionamentos estavam dirigidos à gestão, tanto local como municipal, e se referiam a questões de ordem gerencial e de direcionamento político, por serem os gestores os profissionais que, entre outros, influenciam, respaldam, incentivam e direcionam a maneira como está organizada a assistência realizada na base, e são referências para os profissionais dos grupos anteriores.

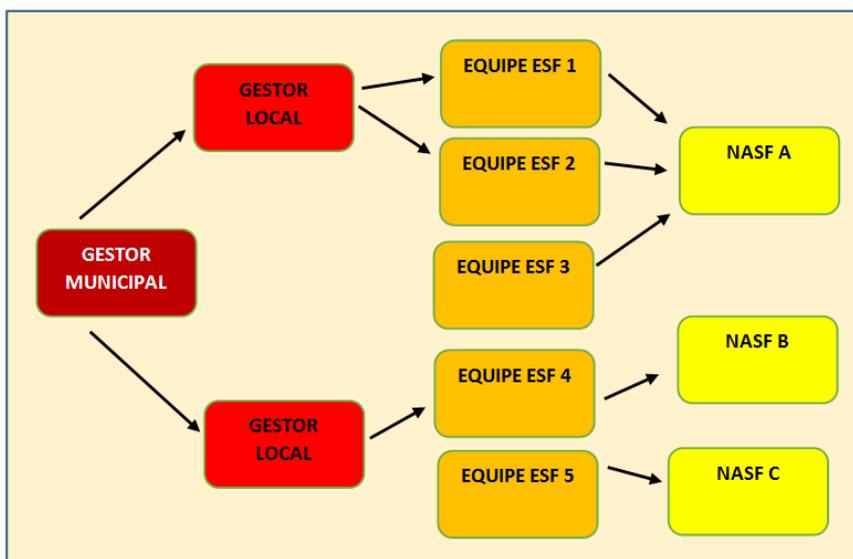
A questão que foi apresentada aos gestores foi: Quais os direcionamentos da gestão para a atenção às pessoas com DM na APS, e aos profissionais envolvidos nessa cena social? Assim, foi constituído o terceiro grupo, formado por gestores, sendo dois de UBS locais, que alocavam três das EqSFs participantes no primeiro grupo, e um da gestão municipal.

Desse modo, os participantes do estudo compuseram três grupos amostrais, conforme o Quadro 5 e, na Figura 1, está apresentada a correlação entre os grupos. As EqSFs receberam um número, que corresponde à ordem de inclusão no estudo, e as equipes do NASF receberam uma letra correspondente à EqSF de referência.

O número de integrantes dos grupos respeitou os princípios da saturação teórica proposta por Strauss e Corbin (2008), em que a coleta de dados ocorre até que nenhum dado novo ou relevante surja em relação a uma categoria e, portanto, não surgem novas propriedades e novas dimensões ou relações durante a análise e a construção das categorias.

**Quadro 5** – Participantes do estudo, segundo grupos investigados

<b>Participantes do Estudo</b>	<b>Total</b>	<b>Grupo</b>
Enfermeiros	05	1º Grupo
Médicos	05	
Auxiliares de Enfermagem	04	
ACS	15	
	<hr/> 29	
Farmacêutico	02	2º Grupo
Psicólogo	01	
Nutricionista	01	
Assistente Social	01	
Educador Físico	01	
	<hr/> 06	
Gestor Local/UBS	02	3º Grupo
Gestor Municipal	01	
	<hr/> 03	
<b>Total de participantes</b>	38	

**Figura 1-** Correlação entre os grupos amostrais: EqSFs, NASFs e gestores

#### 4.5 COLETA DE DADOS E TÉCNICAS UTILIZADAS

O período correspondente à coleta de dados foi de seis meses, com início em dezembro de 2013 e término em maio de 2014. O primeiro contato, para iniciar a coleta de dados, foi com o diretor da UBS que alocava a EqSF que interessava ao estudo, para uma apresentação pessoal e do projeto de pesquisa, assegurando que sua autorização contribuiria na facilitação do acesso aos demais profissionais. Apenas uma das UBS alocava duas equipes de interesse.

Com a obtenção da autorização do gestor local da UBS, a pesquisadora fez contato com cada um dos integrantes da EqSF, iniciando pelo enfermeiro. Todos os enfermeiros foram colaborativos com o processo de coleta, se responsabilizaram pela apresentação da pesquisadora aos demais integrantes da pesquisa, agendavam as entrevistas que eram possíveis e que dependiam deles para a organização da agenda, mostravam o calendário das atividades realizadas às pessoas com DM, e se disponibilizavam para viabilizar aquilo que era solicitado.

Assim, ao conhecer os participantes, a pesquisadora fazia apresentação pessoal, do projeto de pesquisa e o convite para participarem do estudo; nesse primeiro contato os profissionais já faziam os agendamentos para as entrevistas. Destaca-se que todos eles foram bem receptivos e disponíveis para participarem do estudo. Devido ao número de ACS variar de cinco a seis por EqSFs, foi dada a oportunidade para participar da pesquisa àqueles que tinham mais tempo de atuação na ESF.

Com o andamento da coleta de dados, todos os funcionários das UBS reconheciam a pesquisadora, o que facilitou o acesso aos profissionais dos NASFs, com quem já se havia tido algum tipo de contato anteriormente. Quando a decisão foi tomada de incluí-los na pesquisa, foi feito contato pessoal na própria UBS, e, para três deles, contato telefônico para saber o dia em que estariam na UBS para que a pesquisadora pudesse apresentar o estudo, esclarecer sobre a pesquisa e convidá-los a participarem.

Assim, no primeiro contato com os profissionais do NASF, além do convite, eram apontados alguns dos motivos pelos quais se fazia importante a sua participação. Inicialmente, dois desses profissionais demonstraram resistência em participar, não mostrando interesse em agendar a entrevista, mas, após entrevistado o seu colega e trocarem informações, eles aceitaram o convite e ao longo das entrevistas

referiram que realmente era importante sua participação, para expressarem, principalmente, suas angústias e dificuldades no trabalho que realizavam.

Para os gestores locais, como o contato inicial nas UBS ocorreu por eles, já tinham conhecimento da pesquisa, e, assim que foi feita a solicitação para a sua inclusão como informante, esta foi bem aceita, agendando a entrevista conforme suas disponibilidades de agenda. Para o gestor municipal, o primeiro contato foi realizado por telefone, o qual já era conhecido da pesquisadora desde a graduação em Enfermagem. A entrevista foi agendada e o mesmo solicitou que fosse realizada em outro local, pois em sua sala as interferências seriam muitas, com telefones e pessoas adentrando ao ambiente, sendo reservada uma sala no local de trabalho da pesquisadora para a realização da entrevista.

Para a coleta de dados foram adotadas três técnicas: entrevista intensiva com os participantes da pesquisa; observação com participação moderada nas atividades referentes à assistência realizada às pessoas com DM; e análise dos prontuários de pessoas com DM, que eram acompanhadas pelos participantes envolvidos no estudo. O uso de mais de uma única técnica converge com o referencial teórico adotado, o qual permitiu ampliar a apreensão do contexto estudado em seus diversos sistemas e, conseqüentemente, alcançar melhor compreensão do fenômeno e seus fatores intervenientes. A seguir apresenta-se o que compreende o desenvolvimento de cada técnica adotada.

#### **4.5.1 Entrevista intensiva**

A entrevista intensiva, além de ser uma conversa orientada, “permite um exame detalhado de determinado tópico ou experiência” (CHARMAZ, 2009, p. 46). No momento da entrevista, as perguntas do entrevistador permitem que o participante, ao mesmo tempo em que descreve suas experiências, também faça reflexões sobre elas, o que raramente ocorre na vida cotidiana. Essa postura ficou explícita em várias entrevistas, em que, ao final, muitos participantes fizeram menções parecidas com essa:

[...] foi bom! Porque, você faz a gente refletir que talvez somos nós que temos que mudar, claro que toda equipe. Então, talvez é essa integração que você fez a gente ver que precisa mudar. Eu acho que a entrevista contemplou tudinho e me fez pensar na nossa atuação (Enfermeira-P2).

Nessa modalidade de entrevista, o entrevistador assume uma postura de escutar, ouvir com sensibilidade e estimular a pessoa a responder (CHARMAZ, 2009). Assim, as entrevistas foram realizadas com os atores sociais da APS, entre eles integrantes das EqSFs, do NASF e gestores, que direta ou indiretamente estavam envolvidos na assistência às pessoas com DM, nesse nível de atenção, cuja finalidade era ter acesso às suas experiências e práticas.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, numa perspectiva dialógica, considerando a complementaridade, a heterogeneidade e a importância de interrogar, eliminar e salvaguardar as contradições presentes nas falas. Para isso, foi elaborado um guia de entrevista para cada grupo participante do estudo, dadas as suas especificidades e as necessidades avaliativas.

Para o primeiro grupo amostral, a pergunta inicial foi: Como as pessoas com DM vêm sendo atendidas nesta UBS? Para os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e ACS algumas perguntas foram diferentes daquelas que foram feitas para os médicos e enfermeiros (Apêndice A). Para os integrantes do segundo grupo, a pergunta inicial foi: Conte-me como foi seu ingresso no NASF (Apêndice B). E para os integrantes do terceiro grupo: Me fale um pouco da sua experiência como gestor da APS (Apêndice C).

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, em dia, horário e local previamente agendados e acordados por ambas as partes; apenas uma ocorreu na sala de reuniões do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, por solicitação do participante, que foi o gestor municipal, como justificado anteriormente; as demais aconteceram nas UBS do município.

Foi solicitada aos participantes permissão para a gravação das entrevistas, o que ocorreu em formato de áudio; houve entrevistas de 30 a 150 minutos, com uma duração média entre elas de 90 minutos. O material das entrevistas foi a subjetividade dos participantes. Neste estudo, nos importou apreender os princípios norteadores da prática assistencial dos profissionais que compõem as EqSFs às pessoas com DM na ESF/APS – tendo como referência a busca por compreender a atenção que realizavam para a prevenção das complicações crônicas do DM.

Após as entrevistas, a pesquisadora e uma equipe de mais três pessoas, treinadas e capacitadas previamente, realizaram a transcrição na

íntegra dos materiais coletados, que foram digitalizados em arquivos do Word.

#### **4.5.2 Observação com participação moderada**

A observação é uma técnica de coleta de dados prevista em situações de pesquisas complexas (WOOD, HABER, 2001), a qual permite apreender múltiplos fenômenos de uma situação social (TRENTINI, PAIM, 2004). Além de ser uma técnica importante para observar comportamentos, compreendidos como um fato relevante e que pode ser registrado (GUIMARÃES, 1990).

A observação adotada foi a descrita como participação moderada por Trentini e Paim (2004, p. 82) com base em Spradley (1980), que “ocorre quando o pesquisador mantém o equilíbrio entre pertencer e não pertencer ao grupo, ou seja; ver a situação de “dentro” e de “fora” e ainda contrabalançar a observação com a participação”. Nesse sentido, a pesquisadora ofereceu ajuda aos profissionais nas atividades em que foram realizadas, mas sem interferir nas suas ações, atendimentos, informações ou orientações às pessoas com DM.

A proposta inicial era que a observação acontecesse nos atendimentos dos médicos e enfermeiros, sendo que a escolha por esses profissionais estava respaldada no que está estabelecido nos protocolos do MS às pessoas com DM, em que há destaque das ações desses profissionais (BRASIL, 2013a; 2006a; 2001b).

Entretanto, a observação moderada ocorreu nos atendimentos de todos os profissionais da EqSF caracterizados como coletivos e em alguns individuais, em que, além da atuação dos profissionais médicos e enfermeiros, também foi possível visualizar a atuação dos auxiliares de enfermagem e dos ACS nesses atendimentos. A observação também contemplou a atuação de alguns integrantes do NASF, como farmacêutico, psicólogo e nutricionista, que estiveram presentes durante os atendimentos coletivos junto às pessoas com DM, quando a pesquisadora estava em atividade de coleta de dados.

Entre os aspectos que foram observados, destacaram-se as condições da estrutura organizacional; dinâmica e funcionamento do serviço e das EqSFs; aspectos inerentes ao atendimento realizado; procedimentos realizados; reações das pessoas nos atendimentos; relações estabelecidas entre os profissionais das EqSFs, desses com os integrantes do NASF e com as pessoas com DM. As observações aconteceram nos dias do atendimento coletivo; a pesquisadora solicitou

as datas dos encontros aos enfermeiros das EqSFs e solicitou a autorização para acompanhá-los nas atividades.

Ao todo, foram 18 idas ao campo para realizar a observação com participação moderada nos atendimentos, conforme Quadro 6. Isso correspondeu a, aproximadamente, 40 horas destinada à essa atividade.

**Quadro 6** – Dias das observações com participação moderada realizadas aos atendimentos das EqSFs às pessoas com DM

<b>Número da EqSF</b>	<b>Dia da observação moderada</b>
Equipe 1	16/12/2013; 19/12/2013; 13/01/2013
Equipe 2	07/01/2014; 08/01/2014; 14/01/2014
Equipe 3	31/01/2014; 14/02/2014; 21/02/2014
Equipe 4	17/02/2014; 24/02/2014; 03/03/2014 26/02/2014*; 12/03/2014*; 26/03/2014*; 09/04/2014*
Equipe 5	25/02/2014; 11/03/2014

\* Grupo autocuidado apoiado

Com relação às observações realizadas na Equipe 4, estas foram em maior número, porque, além dos atendimentos coletivos que eram realizados, costumeiramente, pela equipe, eles também estavam iniciando outro trabalho de grupo para as pessoas com DM, referido de “Grupo do Autocuidado Apoiado”. Por se tratar de um trabalho inovador e diferenciado daquilo que já estava sendo avaliado, a pesquisadora participou dos quatro encontros iniciais da sua formação, em que o foco da observação consistiu na dinâmica, na metodologia e nos direcionamentos adotados pelos profissionais da EqSF para as pessoas com DM.

As informações referentes à observação foram registradas em um diário de campo, que se constitui em um instrumento ao qual o pesquisador pode recorrer a qualquer momento do trabalho. Nesse diário de campo, podem ser registradas informações sobre o contexto social, as relações, os comportamentos, as percepções, os questionamentos, os pensamentos, as emoções, entre outros dados que não são obtidos por meio de outras técnicas (PRADO et al., 2008; TRENTINI, PAIM, 2004; MINAYO, 1994). Os registros referentes ao diário de campo serviram como uma fonte a mais de informação, que auxiliou o pesquisador a interpretar e discutir os resultados (PRADO et al., 2008).

Sobre o diário de campo,

[...] o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações nesse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado (MINAYO, 1994, p. 63).

Desse modo, os registros nos diários de campo ocorreram concomitantemente à entrada da pesquisadora no campo, e todos os momentos em que houve contato com os participantes do estudo, por meio de entrevistas ou observações, registrando o mais imediatamente possível, para assegurar a riqueza de detalhes.

Para uma sistematização dos registros no diário de campo, foram anotados os tipos de notas descritos por Prado et al. (2008): NE – Notas de entrevista: são registros referentes às informações obtidas nas entrevistas; NO – Notas de observação: registros das informações obtidas nas observações; NT – Notas técnicas: registro das interpretações feitas pelo pesquisador; NM – Notas metodológicas: registro das estratégias utilizadas durante a coleta de dados (Apêndice D).

#### **4.5.3 Análise dos prontuários**

A coleta de dados dos prontuários ocorreu paralelamente às entrevistas. Teve como objetivo verificar como ocorria o atendimento às pessoas com DM na perspectiva da prevenção de complicações crônicas, a partir dos registros dos profissionais das EqSFs. Esse tipo de investigação se constitui em uma rica fonte de dados e permite que o pesquisador reúna informações para responder a pergunta de pesquisa de uma forma nova, na busca de melhor compreensão do fenômeno em estudo (WOOD, HABER, 2001).

Nos registros disponíveis foram investigadas questões concernentes à solicitação e periodicidade de exames, principalmente os relacionados ao controle metabólico; anotações referentes a exames físicos realizados, encaminhamentos a especialistas, bem como a periodicidade existente nesses atendimentos; tempo de diagnóstico; presença de complicações crônicas, condutas, acompanhamentos e orientações.

Para a seleção dos prontuários foi solicitado ao enfermeiro de cada equipe que escolhesse cinco prontuários para análise, o que se constituiu em uma amostra de 25 prontuários de pessoas com DM. O critério para a seleção dos prontuários de pessoas com DM era que fossem acompanhadas periodicamente pelos profissionais que estavam participando da pesquisa, de preferência há mais tempo. Acreditava-se que escolheriam prontuários de pessoas que eram frequentadoras assíduas da atenção oferecida e que ofereceriam informações importantes com relação às condutas dos profissionais envolvidos na assistência.

As informações foram registradas em formulário próprio, elaborado pela pesquisadora (Apêndice E); consideraram-se os registros dos últimos dois anos, porém, para aqueles que tinham registros anteriores a esse período, nos mesmos foram observados e destacados os aspectos mais relevantes.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é compreendida como uma das etapas mais importantes do estudo. Esse momento permite que o pesquisador encontre os significados, sentidos e explicações para o fenômeno sob investigação (PRADO et al., 2008).

Os dados referentes às entrevistas tiveram, para a análise inicial, o auxílio do *software* ATLAS.ti versão 7.1.7, com licença de número 5811822; que se constitui em uma ferramenta tecnológica informatizada de análise qualitativa, que auxilia na organização e análise dos dados.

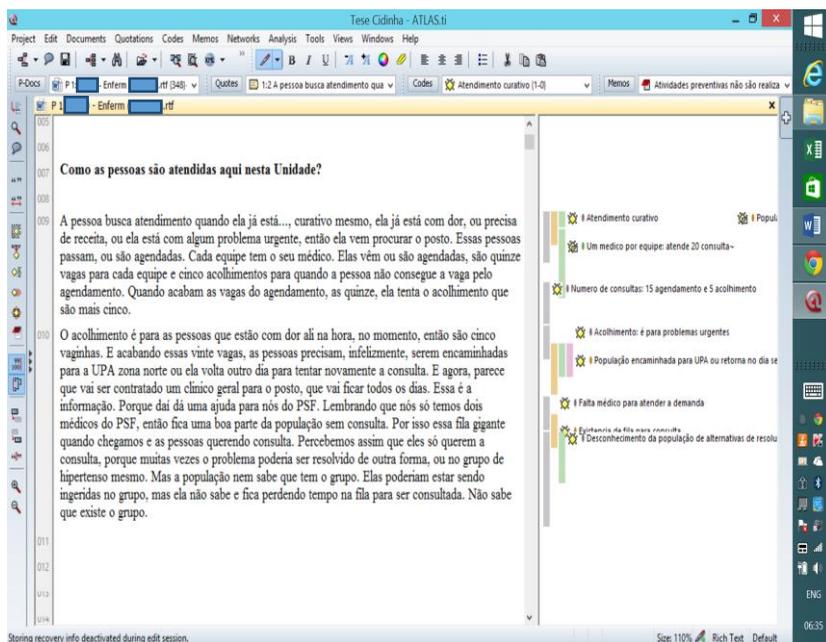
A análise dos dados foi conduzida tendo como referência a técnica analítica da *Grounded Theory*, proposta por Strauss e Corbin (2008). O uso dessa técnica se justifica por sua conformidade com o Pensamento Complexo, a qual não se apresenta como um processo estruturado, estático ou rígido, mas como “um processo de fluxo livre e criativo, no qual os analistas se movem rapidamente para frente e para trás entre os tipos de codificação, usando técnicas e procedimentos analíticos livremente e em resposta à tarefa analítica que têm em mãos” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 65). Para tanto, utilizou-se das etapas de codificação aberta e codificação axial (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A codificação aberta é o momento inicial da análise em que os conceitos são identificados e as propriedades e dimensões são descobertas nos dados; os mesmos são explorados para expor os pensamentos, ideias e significados; o pesquisador faz a microanálise,

com análise detalhada linha por linha. A figura 2 exemplifica essa análise com o auxílio do *software* ATLAS.ti.

Ainda na codificação aberta, os dados foram separados, examinados e comparados em busca de similaridades e diferenças; e realizado o agrupamento dos conceitos mais abstratos, os quais receberam a denominação de categorias. Categorias, portanto, são conceitos, derivados dos dados que representam o fenômeno. Aqui também é permitida a construção de subcategorias, as quais têm a capacidade de especificar melhor uma categoria ao trazer informações referentes a quando, onde, por que e como um fenômeno tende a ocorrer (STRAUSS, CORBIN, 2008).

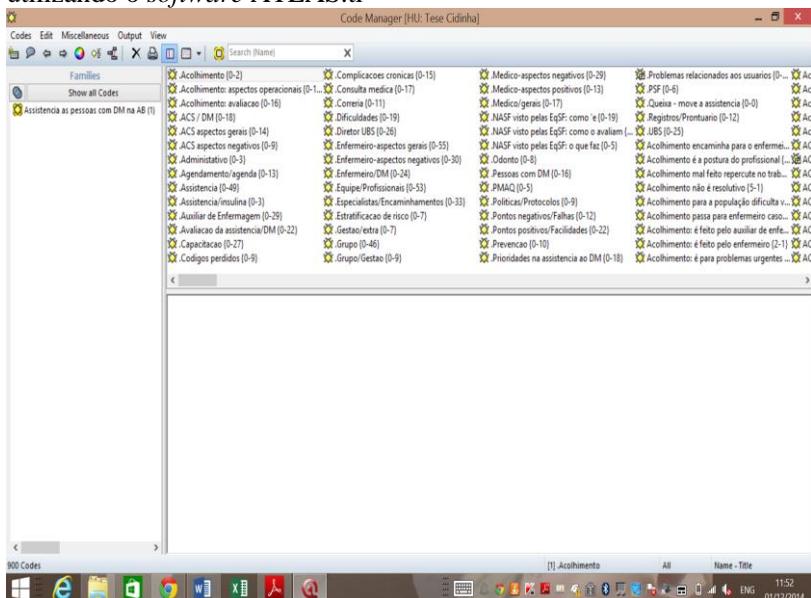
**Figura 2** - Exemplo de codificação aberta utilizando o *software* ATLAS.ti



Assim, o agrupamento dos códigos gerou diversas categorias, as quais foram sendo reagrupadas para melhor representação da realidade e melhores respostas ao objeto de estudo investigado. A Figura 3

representa o momento em que os dados são agrupados e reagrupados para a constituição das categorias.

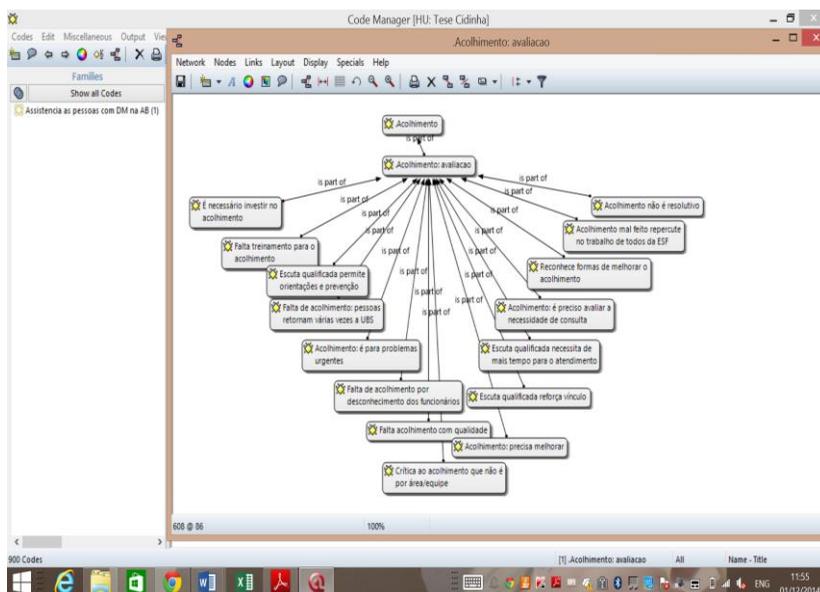
**Figura 3** - Exemplo do agrupamento dos códigos em categorias utilizando o *software* ATLAS.ti



Na codificação axial, a análise ocorreu em torno do eixo de uma categoria, por compreender o processo de relacionar categorias às suas subcategorias, para gerar explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno (STRAUSS, CORBIN, 2008). Aqui iniciou-se o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos na codificação aberta; associando categorias de acordo com suas propriedades e dimensões. Nesta etapa o pesquisador também pode usar mecanismos de registro que auxiliem a análise, ajudando-o a pensar sobre as possíveis relações existentes entre os conceitos, denominados de estruturas teóricas diagramais, que surgem como resultado da codificação em torno de um conceito. A Figura 4 traz um exemplo de diagrama que retrata a junção de conceitos para a formação de estruturas teóricas, elaborado com auxílio do *software* ATLAS.ti.

Como o tema central da análise era a assistência oferecida às pessoas com DM na APS, as categorias foram construídas com o propósito de explorar esse tema; e, devido às influências do Pensamento Complexo, era feito um exercício constante de entender o contexto que ocorria e o que estava envolvido e fazia parte do entorno do tema central.

**Figura 4** - Exemplo de diagrama que retrata a junção de conceitos para a formação de estruturas teóricas, elaborado com o auxílio do *software* ATLAS.ti



Com o respaldo de que, na avaliação qualitativa, a teorização do contexto, do conteúdo e do programa a ser avaliado usa instrumentos operacionais para analisar a intervenção (MINAYO, 2006). Nesta fase da análise dos dados foi adotada a análise dirigida, que utiliza de uma teoria ou pesquisa já existentes, sobre um determinado fenômeno que tem correlação com o que está sendo estudado, que pode ajudar a aprofundar a questão de pesquisa estudada. Nesse sentido, a análise de conteúdo dirigida é guiada por um processo mais estruturado quando comparada a uma abordagem convencional. O pesquisador usa o

referencial para embasar suas escolhas e decisões para a identificação de códigos e formação das categorias (HSIEH, SHANNON, 2005).

Assim, a análise de conteúdo dirigida foi utilizada para a construção de todos os artigos, tendo como referência os protocolos estabelecidos pelo MS para o atendimento às pessoas com DM: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus (BRASIL, 2001b); Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006a); e Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a). Dentre outros, eles estabelecem: princípios básicos para a avaliação das pessoas com DM, periodicidade da avaliação, fatores de risco, rastreamento, classificação de risco para as complicações, manejo de acordo com o nível de risco, instruções sobre exame físico da pessoa com DM, orientações básicas para os cuidados diários, bem como as atribuições e competências de cada um dos profissionais que compõe as EqFSs.

Em especial, para a construção do terceiro artigo, o qual avaliou a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da ESF às pessoas com DM na perspectiva do modelo de atenção à saúde, foi adotado para a análise dirigida, além dos protocolos do MS, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2012).

Os dados referentes às observações foram analisados de forma manual (sem auxílio do ATLAS.ti), e após a análise das entrevistas. A análise seguiu os seguintes passos: leituras sucessivas do conjunto dos registros das observações; destaque, no próprio texto, dos aspectos mais relevantes, ou seja, situações marcantes/críticas, situações exemplares; destaque de contradições e de aspectos que reforçavam o encontrado nas entrevistas; organização desses destaques por temática, de forma a serem acessados quando necessário.

Esse processo teve como intenção a busca de complementação, esclarecimento e referência no processo de interpretação do conjunto dos dados das entrevistas. Os elementos mais destacados diziam respeito ao contexto do trabalho em seus aspectos de organização do trabalho e da UBS e inter-relações entre os membros das equipes e desses com as pessoas com DM.

Os dados resultantes da análise aos prontuários foram avaliados tendo como parâmetro os documentos referentes aos manuais e protocolos para atendimento às pessoas com DM estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2013a; 2006a; 2001b), no que diz respeito aos elementos necessários para a atenção às pessoas com DM. Isso teve, como principal função, auxiliar na compreensão do contexto da atenção à

saúde, possibilitando confirmações de algumas situações referidas nas entrevistas com os participantes, além de mostrar um quadro do que é acessível em termos de registros feitos pelas EqSFs.

Para a análise dos dados referentes aos prontuários, os mesmos foram colocados em um quadro (Apêndice G), realizado pela pesquisadora. Esses quadros contribuíram para complementar, checar e confirmar várias informações que eram provenientes das outras técnicas de coleta de dados adotadas no estudo.

Considerando que a coleta de dados culminou em uma coletânea de dados provenientes de entrevistas, observações e prontuários, foi adotada a triangulação para a análise de dados. Isso porque a triangulação consente a combinação de várias técnicas de coleta, permitindo ao pesquisador a utilização dos dados num processo que engloba interação, crítica intersubjetiva e comparação (MINAYO, 2005). Desse modo, diante daquilo que os dados referentes às entrevistas revelavam, buscavam-se, nos dados referentes às observações e às análises aos prontuários, informações capazes de comparar aquilo que os participantes referiam, e então emitia-se conclusões, reflexões, críticas e julgamentos sobre como era realizado e o que os documentos indicavam sobre como deveria acontecer.

A técnica de triangulação consente, ainda, que a compreensão da realidade social ocorra pela aproximação e disposição do pesquisador em analisar o fenômeno por vários ângulos, oferecendo amplitude na descrição, explicação e compreensão do estudo (MINAYO, 2005). Ressalta-se que essa escolha foi importante e, muitas vezes, crucial para a compreensão de como ocorria a atenção às pessoas com DM na ESF/APS. Um exemplo disso foi com relação ao que os profissionais referiam e/ou acenavam nas entrevistas para a ausência da realização do exame físico nas pessoas com DM. Essa informação foi comparada e checada nos dados referentes à observação da assistência realizada pelos profissionais das EqSFs e nos dados referente à análise dos prontuários, para que a conclusão sobre essa informação fosse assumida.

Assim, tendo como referência para a análise dos dados a triangulação proposta por Minayo (2005), a pesquisadora, ao analisar os dados das entrevistas, realizou também, concomitantemente, um movimento analítico de comparações, checagens, críticas e indagações aos dados resultantes das observações e dos prontuários.

Ressalta-se que a escolha por essa técnica também teve respaldo por sua aproximação ao referencial teórico e metodológico adotado neste estudo, visto que permite flexibilidades, trabalha com a

contextualização das propostas, vislumbra o fenômeno social em seus múltiplos sistemas, tais como a história, o contexto, a cultura, as relações, a pluralidade de atores, a acessibilidade a recursos e os resultados contínuos na situação investigada (MINAYO, 2005).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 466/2012, referente à pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com Parecer de número 466.855 (Anexo A).

O projeto e a aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina foram encaminhados à Secretaria de Saúde do Município de Maringá/PR, para apreciação pelos pares, obtendo-se a autorização para a realização da pesquisa (Anexo B).

Os integrantes foram convidados a participar da pesquisa por meio do convite pessoal, realizado pela pesquisadora. As questões éticas foram preservadas durante todo o desenvolvimento do estudo, respeitando a relação entre pesquisador e participante, mantendo o anonimato e o sigilo de todos os envolvidos. Para assegurar a preservação da identidade dos envolvidos na pesquisa, eles foram identificados pela sua profissão e/ou cargo que ocupavam seguido da Letra P e um número correspondente à inclusão da entrevista no *software* utilizado.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma das vias ficou de posse do pesquisador e outra, dos participantes (Apêndice F). O TCLE garantiu: que os participantes recebessem esclarecimentos sobre os objetivos e a metodologia proposta, e tivessem assegurado seu direito de acesso aos dados; a confidencialidade daquilo que seria dito por eles e que, se desejassem, seriam excluídos da pesquisa, mesmo depois da entrevista realizada, dos dados transcritos e analisados, até o momento em que a pesquisa não estivesse concluída; que teriam liberdade de entrar em contato com a pesquisadora para possíveis esclarecimentos que pudessem surgir posteriormente aos contatos pessoais, os quais

ficaram de posse do número de telefone e endereço comercial da pesquisadora.

Foi solicitada a todos os participantes a permissão para gravar as entrevistas, os quais se manifestaram favoravelmente. O acervo referente às técnicas de coleta de dados se manterão de posse da pesquisadora por um período de cinco anos, após serão destruídos.

Ressalta-se que o estudo não teve nenhum tipo de exposição a riscos de natureza física e psicológica para os participantes envolvidos e nem acarretou implicações institucionais a nenhum deles.

Para todos os momentos em que ocorreu a observação da assistência realizada pelos profissionais às pessoas com DM, foi solicitado o consentimento de todos os profissionais presentes e envolvidos naquela cena social, os quais aceitaram a presença da pesquisadora.

O acesso aos prontuários foi solicitado à instituição, tendo sido elaborado um Termo de Comprometimento para cumprir as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c). Para tanto, essas informações foram utilizadas somente para execução desta pesquisa, em que a divulgação ocorrerá de forma anônima, sem constar qualquer dado que possa levar a uma possível identificação das pessoas envolvidas.



## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados estão apresentados, iniciando com a caracterização dos participantes do estudo, seguida de três artigos científicos, em conformidade com a Instrução Normativa n.10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os primeiros participantes da pesquisa foram os integrantes de cinco EqSFs conforme apresentado no Quadro 7.

**Quadro 7** - Identificação dos participantes da pesquisa: integrantes das EqSFs

Equipe	Sexo	Idade (Anos)	Categoria Profissional	Escolaridade	Tempo de atuação ESF
01	F	32	Enfermeira	Mestrado	3 anos
01	F	24	Médica	Graduação	4 meses
01	F	37	Auxiliar de Enfermagem	Graduação	7 anos
01	F	43	ACS	Ensino médio incompleto	6 anos
01	F	37	ACS	Ensino médio	3 anos
01	F	48	ACS	Ensino médio	11 anos
02	F	39	Enfermeira	Especialização	7 anos
02	M	32	Médico	Especialização	11 meses
02	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Ensino médio/ Curso Técnico	6 anos
02	F	38	ACS	Ensino médio	6 anos
02	F	26	ACS	Ensino médio	3 anos
02	F	35	ACS	Ensino médio	14 anos
03	F	27	Enfermeira	Especialização	3 anos
03	F	31	Médica	Graduação	3 anos
03	F	43	Auxiliar de Enfermagem	Ensino médio/ Curso Técnico	14 anos
03	F	49	ACS	Ensino médio	10 anos
03	F	59	ACS	Ensino médio	6 anos
03	F	48	ACS	Ensino médio	3 anos
04	F	31	Enfermeira	Especialização	8 anos
04	M	30	Médico	Especialização	7 anos

04	F	42	Auxiliar de Enfermagem	Ensino médio/ Curso Técnico	7 anos
04	F	25	ACS	Ensino médio	2 anos
04	F	40	ACS	Ensino médio	5 anos
04	F	44	ACS	Ensino médio	7 anos
05	F	38	Enfermeira	Especialização	14 anos
05	F	48	Médica	Especialização	9 anos
05	F	31	ACS	Ensino médio	2 anos
05	F	37	ACS	Ensino médio	3 anos
05	F	31	ACS	Ensino médio	5 anos

Conforme consta no Quadro 7, participaram enfermeiras, médicos, auxiliares de enfermagem e três ACS de cada equipe. No entanto, destaca-se que em apenas uma das equipes (de número 05) não houve a participação da auxiliar de enfermagem, por ter solicitado demissão do cargo, pouco tempo antes do início da coleta de dados com a referida equipe.

Com relação aos componentes das EqSFs, integraram a pesquisa 29 participantes, sendo cinco enfermeiras; cinco médicos; quatro auxiliares de enfermagem; e 15 ACS. Do total da amostra, apenas dois médicos eram do sexo masculino, os demais integrantes eram do sexo feminino. A idade variou de 24 a 59 anos, e a categoria profissional de maior idade foi a dos ACS; e a de menor idade, a categoria dos médicos.

Com relação à escolaridade, entre as enfermeiras, elas haviam cursado especialização, com exceção de uma que possuía mestrado; dentre os médicos somente um tinha graduação, os demais eram especialistas; sendo que dois dos graduados tinham menos de um ano de formação e um deles cursou a especialização concomitante ao último ano da graduação e já possuía uma outra graduação, também na área da saúde. Entre as auxiliares de enfermagem, todas possuíam o ensino médio e o curso Técnico em Enfermagem, e uma delas era graduada em Serviço Social. Entre as ACS, apenas uma possuía o ensino médio incompleto, as demais haviam concluído esse ensino.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, houve uma variação de quatro meses a 14 anos. Entretanto, apenas dois participantes estavam inseridos nesse modelo de atenção havia menos de um ano, e estavam contratados pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Foi instituído pelo MS em conjunto com o Ministério da Educação, respaldado pela Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. O programa visa estimular e

O segundo grupo de participantes que constituiu a amostra teórica, foram os de profissionais do NASF, conforme apresentado no Quadro 8. Os integrantes do NASF da equipe referida como A são referência para as EqSFs indicadas no Quadro 2 de números 01, 02, 04; a equipe B era referência para a EqSF 03; e a equipe C, para a EqSF 05.

**Quadro 8** - Identificação dos participantes da pesquisa: integrantes dos NASFs

<b>Equipe</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Cargo</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo de atuação NASF</b>
A	F	54	Farmacêutica	Especialização	10 meses
A	F	44	Assistente Social	Especialização	5 meses
B	F	27	Psicóloga	Especialização	4 anos
B	F	27	Nutricionista	Especialização	4 anos
C	F	28	Educadora Física	Graduação	7 meses
C	F	33	Farmacêutica	Doutorado	3 anos

Os participantes do NASF eram todos do sexo feminino; com idade de 27 a 54 anos; e o tempo de atuação na APS, especificamente no NASF, variou de cinco meses a quatro anos, dado o período de implantação do NASF no município, que foi no início de 2010; assim, dois dos integrantes do NASF estavam lotados na equipe desde sua implantação. Com relação à escolaridade, um possuía apenas graduação, um doutorado e os demais haviam cursado especialização.

O terceiro grupo de participantes foi composto por gestores, apresentados no Quadro 9; sendo dois gestores locais de UBS e um gestor municipal.

---

valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da APS e da ESF e levá-los para localidades com maior carência para este serviço. Prevê atuação de profissionais de saúde durante 12 meses em diversos postos de atuação pelo país, supervisionados por uma instituição de ensino, sendo obrigatória a participação em curso de especialização em Atenção Básica provido pela Rede UNA-SUS. Semanalmente, o profissional tem 32 horas de atividades práticas nas UBS e oito horas no curso de especialização (BRASIL, 2011d).

**Quadro 9** - Identificação dos participantes da pesquisa: gestores

<b>Cargo</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo de atuação na APS</b>
Gestor Local/UBS	F	49	Graduação em Administração	1 ano
Gestor Local/UBS	F	43	Graduação em Letras	6 meses
Gestor Municipal	F	37	Graduação em Enfermagem; e Especialização	14 anos

Todos os gestores também eram do sexo feminino; os dois gestores de UBS eram contratados como cargos comissionados por indicação da atual gestão municipal e não possuíam formação na área da saúde; o gestor municipal era concursado com formação em Enfermagem. A idade variou de 37 a 49 anos. O tempo de atuação na APS foi menor entre os gestores locais, e o gestor municipal trabalhava na APS desde sua formação acadêmica.

## 5.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS – MANUSCRITOS

Do processo específico de análise dos dados, foram selecionados aqueles dados considerados como mais expressivos para atender ao objetivo do estudo de avaliar a atenção à saúde às pessoas com DM na ESF/APS, que estão apresentados no formato de três manuscritos que compõem a tese, exibidos no Quadro 10.

Nesses manuscritos, procurou-se contemplar o máximo das informações obtidas. Porém, há temas que poderão ainda ser explorados, como, por exemplo, a assistência às pessoas com DM desenvolvida nos grupos; a atuação do NASF nesta atenção; o programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); a rede de atenção; a qualidade dos registros nos prontuários; e a avaliação que os profissionais fazem de seus pares.

Isso significa que, apesar de o foco central da pesquisa ser a atenção desenvolvida pelos profissionais que integram a ESF às pessoas com DM, especialmente para a prevenção das complicações crônicas dessa doença, obteve-se muitas informações que foram além dessa, conforme retrata a Figura 5. Fato esperado, justamente porque o

referencial teórico adotado permite um olhar não apenas para as partes, mas também para a totalidade onde essa atenção era realizada.

**Quadro 10** - Título e objetivo dos manuscritos que compõe a tese

ARTIGO	TÍTULO/OBJETIVO
01	<p><b>Título:</b> Prevenção das complicações crônicas do diabetes <i>mellitus</i> na atenção primária à luz da Complexidade</p> <hr/> <p><b>Objetivos:</b> Avaliar como os integrantes das Equipes de Saúde da Família realizavam as práticas de atenção à saúde de pessoas com diabetes <i>mellitus</i> na Atenção Primária à Saúde; Conhecer as concepções dos integrantes das Equipes de Saúde da Família sobre a atenção à saúde de pessoas com diabetes <i>mellitus</i> na Atenção Primária à Saúde, focalizando a prevenção das complicações crônicas decorrentes da doença.</p>
02	<p><b>Título:</b> Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes na atenção primária</p> <hr/> <p><b>Objetivo:</b> Compreender como os integrantes da Estratégia Saúde da Família se auto organizam para a educação em saúde no manejo e prevenção das complicações crônicas do diabetes <i>mellitus</i> na Atenção Primária à Saúde.</p>
03	<p><b>Título:</b> Atenção primária às pessoas com diabetes <i>mellitus</i> na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas</p> <hr/> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da Estratégia Saúde da Família às pessoas com diabetes <i>mellitus</i> na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.</p>

**Figura 5** – Elementos que surgiram da análise dos dados relacionados com a temática – Atenção às pessoas com DM



### **5.2.1 Manuscrito 1 – Prevenção das complicações crônicas do diabetes *mellitus* na atenção primária à luz da Complexidade**

#### **PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À LUZ DA COMPLEXIDADE**

#### **PREVENTING CHRONIC COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS IN PRIMARY CARE ACCORDING TO ITS COMPLEXITY**

#### **LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA LUZ DE LA COMPLEJIDAD**

#### **RESUMO**

O estudo teve como objetivos: Conhecer as concepções dos integrantes das Equipes de Saúde da Família sobre a atenção à saúde de pessoas com diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde e Avaliar como os integrantes das Equipes de Saúde da Família realizavam as práticas de atenção à saúde de pessoas com Diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde, focalizando a prevenção das complicações crônicas decorrentes da doença. Pesquisa avaliativa, que teve como referencial teórico o Pensamento Complexo, realizada em um município do Estado do Paraná, no período de dezembro de 2013 a maio de 2014. Foi utilizado como técnicas de coleta de dados a entrevista com 38 participantes, observação nos atendimentos coletivos e individuais, e análise em 25 prontuários de pessoas com diabetes. Foram empregados a triangulação na análise de dados e o *software* ATLAS.ti para os dados das entrevistas. Os resultados evidenciaram que a prevenção e o manejo das complicações crônicas do diabetes não atendiam ao estabelecido nas políticas públicas ministeriais destinadas a esse público. A prevenção era compreendida como uma atividade dissociada da prática assistencial. O acompanhamento sistematizado para controle da prevenção das complicações crônicas não ocorria. A assistência oferecida faz parte de um contexto complexo, dinâmico, interativo que necessita de mais envolvimento por partes dos profissionais e gestores, pois ações unidirecionais não são capazes de suprir todas as demandas e as necessidades do processo saúde/doença das pessoas com Diabetes

*mellitus*, deixando lacunas na prevenção das complicações crônicas da doença.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Complicações do Diabetes; Prevenção & Controle; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

### **ABSTRACT**

The study aimed at knowing the views of members of Family Health Teams on the health care given to people with Diabetes Mellitus at the Primary Health Care and evaluating how the members of the Family Health Teams performed their duties with individuals with Diabetes *mellitus* at the Primary Health Care, focusing on the prevention of the disease chronic complications. It is an evaluative research, based on Complex Thought, carried out in a city in the State of Paraná, from December 2013 to May 2014. Data were gathered from the interview with 38 participants, the observation of collective and individual treatment, and analysis of medical records of 25 diabetic individuals. We used the triangulation to analyze the data and the ATLAS.ti software for the data from the interviews. The results showed that the prevention and management of the diabetes chronic complications did not meet what was established by the Health Ministry's public policies for this population. Prevention was understood as an activity dissociated from healthcare practices. The systematic monitoring to control the prevention of chronic complications did not occur. The assistance offered is part of a complex, dynamic, interactive context that needs more involvement from professionals and managers. One-way actions are not capable of meeting all the demands and needs of the health/disease process of diabetes mellitus sufferers, leaving gaps in the prevention of the disease chronic complications.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus; Diabetes Complications; Prevention & Control; Primary Health Care; Health Services Evaluation.

### **RESUMEN**

El objetivo del estudio fue conocer las concepciones de los miembros de los equipos de salud familiar en el cuidado de la salud de las personas con diabetes en la atención primaria de la salud y evaluar cómo los miembros de los equipos de salud familiar realizaban sus prácticas de atención a la salud de las personas con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud, centrándose en la prevención de las complicaciones crónicas de la enfermedad. Es una investigación evaluativa, cuyo referente teórico es el Pensamiento Complejo, conducida en una ciudad

del estado de Paraná, desde diciembre 2013 a mayo 2014. Los datos foram recolectados de la entrevista con 38 participantes, de la observación de asistencia individual y colectiva, y el análisis de las historias clínicas de 25 personas con diabetes. La triangulación fue utilizada en el análisis de datos y el software ATLAS.ti para los datos de las entrevistas. Los resultados mostraron que la prevención y el tratamiento de las complicaciones crónicas de la diabetes no cumplieron con lo establecido en las políticas públicas ministeriales dirigidas a este público. Prevención es entendida como una actividad disociada de la práctica asistencial. El monitoreo sistemático para controlar la prevención de las complicaciones crónicas no ocurrió. La asistencia ofrecida es parte de un contexto complejo, dinámico e interactivo que necesita una mayor participación por parte de los profesionales y directivos, ya que acciones unidireccionales no son capaces de satisfacer todas las demandas y necesidades del proceso salud/enfermedad de personas con diabetes mellitus, dejando huecos en la prevención de las complicaciones crónicas de la enfermedad.

**Descriptor:** Diabetes Mellitus; Complicaciones de la Diabetes; Prevención & Control; Atención Primaria de Salud; Evaluación de Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

Em todos os países do mundo, os custos gerados ao sistema de saúde para o atendimento às pessoas com Diabetes *mellitus* (DM) são altos, impactantes e preocupantes. Estimativas apontam que a tendência é o aumento de pessoas com a doença e com as complicações decorrentes dela; levando muitos países a reestruturarem políticas públicas para conter as estatísticas e trazer resolubilidade aos impactos que os custos causarão em um futuro próximo aos sistemas de saúde (ZIMMET et al., 2014; BARQUERA, 2013; LAMOTTE, 2012; TODOROVA, 2012; AKALIN et al., 2012; HNOOSH et al., 2012).

Nesse contexto, as complicações crônicas do DM apontam para uma série de eventos complexos em sua singularidade e ainda para uma rede complexa quando analisados na sua pluralidade. Para que a prevenção seja efetiva, afirma-se a possibilidade de manter níveis glicêmicos controlados, como uma medida efetiva para diminuir o risco e a progressão das complicações crônicas (ADA, 2015; FERREIRA et al., 2011). Para a prevenção e o manejo das complicações deve-se considerar que o controle interage com outros fatores de risco

(hipertensão arterial, fumo e dislipidemias), e medidas farmacológicas e não farmacológicas podem reduzir em até 50% essas complicações (BRASIL, 2013; 2006a; 2001).

O plano terapêutico para as pessoas com DM, entre outros, consiste em controlar os níveis glicêmicos. Mas também investir em mudanças no estilo de vida, o que corresponde à prática de exercícios físicos regulares e rigoroso controle da alimentação; farmacoterapia; acompanhamento periódico em consultas e exames laboratoriais; abolição do fumo; controle da pressão arterial; detecção precoce e tratamento de complicações crônicas (BRASIL, 2013; 2006a; 2001).

Como a prevenção das complicações crônicas do DM, na perspectiva de promoção da saúde das pessoas, faz parte de um sistema complexo e envolve múltiplos atores e uma multiplicidade de situações interventoras. A Teoria da Complexidade, por comportar o conceito de sistemas e de integralidade dos sistemas em redes, permite um olhar aberto para a compreensão desse contexto em suas dimensões e contradições. Com capacidade de reconhecer uma realidade em seus diversos aspectos, embasada no princípio da ciência que compreende a multidimensionalidade que deve ser contemplada e respeitada, pela sua característica que, além de complexa, é intrínseca, histórica, sociológica e ética (MORIN, 2010a; 2008).

A prevenção é uma temática que perpassa, transversalmente, inúmeras políticas de saúde. Principalmente, as que se destinam às doenças crônicas, sendo ponderada como ações indissociáveis ao contexto assistencial. Essas questões convergem com o que o Ministério da Saúde (MS) define sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), em que demarca a prevenção de agravos como um de seus elementos imprescindíveis neste contexto (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, os protocolos para DM do Ministério da Saúde dirigidos aos profissionais da APS enfatizam que parte do acompanhamento das pessoas com DM deve ser dedicada à prevenção, identificação e manejo destas complicações; por uma equipe treinada, com tarefas específicas, contendo a organização de planos terapêuticos e das referências e contrarreferências dentro do sistema de saúde, que devem ser articulados na rede de atenção (BRASIL, 2013; 2006a; 2001). O que deve ser tomado como referência pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser o modelo de atenção em vigência no país.

A prevenção em saúde tem por finalidade diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença e as ações preventivas são

intervenções orientadas a evitar o surgimento de patologias específicas, com intuito de reduzir sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2003); a prevenção aqui mencionada é compreendida como ações antecipatórias, tanto em estágios iniciais, caracterizada pela realização do diagnóstico precoce, como também nos estágios mais tardios, que tem por finalidade prevenir os agravos, ou seja, as complicações crônicas do DM.

Para os níveis de prevenção em saúde, foram considerados o primordial, que almeja mudanças nos estilos de vida que podem contribuir para o aparecimento de doenças, principalmente, as crônicas (ALWAN, 1997). O primário, que compreende um conjunto de atividades que visam evitar ou remover a exposição individual e coletiva a um fator de risco causal, antes do desenvolvimento da doença, e envolve promoção da saúde e proteção específica; o secundário, que visa a detecção de um problema de saúde individual e coletivo numa fase precoce, favorecendo a cura, reduzindo e prevenindo propagação ou efeitos a longo prazo; o terciário, que pretende reduzir os custos sociais e econômicos ocasionados pelo curso da doença na população, através da reabilitação e reintegração precoces e da potencialização da capacidade funcional remanescente aos indivíduos, e implica em tratamento e controle das doenças crônicas (LEAVELL, CLARK, 1976).

O nível quaternário, que objetiva evitar ou atenuar o excesso de intervenções médicas, considerado como um nível elevado de prevenção em saúde, que consiste na detecção de indivíduos em risco de sobretreamento, para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas, para as quais devem ser sugeridas alternativas eticamente aceitáveis, visando a prevenção de sofrimento (JAMOULLE, 2011).

Ainda, de acordo com os níveis de prevenção, deve-se considerar que Leavell e Clark (1976) iniciaram a apresentação dos três níveis (primário, secundário e terciário). Tomando-os como referência, outros autores avançaram na discussão, e construíram, teoricamente, o nível primordial, que antecede o primário, e o quaternário, que avança naquilo que é proposto no terciário (ALWAN, 1997; JAMOULLE, 2011). Com o avanço teórico dessas apresentações, optou-se por ter como referência esses diversos autores, que, juntos, compõe um olhar ampliado dos níveis de prevenção.

Vários estudos investigaram o DM na APS (SILVA et al., 2013; MALFATTI, ASSUNÇÃO, 2011; STACCIARINI, CAETANO e PACE, 2011; VIEIRA, SANTA HELENA, 2011; SANTOS,

OLIVEIRA e COLET, 2010; OTERO, ZANETTI, OGRIZIO, 2008), no entanto, há uma lacuna quanto à atuação dos profissionais de saúde nesse nível da atenção, especialmente, relativo a avaliar a atuação na prevenção das complicações crônicas da doença e dos fatores intervenientes nesse contexto. Assim, os objetivos deste estudo foram: Conhecer as concepções dos integrantes das Equipes de Saúde da Família (EqSFs) sobre a atenção à saúde de pessoas com diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde e Avaliar como os integrantes das Equipes de Saúde da Família realizavam as práticas de atenção à saúde de pessoas com diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde, focalizando a prevenção das complicações crônicas decorrentes da doença.

## **METODOLOGIA**

Estudo qualitativo, que teve como referencial teórico o Pensamento Complexo e como referencial metodológico a pesquisa avaliativa. Foi realizado em um município do Estado do Paraná, junto a 38 participantes, sendo 29 integrantes das EqSFs: cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem e 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); seis profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): dois farmacêuticos, um educador físico, um psicólogo, um assistente social e um nutricionista; e três gestores: dois diretores de Unidade Básica de Saúde (UBS) e um vinculado à gestão municipal.

Para a seleção da amostra teórica, buscou-se junto aos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) as EqSFs que possuíam maior número de pessoas com DM cadastradas na área de abrangência. Os participantes do NASF e os gestores foram selecionados a partir do que foi indicado como referência para o primeiro grupo investigado, ou seja, os profissionais das EqSFs.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a maio de 2014, utilizando três técnicas: entrevista, observação e análise dos prontuários. Foram realizadas entrevistas intensivas (CHARMAZ, 2009), que aconteceram em dias, horários e locais pré-agendados, com a utilização de um guia de entrevista para direcioná-las, entretanto, outras perguntas foram acrescentadas conforme a necessidade de aprofundamento da temática. Todas as entrevistas foram gravadas, com duração média de uma hora e quinze minutos, realizadas pela própria pesquisadora.

A observação realizada foi com participação moderada (TRENTINI, PAIM, 2004), ocorrendo nos atendimentos de grupo que as EqSFs ofereceram às pessoas com DM e em alguns atendimentos individuais, que foram registrados no diário de campo da pesquisadora. Para a análise dos prontuários foram selecionados cinco por equipe, totalizando 25 prontuários de pessoas com diagnóstico de DM, indicados pelos enfermeiros. Destes, foram extraídos dados referentes à assistência e ao acompanhamento das pessoas, porém com um olhar mais voltado às complicações crônicas da doença, os quais incluíram: tempo de diagnóstico; presença de complicações crônicas, condutas e acompanhamentos; periodicidade dos atendimentos, dos exames solicitados, dos exames físicos, dos encaminhamentos, das orientações. Esses dados foram registrados em um formulário elaborado pela pesquisadora, individual para cada prontuário analisado.

Realizou-se a triangulação na análise de dados, por sua característica de permitir a combinação de várias técnicas para coletá-los, permitindo ao pesquisador a utilização das informações num processo que engloba interação, crítica intersubjetiva e comparação (MINAYO, 2005). No processo de análise dos dados foram, portanto, consideradas as falas dos participantes da pesquisa, a observação das práticas assistenciais e os dados dos prontuários.

Utilizou-se o *software* ATLAS.ti 7.1.7 com licença de número 58118222, como ferramenta tecnológica para auxiliar a organização e análise dos dados das entrevistas. Para a análise desses dados, foi empregada a técnica analítica da *Grounded Theory* (STRAUSS e CORBIN, 2008), que envolveu as seguintes etapas: a codificação aberta, que teve como referência a identificação de como os profissionais atuavam na prevenção de complicações crônicas; e a codificação axial decorrente da reunião dos códigos em dois eixos, que corresponde às duas categorias apresentadas neste estudo, intituladas **A concepção de prevenção no contexto da APS**, que é mais conceitual e aponta aspectos gerais da atenção à saúde, e **A prevenção das complicações crônicas do DM no contexto da APS**, que focaliza os aspectos das práticas de prevenção das complicações crônicas da doença.

Foram utilizados, como referência para análise dirigida dos dados, os protocolos estabelecidos pelo MS para o atendimento às pessoas com DM: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus (BRASIL, 2001); Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006a); Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o

cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013).

Com relação aos dados da observação, a análise se efetuou após a das entrevistas, sendo destacado nessas observações aquilo que contribuía para uma melhor compreensão do que vinha sendo falado pelos participantes. Os dados dos prontuários foram inseridos em uma planilha e também considerados como subsídio na análise dos dados.

Os aspectos éticos do estudo ocorreram em conformidade com o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012); o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com Parecer de número 466.855, e autorizado pela Secretaria de Saúde do município de referência.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. As questões éticas foram preservadas durante o desenvolvimento do estudo, mantendo o anonimato e o sigilo de todos os envolvidos; e, para assegurar a preservação da identidade, eles foram identificados pela sua profissão e/ou cargo que ocupavam seguido da Letra P e um número correspondente à inclusão da entrevista no *software* ATLAS.ti.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A prevenção e o manejo das complicações crônicas do DM na APS, no cenário avaliado, divergiam em vários aspectos daquilo que se encontra estabelecido pelas políticas públicas para o DM. A assistência, da maneira como encontrava-se organizada, não conseguia cumprir com os referenciais propostos pelo MS. A prevenção era compreendida como uma atividade dissociada da prática assistencial, o conceito atribuído não era claro e nem diferenciado de outros conceitos da área da saúde; e, além disso, a assistência priorizava ações curativas em detrimento das preventivas.

O acompanhamento sistematizado para o controle efetivo e com foco na prevenção das complicações crônicas do DM não ocorria, justificado por uma multiplicidade de fatores intervenientes que envolvia a organização do sistema da APS, da gestão, das equipes, dos profissionais em suas condutas assistenciais individuais; em uma dinâmica que revela uma complexidade no acompanhamento e manejo das pessoas com DM.

## A concepção de prevenção no contexto da APS

Esta categoria aborda como os integrantes da pesquisa compreendiam, conceituavam e executavam a prevenção em suas práticas assistenciais no contexto da APS.

Os participantes da pesquisa referiram que o modelo da ESF se constitui em um espaço privilegiado para a prevenção da saúde e de agravos. Porém, existia a compreensão de que exercer ações preventivas está dissociado da prática assistencial atual. As práticas preventivas eram sobrepujadas pelas ações assistencialistas, de caráter curativista, que se apoiavam no aparato medicamentoso, como uma necessidade implícita do serviço em estabelecer prioridades para esse tipo de atendimento, e dos profissionais em realizar ações que atendessem as demandas exigidas no cotidiano do serviço, de maneira singular e linear.

Nesse prisma, a assistência e a prevenção são colocadas como atividades díspares. Isso porque, os profissionais de saúde pontuaram que a prevenção se tratava de uma atividade estanque e distante do contexto da ESF. Sendo compreendida como uma atribuição a mais, as quais se encontravam impossibilitados de executá-la, diante de todas as demandas existentes.

Prevenção, não! Eu acho que não. Porque trabalhamos mais com a doença. Deveria. Na verdade, é papel da ESF trabalhar com a prevenção e não quando o mal já está aí. Mas não trabalha com a prevenção (ACS-P12).

[...] aqui falta a prevenção e não o tratamento quando a pessoa já está complicada, entendeu? Falta mais educação para a população. Mas a assistência aqui dentro do Posto é boa, por exemplo, acabou a medicação e a pessoa precisa tomar hoje, a gente atende; chegou aqui com glicemia alterada, a gente atende. Então, essa assistência a gente tem, só não tem é prevenção mesmo. Mas não dá, porque se é para eu fazer prevenção... Então, eu não vou atender o paciente, vou fazer prevenção! Mas não vou dar receita, porque não dá para fazer tudo (Médica-P11).

Não havia um entendimento de que atividades preventivas deveriam estar implícitas em todas as ações que fossem realizadas por eles, e que deveriam acontecer por meio de um diálogo aberto e interativo com as pessoas sob seus cuidados, em todos os encontros com o outro.

O entendimento dos profissionais sobre prevenção estava restrito aos níveis primordial e primário (JAMOULLE, 2011; ALWAN, 1997), com dificuldade em associar seu trabalho a outros níveis de prevenção, que tenham o intuito de prevenir complicações, mesmo a partir da doença já estabelecida.

Com relação ao conceito de prevenção, os profissionais não fizeram diferenciações entre os termos “prevenção” e “promoção da saúde”, sendo referidas como atividades que ocorrem em eventos e ações separadas do cotidiano da prática assistencial, e não como parte indissociável das ações assistenciais dos profissionais, o que demarca a ausência de comprometimento com os níveis secundário, terciário e quaternário de prevenção.

[...] no dia 26 vai iniciar a campanha da gripe e nós decidimos fazer um dia de promoção da saúde e vai ter diversos atendimentos, orientação para diabetes, da odonto, palestras, vem a nutricionista do NASF, a gente procura fazer esse serviço preventivo (Gestor Local-P32).

Assim, saúde do homem, saúde da mulher, o preventivo da mulher de 25 a 49 anos, que tem que fazer a sua prevenção todo ano. Então, essa coisa vem funcionando, a gente faz as campanhas (ACS-P17).

Essas falas reforçam que os participantes atribuíram à prevenção uma perspectiva mais linear, em que as atividades são programadas com a finalidade específica de cumprimento de metas estabelecidas pelas instâncias reguladoras da APS. Outro estudo realizado com profissionais que compunham a ESF também identificou que muitos deles não fizeram distinção entre os termos “promoção da saúde” e “prevenção” (TESSER et al., 2011).

O conceito de prevenção, principalmente a primordial, também é apontado em outro estudo como facilmente associado com o conceito de promoção da saúde, no entanto, afirma que essas podem ser

complementares (ALMEIDA, 2005). Isso porque, enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença específica, a promoção da saúde objetiva melhorar a saúde e o bem-estar geral, através de esforços intersetoriais (CZERESNIA, 2003). Nesse sentido, a promoção exige um esforço coletivo/intersetorial e a prevenção requer um maior envolvimento do profissional no contexto individual e integração com a equipe interdisciplinar que compõe a rede assistencial.

Com relação à execução das práticas preventivas no contexto da APS, diante da maneira como os profissionais se organizavam, foram várias as justificativas para a não realização, entre elas: algumas inerentes aos usuários que utilizavam o serviço; aos profissionais que realizavam a assistência; e às dificuldades existentes dentro do próprio serviço de saúde.

Nas que se referiam aos usuários, esses foram responsabilizados por não procurar o serviço de saúde de forma preventiva, ou seja, antecipatória, mas somente na presença do evento da doença ou de suas complicações. Diante desse fato, as necessidades dessas pessoas passavam a ser por consulta médica, ocasionando aumento de demanda para esse serviço, que não era ofertado na mesma intensidade com que era procurado pela população, o que ocasionava uma insatisfação nessas pessoas por acreditarem que não tinham suas necessidades supridas pelo serviço. Além disso, eram responsabilizadas por não seguirem as recomendações dos profissionais para o autocuidado, considerados imprescindíveis para o controle do DM.

Quanto à sua própria atuação, como responsáveis pela execução da assistência, os profissionais referiram que a falta de tempo era um dos maiores impedimentos para a não realização de ações preventivas no cotidiano, em razão da grande demanda da população que procurava por atendimento. Assim, existe uma forte concentração dos profissionais da saúde em resolver os problemas mais urgentes dos usuários, em que os esforços consistem em liberar as pessoas que estão na UBS o mais brevemente possível, como uma demarcação de que tiveram seus problemas solucionados.

Diante dos relatos dos profissionais e das observações realizadas nesse cenário, identificou-se que a pressa com que os profissionais executam as ações assistenciais, muitas vezes, os problemas eram vistos e resolvidos apenas na sua superficialidade, sem que as pessoas fossem vistas em sua totalidade e integralidade, frente à complexidade de seus processos saúde/doença.

A falta de tempo também foi relacionada às demandas exigidas pelas atividades burocráticas, tais como os diversos relatórios que precisam ser realizados periodicamente para alimentar os programas ministeriais, nas várias instâncias reguladoras. Outro aspecto referido foi o fato de que nem sempre os profissionais estão com a mesma disposição e paciência para realizarem orientações às pessoas nos atendimentos. Esta percepção demarca que existia algum entendimento de que poderiam desenvolver ações preventivas, mas que esta era uma decisão sua e que dependia de tempo e disposição para tal.

[...] a gente não consegue abranger tudo. A orientação certinha, tentando esclarecer todas as dúvidas da pessoa, às vezes, a gente não consegue... falta tempo, falta paciência... fica alguma coisa a desejar (Médica-P10).

Essas atitudes mostram que a atenção à saúde das pessoas com DM, tem como foco uma assistência mais voltada para os problemas agudos e não a condição crônica das pessoas, com intervenções preventivas para que não desenvolvam complicações mais tardias. Não há uma antecipação dos possíveis problemas que irão decorrer dessa falta de prevenção, para as pessoas, suas famílias, comunidade, serviços e sistema de saúde. Como sujeitos da ação, os profissionais de saúde não assumem e não adotam concepções preventivas nessa atenção e não compreendem suas responsabilidades diante desse contexto.

Entre as dificuldades existentes dentro do serviço de saúde, foram identificadas: falta de materiais didáticos para executarem atividades preventivas diferenciadas à população, em que havia demora da Secretaria de Saúde nas respostas às solicitações desses materiais, o que desestimulava os profissionais; falta de compreensão e entendimento da gestão local sobre prevenção, levando a uma valorização das ações curativas, com empenho desses gestores em aumentar a oferta da consulta médica de caráter curativo, respondendo de forma unidirecional às solicitações da população; dificuldades da gestão municipal em acompanhar a assistência realizada no cotidiano das EqSFs.

A execução das práticas preventivas no contexto da APS compõe um fenômeno complexo marcado pelo cuidado, que requer múltiplas interações entre indivíduos envolvidos no processo, meio ambiente e práticas em saúde (ROCHA, SPAGNUOLO, BOCCHI; 2013), necessitando que o profissional de saúde seja o interlocutor dessas interações, para que a assistência aconteça de forma positiva.

Entretanto, aquelas pessoas que estavam nas EqSFs há mais tempo identificaram prejuízos perante as interações no contexto do cuidado, apontando que a assistência atual não conseguia abranger e atuar de forma efetiva em nenhum dos níveis de prevenção, e inferiram que esse percalço era fruto da mudança nas posturas individuais dos profissionais, que passaram a não valorizar atividades de educação em saúde com intuito preventivo. Reconheceram também que havia necessidade de eles promoverem mudanças em suas condutas individuais, perante o processo de cuidar e assistir os usuários da APS. Essas mudanças não foram apontadas como algo que esses profissionais pudessem iniciar, eram colocadas como algo que deveria acontecer, mas que não era assumido como devendo começar por eles mesmos.

Eu acho que, se cada um dos profissionais exercesse seu papel como tem que ser, melhoraria muito. A minha primeira equipe foi muito boa, foi PSF mesmo, porque hoje a gente não trabalha como PSF, trabalha só para eliminar a doença e pronto! A gente nem trabalha com prevenção mais, aqui nem tem isso também, mas lá no começo a gente tinha palestras, o paciente tinha vontade, nos grupos para os diabéticos e hipertensos os médicos se envolviam mais, eles tinham mais tempo, então acho que era bem diferente. As coisas mudaram por causa dos profissionais, a cabeça mudou, eles não aceitam falar que pode melhorar (ACS-P13).

Agora mudar isso... Depende muito da iniciativa individual de cada um. Porque, se você quiser, você consegue. E consegue coisas que você nem imagina. Você está falando (orientando) e está fazendo um efeito tão enorme para a vida da pessoa, que você nem imagina... (Enfermeira-P1).

Nesse sentido, a educação em saúde, considerada uma estratégia básica para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2009), era reconhecida como importante para o trabalho dos profissionais das EqSFs, porém assumiram que não vinha sendo realizada no dia a dia da prática assistencial. Esse fato pode trazer repercussões negativas à vida das pessoas com DM que utilizam o serviço da APS. Estudo que avaliou a qualidade de um Programa para

atendimento de pessoas com DM e hipertensão arterial, na ótica dos usuários, identificou que o mesmo era referido por eles como de extrema importância para suas vidas e passaram a ser dependentes dessa atenção para a gestão do seu processo saúde/doença; um dos motivos que os levava a buscar o programa era a procura por orientações e tratamento para o cuidado com a saúde (SILVA et al., 2013).

A prevenção no contexto da APS engloba uma dinâmica complexa que envolve sistema, política, gestão, equipe, profissionais em um movimento de encontros e desencontros, que recebe influências e é influenciado por vários outros contextos intervenientes.

Dentre outros, destaca-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se incompletamente implantado; ainda sofre fortes influências das práticas que não valorizavam o cuidado humanizado e a excelência técnica de seus profissionais; a gestão é pouco profissionalizada e muda conforme a administração pública; e a medicina da família e comunidade ainda é pouco expressiva no contexto brasileiro (TESSER, 2012).

Considerando o conceito de rede para o pensamento complexo (MORIN, 2008), o sistema de saúde, frente à sua complexidade, suas múltiplas dimensões e todas as contradições que o envolvem, é capaz de influenciar os diversos sistemas à sua volta e seus múltiplos subsistemas interconectados, assim como recebe influências de todos os outros. Nesse sentido, as ações dos profissionais podem ser compreendidas como reflexos das limitações existentes na operacionalização desse sistema como um todo, diante das múltiplas demandas, em que, muitas vezes, não se consegue contemplar todas as responsabilidades propostas.

### **A prevenção das complicações crônicas do DM no contexto da APS**

Esta categoria está composta pelas ações de prevenção de cada uma das complicações crônicas do DM na perspectiva do que é proposto pelos protocolos do MS para o DM (BRASIL 2013; 2006a; 2001), que estabelecem que a prevenção e o manejo devem envolver: doenças cardiovasculares, retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética, pé diabético e saúde bucal. Os dados aqui apresentados são representativos da valorização que os entrevistados atribuíram a essas complicações, algumas condutas diante delas e como funciona a rede de atenção primária frente às especialidades com vistas à prevenção das complicações crônicas do DM.

As ações de prevenção das complicações crônicas do DM na assistência oferecida pelos integrantes das EqSFs às pessoas com DM eram pouco expressivas. As considerações que os participantes da pesquisa fizeram em relação às complicações crônicas do DM estavam mais relacionadas com suas experiências pessoais, vivenciadas dentro de suas próprias famílias. Quando falavam a respeito de pessoas que tinham atendido, era sempre sobre aqueles que tiveram uma evolução ruim, fosse por amputação, cegueira, falência renal ou algumas complicações cardiovasculares, mas que vivenciaram o sofrimento e a morte. Essas experiências os sensibilizaram para a gravidade da situação, de modo a expressarem preocupação.

Valorizavam e preocupavam-se mais com as complicações visíveis, ou seja, aquelas que podiam identificar apenas com a inspeção, ou mesmo com o simples olhar. As mais expressas foram as complicações relacionadas ao pé diabético, referidos como feridas. Porém, a neuropatia diabética não teve uma expressiva valorização e nem foi colocada como situação precedente que poderia favorecer as complicações nos pés, merecendo atenção e acompanhamento. Assim, as complicações passavam a ser valorizadas a partir de sua evolução mais avançada.

No entanto, mesmo o pé diabético sendo referido como complicação crônica mais preocupante, não havia um acompanhamento com realização de exame físico dos pés, como uma atividade sistematizada e periódica, como um instrumento capaz de prevenir o avanço dessa complicação. Nos prontuários avaliados, não foram encontrados registros referentes à avaliação física dos pés das pessoas com DM e de orientações realizadas com a finalidade de prevenir o risco de úlceras e amputações de extremidades.

O MS preconiza a avaliação anual dos pés nas pessoas com DM e indica como deve ser feito; além de especificar a classificação de risco do pé diabético, manejo de acordo com o nível de risco, e pontuar as orientações educacionais básicas para cuidados dos pés (BRASIL, 2013; 2006a).

Vários estudos concordam que a maioria das complicações nos pés poderia ser prevenida com medidas de baixa complexidade e cobram essa responsabilidade do sistema de saúde, para que seja capaz de proporcionar cuidados preventivos, com avaliação integral em tempo hábil às pessoas com DM (LUCAS et al., 2010; AMARAL, TAVARES, 2009; LOPES, BRITO, 2009). Isso porque, quando as pessoas procuram pelos serviços de saúde com comprometimento nos pés, as lesões

geralmente se encontram em estágio avançado e requerem intervenção cirúrgica, o que contribui significativamente para um quadro de incapacidade, sofrimentos e custos elevados ao sistema de saúde (SALOMÉ, BLANES e FERREIRA, 2011).

A segunda complicação crônica mais apontada foi a retinopatia diabética, considerada como alteração na visão das pessoas com DM. Essa complicação era valorizada mais a partir da queixa das pessoas de diminuição da acuidade visual. O relato dessas queixas pode significar o comprometimento irreversível da visão, decorrente de um acompanhamento que não interveio de forma preventiva. Entretanto, os dados referidos pelos profissionais e também registrados nos prontuários apontaram encaminhamentos para oftalmologistas, somente diante de situações de queixas referidas pelas pessoas.

[...] eu tive a experiência de ter um paciente que perdeu o pé. Meu pai tem diabetes e teve comprometimento da retina, ele não enxerga quase nada. E sempre eu me preocupava muito com os pés. Porque assim, são coisas que conseguimos visualizar. A visão é o que ele me reporta e se sabe que hoje está bem e amanhã talvez não. Porque como eu vou verificar que um rim dele está prejudicado ou não? Seria laboratorialmente (Enfermeira-P4).

Como em outras complicações, as oftálmicas também são onerosas para o sistema de saúde e as medidas preventivas são mais acessíveis financeiramente do que as medidas de intervenção diante de complicações. Pois os exames para verificar mudanças fisiopatológicas dos vasos sanguíneos da retina em pessoas com DM, além de serem considerados imprescindíveis no acompanhamento dessas pessoas, não são invasivos e os custos são baixos (IKRAM et al., 2013).

Para a retinopatia diabética, o MS preconiza o controle dos níveis glicêmicos e da pressão arterial na APS, sendo necessário solicitar o exame de mapeamento da retina feito por especialista, para as pessoas com DM tipo 1, 5 anos após o diagnóstico, e para as pessoas com DM tipo 2, o rastreamento deve ser feito no momento em que se estabelece o diagnóstico; diante de exame normal, deve ser repetido a cada 1 a 2 anos (BRASIL, 2013; 2006a).

As complicações renais e cardiovasculares foram menos mencionadas que as anteriores como uma problemática decorrente do

DM. Isso denota as dificuldades de valorização das complicações que dependem de outros recursos, além daquilo que se pode observar visualmente e/ou ser mencionado como sintoma pela pessoa, pois essas complicações necessitam de exames laboratoriais para serem acompanhadas. Percebeu-se que existia um pensamento de que as complicações cardiovasculares são alterações já esperadas e independentes de intervenções, pois eram apontadas como uma consequência do processo de cronificação e do próprio envelhecimento.

[...] no meu conhecimento a diabetes é uma doença que vai consumindo todo o organismo com o tempo, comprometimento cardíaco vascular cerebral, já é uma coisa que a pessoa vai ter, tratando ou não. Agora, o pé diabético não, às vezes, um calinho já vira aquele negócio que você não tem noção, é algo muito chocante! Um machucadinho acaba com a vida da pessoa, agora, outros problemas no organismo, já vai acontecer mesmo (Auxiliar de Enfermagem-P7).

Como uma medida que visa o acompanhamento do fator de risco cardiovascular, a verificação da pressão arterial é realizada na maioria das vezes em que as pessoas com DM procuram por atendimento na UBS; esse é um dado que está sempre registrado nos prontuários. Diante da expressividade mórbida e do risco de morte das complicações cardiovasculares no DM, algumas medidas, como a redução da pressão arterial, controle glicêmico e controle da dislipidemia, devem ser priorizadas na gestão clínica da doença. Cada uma dessas abordagens interrompe um número de vias patológicas, o que contribui diretamente para diminuir complicações crônicas (HARCOURT, PENFOLD, FORTES, 2013).

Com relação ao controle metabólico das dislipidemias, apesar de ser realizado, os profissionais não tinham uma padronização da periodicidade com que solicitavam os exames. Foi identificado que, para o acompanhamento dos exames laboratoriais, como uma ferramenta imprescindível na prevenção e controle das complicações crônicas do DM, parecia existir um “consenso velado” que é de responsabilidade do médico, porém os enfermeiros também podem solicitar exames para o acompanhamento e controle dessa população (BRASIL, 2013). No entanto, os enfermeiros não o faziam com regularidade, somente nas

situações em que os pacientes estavam descompensados e com referências de queixas que caracterizavam uma complicação aguda.

No sistema informatizado constavam os exames que fazem parte do protocolo para o DM e, geralmente, o profissional solicitava todos na primeira consulta. Os exames subsequentes, para controle e manejo dos casos, dependiam da iniciativa e conduta de cada profissional, e o parâmetro que mais se aproximava da conduta, entre todos os médicos, era a queixa do paciente.

Para todos os pacientes novos, eu peço os exames do protocolo de hipertensão e diabetes, que entra: ácido úrico, hemograma, lipidograma, glicemia de jejum, urina e os outros... tem o protocolo certinho no gestor. Além desses, peço hemoglobina glicada. Agora, se ele não for insulino dependente, não peço a glicada, só a glicemia de jejum, aí eu vou avaliar, se estiver muito alterada, acima de 200, aí eu peço uma nova glicemia e junto à glicada para ele; faço assim na maioria das vezes. Quando o paciente já é meu, que eu já conheço, eu peço de três em três meses, mas só que o sistema não libera, me diz assim: “próxima consulta para exame só daqui seis meses”. Aí você tem as opções de complementação de diagnóstico, então eu peço assim. Então, para os meus pacientes, praticamente de três em três meses eu peço (Médico-P9).

Considerando a singularidade do cuidado e a necessidade de respeitar e compreender a heterogeneidade de cada pessoa e seu entorno, além da unicidade e da multiplicidade das pessoas em seu processo de viver uma doença crônica como o DM. Todos esses fatores devem ser ponderados pelos profissionais de saúde, no acompanhamento sistemático a essa população.

Entretanto, de acordo com os protocolos para a condução e manejo do DM na APS, os exames laboratoriais para cumprir as metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular devem ser solicitados com os seguintes intervalos: Glicemia de jejum e Hemoglobina glicada a cada três meses até alcançar controle, depois a cada seis meses; Colesterol LDL, HDL e Triglicerídeos uma vez no ano (BRASIL, 2013; 2006a). Dessa forma, as solicitações de exames antes desses prazos, sem que haja uma necessidade justificável, trazem

prejuízos onerosos ao serviço de saúde, assim como as solicitações posteriores acarretam dificuldade de acompanhamento para a prevenção de complicações crônicas às pessoas que utilizam esse serviço.

Para o manejo da nefropatia diabética, foi identificado nos prontuários avaliados que os profissionais solicitavam com certa frequência o exame de Creatinina. No entanto, registros de solicitações de microalbuminúria praticamente inexistiam. As justificativas para a não solicitação desse exame estiveram relacionadas com a capacidade do profissional generalista em conduzir os casos que apresentavam alterações, afirmando que necessitariam de um profissional especializado para a intervenção diante de resultados alterados, o que é pouco possível no contexto da APS.

A microalbuminúria é considerada o melhor marcador para identificar indivíduos em risco de desenvolver insuficiência renal (ADA, 2014; BRASIL, 2013; MARDONES, DURRUTY, 2010). Compreendido como importante para a prevenção da complicação renal, pois, além dos prejuízos para as pessoas, essa complicação ocasiona um alto custo na gestão do DM (MCBRIEN, 2013).

Com relação às complicações bucais, não houve menção dos participantes. No entanto, nas UBS existiam clínicas odontológicas associadas ou de referência. Porém, na prática, parecia um serviço que apenas ocupava o mesmo espaço físico, pois não havia integração entre os profissionais e nem planejamento para uma assistência articulada a esta especialidade, como capaz de promover uma assistência preventiva nas pessoas com DM.

A odonto é um departamento separado, não é integrado com a enfermagem ou médicos, o atendimento é feito por eles mesmos, a consulta é lá. A gente, às vezes, brinca que é um departamento que não pertence à UBS. Você não tem contato, não pode agendar, tem que pedir para ir lá agendar com eles, eu sei que quando precisa de emergência eles atendem, agora, se demora ou não, eu não sei. Nem se tem tratamento específico para quem tem diabetes (Auxiliar de Enfermagem-P7).

Não tem programação, não existe, por exemplo, um dia que ele atende só diabético. Não tem um programa só para o diabético. O objetivo é fazer a priorização da assistência, eu sei que gestante tem

prioridade e ainda tem muitas pessoas que não têm os dentes e acabam sendo prioridades também (Enfermeira-P3).

A prioridade estabelecida para o atendimento odontológico é marcada por necessidades consideradas mais urgentes, frente a atuações de cunho curativista/assistencialista e não preventiva. Outro estudo, realizado na APS, identificou que a oferta de serviço odontológico é insuficiente para a demanda reprimida das áreas de abrangência, o que contribui para uma prática contraditória ao conceito de acesso e de acolhimento da ESF (AMORIM et al., 2014).

Entretanto, o exame periodontal deve ser considerado parte da avaliação em pessoas com DM, profissionais da saúde devem orientar sobre a necessidade de um bom controle glicêmico e higiene bucal adequada para minimizar esses riscos (ARAYA et al., 2011; ALVES et al., 2007). Estudo que trabalhou com a Política Nacional de Saúde Bucal, na perspectiva da bioética no contexto da atenção integral à saúde, infere que, apesar dos avanços dessa política, ainda exige um grande esforço dos envolvidos para que, de fato, o cuidado à saúde seja integral (REIS, SCHERER, CARCECERI, 2015; COSTA et al., 2012). Para Reis, Scherer e Carcereri (2015), o trabalho entre as equipes que compõem a APS não é fortalecido o que restringe a efetividade das ações, principalmente, de promoção da saúde.

De acordo com o MS, as medidas básicas para prevenir doença periodontal compreendem: manutenção do controle glicêmico; higiene oral com escovação e fio dental ao menos duas vezes ao dia; acompanhamento constante para que não haja perda dental e hemorragias gengivais e avaliação anual com cirurgião-dentista (BRASIL, 2013; 2006a).

A assistência imediatista que visa resolver problemas iminentes e agudos passa a ser mais valorizada em detrimento da assistência que previne complicações crônicas ou que almeja atuar em algum nível de prevenção, pois há o conceito impresso na cronicidade de que essa complicação não apareceu hoje e, portanto, não é um problema urgente, que precise de uma ação rápida e imediata. O fator tempo, presente na cronicidade, é algo que pode ser deixado para depois, o que, muitas vezes, acaba não ocorrendo, pela priorização de outras atividades pelos profissionais da APS.

Conduitas como estas, divergem daquilo que se espera da relação entre profissionais e pessoas com doenças crônicas dentro do sistema de saúde, que é o controle regular e extenso durante o tratamento, além da

compreensão e valorização, por parte dos profissionais, das multidimensionalidades exigidas pelas condições crônicas (SILVA, 2013).

A falta de suporte da APS para as especialidades também foi uma problemática apontada pelos participantes da pesquisa. Existe uma grande dificuldade em se conseguir consultas especializadas, os médicos clínicos acenaram esse fato como um grande problema na condução dos casos mais complicados, em que precisariam da avaliação e orientação, principalmente, do endocrinologista para direcionamentos e mudanças de condutas nas pessoas com DM que apresentassem significativa descompensação glicêmica. Reforçando, que a atenção secundária/especializada é subdesenvolvida e precária nos serviços públicos (TESSER, 2012), com uma resposta retroativa às necessidades da atenção primária.

Para a fila das consultas especializadas, o encaminhamento era feito pelo profissional médico, que tem a opção de assinalar como urgente. Quando a funcionária responsável pelo agendamento colocava no sistema como urgente, o próprio Sistema de Regulação das Consultas Especializadas (SISREG) do município dava prioridade a essas, mas, mesmo assim, a demora também era considerável. Isso porque foi identificada uma grande demanda para a pequena oferta do número de consultas especializadas na rede; inclusive, com dificuldades para contratação de médicos especialistas, que acabavam optando pelo trabalho em serviços particulares, por serem mais rentáveis financeiramente, como referido pelos gestores.

Com relação ao tempo de espera por uma consulta especializada, esta poderia variar de seis meses a mais de um ano para o oftalmologista; para o endocrinologista a demora era de mais de um ano; consultas com cardiologista aconteciam, geralmente, dentro do período de seis meses. Também como uma problemática das especialidades estava a contrarreferência, que ocorria a partir do relato do paciente ou da receita que ele recebeu do especialista, pois não havia registros sobre a avaliação, condutas e direcionamentos para que os profissionais das EqSFs mantivessem o acompanhamento na UBS.

Outros estudos também identificaram a ineficiência na comunicação entre os profissionais que atuavam nos vários níveis de atenção do SUS. O que repercutia em falhas no sistema de referência e contrarreferência, demarcando que o mesmo praticamente inexistia (MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011; RODRIGUES, 2009).

Em virtude de todas as dificuldades existentes na APS frente às especialidades, os profissionais da ESF sentem-se desestimulados a solicitarem encaminhamentos de forma preventiva. Esta situação favorece o encaminhamento somente a partir do referencial da queixa, em que, possivelmente, complicações crônicas já se encontram instaladas, impossibilitando ações no nível da prevenção terciária. Assim, as pessoas com DM passam a receber uma assistência meramente curativa, decorrente da referência utilizada para se estabelecer o encaminhamento – a queixa, e com a demora existente para se conseguir consultas especializadas na APS; a soma desses fatores contribui para o desenvolvimento e agravamento das complicações crônicas da doença.

A gente tem a porta de entrada, que é a atenção básica com a equipe, e a partir dali seus encaminhamentos. E tem alguma coisa específica para os encaminhamentos para especialistas dos diabéticos? Ele tem uma vaga para ele lá? Não! Ele é rotina, ele entra na fila para a vaga de todos. Vai ter se estiver tudo complicado, aí ele entra na alta (complexidade), na média é um sufoco. Na alta complexidade a gente consegue mais alguma coisa, porque tem menos gente (Gestor Municipal-P34).

Essa contradição existente na APS em voltar-se para os casos mais complexos, sem um envolvimento efetivo aos níveis de prevenção, para que as pessoas não desenvolvam a doença e as complicações crônicas decorrentes delas, coloca muito aquém uma atuação que consiga trabalhar no nível da prevenção quaternária para as pessoas com DM. Reflexo de um sistema que assume a assistência curativa, sem menção e comprometimento com as iatrogenias decorrentes dessa prática.

Diante desse contexto, é imprescindível que os profissionais que compõem a rede da APS atenham-se a todas as complicações crônicas do DM, com vistas à totalidade das pessoas e à multiplicidade de intervenções necessárias para a prevenção dessas complicações. Isso porque, para o enfrentamento da complexidade e da dinamicidade impressas no processo saúde/doença das pessoas com DM, é necessário ultrapassar a causalidade linear de causa-efeito, com a compreensão da causalidade mútua, inter-relacionada, que demanda necessidades

circulares, retroativas-recursivas, com respostas que vão ao encontro da integralidade e da totalidade (MORIN, 2010b).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados evidenciados permitem inferir que a assistência oferecida pelas EqSFs às pessoas com DM na APS ocorria em um contexto complexo e dinâmico que necessitava de mais envolvimento por partes dos profissionais e gestores, pois ações unidirecionais não são capazes de suprir todas as demandas e as necessidades do processo saúde/doença das pessoas com DM, deixando lacunas na prevenção das complicações crônicas da doença.

A assistência, da forma como vinha sendo realizada e conduzida pelos gestores e pelos integrantes das EqSFs às pessoas com DM, demarcava a existência de problemas em todos os níveis de prevenção em saúde, em que, apesar das ações existentes voltadas aos níveis primordial e primário, ainda eram preliminares; e os demais níveis não eram valorizados no contexto do cuidado. Marcada por ações voltadas para o problema imediato, as quais são incapazes de vislumbrar potencialidades de complicações para tentar contê-las, na intencionalidade de prevenir agravos para as pessoas e ônus ao sistema de saúde. Essas fragilidades acenam que a atenção às pessoas com DM na APS encontrava-se fragmentada e distante de uma assistência que contemplasse a integralidade e a totalidade necessária nesse processo.

A prevenção e o manejo das complicações crônicas do DM constituem-se em um conjunto de fatores que demandam envolvimento de todas as partes, tanto da pessoa, sua família, sua rede social, profissionais de saúde, gestores, serviços de saúde, sistema de saúde em todos os níveis de atenção e políticas públicas favoráveis e aplicáveis, para que o todo possa promover resultados positivos para a vida das pessoas com DM. No entanto, para a aplicabilidade das políticas públicas já existentes para o DM, os profissionais envolvidos têm competência para ampliar suas inter-relações no processo de cuidar dessas pessoas na APS, além de assumirem uma atuação mais efetiva e articulada entre todos os profissionais que integram essa rede de atenção.

Em conjunto, os profissionais de saúde devem buscar estratégias para realizar diagnósticos mais precocemente, evitando a evolução da doença, prevenindo suas complicações e, conseqüentemente, atuar de

maneira efetiva na cadeia preventiva, em todos os níveis de prevenção em saúde.

Em especial, para o enfermeiro, considerado o profissional que assume o cuidado ao ser humano como foco de suas ações, e, com isto, as relações e interações decorrentes do mesmo, o estudo demarca a necessidade deles assumirem a consulta de enfermagem nessa atenção e, logo, suas responsabilidades assistenciais e gerenciais às pessoas com DM. Devendo adotar práticas para a constituição de uma equipe proativa, que contemple ações multidisciplinares e interdisciplinares como base de seus trabalhos.

Diante das fragilidades de acesso e de apoio que os profissionais da ESF têm para encaminhamentos aos especialistas, cabe à gestão responder às insuficiências existentes nas desarticulações da rede de atenção primária frente às especialidades, necessárias no processo de cuidar e assistir as pessoas com DM na APS. Essas devem se constituir em suporte para que os profissionais da ESF possam encaminhar e compartilhar os casos mais complexos, na tentativa de dar novos direcionamentos diante das insuficiências de acompanhamento pelos profissionais generalistas. E, considerando a demora e as dificuldades de se conseguir uma consulta especializada, os profissionais especialistas devem assumir um maior compromisso com a contra referência para os profissionais da ESF, de maneira mais elaborada e detalhada do que simplesmente a prescrição de medicamentos entregue para a pessoa com DM.

Assim, cabe aos gestores municipais suprirem as necessidades relacionadas às consultas especializadas nesse nível da atenção. Sendo necessário investir esforços e recursos financeiros da área da saúde para reverter parte dessas insuficiências, com a contratação de profissionais especialistas para o atendimento da demanda. Pois, em concordância com as políticas públicas para o DM, é necessário garantir às pessoas, consultas especializadas que foquem a prevenção, e não apenas encaminhamentos que não se materializam em consultas, quando já apresentam complicações crônicas instaladas.

Registra-se que este estudo foi aplicado a um número restrito de EqSFs de um município, havendo necessidade de incluir outras equipes e outros contextos, porém ele traz uma realidade que alerta sobre problemas existentes que não são exclusivos desse município, como mostram estudos citados. O estudo possibilita reflexões sobre a atenção oferecida às pessoas com DM na APS, que poderão impulsionar

mudanças na prevenção e no manejo das complicações crônicas da doença e subsidiar novas avaliações na área.

## REFERÊNCIAS

AKALIN, S.; SATMAN, I.; OZDEMIR, O. Cost of disease and its relationship with diabetic complications in Turkish patients with type 2 Diabetes Mellitus. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 7, p. A498-A498, nov. 2012.

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 23, n. 1, p. 91-96, jan./jun. 2005.

ALVES, C. et al. Pathogenic aspects of the periodontal disease associated to diabetes mellitus. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 51, n. 7, p. 1050-1057, out. 2007.

ALWAN, A. Noncommunicable disease: a major challenge to public health in the Region. **East. Mediterr. Health J.**, Egypt, v. 3, n. 1, p. 6-16, 1997.

AMARAL, A. S.; TAVARES, D. M. S. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 801-810, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a05.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of care in Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 37, supl. 1, p. 14-80, 2014.

\_\_\_\_\_. Standards of medical care in diabetes 2015: summary of revisions diabetes care. **Diabetes Care**, New York, v. 38, supl. 1; p. S4, 2015.

AMORIM, A. C. C. L. A. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1077-1086, out./dez. 2014.

ARAYA, O. V. et al. Frecuencia de periodontitis en una muestra de diabéticos tipo 2 y no diabéticos de Santiago de Chile. **Rev. chil. endocrinol. diabetes**, Santiago, v. 4, n. 4, p. 251-256, out. 2011.

BARQUERA, S. et al. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy.

**Globalization and Health**, London, v. 9, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599194/?report=classic>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. 2006b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012** - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012.

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

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COSTA, S. M. et al. Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral. **Rev. bioét (Impr.)**, v. 20, n. 2, p. 342-348, 2012.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 39-53. 2003.

FERREIRA, L. T. et al. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos brasileiros de ciências da saúde**, Santo André, v. 36, n. 3, p. 182-188, set./dez. 2011.

HARCOURT, B. E.; PENFOLD, S. A.; FORBES, J. M. Coming full circle in diabetes mellitus: from complications to initiation. **Nature reviews. Endocrinology**, New York, v. 9, n. 2, p. 113-123, fev. 2013.

HNOOSH, A. et al. Direct Medical Management Costs of Diabetes-Related Complications in Algeria. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 4, p. A179, jun. 2012.

IKRAM, M. K. et al. Retinal vascular caliber as a biomarker for diabetes microvascular complications. **Diabetes Care**, New York, v. 36, n. 3, p. 750-759, mar. 2013.

JAMOULLE, M. **Quaternary prevention: first, do not harm**. Text prepared for the 11th Congress of the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasília, 2011.

LAMOTTE, M.; CHEVALIER, P. The cost of diabetes complications in Belgium. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 7, p. A367-A368, mai./jun. 2012.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.

LOPES, F. M.; BRITO, L. L. Fatores associados ao estado funcional de idosos com amputação por diabetes. **RBSP**, Salvador, v.33, n.3, p. 402-415, jul./set. 2009.

LUCAS, L. P. P. et al. A percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 535-538, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a17.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra referência: um desafio a ser enfrentado. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v.1, n.1, p.31-40, jan./abr. 2011.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hypertension and diabetes in the family health strategy: an analysis of the frequency in the follow-

up care by the teams of family health. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 supl. 1, p. 1383-1388, 2011.

MARDONES, S. J.; DURRUTY, A. P. Microalbuminuria como element de predicción de nefropatía y riesgo cardiovascular em pacientes diabéticos. **Rev. chil. endocrinol. diabetes**, Santiago, v. 3, n. 3, p. 189-196, jul. 2010.

MCBRIEN, K. A. et al. Health care costs in people with diabetes and their association with glycemic control and kidney function. **Diabetes Care**, New York, v. 36, n. 5, p. 1172-1180, mai. 2013.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b.

\_\_\_\_\_. **O método**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulinas, 2008.

OCHOA-VIGO, K. et al. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 296-303, jul./set. 2006.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.2, p.231-237, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200010&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200010&script=sci_abstract)>. Acesso em: 20 abr. 2014.

REIS, W. G.; SGHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan./mar. 2015.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S.; BOCCHI, S. C. M. Assistência em saúde: revisão integrativa do conhecimento produzido à luz da complexidade. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 189-197, jan./mar. 2013.

RODRIGUES, L. B. B. **Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas/MG.** 103f. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2009.

SALOMÉ, G. M.; BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Assessment of symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 327-333, out. 2011.

SANTOS, F. S.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 31, n. 3, p. 223-227, 2010.

SILVA, D. M. G. V. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem:** cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

SILVA, J. V. M. et al. O enfermeiro e a avaliação do usuário sobre o atendimento do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **ANAIS 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem.** 03-05 de junho de 2013, Natal/RN.

STACCIARINI, T. S. G.; CAETANO, T. S. G.; PACE, A. E. Dose de insulina prescrita versus dose de insulina aspirada. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 789-793, 2011.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

TESSER, C. D. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 416-426, jun./set. 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TODOROVA, L. et al. Direct medical costs of diabetes-related complications in India. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 7, p. A662-A662, nov. 2012.

VIEIRA, P. C.; SANTA HELENA, E. T. Fatores associados ao consumo de medicamentos sem receita médica por pessoas com Diabetes mellitus e/ou Hipertensão arterial atendidas por equipes da estratégia saúde da família. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 2, p. 139-148, abr./jun. 2011.

ZIMMET, P. Z. et al. Diabetes: a 21<sup>st</sup> century challenge. **The Lancet**, London, v. 2, p. 56-64, 2014.

## 5.2.2 Manuscrito 2 – Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes na atenção primária

### EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### HEALTH EDUCATION TO PREVENT CHRONIC DIABETES COMPLICATIONS IN PRIMARY CARE

### EDUCACIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CRÔNICAS DE LA DIABETES EN LA SALUD PRIMARIA

#### RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender como os integrantes da Estratégia Saúde da Família se auto-organizam para a educação em saúde, no manejo e prevenção das complicações crônicas do Diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde. Estudo qualitativo, que utilizou o Pensamento Complexo como referencial teórico e a pesquisa avaliativa como referencial metodológico. A coleta de dados ocorreu em um município do Sul do Brasil, no período de dezembro de 2013 a maio de 2014. Os participantes da pesquisa foram 38 profissionais de saúde. Utilizaram-se três técnicas para a coleta de dados: entrevista; observação das atividades relacionadas à assistência aos usuários; e análise dos prontuários de pessoas com Diabetes *mellitus*. A análise dos dados foi subsidiada pela triangulação dos dados obtidos na coleta; pela técnica analítica da *Grounded Theory*, que compreende as etapas de codificação aberta e codificação axial. Para a organização dos dados das entrevistas empregou-se o *software* ATLAS.ti. Foram identificadas várias fragilidades na realização da educação em saúde no cenário investigado; com problemas nas relações entre os profissionais, ausência de planejamento e dificuldades na implementação dessa atividade. Porém, mesmo que pouco expressivas, os participantes da pesquisa pontuaram possibilidades de ordem em meio à desordem da educação em saúde no contexto do Diabetes *mellitus*. A prática da educação em saúde para as pessoas com Diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde compõe um contexto multifacetado, com múltiplas barreiras para sua execução.

**Descritores:** Diabetes mellitus; Complicações do Diabetes; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

The objective of this study was to understand how the members of the Program Family Health Strategy organize themselves regarding health education, management and prevention of chronic complications of diabetes mellitus in primary health care. This is a qualitative study, in which we used the Complex Thought as theoretical reference and an evaluative research as a methodological framework. Data were collected in a city in Southern Brazil, from December 2013 to May 2014. Thirty-eight health professionals participated in it. Three techniques were used to collect the data: an interview; observation of activities related to assistance to individuals; and medical records analysis of diabetes mellitus individuals. Data were analyzed using the triangulation of the data obtained in the collection and the Grounded Theory technique, which comprises the open coding and axial coding phases. ATLAS.ti software was used to organize the data from the interviews. We identified several flaws regarding health education implementation in the investigated scenario, such as relationship problems between professionals, lack of planning and difficulties in implementing the activity. However, the participants of this survey were able to show possibilities of organization among the chaos of health education regarding Diabetes mellitus. Practicing health education for people with diabetes mellitus in Primary Health Care is a multifaceted context, with multiple barriers to their implementation.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus; Diabetes Complications; Primary Health Care; Health Education; Health Services Evaluation.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue lo de entender cómo los miembros de la Estrategia Salud de la Familia se organizan para la educación sanitaria, en la gestión y en la prevención de las complicaciones crónicas de la Diabetes *mellitus* en la Atención Primaria de Salud. Esto es un estudio cualitativo que utilizó el Pensamiento Complejo como referencia teórica y la investigación evaluativa como referencia metodológica. La recolección de datos ocurrió en una ciudad en el sur de Brasil, a partir de diciembre de 2013 hasta mayo de 2014. 38 profesionales de la salud participaron de la investigación. Tres técnicas fueron utilizadas para la recolección de datos: entrevista; observación de las actividades relacionadas con la asistencia a los usuarios; y el análisis de las historias

clínicas de las personas con diabetes mellitus. Los datos se analizaron a través de la triangulación de los datos obtenidos en la recolección y del procedimiento analítico *Grounded Theory*, que comprende las etapas de codificación abierta y codificación axial. Se utilizó el software ATLAS.ti en la organización de los datos de las entrevistas. Varias deficiencias fueron identificadas en la implementación de la educación sanitaria en el escenario investigado: problemas de relación entre los profesionales, falta de planificación y dificultades en la implementación de esta actividad. Pero, a pesar de limitadas, los participantes en la investigación presentaron posibilidades de orden en medio al desorden de la educación sanitaria relacionadas a la Diabetes *mellitus*. La práctica de la educación sanitaria para las personas con Diabetes *mellitus* en la Atención Primaria de Salud es un contexto de múltiples facetas, con múltiples barreras para su implementación.

**Descriptor:** Diabetes *Mellitus*; Complicaciones de la Diabetes; Atención Primaria de Salud; Educación en Salud; Evaluación de Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

A complexidade impressa no processo saúde/doença do Diabetes *mellitus* (DM), demarcada pela sua expressiva prevalência, alta morbimortalidade e imensos custos gerados à vida das pessoas acometidas, sua família, sociedade e sistema de saúde, requer que as pessoas tenham conhecimentos que possibilitem a gestão adequada da doença (ADA, 2015; BRASIL, 2013; BARQUERA, 2013). Para gerir o DM faz-se necessário um processo de aprendizagem que seja capaz de preparar as pessoas para compreenderem a doença, as mudanças necessárias no comportamento, incluindo especialmente dieta e atividades físicas; o uso de múltiplas drogas para o controle da doença; o automonitoramento da glicemia capilar e, conseqüentemente, cuidados necessários para a prevenção de complicações crônicas (BARQUERA, 2013).

Isso porque o conhecimento que as pessoas com DM e suas famílias adquirem acerca da doença torna-se um fator determinante na execução de práticas cotidianas que permitem prevenir complicações, melhorar a qualidade de vida e diminuir os danos relacionados à doença (PÉREZ et al., 2009; FLORES, GUTIÉRREZ, VELÁSQUEZ, 2007). Dentre as políticas públicas para o DM, um dos atributos em destaque

dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o desenvolvimento de atividades educativas, tanto no âmbito individual como coletivo para as pessoas com DM (BRASIL, 2006).

A educação em saúde é considerada uma temática complexa em sua exequibilidade, devido às diversas dimensões que a compreendem, tais como: política, filosófica, social, religiosa, cultural, além das multidimensionalidades dos indivíduos, grupos, comunidades e sociedade (SALCI, et al. 2013). Entretanto, perpassa transversalmente todas as políticas públicas de saúde, como uma ferramenta do cuidado, devido à educação e à saúde serem práticas inseparáveis, articuladas e interdependentes, consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais de saúde (BUSS, 1999).

Para tanto, a educação em saúde exige o rompimento com as concepções e as abordagens pedagógicas tradicionais que imperaram no processo educacional, com a lógica da transmissão de conhecimentos em uma ação vertical, para a adoção de concepções e abordagens pedagógicas humanistas, cognitivistas, socioculturais que tenham aquele que aprende como foco (MACHADO, WANDERLEY, 2012).

A abordagem mais almejada pelas políticas públicas que visa a educação em saúde é a sociocultural, em que o ser humano é compreendido em seu contexto; é sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio de um profícuo processo de ação-reflexão-ação; capacita as pessoas a aprenderem evidenciando a necessidade de ação concreta com base e valorização da sua realidade social, visando situações limites e superação das contradições. Esta educação deve ser pautada na dialogicidade, numa relação horizontal, como peça fundamental para a transformação em um processo que estimula a práxis ação-reflexão (FREIRE, 2003).

A educação em saúde para o manejo e a prevenção das complicações crônicas do DM na Atenção Primária à Saúde (APS) abarca diversos sistemas que se encontram em constante interação, entre eles os profissionais em si, as equipes de Saúde da Família (EqSFs), as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a gestão local, a gestão municipal, a estrutura local, as políticas de saúde; em um dinâmico processo que permite a formação de redes dentro de redes, na constituição da teia da vida (CAPRA, 2006). A tessitura impressa na complexidade das redes envolve constantes relações marcadas por intensas interligações, inter-relações, interconexões e múltiplas possibilidades oferecidas por esses sistemas, numa visão integradora que seja capaz de conceber inúmeras possibilidades (MORIN, 2011a).

No contexto da educação em saúde para as pessoas com DM na APS, para respaldar a compreensão de como os profissionais de saúde se organizam nessa conjuntura, buscou-se o conceito de auto-organização, em que os seres humanos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir. Para isso, despendem energia para manter sua autonomia; os quais têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu ambiente; e sua autonomia é inseparável dessa dependência, sendo interpretados como seres auto-eco-organizadores (MORIN, 2010a). Lembrando que a auto-organização e a complexidade estão também estreitamente relacionadas à autonomia.

A auto-organização abarca ordem e desordem em um contínuo jogo dialético; em que essas lógicas diferentes estão ligadas de forma complexa, mas também complementares, concorrentes e antagônicas (MORIN, 2009). A desordem envolve a dispersão generalizada e a ordem, uma coerção arbitrária imposta a essa diversidade. Assim, a ordem e a desordem são necessárias à auto-organização (MORIN, 2010b), com um papel positivo e constitutivo, como uma medida de sua complexidade.

Diante desse contexto, objetivou-se compreender como os integrantes das EqSFs se auto-organizam para a educação em saúde no manejo e prevenção das complicações crônicas do DM na APS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou o Pensamento Complexo como referencial teórico e a avaliação qualitativa, na perspectiva da pesquisa avaliativa como referencial metodológico. A escolha por esta abordagem teórica deu-se pelo fato de a mesma possibilitar uma compreensão mais ampliada da realidade avaliada, com um olhar para as multidimensionalidades que envolvem a atenção à saúde das pessoas com DM.

A pesquisa qualitativa atrelada a uma avaliação visa trazer subsídios que possam melhorar a efetividade das ações e contribuir para a tomada de decisões relevantes, a qual é norteada por quatro objetivos: oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre o emprego dos recursos públicos; orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação; responder aos interesses das instituições, gestores e técnicos; e buscar uma melhor adequação de suas atividades (MINAYO, 2005).

Para a coleta de dados foram utilizadas três técnicas: entrevista intensiva (CHARMAZ, 2009), observação e análise dos prontuários. As entrevistas foram orientadas por questões referentes à assistência e à maneira como estava planejada, executada, acompanhada e direcionada pelos integrantes das EqSFs, do NASF e gestores. A observação teve participação moderada (TRENTINI, PAIM, 2004), realizada durante os atendimentos individuais e coletivos pelos profissionais da saúde; e os registros foram feitos em diário de campo. Os prontuários analisados foram selecionados pelos enfermeiros das EqSFs, os quais tiveram como pré-requisito serem de pessoas com DM, acompanhadas por esses profissionais. A investigação ocorreu com foco nos registros referentes ao acompanhamento, exames solicitados, encaminhamentos, registros de identificação de complicações crônicas, registros de orientações realizadas, bem como a qualidade dos dados registrados.

Os participantes foram definidos por amostragem teórica. Totalizaram 38 profissionais, que constituíram três grupos amostrais: o primeiro, com 29 profissionais das EqSFs; o segundo, com seis integrantes do NASF; e o terceiro grupo, com três gestores da saúde. Foram analisados 25 prontuários; e realizadas 18 observações de atividades de assistência às pessoas com DM na APS. A coleta de dados ocorreu em um município do Sul do Brasil, no período de dezembro de 2013 a maio de 2014.

Na análise dos dados utilizou-se da triangulação dos dados, que envolveu um processo de comparação dos dados, crítica intersubjetiva e interação dos resultados (MINAYO, 2005). Com relação aos dados das entrevistas, utilizou-se a técnica analítica da *Grounded Theory*, no que compreende às etapas de codificação aberta e codificação axial (STRAUSS, CORBIN, 2008). O uso dessa técnica se justifica por sua conformidade com o Pensamento Complexo, a qual não se apresenta como um processo estruturado, estático ou rígido, mas sim como “um processo de fluxo livre e criativo, no qual os analistas se movem rapidamente para frente e para trás entre os tipos de codificação, usando técnicas e procedimentos analíticos livremente e em resposta à tarefa analítica que têm em mãos” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 65). Para a organização dos dados das entrevistas e auxílio à análise das mesmas, foi utilizado o *software* ATLAS.ti versão 7.1.7, com licença de número 58118222.

Com o intuito de contemplar a proposta do estudo de avaliar como os profissionais das EqSFs se auto-organizavam para a educação em saúde no manejo e prevenção das complicações crônicas do DM na

APS, foi realizada análise dirigida (HSIEH, SHANNON, 2005) tendo como referência os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) para o atendimento às pessoas com DM: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus (BRASIL, 2001); Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006); e Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013).

Para a análise dos dados dos prontuários, os mesmos foram colocados em uma planilha realizada pela pesquisadora. Os dados da observação foram relatados no diário de campo da pesquisadora. Para a análise dos dados buscaram-se informações nessas duas fontes, que auxiliaram na compreensão daquilo que vinha sendo falado pelos participantes.

Todos os participantes, após ler e esclarecer o objetivo e as propostas do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com o Parecer n. 466.855, e autorizado pela Secretaria de Saúde do município de referência, respeitando a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para garantir o sigilo das informações e o anonimato dos participantes do estudo, eles foram identificados pela sua profissão e/ou cargo que ocupavam, seguido da Letra P e um número que correspondeu à inclusão da entrevista no *software* ATLAS.ti.

## RESULTADOS

A auto-organização dos profissionais das EqSFs para a educação em saúde no manejo e prevenção das complicações crônicas do DM na APS revelou várias fragilidades na realização e condução da educação em saúde no cenário avaliado; apontou problemas de inter-relações entre os profissionais que integram a APS, os quais dificultam o planejamento e a implementação da educação em saúde. Porém, mesmo que pouco expressivas, os participantes da pesquisa pontuaram possibilidades de ordem em meio à desordem no contexto da educação em saúde e DM. Do processo de análise, emergiram três categorias: **Fragilidades da educação em saúde para as pessoas com DM, Inter-relações que afetam a educação em saúde e Potencialidades para a auto-organização da educação em saúde.**

## **Fragilidades da educação em saúde para as pessoas com DM**

Esta subcategoria expressa as fragilidades na educação em saúde para as pessoas com DM na APS, as quais compreendem fatores relacionados a: estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS); atitudes dos profissionais enfermeiros e médicos nos atendimentos individuais, coletivos e visitas domiciliares às pessoas com DM; condução da assistência pelos profissionais das EqSFs para as pessoas que usam insulina; dificuldades da gestão para interferir na assistência e estabelecer um nova ordem; e disjunção da prática assistencial para as pessoas com DM, com as políticas correlatas, por meio da aplicabilidade dos protocolos do MS.

A fragilidade relacionada com a estrutura física refere-se à falta de espaços das UBS para realizar ações educativas coletivas, o que não permite interações e trocas de experiências entre profissionais e usuários, e usuários entre si. Algumas EqSFs, para realizar atividades coletivas, utilizavam a própria recepção da UBS, em meio a todas as demais dinâmicas de usuários e profissionais; outras EqSFs utilizavam salas pequenas, em que muitas pessoas precisavam aguardar nos corredores, descaracterizando a ação coletiva.

Ainda como fragilidade de estrutura física, em algumas UBS que comportavam várias EqSFs, a prioridade que a gestão local estabelecia era disponibilizar salas para o atendimento do profissional médico, ocorrendo que, muitas vezes, o enfermeiro não possuía local para atendimento individual aos usuários.

Outro aspecto frágil e também compreendido como uma oportunidade perdida de educação em saúde para as pessoas com DM é que os enfermeiros, considerados fundamentais para sua operacionalização, não realizavam consultas de enfermagem, com atendimento individual e sistematizado às pessoas com DM e também não assumiam a função de educadores nos momentos de atividades coletivas para essas pessoas. Uma das justificativas era a falta de tempo, mas também foi pontuado que as pessoas com DM nem sempre são prioridades no contexto dinâmico e complexo das EqSFs.

As atividades educativas às pessoas com DM não eram tomadas como referência na atuação dos profissionais, que as consideravam não efetivas. A desvalorização ocorria em detrimento da supervalorização das atividades centradas no atendimento médico, como algo acordado por todos os integrantes da equipe e gestão.

[...] antes nós fazíamos uma palestra e nós vimos que isso não trazia muito resultado e consumia bastante tempo. Então, nós retiramos a palestra para termos mais tempo para a consulta, porque, às vezes, no consultório, o paciente ouve um pouco mais, por ser um médico falando (Médico-P28).

No entanto, com a implantação do NASF, os enfermeiros e os médicos passaram a delegar as atividades educativas a esses profissionais, que, em função da demanda da agenda, não conseguiam realizá-las em todos os momentos previstos e oportunos. Como resultados dessas organizações, as atividades educativas passaram a ser um evento raro.

Os pacientes passam com o doutor a cada dois meses, nós falamos que é grupo, mas acaba não sendo, as pessoas passam em consulta individual e o pessoal do NASF, às vezes, vem e faz uma palestra, enquanto eles aguardam a consulta (Enfermeira-P27).

Entre os enfermeiros que participaram destes momentos coletivos, observou-se que poucas foram as orientações realizadas que tiveram intuito educativo, as informações estiveram relacionadas com temáticas orientadas pelo calendário nacional da saúde repassadas pela gestão municipal, que se trata de temáticas diversas, como, por exemplo, vacinação, dengue, hanseníase, tuberculose ou qualquer outra indicada. As recomendações propostas nos protocolos do MS na temática do DM, com o intuito de promover o empoderamento das pessoas para exercerem seu autocuidado com autonomia, não foram encontradas nas práticas assistenciais e nem mencionadas pelos participantes da pesquisa. Essa situação indica fragilidades com relação à importância do conhecimento contextualizado, da educação pautada na dialogicidade e na educação em saúde, que deveria ter como referência os princípios de uma educação que respeita o contexto e valoriza a essência do ser humano.

Muitos enfermeiros, durante as atividades coletivas, se auto-organizaram diante das perturbações na operacionalização da dinâmica do atendimento, realizando as mesmas atividades do auxiliar de

enfermagem. Caracterizadas pela verificação dos sinais vitais, das medidas antropométricas e da glicemia capilar, além dos registros desses dados no sistema informatizado.

Com relação ao atendimento individual do profissional médico, a média de tempo estabelecida para as pessoas com DM era a mesma para as demais pessoas, variando de cinco a quinze minutos. No entanto, cada profissional tinha uma dinâmica própria para conduzir suas ações. Dentre os atendimentos que foram observados, não houve um momento destinado à orientação como ação educativa para essas pessoas, nem foram encontrados registros nos prontuários de orientações realizadas anteriormente.

Nas atividades de visitas domiciliares, também se identificaram perdas de oportunidade para a realização de atividades educativas por parte dos profissionais médicos e enfermeiros das EqSFs, como expresso nos depoimentos:

[...] a doutora é bem bacana. Nas casas, a doutora sempre entrega os papéis que foram impressos com a medicação, mas tem o problema que a maioria dos idosos não sabem ler. Então, eu tenho que chegar e explicar (ACS-P26).

O paciente que tem mais dificuldade para vir aqui no Posto e está com o diabetes alterado, eu acho que poderia ser de outra forma, entendeu? Assim, só tem um dia de visita domiciliar e nesse dia vamos nos acamados. Mas, em um dia de visita que está mais tranquilo, deveria ir nesses pacientes que têm dificuldade de vir ao Posto. E, se ver que ele não está conseguindo fazer o controle, ir lá, fazer orientação, ver o que está acontecendo, a enfermeira ou até mesmo o médico. Mas não vai. Só vai quando é acamado (ACS-P12).

Outra fragilidade encontrada nesse contexto, se refere à forma como os profissionais das EqSFs conduziam a assistência às pessoas que usavam insulina, demarcada pela falta de orientação quanto aos cuidados específicos. Para o recebimento dos materiais e insumos previstos para o automonitoramento da glicemia capilar, as pessoas precisariam fazer um cadastro na UBS, o que permitiria aos

profissionais um controle dessas pessoas. As enfermeiras identificaram que esse seria um momento oportuno para a realização da educação em saúde, porém, mesmo assim, ainda não utilizavam esse espaço para a execução de atividades programadas, estabelecidas nos princípios da educação em saúde, de acordo com os protocolos do MS destinados ao DM.

Com os exames e a prescrição de insulina, o paciente dá entrada no protocolo para solicitar o aparelho. A Secretaria de Saúde manda esses aparelhos para nós. O paciente nem precisa ir para a Secretaria, ele pega aqui. Por isso seria mais fácil acompanhar. Você sabe quem é o paciente que você está dando o aparelho, você sabe quem é o paciente que toma insulina, nós temos o cadastro aqui. Mas ainda não fazemos esse acompanhamento (Enfermeira-P1).

A fragilidade da gestão local está relacionada com a ausência de formação na área da saúde e, portanto, dificuldade em acompanhar, supervisionar, avaliar e implementar melhorias na assistência. Mas, ainda assim, reconheceu seu desconhecimento sobre a totalidade do processo da assistência, identificou falhas e almejava melhorar esse tipo de acompanhamento, como referido no discurso:

Olha, eu sei falar pouco ainda... preciso entender mais. Tem aquela questão da entrega do aparelhinho... Outro dia, eu perguntei para a enfermeira se estavam monitorando isso, ela falou: “Sim, ah, quebrou a gente troca”. Mas faz acompanhamento? “Não, a gente só dá os aparelhinhos”. Então, a prefeitura só distribui aparelhos de glicemia? Não sei bem se é assim... Elas monitoram porque a gente precisa passar para a Secretaria, mas é muito superficial. Eu ainda não tenho uma opinião formada sobre isso, eu preciso buscar mais informações para eu entender (Gestor local-P31).

A maneira como os profissionais se organizavam para a educação em saúde às pessoas com DM na APS, demarcava posturas que tendiam

a levar à execução de ações reducionistas e fragmentadas frente às políticas públicas para o DM, conforme o relato apresentado:

Eu acho que a nossa orientação deveria estar pautada no que o Ministério preconiza e o que deveria orientar é todo aquele atendimento que está no manual. Que não é o que nós fazemos. Tem que parar e pensar no que estamos fazendo e como podemos melhorar. Pegar o manual de hipertenso e diabético e olhar melhor (Enfermeira-P1).

Mesmo tendo o conhecimento sobre a existência dos documentos afetos, os profissionais afirmaram não os utilizarem em suas práticas assistenciais e educativas, mas apontaram para uma oportunidade de ordem em meio à desordem existente nesse contexto, caso os utilizassem.

Essas conotações mostram a existência de fragilidades nas ações de educação em saúde, a qual encontrava-se fragmentada e prescritiva, mesmo diante de várias possibilidades que permitiriam aos profissionais de saúde se auto organizarem de maneira a superar aquilo que é apenas programático. Essa fragmentação leva à disjunção das ações e interações que consistem em separar o todo em partes. Assim, as pessoas com DM eram vistas em sua doença, sem considerações à essência e necessidades do ser humano em sua unicidade e multiplicidade e na capacidade de também se auto organizarem. Além disso, a ausência da dialogicidade no cuidado às pessoas e no direcionamento às condutas do MS denotam a ocorrência de rupturas e fragilidades da educação em saúde para a assistência às pessoas com DM na APS e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado.

### **Inter-relações que afetam a educação em saúde**

Esta subcategoria aborda as inter-relações e interações entre os profissionais que integravam a APS que se encontravam diretamente envolvidos na educação em saúde para as pessoas com DM, pois estas influenciam na auto-organização do contexto da assistência.

A comunicação como uma ferramenta para a educação em saúde e como base para o trabalho em equipe na área da saúde, entre os profissionais que compõem a rede da APS, era marcada por limitações

às inter-relações e interações entre os pares. Conflitos entre os integrantes das EqSFs foram referidos pelos participantes, assim como uma deficiência na comunicação que agilizasse o trabalho como instrumento que auxiliasse na resolução de problemas, provocando desordens em várias instâncias da assistência, principalmente, na educação em saúde para as pessoas com DM.

De acordo com os participantes da pesquisa, situações conflituosas decorrentes da falta de integração e diálogo apareceram em diversas situações, e entre os diversos profissionais que compunham a APS, o que repercutia negativamente na assistência, com prejuízos aos usuários do serviço.

A doutora não me dá *feedback* dos pacientes que ela atende ou se ela visualizou alguma coisa na consulta ou não. Ela nem se dá conta disso, de chegar e falar: “Sabe a fulana de tal? Precisamos dar um olhar mais específico para ela, está descompensada”. Não, não tem isso. Então, às vezes, precisa de diálogo (Enfermeira-P4).

A equipe... na maioria das vezes é cada um por si, você pede uma ajuda e a pessoa se recusa a ajudar, aí tem que pedir para a enfermeira. Não tem uma integração entre a equipe toda. Agora eu já aprendi! Mas, no começo, foi difícil. Porque algumas pessoas que sabem não querem ensinar, se você perguntar para a outra equipe, eles colaboram mais do que na própria equipe. Muitas vezes, a nossa equipe não dá o apoio necessário (ACS-P25).

Na organização das EqSFs, reuniões entre os pares não eram uma atividade efetiva e que acontecesse com frequência, elas eram a primeira atividade da agenda a ser suspensa ou adiada em detrimento de outros eventos e situações que não estavam programados, não valorizando-as como atividades indispensáveis para a organização e planejamento do trabalho. Outra situação é que nem todos os profissionais estavam presentes durante essa atividade, comprometendo e desestruturando as inter-relações necessárias e a interdisciplinaridade na constituição das equipes, principalmente os médicos, que dificilmente participavam,

pois, na concepção deles e da gestão local, a prioridade era sempre o atendimento às consultas.

Essa organização também se repetia dentro da equipe do NASF, que ainda tinha como fator limitante e agravante: o tempo. Com exceção do educador físico, com contrato de trabalho de oito horas diárias, os demais profissionais tinham contrato de seis horas com o município. Nesse período, eles eram referência para cinco a nove EqSFs, que estavam dispostas em UBS diferentes e distantes umas das outras; e, da forma como organizavam suas agendas, com planejamento semanal e sem dias fixos para as UBS e EqSFs, raramente todos os profissionais conseguiam um momento em conjunto para planejarem suas ações; e, mais raramente ainda, conseguiam estar presentes nas reuniões das EqSFs. Isso acarretava uma fragmentação do trabalho, com repercussões significativas nas interações dos profissionais para o planejamento da assistência, inclusive para ações educativas.

Assim, a fragmentação impressa no trabalho dos profissionais do NASF tinha como resposta o descontentamento dos integrantes das EqSFs com o trabalho que executavam, o que provocava prejuízos nas interações pela falta de integração e comunicação entre essas equipes. Os integrantes das EqSFs se colocavam em uma posição de que não precisavam dos profissionais do NASF, ao mesmo tempo que dificultavam seu trabalho pela ausência de diálogo, que ficavam sem conseguir interações para desempenhar um trabalho efetivo.

Esses conflitos nas inter-relações também são reflexos das expectativas que os profissionais das EqSFs construíram em relação à inserção do NASF na APS, demarcadas pela esperança de que esses profissionais iriam colaborar com a agenda das EqSFs no atendimento direto à população, e que trariam respostas positivas à diminuição da demanda de trabalho. O entendimento do conceito de matriciamento e dos elementos (interação/integração/diálogo) indispensáveis para que ele ocorra era algo não compreendido e aceito pela maioria dos entrevistados das EqSFs.

Por outro lado, os profissionais, quando contratados para o NASF, também desconheciam suas funções e não receberam treinamento com essa finalidade, decorrente da falta de um sistema de treinamento introdutório, capacitação e educação permanente da gestão municipal. Assim, demoraram para entender como seria a execução prática do matriciamento e não assumiram posicionamentos e acordos entre as equipes logo de início. Isso acabou gerando uma falta de

entendimento dos profissionais das EqSFs com relação à função dos profissionais do NASF.

Devido ao número de Unidades, não temos tempo para todas; colocaram muita esperança no NASF. Existe uma certa falta de reconhecimento do nosso trabalho e muita coisa acaba ficando como responsabilidade só do NASF, quando deveria ser um trabalho conjunto com as equipes da ESF. Nossa chefe daqui chamou a gente para conversar sobre a importância das equipes estarem juntas quando tivermos alguma atividade, e nós chamamos as equipes para falar que tinha que ter alguém da equipe quando formos fazer as atividades, e uma equipe disse que realmente eles estavam falhando quanto a isso e que eles iam ficar mais atentos e iam participar. Outra equipe disse que quando nós estamos atuando é o descanso deles, e eles não iriam participar.... Não conseguimos executar tudo o que é solicitado, estamos marcando poucas coisas e dando pouco respaldo às equipes. Eu comecei muitas coisas e não consegui terminar. Porque outras coisas foram aparecendo com mais urgência e eu tive que deixar muitas coisas de lado, sem terminar (Psicólogo NASF-P35).

O NASF atende uma população de 45.000 pessoas, como eles vão dar conta de todos os grupos? A conta é clara, e o profissional da EqSF está empurrando para eles. NASF está ali para apoiar e não para fazer sozinho. Não é para ser agradável o NASF, ele leva as demandas da gestão e isso envolve muito trabalho também. Então, para o profissional da Saúde da Família, muitas vezes, o NASF vem demandar mais serviço ainda [...] (Gestor municipal-P32).

Essas situações apontam que as inter-relações eram afetadas pela ausência da dialogicidade entre os pares, em que deveriam utilizar seus pressupostos para embasar um diálogo que fosse ao encontro da integralidade do cuidado. Pois, as desorganizações nessas relações,

contribuem para que a atenção às pessoas com DM na APS não ocorra em sua completude.

No entanto, mesmo com as críticas dos integrantes das EqSFs ao NASF, os trabalhos que foram efetuados por esses profissionais tiveram o reconhecimento dos integrantes das EqSFs como positivos e importantes para a APS. Apesar das ressalvas existentes com relação às interações entre as equipes e de os diálogos desejados não acontecerem, existiam atividades pontuais que tinham contribuído com o trabalho das EqSFs.

### **Potencialidades para a auto-organização da educação em saúde**

Esta subcategoria traz os espaços considerados potenciais de mudanças para a melhoria da educação em saúde das pessoas com DM na APS apontados pelos participantes da pesquisa e que compreendem: grupos para pessoas com DM que fazem uso de insulina; grupo de caminhada; grupo do autocuidado apoiado; grupo de tabagismo; estratificação de risco; melhora na integração entre as equipes da ESF e NASF; e melhoria no atendimento individual e coletivo realizados pelos profissionais das EqSFs às pessoas com DM.

O grupo para as pessoas com DM que faziam uso de insulina, denominado pelos participantes de “grupo dos insulíndependentes”, foi mencionado por apenas uma EqSF. Com o propósito de um controle mais efetivo, com orientações relacionadas à medicação e condições de vida, com mudanças de hábitos que possam contribuir para o controle da doença, com melhorias para a qualidade de vida das pessoas com DM. No entanto, não existia programação e planejamento com intuito de promover, em todos os participantes do grupo, uma educação em saúde emancipatória, que preparasse as pessoas com DM para o autocuidado. A dinâmica adotada não permitia a troca de experiências entre as pessoas envolvidas. Eventualmente, tinha-se uma palestra com objetivo de repassar informações, mas identificou-se que o desenvolvimento de ações educativas não era a atividade principal nesse grupo, mas poderia ser considerado como um espaço com potencial para que fossem realizadas atividades educativas.

Grupo de caminhada era realizado por algumas EqSFs, toda a população da área adstrita era convidada e, geralmente, acontecia uma vez por semana, conduzido pelas ACS, com duração de aproximadamente uma hora. Dentre as atividades realizadas foi mencionado o alongamento no início e no final da caminhada, a

caminhada que ocorria pelo bairro. Quando existia a presença de um profissional da enfermagem verificava-se a pressão arterial das pessoas participantes e às vezes a glicemia capilar das pessoas com diagnóstico de DM. E, quando havia a presença de alguns profissionais do NASF, eram feitas orientações relacionadas com mudanças de hábito de vida. Apesar da baixa adesão das pessoas a essa modalidade de intervenção, 10 a 30 participantes por EqSFs, esse era um espaço potencial para a realização de ações educativas capazes de contribuir com a prevenção das complicações crônicas do DM na APS.

Nos grupos de caminhada eu faço orientações, mas é sempre muito direcionado a quem já tem a doença. Normalmente, vão mais pessoas da terceira idade, por causa do horário, e a maioria que vai já está com o problema instalado.... Nos grupos de caminhada conseguimos ver bastante esse controle da pressão arterial e da glicemia. Então, eles sempre falam que estão melhores, que conseguem se controlar mais, falam que estão fazendo mais exercícios fora do grupo. Então, você consegue ver essa prevenção, a pessoa muda os hábitos que tinha (Educadora Física/NASF-P38).

Uma das EqSFs que participou do estudo iniciou a implantação do grupo do autocuidado apoiado para pessoas com DM, na tentativa de melhorar o entendimento e a responsabilidade para que exercessem um cuidado direcionado para manter sua condição de vida com saúde, prevenindo complicações crônicas da doença. Essa ação ocorreu em parceria entre EqSF e NASF. Nesse grupo, a equipe tinha o papel de orientar, instruir e promover a educação em saúde, para que as pessoas, após terem o entendimento do real problema, pudessem compreender como deveriam exercer o cuidado. Os integrantes da equipe se mantinham em uma posição de retaguarda e abertos, caso as pessoas precisassem de mais orientações e informações, poderiam recorrer aos profissionais de referência.

Essa semana teremos o terceiro encontro do grupo, é uma estratégia nova que implantamos aqui, eu acho que tem tudo para dar certo. Os pacientes estão aderindo e é uma maneira de fazer

com que eles se sensibilizem para estar cuidando, mudando o estilo de vida para melhorar a condição de saúde deles mesmos. Porque, muitas vezes, o paciente acaba deixando de fazer a parte dele e acaba querendo que nós façamos, não tem como [...]. Você vai até um certo ponto, depois tem que ser com o paciente. Muitas vezes, ele acaba não entendendo essa parte, que é ele que tem que fazer, acha que não tem risco, que não tem o que fazer. E, nesse grupo, a gente tenta fazer com que as pessoas entendam que ela tem que ter responsabilidade com a saúde dela mesma. Depois que você conscientizar o paciente dessa mudança de estilo de vida, aí nós vamos dar o suporte para a pessoa não ter recaída, para ele não voltar atrás, ele precisa do apoio da equipe. Então eu acho que tem tudo para dar certo. Interessante, que nesse grupo é usada uma estratégia que não envolva cobrança. É cobrado de uma maneira amena, para que ele não sinta que é pesado, para ficar leve. Porque tudo que é uma obrigação fica pesado (Auxiliar de Enfermagem-P8).

Iniciativas como essa deixam os profissionais de saúde esperançosos de que a prática possa trazer melhorias para as condições de vida das pessoas, e conseqüentemente para o serviço ao executar atividades que tragam resultados satisfatórios no controle da doença e melhora da qualidade de vida das pessoas. A dinâmica adotada no grupo do autocuidado apoiado faz com que as pessoas despertem desejos de mudar seus hábitos de vida em prol de uma longevidade saudável. Para isso, a equipe auxilia na busca pela concretização desses desejos, executando planos individualizados para atendê-las na conquista de resultados positivos.

No entanto, essa proposta está sendo lançada e direcionada a um número de pessoas bem reduzido, consideradas de alto risco, mas pretende ser reproduzida a mais pessoas em um curto período de tempo, como expressa o depoimento:

O doutor viu aqueles que tinham mais riscos, viu os exames, as medidas e separou os pacientes mais graves e convidou para participar, deu 11 pessoas. Então, esse grupo vai durar quatro meses

com encontros quinzenais e depois disso vamos pegar outros pacientes para dar continuidade (Enfermeira-P27).

Grupo de tabagismo ainda é uma prática recente e pouco citada, foi expresso como uma atividade de responsabilidade dos profissionais do NASF. Apesar de também atingir um número reduzido de pessoas da comunidade, foi referido como um grupo que conseguia atingir seu objetivo, em que a maioria dos participantes abandonava o vício, após a participação no grupo. Era aberto a todas as pessoas da área adstrita que expressavam o desejo de parar de fumar, sem restrições a quadros patológicos. Foi compreendido pelos participantes da pesquisa como um espaço privilegiado para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, que tinha como base a educação em saúde para que as pessoas abandonassem um hábito de vida prejudicial no processo saúde/doença.

Algumas equipes iniciaram a prática da estratificação de risco para direcionarem o atendimento das pessoas com DM, orientadas por políticas nacionais e estaduais, com incentivo da gestão municipal para que os profissionais adotem a proposta, com vistas à melhoria da qualidade da assistência. Para tanto, as pessoas são identificadas como de risco baixo, moderado ou alto. Diante dessa classificação, as consultas médicas são ofertadas com intervalos diferentes, programadas conforme o risco. Como essa é uma prática que foi recentemente proposta, as EqSFs ainda estão planejando a dinâmica que irão adotar para atender as pessoas com DM. Mas já existe a esperança de que a estratificação de risco possa contribuir com a melhoria da assistência.

Eu acho que com a estratificação vai melhorar um pouco, porque nós sabemos que o que é grave vamos ter que trazer para perto. É um número bem menor os graves. Esses nós vamos trazer para a Unidade e vai passar por todo o processo de educação em saúde e vai vir para a doutora no consultório. O moderado vai voltar para um grupo maior que tem, que já passa de 200 pessoas. E o leve também. Porque os que estão sendo acompanhados, eles vêm, passam por consulta, retorna, mostra o exame, pega a receita para 90 dias. Não estão deixando de ser acompanhados, porque ele está pegando remédio, fazendo exame,

mas não está sendo acompanhado do jeito que nós gostaríamos (Enfermeira-P3).

Nesse contexto, a prioridade da estratificação de risco é atender os casos considerados mais graves. No entanto, a gestão municipal acredita que as pessoas classificadas como risco baixo e moderado receberão uma assistência com educação em saúde capaz de alcançar a prevenção das complicações crônicas. Para tanto, também reconhece as limitações das EqSFs perante o desempenho das práticas educativas em saúde, e recomenda que as EqSFs utilizem o NASF para o apoio, para que as tarefas possam ser realizadas com qualidade. Pois essa integração entre as equipes é considerada um espaço necessário e potencial para que as EqSFs se fortaleçam nas atividades de educação em saúde aos usuários da APS.

Diante de todas estas proposições anteriores, evidencia-se a importância de maior interação e integração das ações na equipe multiprofissional, especialmente, entre EqSF e NASF. Ainda como espaço potencial para a educação em saúde das pessoas com DM foi apontada por alguns participantes da pesquisa a necessidade de melhorar as orientações nos atendimentos individuais e coletivos às pessoas com DM, com foco na educação em saúde para a prevenção das complicações crônicas da doença.

## **DISCUSSÃO**

O achado principal deste estudo é que, na prática dos profissionais que compunham as EqSFs, a educação em saúde para as pessoas com DM integrava um contexto de fragilidades e limitações que interferia diretamente para que ações educativas não ocorressem de maneira efetiva. Trata-se de um contexto complexo, marcado por problemas de estrutura física; posturas profissionais diante das atividades assistenciais marcadas pela falta de orientação e de diálogo como instrumentos da educação em saúde, e atuação com base em um modelo de atenção médico tradicional; limitações da gestão local, como corresponsável pelas ações realizadas nas UBS; e conflitos e dificuldades de comunicação entre os profissionais que repercutiam negativamente no desenvolvimento do trabalho em equipe.

A fragilidade relacionada à estrutura física, com falta de espaço dentro das UBS para a realização de atividades coletivas, foi apontada pelos integrantes da pesquisa como uma limitação para a realização de

ações educativas. Problemas relacionados às condições arquitetônicas das UBS também foram identificados em outros estudos realizados na APS, os quais apontam que esse é um dos motivos que contribui para que o serviço organize a oferta do atendimento em uma atenção em saúde centrada no médico (MAGNAGO, PIERANTONI, 2015; MATUMOTO, 2011).

Neste estudo, no modo como os integrantes das EqSFs se organizavam para a educação em saúde no manejo e prevenção das complicações crônicas do DM na APS, ficou evidente que o modelo de atenção à saúde também estava fundamentado no modelo médico hegemônico, com desvalorização de atividades que visam a uma integração entre os diversos profissionais que compõem esse nível de atenção. Estudos evidenciam que, no atual contexto da APS, a prática do modelo curativista ainda prevalece na organização e realização do trabalho dos profissionais de saúde (TRINDADE, PIRES, 2013; FERTONANI, 2010; SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007).

Entretanto, situações que evidenciaram a perda de oportunidade para realizar ações educativas, tais como os atendimentos individuais, coletivos e visita domiciliar, demarcaram desordens dos profissionais perante questões inter-relacionadas para além da dialogicidade da educação em saúde para o DM, envolvendo integralidade, humanização, ética e responsabilidade profissional. Conjecturas parecidas também foram encontradas em estudo que avaliou a ESF e as ações relacionadas a outra doença crônica em 66 municípios brasileiros. Identificou que a maioria dos municípios foi ineficiente no atendimento individual e na visita domiciliar para os usuários. Porém, o estudo considerou que o processo patológico não é de exclusividade da APS, mas que as melhores oportunidades de atuação dos profissionais acontecem nesse nível da atenção (RABETTI, FREITAS, 2011).

Os resultados apontaram que a prática de atividades e ações que contemplassem educação em saúde eram pouco expressivas no contexto assistencial para que as pessoas com DM pudessem exercer o autocuidado e gerir a doença. Essa situação demarca uma contradição àquilo que os estudos e políticas evidenciam, pois existe um consenso de que toda ação educativa visa capacitar as pessoas para o desenvolvimento de habilidades individuais para lidar com o enfrentamento do processo patológico e ampliar as possibilidades de controle das doenças, prevenção de agravos, reabilitação e tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável (DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009; HORTA, et al., 2009; MACHADO, VIEIRA, 2009). Além de

possibilitar uma visão crítica e uma maior participação e autonomia das pessoas para enfrentarem as múltiplas facetas vivenciadas em seus processos saúde/doença (SALCI et al., 2013; REIS, 2006), com corresponsabilização do cuidado integral, estruturado em ações que contemplem a educação em saúde que se respalda nos paradigmas de uma educação que valoriza a perspectiva humanística e considera o humano um ser biológico, psíquico, afetivo, racional, mas também histórico, social, dialético; devendo situá-lo no universo e não separá-lo dele (FREIRE, 2003; MORIN, 2011b).

Diante das limitações e fragilidades que envolvem o contexto da educação em saúde na APS, e preocupados com as ausências dessa prática, estudos afirmam que a implementação da educação em saúde como uma prática emancipatória fundamentada na dialética e na reflexão necessita de capacitação dos profissionais (RODRIGUES, SANTOS, 2010; SILVA, 2005). Para esse argumento, consideraram que o principal entrave para o desenvolvimento do modelo dialógico/problematizador é a falta de formação dos profissionais da área da saúde, em especial do enfermeiro, indicando necessidade de mudança de paradigma profissional para a prática da educação em saúde (RODRIGUES, SANTOS, 2010). Neste estudo, as ausências do profissional enfermeiro ficaram expressas, principalmente por não assumirem a consulta de enfermagem para as pessoas com DM e pelo pouco envolvimento frente às ações realizadas para esse público.

Para que a assistência às pessoas com DM na APS possa dar respostas efetivas e eficazes para a qualidade de vida das pessoas acometidas, precisa ir além das ações lineares que visam de maneira unilateral à assistência curativa. Precisa assumir o compromisso com a educação em saúde em uma perspectiva dialógica, somando saberes com os diferentes atores sociais envolvidos no contexto, valorizando todos os saberes presentes no território, evidenciando e valorizando as necessidades apresentadas pelas pessoas, com a compreensão de que não existe dicotomia entre educação e saúde, porque ambas compõem uma relação dialética capaz de contribuir para a integralidade do ser humano (MACHADO, WANDERLEY, 2012).

De acordo com o contexto analisado, denota-se a necessidade de um maior envolvimento dos gestores e dos profissionais da ESF com as políticas públicas de educação permanente para instrumentalização dos profissionais (BRASIL, 2009a; 2007). Isso porque a política nacional de educação permanente em saúde prevê “autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções

compartilhadas, incluindo o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, indissolavelmente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas” (BRASIL, 2009a, p. 52).

O momento que os profissionais reconhecem como atividade em grupo, neste estudo, foi marcado por uma ausência de relações e interações entre as pessoas que estavam presentes e até mesmo entre as pessoas com DM e os profissionais de saúde. Estudos afirmam que práticas educativas coletivas que privilegiem a integração comunicacional entre profissionais da saúde e usuários, e usuários entre si, são fundamentais para a construção de novas narrativas sobre o adoecimento e mudanças na concepção do processo saúde/doença entre os participantes, por possibilitarem o compartilhamento de significados e valores atribuídos ao processo de adoecer (FAVORETO, CABRAL, 2009).

No contexto do DM e da prevenção das complicações crônicas, considerando a complexidade que envolve a doença e seus tratamentos, ações que envolvem educação em saúde são de extrema importância para que as pessoas alcancem e obtenham sucesso no controle da doença (ADA 2015; CHAGAZ et al., 2013; FARIA et al., 2013; PEREIRA et al., 2013; KREBS et al., 2013; KLEIN et al., 2013). Ademais, a apropriação do conhecimento não está pautada na quantidade de informação acumulada, mas sim na possibilidade de socialização do conhecimento de forma contextualizada (MORIN, 2011).

Diante das fragilidades apresentadas, em relação à educação em saúde com pessoas com DM, deve-se considerar que a orientação como um instrumento da educação em saúde é um elemento essencial para que as pessoas usuárias possam realizar o autocuidado de sua condição, reconhecido pelas políticas de saúde para o DM e em muitas outras políticas complementares ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013; 2006). Isso porque a educação em saúde é considerada “uma forte ferramenta que valoriza os contextos sociais, econômicos e culturais da comunidade, aliados ao processo de promoção da saúde” (CERVERA, PARREIRA, GOULART, 2011, p. 1547).

Para tanto, políticas nacionais e consensos internacionais se voltam a essa causa, estabelecem necessidades e apontam os melhores caminhos para que os profissionais de saúde atuem de forma partícipe, com práticas que facilitem a aplicabilidade de uma assistência capaz de assegurar o direito das pessoas com DM de obterem conhecimentos necessários para a execução do autocuidado, com autonomia e empoderamento, para que possam fazer suas escolhas com

responsabilidade perante os múltiplos e complexos tratamentos exigidos pela doença (ADA, 2015; 2014; HAAS, 2013; BRASIL, 2013; 2006).

Ações educativas estão destacadas nas políticas para o DM como uma das responsabilidades dos profissionais de saúde que compõem a ESF (BRASIL, 2013; 2006), e, nos resultados deste estudo, evidenciou-se que os profissionais das EqSFs passaram essa função aos profissionais do NASF, eximindo-se dessa responsabilidade como prática assistencial. Entretanto, a política do NASF almeja o matriciamento que envolve o fazer em conjunto desses profissionais, em que os profissionais do NASF capacitem os das EqSFs para um melhor planejamento e execução de suas ações e não que assumam as responsabilidades, justamente porque o NASF faz o matriciamento de várias EqSFs ao mesmo tempo, o que torna impossível a realização da prática educativa nas atividades de todas as EqSFs (BRASIL, 2009b).

Estudo que também trabalhou com profissionais da ESF e NASF identificou que alguns profissionais, não tinham clareza sobre suas atribuições dentro do apoio matricial. Fato que contribuía para aumentar as dificuldades, no trabalho interdisciplinar das equipes (FITTIPLADI, ROMANO, BARROS, 2015).

Os resultados também apontaram a presença de conflitos entre os profissionais que integravam o contexto da APS. As inter-relações que afetam a educação em saúde foram expressas por problemas de ordem relacional em que imperava a falta de diálogo, marcados por desordens e descontentamentos entre os profissionais de saúde, com repercussões negativas para a assistência à população. Isso denota que um dos grandes desafios no trabalho em equipe é o relacionamento humano, em que as condutas individuais de cada membro acabam sendo a principal barreira na integração da equipe (LANZONI; MEIRELLES, 2012) e no desenvolvimento da interdisciplinaridade.

Outro aspecto encontrado foi que as reuniões para planejamento do trabalho, compreendidas como um subsistema que é influenciado e influencia os demais subsistemas envolvidos no contexto e vários outros sistemas interconectados, como um momento em que a comunicação entre os pares pode promover efeitos positivos para a organização do trabalho, não era valorizada como tal. Para Cruz et al. (2008), a reunião de equipe é de extrema importância para o bom andamento do serviço em equipe, pois é onde se discute coletivamente a problemática do trabalho e se definem as ações e intervenções a serem realizadas na tríade território, comunidade e equipe.

As ausências de reuniões em equipe também revelam contradições dessa prática com as diretrizes do NASF, que prevê momentos de contratos para a organização do trabalho, estimulados por meio de espaços coletivos que se constituem em reuniões (BRASIL, 2009b). Ainda de acordo com a proposta teórica do NASF, essa equipe deve “superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF” (BRASIL, 2009b, p. 08). Os resultados denotam que as desordens nas inter-relações entre os profissionais que integravam as EqSFs e o NASF acabavam sobrepujando as diretrizes organizacionais.

Estudo realizado com profissionais afetos à APS também evidenciou a presença de conflitos na rede de relações e interações nas equipes de saúde. No entanto, afirma que esses são inerentes à dinâmica do trabalho em equipe, mas que podem se transformar em possibilidades de crescimento, se forem bem trabalhados (LANZONI; MEIRELLES, 2012). A ordem para a organização da educação em saúde no contexto do DM pode ser estabelecida, se houver um envolvimento dos profissionais para a superação da crise relacional e comunicacional na rede de relações no trabalho em equipe.

No tocante às potencialidades para a auto-organização da educação em saúde, os resultados evidenciaram que os profissionais de saúde tinham condições de promover melhorias no atendimento às pessoas com DM na APS, principalmente através de grupos com metodologias diferenciadas. Entretanto, observou-se que essas práticas não eram oferecidas a todas essas pessoas, mas apenas a um número reduzido da coletividade; as estratégias metodológicas para a prática de atividades que contemplassem ações de educação em saúde eram tímidas e modestas; não havia o envolvimento de todos os integrantes das EqSFs na busca por uma assistência integral, com a participação de todos os atores sociais; e não tinha um objetivo mais amplo de desenvolvimento de competências, corresponsabilização e coparticipação, que visasse estimular e desenvolver nas pessoas a autonomia para o autocuidado e escolhas conscientes.

Considerando que a complexidade nas organizações dos sistemas comporta a desordem como um paradigma de sua organização, e que a Complexidade pode encontrar explicações básicas em alguns princípios considerados simples (MORIN, 2010b), ao mesmo tempo em que o estudo identificou desordens na educação em saúde para o DM, e dificuldades dos atores envolvidos em conduzir a educação diferente dos moldes tradicionais, os próprios participantes da pesquisa apontaram

espaços potenciais para o estabelecimento da ordem, não reduzindo-a a uma organização, mas associando-a à atual organização (MORIN, 2010b). Isso porque a auto-organização implica em uma adaptação às novidades, riscos e mudanças oferecidos pela eco-organização, cuja flexibilidade adaptativa se expressa por estratégias inventivas e diversificadas que vêm substituir os comportamentos rígidos; comportando a ideia de dinamicidade, e de sistema aberto para mudanças (MORIN, 2005).

Neste estudo, diante de todas as dificuldades e desordens, e dos poucos e modestos sinais de ordem no contexto da educação em saúde para as pessoas com DM na APS, para a auto-organização dos profissionais de saúde que compõem a ESF, deve-se levar em consideração que esse contexto é permeado por múltiplas situações complexas, o que vai muito além das ações desses profissionais. Pois compreende ações que integram e fazem parte de um todo, que nem sempre conseguirá ser suprido pela soma das partes, por serem reflexos de um conjunto de situações interventoras e muitas vezes desfavoráveis, tais como a pouca valorização dos gestores às políticas existentes, os quais não promovem meios para que sejam operacionalizadas e centram suas ações e condutas no reforço de um modelo de atenção em saúde que ainda permanece curativista, individual e prescritivo.

Entretanto, deve-se considerar os pressupostos de Morin (2011b, p. 54), ao afirmar que a educação do futuro tem que valorizar a complexidade humana, a qual “conduziria à tomada de conhecimento, por conseguinte, de consciência, da condição comum a todos os humanos e da muito rica e necessária diversidade dos indivíduos, dos povos, das culturas, sobre nosso enraizamento como cidadãos da Terra”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A auto-organização para a educação em saúde de pessoas com DM na APS compõe um contexto multifacetado, e encontra múltiplas barreiras para sua execução. Os dados apontam que esse contexto necessita de novos olhares e demanda mais envolvimento por parte dos profissionais de saúde e gestores, com os referenciais que o embasam, necessitando de reconstrução no âmbito singular e plural, com foco nas multidimensionalidades da educação em saúde e na correlação dessa temática com o DM.

Assim, a educação em saúde passa a ser compreendida como um processo singular que requer o envolvimento de todas as partes, para se

estabelecer a ordem na auto-organização, o que compreende usuários, profissionais, gestores, políticas, para fomentar as potencialidades das partes na construção de um todo que estabeleça a ordem e seja capaz de trazer um respaldo emancipatório às pessoas com DM, usuárias da APS. Com vistas ao autocuidado efetivo e eficaz, para promover a prevenção das complicações crônicas do DM. Devendo seguir um modelo com apoio nos princípios da educação para o futuro e da educação sociocultural, por serem modelos que têm como base estrutural a valorização da espécie humana e das condições inter-relacionadas a ela.

Assim, a educação em saúde deve ser resgatada e valorizada como um instrumento de trabalho fundamental para assistir as pessoas com DM, justificado por todas as especificidades da doença e as demandas geradas por elas, para um controle efetivo e integral, que seja capaz de alcançar a prevenção das complicações crônicas.

O estudo demarca a necessidade de instrumentalização dos profissionais de saúde, para transformação das práticas de educação em saúde no contexto do DM na APS, e da aplicabilidade das políticas públicas destinadas à essa doença e da educação em saúde. É urgente a integração da educação em saúde e DM, e dos profissionais que compõem a rede primária, em um movimento para reverter a disjunção estabelecida entre essas partes, assim como a singularidade e a fragmentação apresentadas no contexto investigado, em prol de uma nova ordem, para uma nova auto-organização da educação em saúde para o DM.

Para a enfermagem, o estudo revela a necessidade de um maior envolvimento desse profissional com a educação em saúde para o DM, o qual deve fundamentar-se para que o modelo dialógico e emancipatório oriente as práticas clínicas cotidianas às pessoas com DM. Espera-se que esse profissional tenha novos olhares que os direcionem para uma nova ordem, a qual deve contemplar melhorias nas relações e inter-relações entre os diversos profissionais, que se constituem nos atores sociais; além de promover melhorias na comunicação dialógica em todas as ações assistenciais e gerencias que envolvem essa atenção.

Diante do cenário estudado, pode-se fazer menções ao processo de formação acadêmica, que qualifica e prepara os profissionais para atuarem nos serviços de saúde, em que este deve prepará-los para que tenham condições de executarem uma assistência que vise: a prevenção e o controle do DM e de suas complicações; as especificidades das doenças crônicas, especificamente do DM e das condições geradas por

ela à vida das pessoas acometidas; as implicações da cronicidade para as pessoas, famílias, sociedade, Estado e sistema de saúde.

Esse processo, deve ainda, reforçar os aspectos do trabalho multidisciplinar, bem como as relações e inter-relações necessárias para a formação de equipes proativas; destacando a importância de serem formados para atuar efetivamente na educação em saúde. Para que desenvolvam, ainda na graduação, habilidades para implementá-la em todas as ações assistenciais, principalmente com pessoas com doenças crônicas, as quais requerem um maior preparo para serem empoderadas e, conseqüentemente, exercerem o autocuidado com responsabilidades.

De acordo com os resultados apresentados, espera-se que este estudo possa contribuir para mudanças com vistas à melhoria da prática assistencial dos profissionais que integram as EqSFs às pessoas com DM, para que tenha como foco o controle da doença e prevenção das complicações crônicas da mesma, utilizando como ferramenta de trabalho para essa população a educação em saúde; além, de contribuir para futuras reflexões, subsidiar novos questionamentos e novas avaliações. Como limitações, este estudo avaliou um único município e a dinâmica de trabalho de cinco EqSFs, indicando a relevância de avaliar essa realidade expandindo o número de equipes e localidades.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of care in Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 37, supl. 1, p. 14-80, 2014.

\_\_\_\_\_. Strategies for improving care. **Diabetes Care**, New York, v. 38, supl. 1; p. S5-S7, 2015.

BARQUERA, S. et al. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. **Globalization and Health**, London, v. 9, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599194/?report=classic>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF núcleo de apoio a saúde da família**. Brasília: ministério da saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012** - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012.

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

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 177-185, 1999.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CHAGAS, I. A., et al. Patients' knowledge of diabetes five years after the end of an educational program. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1137-1142, 2013

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1547-1554, 2011.

CRUZ, M. L. S. et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1/2, p. 161-183, 2008.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 7-18, jan./mar. 2009.

FARIA, H. T. G., et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 348-354, 2013.

FERTONANI, H. P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que dizem os usuários da Atenção Básica**. 2010. 235f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2010.

FITTIPLADI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: apoio matricial e os profissionais da estratégia saúde da família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, jan./mar. 2015.

FLORES F. M. E; GUTIÉRREZ, M. F.; VELÁSQUEZ, A. Complicaciones crónicas y factores asociados en diabéticos tipo 2. **Rev. Salus**, Guarapuava, v. 11, n. 1, p. 28-34, abr. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 36ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

HASS, L. et al. National standards for diabetes self-management education and support. **Diabetes Care**, New York, v. 36, supl. 1, p. S100-S108, set. 2013.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res.**, Austin, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, fev. 2005.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 293-301, 2009. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/407/228>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

KREBS, J. D. et al. A structured, group-based diabetes self-management education (DSME) programme for people, families and whanau with type 2 diabetes (T2DM) in New Zealand: An observational study. **Prim Care Diabetes**, Cambridge, v. 7, n. 2, p. 151-158, mar. 2013.

KLEIN, H. A. et al. Diabetes self-management education: miles to go. **Nurs Res Pract**, Cairo, v. 2013, [15 telas], 2013. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/581012/>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 464-70, 2012.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em saúde**. Apostila: Especialização em Saúde da Família, 2012. UNASUS/UNIFESP. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/unidade09.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2014.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421907006>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referente à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios

do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, jan./mar. 2015.

MATUMOTO, S.; et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, [08 telas], 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2014.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORIN, E. **O método II: a vida da vida**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulinas, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011b.

PEREIRA, D. A. et al. The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 478-485, mai./jun. 2013.

PEREZ RODRIGUEZ, A. et al. Repercusión social de la educación diabética en personas con diabetes mellitus. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 13, n. 4, ago. 2009. Disponível em:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000400011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400011&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2013.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 258-268, fev. 2011.

REIS, D. C. Educação em saúde aspectos históricos e conceituais. In: GRAZINELLI, M. F.; MARQUES, R. C. (Orgs.). **Educação em saúde: teoria, métodos e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006, p. 19-24.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 321-324, 2010.

SALCI, M. A.; et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, jan./mar. 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINO M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.27-41. Disponível em: <[http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdts\\_p\\_4.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdts_p_4.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SILVA, V. L. B. D. **Educação em saúde no Programa de Saúde da Família no município de Angra dos Reis: as representações sociais das enfermeiras**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestre em Enfermagem, Brasil, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.1, p. 36-42, jan./mar. 2013.



### **5.2.3 Manuscrito 3 – Atenção primária às pessoas com diabetes *mellitus* na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas**

#### **ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

#### **PRIMARY CARE FOR PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS UNDER THE PERSPECTIVE OF CHRONIC CARE MODEL**

#### **ATENCIÓN PRIMARIA PARA PERSONAS CON DIABETES MELLITUS SEGUN LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE ATENCIÓN A LAS CONDICIONES CRÓNICAS**

#### **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi avaliar a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da Estratégia Saúde da Família às pessoas com Diabetes *mellitus* na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou o Pensamento Complexo como referencial teórico e a pesquisa avaliativa como referencial metodológico. O cenário do estudo foi um município de médio porte localizado no Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a maio de 2014, por meio de entrevistas com 38 participantes que compuseram o contexto avaliado; observação nas atividades realizadas por eles para as pessoas com diabetes; e análise dos prontuários de 25 pessoas que recebiam esse atendimento. Para a análise dos dados utilizou-se da triangulação; das técnicas analíticas, que envolveram as etapas de codificação aberta e axial, com auxílio do *software* ATLAS.ti; e da análise dirigida, que teve como referência os documentos do Ministério da Saúde que integram a política pública para as pessoas com DM e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Como resultados, identificou-se que, no âmbito micro, a assistência encontrava-se distante de ações que contemplam a integralidade necessária para assistir as pessoas com doença crônica na Atenção Primária à Saúde e estava centrada no modelo biomédico. No âmbito meso, existia desarticulação entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família, destes com usuários, família e comunidade. No âmbito macro, identificou-se ausência de estratégias diretivas para a

implementação das políticas públicas para o Diabetes *mellitus* na prática assistencial.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde; Atenção Integral à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

### **ABSTRACT**

The aim of this study was to assess the health care provided to Diabetes mellitus sufferers by the members of the *Family Health Strategy* under the perspective of Chronic Care Model. It is a qualitative study that used the Complex Thought as its theoretical framework and the evaluative research as a methodological framework. The study was carried out in a medium-sized city in southern Brazil. Data collection took place from December 2013 to May 2014. Data were obtained through interviews with the 38 participants in the research, observation of activities carried out by them with diabetic people, and the analysis of the medical records of 25 diabetic people receiving the health care. Data were analyzed using: triangulation; analytical techniques (for the open and axial coding) with the help of ATLAS.ti software; and directed analysis, which used as reference the Ministry of Health documents, which are part of the public policy for people with DM and the Chronic Care Model. Our results found that, within micro level, the care provided was far away from the activities needed to assist individuals suffering from chronic disease in Primary Health Care and was centered on the biomedical model. At the meso level, we observe a disarticulation among professionals of the Family Health Strategy, and among health professional and the users, their family and the community. At the macro level, we identified a lack of guiding strategies for the implementation of public policies towards Diabetes *mellitus* in care practice.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus; Chronic Disease; Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Health Services Evaluation.

### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue evaluar la asistencia sanitaria prestada a los enfermos de diabetes *mellitus* por los miembros de la Estrategia Salud de la Familia bajo la perspectiva del Modelo de Atención Crónica. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó el Pensamiento Complejo como su marco teórico y la investigación evaluativa como marco metodológico. El estudio se llevó a cabo en una ciudad de tamaño medio en el sur de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo entre

diciembre de 2013 hasta mayo de 2014. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas con los 38 participantes en la investigación, la observación de las actividades realizadas por ellos con las personas con diabetes, y el análisis de las historias clínicas de 25 personas diabéticas que reciben la atención de la salud. Los datos fueron analizados usando: triangulación; técnicas analíticas (para la codificación abierta y axial) con la ayuda de software ATLAS.ti; y análisis dirigido, que utilizó como referencia los documentos del Ministerio de Salud, que son parte de la política pública para las personas con DM y el modelo de atención crónica. Nuestros resultados encontraron que, dentro de micro nivel, la atención recibida está muy lejos de las actividades necesarias para ayudar a las personas que sufren de enfermedades crónicas en la Atención Primaria de Salud y se centran en el modelo biomédico. A nivel meso, se observa una desarticulación entre los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia, y entre los profesionales de la salud y de los usuarios, sus familias y la comunidad. A nivel macro, hemos identificado una falta de guión en las estrategias para la implementación de las políticas públicas hacia la diabetes mellitus en la práctica asistencial.

**Descriptor:** Diabetes Mellitus; Enfermedad Crónica; Primeros Auxilios; Atención Integral de Salud; Evaluación de Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

As condições crônicas são demarcadas, principalmente, pelo início dos sintomas e evolução da doença de curso lento; múltiplas causas; com influências da hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos; levam à perda da capacidade funcional; favorecem o aparecimento de múltiplas comorbidades; exigem maior esforço paliativo; necessitam de monitoração contínua; requerem maior estrutura de suporte de serviços. São onerosas e preocupantes para, praticamente, todos os sistemas de saúde do mundo, em decorrência dos indicadores de saúde e da economia gerados por elas (MENDES, 2011; GOULART, 2011; FREITAS, MENDES, 2007).

O diabetes *mellitus* (DM) constitui o grupo das doenças crônicas que são responsáveis pelas principais causas de morte no mundo e é considerado o problema de saúde da maior magnitude (BRASIL, 2011a). Nesse sentido, tem-se discutido ações que possam ajudar a controlar o avanço dessa doença e as complicações decorrentes da mesma e que, muitas vezes, são consequência de uma assistência que

não considera as especificidades dessas condições, com modelos assistenciais inadequados.

A assistência à saúde das populações, historicamente, foi orientada por modelos de atenção à saúde e conceitos de saúde elaborados a partir de influências do contexto histórico, cultural, social, político e econômico das sociedades (SCLIAR, 2007). Os modelos de atenção à saúde devem ser apreendidos como racionalidade, ou seja, como uma lógica que orienta as ações de saúde dos trabalhadores que compõem o contexto da saúde; e que são capazes de combinar técnicas e tecnologias para solucionar os problemas e atender às necessidades de saúde das pessoas no âmbito individual e coletivo (SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007).

Destaca-se que a atenção em saúde no ocidente é centrada no modelo biomédico, o qual teve embasamento na teoria mecanicista, influenciada por pensadores como Galileu, Descartes e Newton, e seguiu o modelo da ciência positivista do século XIX (ANNANDALLE, 1998). Este modelo é centrado no indivíduo doente e abrange o conceito de saúde que considerava apenas a ausência de doença. Tem como principais características o biologicismo com foco no agente etiológico, a unicausalidade com valorização da relação causa-efeito, a fragmentação, o mecanicismo, o tecnicismo, a especialização, o curativismo (CUTOLO, 2006).

Com as críticas e as insuficiências deste modelo biomédico, na década de 70 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária convergindo com o momento histórico e social do conceito ampliado de saúde. Cujos pressupostos são demarcados pela: integralidade da atenção; concepção de saúde/doença estendida para além do biologicismo, incluindo princípios higienistas, preventivistas e sociais; ações em saúde vislumbrando recuperação, reabilitação, proteção e promoção; compreensão da população como sujeitos participantes do seu processo saúde/doença; e práticas clínicas que passam a ser realizadas por uma equipe interdisciplinar (CUTOLO, 2006).

O final do século XX e início do século XXI foram marcados, no Brasil, por uma forte discussão teórica necessária sobre modelos de saúde que conseguissem suprir as necessidades de atenção às condições crônicas. Trouxessem como principais características: ênfase na atenção primária como instância reguladora e de entrada ao sistema de saúde; mudança no papel dos profissionais de saúde, no que compreende educar, capacitar e fazer parcerias entre si e com os usuários dos serviços de saúde, para assumirem o autocuidado e desenvolverem

mudanças de comportamentos; enfoque no empoderamento, na autonomia e na participação das pessoas nos processos decisórios clínicos; reconhecimento de que as intervenções devem ser centradas no cuidado multiprofissional com ações clínicas compartilhadas entre profissionais e usuários; atenção às demandas de práticas de saúde continuadas e planejadas de forma prospectiva e proativa (MENDES, 2012; 2011; GOULART, 2011).

Tendo como base essas características, Mendes (2012) propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) com influência de outros modelos e experiências, especialmente o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003). Este no entanto, foi elaborado para a realidade e o contexto da saúde brasileira. Esse modelo se empenha em compreender as necessidades expressas nas singularidades e nas multiplicidades do processo saúde/doença vivenciado pelas pessoas, contemplando as especificidades das doenças crônicas e das condições de vida adquiridas pelo adoecimento, os contextos relacionados e inter-relacionados nesse processo, assim como a pessoa, sua família, suas redes sociais, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão, as políticas. Esse modelo segue a lógica dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma forte concepção na integralidade, que compreende a valorização das necessidades específicas das pessoas ou grupos, considerando a totalidade do ser humano como ser social; e nos conceitos e objetivos do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2000; MENDES, 2012).

O MCC da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) já vinha sendo incorporado pelo Ministério da Saúde (MS) desde sua divulgação, utilizado como referencial para a elaboração de políticas de saúde voltadas para o SUS e sustentado como um modelo de atenção à saúde. Nesse sentido, o MACC, também passou a ser considerado uma referência para o SUS.

No entanto, a proposta de adoção desse modelo ainda é recente e é tomado como uma referência para o estabelecimento das políticas de atenção às pessoas com doenças crônicas e o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os estudos acerca do mesmo são escassos, com experiências pontuais, mas que revelam a sua adequação na atenção às pessoas em condição crônica (SCHAWAB et al., 2014; FIUZA et al., 2013; MOYSÉS, SILVEIRA FILHO, MOYSÉS, 2012). Assim, a intenção foi lançar um olhar para a assistência que vem sendo desenvolvida na Atenção Primária à Saúde (APS) às pessoas com DM,

tendo as políticas do MS como referência para essa atenção, para avaliar o quão próximo ou distante encontra-se a realidade avaliada para atender esse modelo. Cabe ainda ressaltar que vários estudos que vêm sendo desenvolvidos na APS evidenciam que o modelo biomédico, centrado na doença, ainda é uma realidade dentro dos serviços de saúde, inclusive naqueles que implantaram o modelo da ESF (TRINDADE, PIRES, 2013; FERTONANI, 2010; SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007).

Como o MACC é um modelo que considera a complexidade da atenção à saúde de pessoas em condições crônicas, o Pensamento Complexo, cuja palavra advém de *plexus*, que abrange aquilo que está entrelaçado ou tecido em conjunto, respaldou uma melhor compreensão das diversas facetas e múltiplas vertentes de abrangência desse modelo. No contexto dos modelos de atenção às pessoas com DM na APS, esse pensamento permite um olhar sistêmico, que transpõe as relações lineares de causalidade singulares e unidiretivas, para um direcionamento aos olhares que permitem visualizar a prática clínica e os fatores interventores e intervenientes a ela. Isso porque a Complexidade “é capaz de apreender a multidimensionalidade das realidades, de reconhecer o jogo das interações e retroações” (MORIN, 1997, p. 25).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da ESF às pessoas com Diabetes *mellitus* na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

## MÉTODOS

Estudo qualitativo, que utilizou o Pensamento Complexo como referencial teórico e a pesquisa avaliativa como referencial metodológico. O cenário do estudo foi um município de médio porte localizado no Sul do Brasil. Participaram 38 pessoas que compuseram o contexto da atenção à saúde de pessoas com DM na APS, dentre as quais: cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem e 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – integrantes das Equipes de Saúde da Família (EqSF); dois farmacêuticos, um educador físico, um psicólogo, um assistente social e um nutricionista – integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); e dois diretores de Unidade Básica de Saúde (UBS) e um gestor vinculado ao município. Foi uma amostragem teórica, partindo inicialmente daqueles que compunham as EqSFs.

A definição dessa amostragem teórica iniciou com a utilização de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no qual foram identificadas as EqSFs que possuíam maior número de pessoas com DM cadastradas na área de abrangência. Os participantes do NASF e os gestores foram selecionados a partir do processo de análise dos dados desse primeiro grupo, uma vez que foram, reiteradamente, indicados como parte da atenção às pessoas com DM.

O trabalho de campo abrangeu três diferentes técnicas: entrevista, observação e análise em prontuários. Foram realizadas entrevistas intensivas (CHARMAZ, 2009) que tiveram como roteiro um guia de questões iniciais e, durante as mesmas, outras questões surgiram e foram acrescentadas para uma melhor avaliação do contexto. Tiveram uma duração média de uma hora e quinze minutos, todas gravadas em áudio e realizadas pela própria pesquisadora, no período de dezembro de 2013 a maio de 2014.

A observação adotada foi com participação moderada (TRENTINI, PAIM, 2004), que ocorreu durante os atendimentos de grupo que os profissionais das EqSFs desenvolveram com as pessoas com DM e em alguns atendimentos individuais. Essas observações foram registradas em diário de campo. Para a seleção dos prontuários se solicitou que cada enfermeiro selecionasse cinco prontuários de pessoas com DM que eram acompanhadas, periodicamente, pela equipe. No total foram analisados 25 prontuários, com destaque para os itens: tempo de diagnóstico; presença de complicações crônicas, condutas e acompanhamentos; periodicidade dos atendimentos, dos exames solicitados, dos exames físicos e dos encaminhamentos; e as orientações realizadas. Os dados foram registrados em formulário próprio, elaborado especificamente para direcionar essa coleta de dados.

A combinação das técnicas adotadas na coleta de dados permitiu a triangulação no processo de análise dos dados (MINAYO, 2005). Esse processo de análise foi orientado pela análise de conteúdo dirigida (HSIEH, SHANNON, 2005), uma vez que tinha como referência, além dos documentos proposto nas políticas do MS em relação ao DM: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus (BRASIL, 2001), Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006a), Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a); o MACC, considerando os seus âmbitos de abrangência (micro, meso e macro), como proposto por Mendes (2012).

A análise de conteúdo dirigida é utilizada, segundo Hsieh e Shannon (2005), quando há uma teoria ou pesquisa já existentes sobre um determinado fenômeno que tem correlação com o que está sendo estudado, que pode ajudar a aprofundar a questão de pesquisa estudada. Nesse sentido, a análise de conteúdo dirigida é guiada por um processo mais estruturado quando comparado a uma abordagem convencional. O pesquisador usa o referencial para embasar suas escolhas e decisões para a identificação de códigos e formação das categorias.

Foi utilizado o *software* ATLAS.ti versão 7.1.7, com licença de número 58118222, como ferramenta tecnológica que subsidiou a organização e codificação dos dados das entrevistas. A análise desses dados teve como respaldo a técnica analítica da *Grounded Theory* (STRAUSS, CORBIN, 2008), que envolveu as etapas de codificação aberta, caracterizada pelo momento inicial da análise em que houve a abertura dos dados e a identificação dos códigos originados das entrevistas; e codificação axial, que foi a parte da análise que ocorreu em torno do eixo das categorias apresentadas. Os dados referentes às observações e análise dos prontuários deram suporte para confirmar aquilo que era referido pelos participantes, sobre a atenção que realizavam.

Esta pesquisa seguiu a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto obteve aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com Parecer de número 466.855, e autorização da Secretaria de Saúde do município de referência, seguindo todas as indicações dessa Resolução no desenvolvimento do estudo. Para preservar a identidade dos envolvidos na pesquisa, eles receberam uma identificação da qual constou a profissão e/ou cargo que ocupavam, seguido pela Letra P e um número, que correspondeu à inclusão da entrevista no *software* ATLAS.ti. Todos os participantes envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

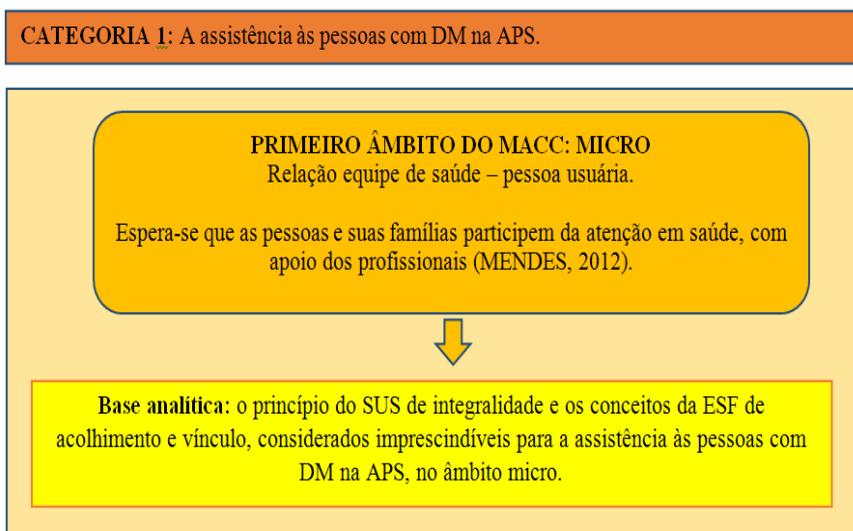
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo encontram-se apresentados em três categorias, cada uma delas relacionada a um dos âmbitos de abrangência do MACC: **A assistência às pessoas com DM na APS** (Figura 1), correspondente ao âmbito micro; **A assistência às pessoas com DM na APS: equipe – gestão** (Figura 2), correspondente ao âmbito meso; e

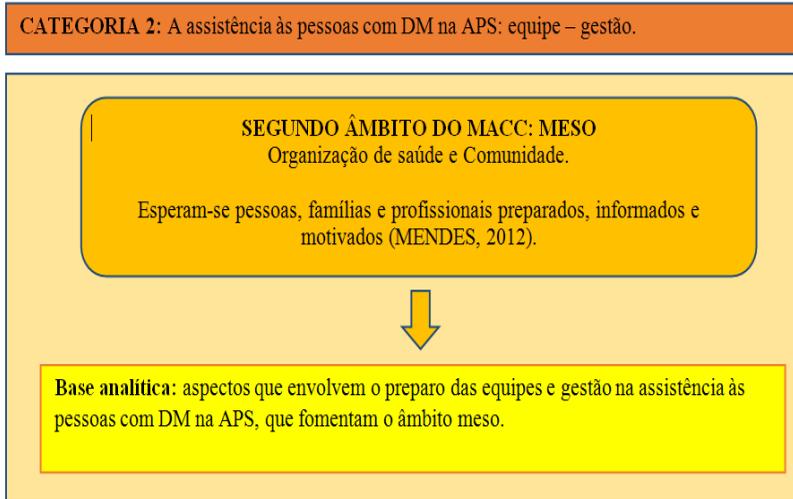
**Políticas para o DM: potencialidades e barreiras para a aplicabilidade** (Figura 3), correspondente ao âmbito macro.

Destaca-se que o maior foco da análise contemplou o âmbito micro, com dados da assistência desenvolvida pelos profissionais que integravam a ESF às pessoas com DM. Porém, considerando a complexidade da atenção à saúde, a análise também envolveu alguns aspectos importantes de serem mencionados nos âmbitos meso e macro.

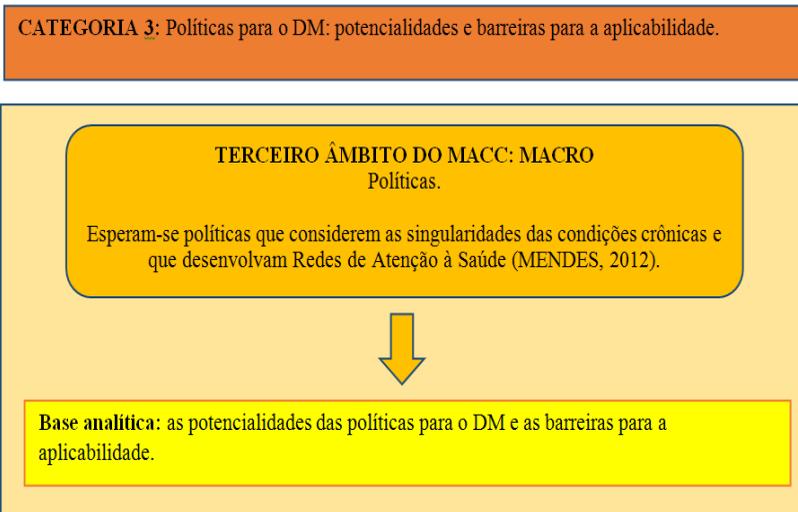
**Figura 1** - Âmbito micro, base analítica e a categoria correspondente



**Figura 2** - Âmbito meso, base analítica e a categoria correspondente



**Figura 3** - Âmbito macro, base analítica e a categoria correspondente



## **A assistência às pessoas com DM na APS**

Essa categoria avaliou a assistência desenvolvida pelos profissionais da ESF às pessoas com DM na APS, com foco no âmbito micro do MACC. Nessa avaliação, foi possível compreender como ocorre o acesso e o acolhimento das pessoas com DM na APS; o planejamento e o acompanhamento sistematizado da assistência desenvolvida a essas pessoas. O que se sobressaiu neste processo analítico foi a persistente influência do modelo de atenção à saúde tradicional, ou seja, o modelo biomédico.

Os participantes da pesquisa referiram que as pessoas com DM, na APS, podem receber atendimento individual e coletivo. Entretanto, as pessoas com DM procuram pelo atendimento individualizado, em geral, somente na presença de alguma complicação aguda, ou por outra queixa que não relacionada ao DM. Para o atendimento individualizado, este segue o fluxo de atendimento dos demais usuários da UBS, sendo acolhidas pelo serviço, que é realizado pela equipe de enfermagem. A atividade no acolhimento consiste na escuta aos problemas trazidos pelas pessoas e direcionamento dos casos para os atendimentos e/ou para os serviços da rede.

Para o acolhimento individual, foi apontado que ele não ocorria por área, ou seja, os profissionais das EqSFs acolhiam as pessoas de toda a abrangência da UBS, o que compreendia uma grande população, fato que dificultava conhecer as pessoas que estavam sob a responsabilidade de sua área adstrita, o que poderia ter repercussões e prejuízos no estabelecimento e fortalecimento do vínculo.

O acolhimento é aberto a todo mundo que procura, não é só da minha equipe. Então, eu não crio aquele vínculo... Eu não tenho vínculo com meus pacientes (Enfermeira-P2).

A justificativa para essa situação é que as EqSFs funcionavam praticamente como mistas, dividindo o tempo no atendimento das atividades da ESF e a outra metade no atendimento às demandas da UBS. Neste atendimento de toda a demanda, referiram dificuldades por haver uma grande quantidade de pessoas que procuravam por atendimento diariamente. Essa situação também foi identificada em estudo que evidenciou que há excesso de demanda na APS, muitas vezes, incompatível com o número de profissionais disponíveis para a oferta dos atendimentos (TRINDADE, PIREZ, 2013).

A atenção às pessoas com DM, na sua grande maioria, é oferecida coletivamente, garantindo o acesso ao atendimento de um maior número de usuários. Para esse atendimento, a pessoa é, inicialmente, cadastrada no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Após o cadastramento, o acesso é garantido pelo serviço de saúde como um espaço pré-agendado para o atendimento e retorno periódico, que geralmente costuma ser trimestral. Esse atendimento é denominado como grupo.

O modo como este grupo era realizado, revelou a ausência de atividade coletiva, sendo atribuída a ele uma organização da agenda dos profissionais para atendimento das pessoas com a mesma patologia em dia e horário pré-definidos. Isso porque a adesão das pessoas ao grupo promovia, conseqüentemente, a otimização da fila do agendamento das consultas médicas disponíveis nas EqSFs e UBS, além de um cumprimento parcial da política de atenção às pessoas com DM, que prevê a realização de grupos como forma de desenvolvimento da educação em saúde (BRASIL, 2013a; 2006a).

Nesta concepção de agenda programada, a dinâmica estabelecida para a realização dos grupos era, praticamente, a mesma utilizada em todas as EqSFs, com uma assistência centrada na consulta médica, prescritiva, na qual a principal atividade era a entrega de receitas e, algumas vezes, mas não de forma sistematizada, eram solicitados exames laboratoriais. De qualquer modo, não eram privilegiadas atividades educativas, de prevenção e de promoção da saúde.

Não havia planejamento das atividades dos profissionais que contemplasse o conjunto das necessidades das pessoas com DM. Essa situação tinha implicações na identificação precoce da doença, de suas complicações e no acompanhamento sistemático das pessoas com DM. Muitas vezes, o marco para o acompanhamento era a presença de complicações graves e irreversíveis, como referido pelo profissional:

Se eu falar que eu conheço a minha clientela com diabetes, eu estarei mentindo para você. Temos os fiéis, que sempre estão presentes no nosso HIPERDIA. Mas aqueles que vêm pouco, não! Eu não consigo.... Chega paciente meu, eu nem sei se é diabético, se é hipertenso... Ele procura assistência médica quando lhe convém ou quando acontece alguma coisa. Paciente diabético... nós vamos descobrir quando tem uma escara no pé,

hora que acontece alguma coisa, uma fatalidade, alguma dúvida, descompensou... senão, infelizmente, eu não consigo. Mas, ainda não tem um planejamento específico para esses diabéticos (Enfermeiro-P4).

Nesse contexto, as respostas aos problemas de saúde das pessoas com DM eram dadas pontualmente. Apenas para as suas demandas específicas, demarcando um modelo de atenção no qual as preocupações e as prioridades estavam voltadas para os casos agudos, queixas específicas ou para as situações em que já havia ocorrido o agravamento do problema. Situação semelhante foi apontada em outros estudos que afirmam a centralidade da atenção no modelo biomédico (MAGNAGO, PIERANTONI, 2015; TRINDADE, PIRES, 2013; FERTONANI, 2010; SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007).

O acompanhamento sistematizado, que seja capaz de abranger a prevenção de agravos, não ocorre nem mesmo com as pessoas que já fazem uso de insulina, e esse tipo de tratamento requer um cuidado especial e minuciosos tanto no transporte, no armazenamento, no preparo, na administração e no descarte dos materiais utilizados, para que a terapêutica seja efetiva e sem riscos (BRASIL, 2006a). Ademais, uma condição estabelecida na legislação que assegura o recebimento gratuito de materiais necessários para a aplicação e monitorização da glicemia capilar é que as pessoas estejam inscritas em programa de educação, específico para a patologia (BRASIL, 2006b).

O paciente que usa insulina, ele é apenas mais um. [...] não se tem aquela coisa de ir atrás dele (Auxiliar de Enfermagem-P8).

A escuta, como um elemento do acolhimento, imprescindível para o vínculo e compreendida como um dos pilares da ação terapêutica, fundamental para uma assistência com vistas à integralidade (GONÇALVES, FIORE, 2011), nem sempre era valorizada pelos profissionais de saúde. Muitas vezes, no atendimento referenciado como de grupo, não era possibilitado à pessoa falar de outros problemas de saúde, pois esse atendimento era estritamente específico para os problemas clínicos relacionados ao DM e à hipertensão arterial. Essa situação acabava provocando uma sobrecarga em todo o sistema de saúde, pois a pessoa era orientada a marcar outra consulta para tentar

resolver seus problemas, acarretando em uma demanda a mais ao serviço e à pessoa que o utilizava.

[...] às vezes, eu até brinco: pessoal, hoje é só para ver as coisas do diabetes e hipertensão, não é do dedão do pé, da casquinha das costas... Porque a médica não vai atender mesmo. Não sei, não poderia já fazer?! Mas é aquilo, cada profissional tem um comportamento. Uma escuta a mais evitaria ter que marcar uma nova consulta. Mas é sempre assim nos grupos (Enfermeira-P4).

Essa atenção dispensada às pessoas com DM evidencia que há uma contradição à lógica da APS, da ESF e dos modelos de atenção à saúde que abrangem as doenças crônicas, como estabelecido no MACC, nas políticas de saúde brasileiras e mesmo pela OMS (MENDES, 2012; BRASIL, 2011b; 1997; OMS, 2003). Reforça a persistência de uma assistência fragmentada e reducionista, prevalecendo o modelo de atenção centrado na especialidade, em que o foco da atenção se reduz ao problema de saúde, ou seja, à doença e não à pessoa em seu processo saúde/doença.

Para Morin (1997), o reducionismo se restringe à causa e efeito, fazendo-se necessário uma integração das partes na sua relação com o todo e do todo nas suas relações com as partes. Nesse sentido, o processo de cuidar e assistir as pessoas com DM na APS deveria promover o envolvimento dos profissionais para uma prática que considerasse as singularidades e as multiplicidades das pessoas em seu contexto, em um constante esforço para desenvolver uma assistência com vistas às necessidades impressas nesse processo, que vá ao encontro da integralidade, objetivando um controle sistematizado, contínuo e resolutivo para que as pessoas possam ter um controle ativo da doença, na perspectiva de evitar agravos e complicações crônicas decorrentes da mesma.

A atenção desenvolvida pelos integrantes das EqSFs não expressava um trabalho inter ou multidisciplinar, uma vez que o foco do atendimento era o médico. Os enfermeiros não se envolviam no atendimento e no acompanhamento sistematizado, que visasse à prevenção e à redução de complicações crônicas do DM. Isso tem repercussões importantes na atenção às pessoas com DM, gerando insuficiências e uma atenção fragmentada.

Nós não fazemos consulta de enfermagem para o paciente diabético. Isso de alguma forma deveria ser inserido. Olha só, o paciente acha que tem problema de vista e já vem pedindo encaminhamento, não vem falando a queixa. Chega: “Ah, eu quero encaminhamento para o oftalmo”. E eu faço. Ai, quando vai ver não é problema da vista, é o diabetes que está alto. Já aconteceu isso, o paciente achar que era a vista e era a diabetes que estava altíssima; começou a ser medicado e melhorou. Por isso que eu te falo da consulta de enfermagem. Eu dei o encaminhamento do oftalmo, mas não investiguei o que era (Enfermeira-P1).

A ausência de consulta de enfermagem, com anamnese completa, investigação, avaliação sistematizada e escuta qualificada, interfere na identificação do problema, no tratamento adequado e no acompanhamento com qualidade e integral às pessoas com DM. Diante desse contexto, e do pouco tempo que o médico dispensa para o atendimento das pessoas no grupo, evidenciam-se dificuldades de realização de práticas que deveriam fazer parte do atendimento das pessoas com DM. Um exemplo disso é a restrição na realização do exame físico, como expresso nos relatos:

O exame físico é feito se tem queixa, não existe uma rotina para avaliação. Eu acho que é difícil um médico fazer isso por questão do tempo [...]. Nos dias de grupo, eu tenho cinco minutos para atender o paciente, entre explicar para o paciente todos os exames e orientar sobre a medicação e fazer o exame físico... Não dá tempo de fazer o exame físico... (Médico-P30).

Nós estamos com um paciente que está com uma ferida horrível no pé, e o mais triste é que ele veio nos últimos grupos, depois veio buscar uma medicação e ninguém perguntou ou olhou para os pés dele. E sabe? Agora ele está quase perdendo o pé... (Auxiliar de Enfermagem-P8).

Diante dessas práticas, os esforços para que as pessoas mantenham seu tratamento concentram-se na terapêutica

medicamentosa. Entretanto, foi evidenciado que os participantes da pesquisa conheciam e sabiam da necessidade de outras medidas, além da medicamentosa, para o controle do DM, porém, reconheciam que não conseguiam dar conta dessa atividade.

Saber exatamente como ele está, se ele está fazendo a dieta correta. Não é só medicamento, o diabético tem a questão da alimentação, porque muitas vezes o estilo de vida, a alimentação dele, faz exercício ou não faz, o que ele come e o que não come, a gente não sabe de nada... (Enfermeiro-P1).

Estudo que incluiu profissionais da APS que atuavam em UBS que funcionavam ancoradas no modelo tradicional e no modelo da ESF identificou que em ambos os lugares houve predomínio do paradigma biomédico, centralidade na consulta médica, déficits no acolhimento, na organização e distribuição de atividades entre os profissionais, baixa resolutividade e excesso de burocracia (TRINDADE, PIRES, 2013). Outros estudos com foco nos enfermeiros da APS também identificaram ações desarticuladas, fragmentadas, superficiais, limitadas ao atendimento da demanda espontânea, falta de especificidade do trabalho que realizam (LIMA, 2011), distanciamento desse profissional com as atividades relacionadas ao cuidado direto aos usuários, acenando que isso ocorre em função das questões gerenciais e falta de profissionais na UBS (LANZONI, 2013).

Como já referido, as atividades educativas eram realizadas de forma parcial ou mesmo não eram realizadas, o que se contrapõe ao proposto no MACC e na ESF. Essas ações deveriam ser realizadas com vistas a preparar as pessoas com DM para terem autonomia e serem empoderadas para exercerem seu autocuidado (MENDES, 2012; BRASIL, 2013a; 2009; 2007; 2006a).

Às vezes é questão de paciência, não adianta você falar, tem que pedir para ele contar como está. Trabalhar com doenças crônicas é difícil, dá trabalho. Você orienta uma vez, orienta duas e você sabe que o problema não vai embora depois da orientação, vai ficar com você para o resto da vida. Então, o profissional fala: eu vou ter que atender essa daí de novo? Vou ter que falar tudo de novo o que eu falei... O problema é esse! Como

eu vou falar para um paciente com 70 anos que ele tem que aspirar, tem que pegar o frasquinho, limpar, pegar a seringa, se ele já não tem a destreza das mãos, habilidade para furar ali. Você explica, ele olha para a sua cara e você sabe que ele não entendeu. Aí, você olha e pensa: será que eu pergunto se ele entendeu ou eu não pergunto? Porque, se ele não entendeu, vai que eu tenho que explicar tudo de novo... (Enfermeira-P4).

Quando descobre que tem um acamado, que descobriu agora que tem diabetes, faz a orientação. Mas assim, eu acho que eles (médicos e enfermeiros) orientam mais as pessoas que descobrem a doença do que as que já têm, entendeu? Não sei se de repente eles acham que a pessoa que tem diabetes já sabe, mas tem umas coisas que eles não sabem (ACS-P12).

A orientação, como instrumento da educação para a área da saúde, é um elemento essencial para que as pessoas possam realizar o autocuidado (ADA, 2015; HAAS, 2013; BRASIL, 2013a; 2006a), e uma das principais ações de saúde na atenção primária deveria ser a educação em saúde, embasada nos princípios de uma educação fundamentada em bases processuais e dialógicas (FREIRE, 2003). Isso porque uma informação que se constitui em aprendizado pode modificar uma cultura, transformar uma sociedade e mudar o curso da história (MORIN, 2008), podendo provocar mudanças transformadoras no processo saúde/doença das pessoas com DM. No entanto, foram identificadas apenas ações isoladas, desenvolvidas em um grupo que não contemplava os objetivos de um grupo educativo, reduzindo-o a apenas um agrupamento de pessoas para facilitar a entrega de receitas e, eventualmente, identificar algum problema mais grave.

Na orientação do MS, os atendimentos coletivos, também denominados de grupos, são um dispositivo potente de educação em saúde, que devem proporcionar trocas entre os usuários e destes com os integrantes da equipe de saúde; a abordagem utilizada deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo, incitando formas de desenvolver o autocuidado e mudanças de atitude (BRASIL, 2013b). Estudo que analisou a prática e as concepções de educação em saúde de integrantes da ESF destaca a necessidade de uma maior valorização do papel dos profissionais de saúde como sujeitos

propulsores de mudanças na prática educativa e no modelo de saúde em que se encontram inseridos (PINAFO et al., 2011).

Outro aspecto encontrado foi a falta de integração dos profissionais com a família das pessoas com DM, assim como com seu contexto social. Esse é outro aspecto que não é convergente aos princípios da ESF, da integralidade e do MACC, em que a família deve ser envolvida no plano de cuidado das pessoas usuárias (MENDES, 2012; BRASIL 1997). Ressalta-se que, com exceção dos ACS, nenhum outro profissional apontou a existência desse envolvimento e direcionamento em suas ações e práticas no processo de cuidar e assistir as pessoas com DM.

O apoio esperado dos profissionais de saúde às pessoas e suas famílias, imprescindível na assistência às doenças crônicas e esperado na operacionalização do âmbito micro do MACC, aponta para a existência de lacunas em vários aspectos. Principalmente, os relacionados ao acolhimento, vínculo, escuta qualificada, planejamento da assistência, integração da equipe multiprofissional proativa e envolvida, assistência integral e resolutiva.

Esses achados, como já referido, evidenciam que as ações da equipe de saúde estavam centradas no modelo biomédico. Pois tiveram como foco a doença e o tratamento medicamentoso, com um grande distanciamento das práticas necessárias e contempladas no MACC (MENDES, 2012).

### **A assistência às pessoas com DM na APS: equipe e gestão**

Esta categoria avaliou as condições de motivação e preparo das EqSFs e da gestão na assistência às pessoas com DM, fomentadas no âmbito meso do MACC. Os participantes revelaram insatisfações, tanto em relação à motivação, quanto ao preparo para a condução da assistência, além de identificarem lacunas na gestão do serviço de saúde.

Ressalta-se que a motivação das equipes e pessoas usuárias e o preparo das equipes são apontados por Mendes (2012) no âmbito micro; porém, o próprio autor refere que algumas temáticas ficam imbricadas entre o âmbito micro e meso, e que, muitas vezes, não se consegue diferenciar o âmbito envolvido; portanto, optou-se por discutir essas temáticas nesse âmbito.

A motivação, considerada como um requisito para incentivar as pessoas a exercerem o autocuidado, foi percebida pelos profissionais como algo distante da realidade em que se encontram as atuais práticas

de atenção às pessoas com DM na APS. Como marco da condução dos atendimentos coletivos, onde as pessoas tinham pouca participação.

O grupo parece um matadouro. Eles ficam todos sentados, a enfermagem e os ACS fazem o que têm que fazer e depois eles ficam sozinhos aguardando o médico chamar (ACS-P13).

Na observação dos encontros dos grupos, percebeu-se que as pessoas com DM ficavam sentadas durante um longo período, de forma passiva, aguardando serem chamados pelo médico, para pegarem a receita médica dos medicamentos em uso. Não havia, de maneira geral, uma interação sistematizada com os profissionais e mesmo entre eles. Em alguns momentos trocavam palavras e em raras ocasiões houve uma conversa sobre o armazenamento da insulina, Hanseníase, a prevenção da Dengue, conduzida pela farmacêutica integrante do NASF ou, de maneira rápida, pela enfermeira. Essa situação evidenciava uma falta de comunicação que, acredita-se, levava à falta de motivação das pessoas usuárias a terem uma participação mais efetiva. Esta falta de motivação pode ser compreendida como uma resposta à ação desenvolvida pelos profissionais, em que, de acordo com outros relatos, eles também se sentiam desmotivados e insatisfeitos com a assistência que realizavam.

Ontem, para mim, o grupo foi tumultuado, você viu! Eu corri, a Diretora me chamou, daqui a pouco eu tinha que voltar lá, não tinha sala para eu colocar os pacientes para o doutor, porque o doutor já estava aqui. Aí você rebola daqui, rebola dali... Ele precisa atender, e aí? Que atendimento você fez? Foi aquele único momento que eu verifiquei a pressão e só! (Enfermeira-P2).

A insatisfação também foi evidenciada nas falas dos profissionais que integravam o NASF. Expresso como um desagrado, decorrente da baixa resolutividade do trabalho que realizavam, além de terem dificuldades de comunicação com as EqSFs:

[...] o NASF veio como um apoio à Saúde da Família e, às vezes, alguns profissionais não entendem isso! Acreditam que o NASF deveria fazer atendimento clínico, eles acabam não

entendendo o real trabalho do NASF (Assistente Social NASF-P34).

Nas reuniões com as equipes, geralmente não estão todos os integrantes, em geral, o médico não participa porque ele não gosta de estar integrado. Às vezes, nós vamos em uma reunião e, quando chegamos lá, a reunião foi desmarcada e ninguém avisou nada. Existem bastante críticas sobre o NASF, mas nós também temos nossas críticas e uma delas é isso: eles desmarcam reuniões sem aviso prévio (Farmacêutica NASF-P37).

O matriciamento como uma proposta para organizar o trabalho em saúde na APS, que, dentre seus objetivos, prevê a ampliação da integração dialógica entre as especialidades e profissões (CUNHA, CAMPOS, 2011), ainda enfrenta várias barreiras para sua efetividade (FITTIPLADI, ROMANO, BARROS, 2015). Nas falas dos profissionais dos NASF e das EqSFs percebe-se que, mesmo reconhecendo essas insuficiências, não havia uma proposição de modificação das suas práticas que pudesse contribuir para melhor qualificar essa atenção. Entretanto, as críticas mais consistentes em relação à assistência oferecida às pessoas com DM vinham dos ACS, os quais questionavam e apontavam os aspectos mais relevantes dessa prática.

É muito corrido as coisas, quando vêm muitos pacientes, nós ficamos quase loucos, poderia ser mais elaborado, quem é da equipe (profissionais) ficar só no grupo com os pacientes, perguntar se está bem, a auxiliar de enfermagem também ficar mais próximo do paciente. Porque a ESF é a gente se aproximar do paciente e dar orientação e não ir lá curar a ferida e mandar embora, dar injeção e a pessoa vai melhorar, eles precisam de mais atenção. A atenção seria melhor do que remédio (ACS-P13).

Outra questão importante é que nem todos os participantes da pesquisa encontravam-se preparados para orientar as pessoas com DM e desconheciam várias das complicações crônicas da doença. Exceto médicos e enfermeiros, os auxiliares de enfermagem, os ACS, e vários

integrantes do NASF desconheciam todas as possíveis complicações crônicas do DM.

Foi identificado que apenas alguns integrantes das EqSFs receberam capacitação, treinamento ou orientação voltados à temática do DM. As capacitações, assim como o processo de educação permanente do município encontram-se voltados para os enfermeiros e médicos das equipes, no compromisso de esses profissionais serem multiplicadores de conhecimentos em seus locais de trabalho, fato que, na maioria das vezes, não acontecia. Como justificativa, os profissionais referiram a falta de tempo e de espaço físico para compartilharem informações com seus pares.

Frente a esta realidade, os ACS criaram estratégias para se auto capacitarem no dia a dia, por meio dos *folders* e panfletos distribuídos pela Secretaria Municipal e MS, e também referiram que, quando sentiam necessidade, faziam perguntas para os profissionais de nível superior ou colega ACS com mais tempo de trabalho e que julgavam ter mais conhecimento. Essa situação, em que percebiam que tinham pouco conhecimento sobre o DM, era algo que os deixava constrangidos, como se tivessem que ter esse conhecimento.

Os ACS relataram necessidade de aprender mais sobre o assunto, porque as pessoas faziam perguntas e questionamentos sobre a condução do processo saúde/doença e reconheceram a necessidade de passarem informações corretamente. Destaca-se que essa situação não foi acenada pelos enfermeiros, que pareciam desconhecer as insuficiências dos ACS. Estudo que teve como foco os ACS também apontou a necessidade de melhor instrumentalização dessa categoria profissional, que tem um papel fundamental na dimensão comunicacional e relacional com as pessoas usuárias, pois se constituem em profissionais de destaque na abordagem e intimidade com a população (BELLENZANI, SANTOS, PAIVA, 2012).

Quanto aos aspectos relacionados à gestão, destaca-se que houve um forte empenho para a implantação do prontuário eletrônico, frente aos incentivos do MS, como um importante investimento no aparato tecnológico, considerado uma ferramenta indispensável no acompanhamento das doenças crônicas (MENDES, 2012). Entretanto, a alimentação desse sistema depende da tecnologia leve, ou seja, de os profissionais fazerem os registros corretamente e solicitarem os recursos disponíveis nele, como os alertas e os informes que são oferecidos pelo sistema e que, muitas vezes, estavam subutilizados. Também foi evidenciada ausência de registros sobre orientações e exames físicos,

além da utilização de siglas não padronizadas e registros tão reduzidos, que dificultavam o entendimento de outros profissionais para acompanhamento e condução do caso.

Outro aspecto encontrado foi a dificuldade da gestão municipal para acompanhar a assistência oferecida pelas EqSFs às pessoas com DM. Foi referido pelos gestores que existe uma orientação para que os profissionais adotem as políticas ministeriais e que oferecem aos mesmos, liberdade para executarem suas ações assistenciais. No entanto, não possuíam recursos para um controle efetivo das práticas clínicas e dos resultados destas, para as pessoas usuárias dessa atenção, com dificuldades de acompanhar a atenção realizada pelos profissionais de saúde aos diversos grupos de pessoas com DM do município. Porém, esse espaço poderia ser suprido com a atuação da gestão local das UBS que, como parte de sua função, deveria realizar a supervisão da assistência exercida pelos profissionais do serviço.

Entretanto, a gestão local das UBS trazia consigo direcionamentos partidários por determinações da atual administração pública. Muitos diretores de UBS ocupavam cargos comissionados e foram colocados na função sem formação e sem experiência prévia na área da saúde.

A direção do Posto geralmente é um cargo comissionado, e anda conforme a gestão está mandando, são eles que direcionam. Teve coisas que a gente perdeu... Eu acho que a direção da Unidade deveria ser de pessoas da área da saúde, que entendam como funciona o setor público de saúde. Eles vão encontrando barreiras e vão ficando ali enroscado nas barreiras, e antes era mais fácil de serem resolvidas as coisas. Nós tivemos uma diretora que era enfermeira, ela tinha conhecimento da coisa, sabia onde buscar e, muitas vezes, a direção fica perdida e não sabe onde buscar, porque não tem conhecimento. Assim, só coisas de favores políticos, mas não tem aquele foco na saúde e isso tem dificultado bastante o andamento das coisas (ACS-P17).

Quando me fizeram o convite para eu vir para essa Unidade eu fiquei ansiosa e temerosa, porque o que eu sabia e entendia de saúde? Nada, nada... Depois que eu vim, eu vi que dava certo porque

tem a parte de organização, estruturação, funcionário... essa parte estava desorganizada e eu conseguia trabalhar. Com o passar do tempo eu tive que começar a entender o que era o PSF, o que era o Posto em si, o agendamento, o acolhimento. Eu tenho muitas dificuldades até hoje, ainda peço muito socorro para as enfermeiras, mas na dinâmica do dia a dia a gente vai aprendendo, mas eu ainda preciso aprender muito, muito... (Gestor local/UBS-P33).

Nessas circunstâncias, a gestão local devolve a responsabilidade da assistência para os profissionais da saúde, reduzindo suas funções à parte administrativa. No entanto, a complexidade existente em um serviço de saúde, exige uma visão ampliada com qualificação que permita alcançar o dimensionamento das situações, não um olhar reducionista apenas para a parte burocrática do serviço. Nesse contexto, o enfermeiro foi apontado como o profissional que tem uma visão mais abrangente da totalidade do serviço.

No paradigma da Complexidade, o ser humano precisa abrir-se para as diversas dimensões que envolvem as múltiplas facetas da realidade. O que favorece a possibilidade de confrontar ordem/desordem, parte/todo, singular/geral, colocando-se diante do tempo e do fenômeno, inseparáveis do contexto histórico e social (CAPRA, 2006); assim, um olhar reducionista apenas para as partes compromete a visão do todo.

Dessa forma, o distanciamento entre os profissionais da saúde que executam a assistência e a gestão municipal é uma consequência das práticas marcadas pela redução, disjunção e simplificação que compreendem esse contexto gerencial e político. No estudo de Trindade e Pires (2013), também foram encontrados problemas de ordem gerencial, em que, entre outros, destacava-se uma forte influência político-partidária de cunho clientelista e falta de profissionais qualificados.

Outro aspecto a ser considerado, diante da assistência oferecida às pessoas com DM na APS, é que não foram encontradas ações que identificassem a mobilização dos recursos sociais com orientação da comunidade para essa causa, como proposto pelo MACC (MENDES, 2012). Os dados evidenciaram que a assistência desenvolvida pelos profissionais da APS tinha dificuldades em suprir as necessidades das pessoas em seu contexto singular e familiar, para que se estabelecesse o

controle efetivo do processo saúde/doença nas múltiplas demandas do DM como doença crônica. Assim, observa-se também a existência de uma lacuna no campo de abrangência comunitária e de uma perspectiva mais intersetorial.

### **Políticas para o DM: potencialidades e barreiras para a aplicabilidade**

Em conformidade com o âmbito macro do MACC, em que são estabelecidas as políticas, essa categoria avaliou as potencialidades das políticas públicas brasileiras para o controle do DM e as barreiras encontradas para a sua aplicabilidade, diante das atuais ações assistenciais desenvolvidas pelos profissionais e gestores da APS às pessoas com DM. As potencialidades foram construídas a partir de uma avaliação teórico-reflexiva dos documentos que compreendem os manuais e os protocolos do MS para o DM; e as barreiras para a aplicabilidades emergiram dos resultados das entrevistas dos participantes do estudo.

Identificou-se nos manuais e protocolos para o DM (BRASIL 2013a; 2006a; 2001) que sua elaboração advém de um referencial teórico filosófico sistêmico, em que acena a complexidade da doença crônica e dos múltiplos contextos inter-relacionados a ela. Compreende os princípios do SUS, com forte ênfase na integralidade. Abrange estudos nacionais e internacionais para o direcionamento das condutas assistenciais. Contempla as necessidades da pessoa com DM e de seus subsistemas inter-relacionados, como a família e a comunidade, atrelados às necessidades de uma RAS integral e proativa para o atendimento dessa demanda. Encontra-se vinculado a várias outras políticas públicas do MS, entre elas, as que se destinam à Atenção Básica, ESF, Linha de cuidado, Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doenças Crônicas, Rastreamento, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Humanização, assim como outros departamentos ministeriais (BRASIL, 2014; 2013b; 2011b; 2010; 2009; 2004; 1997).

Ainda como potencialidades, trata-se de uma política voltada para grupos específicos que garante às pessoas com DM o acesso de forma menos burocratizada e mais ágil (ASSIS, JESUS, 2012; BRASIL, 2006c); e aos profissionais indica as maneiras de implementar a assistência às pessoas com DM, com vistas à integralidade, ao acompanhamento sistemático e contínuo que visa à prevenção das complicações crônicas da doença (BRASIL 2013a; 2006a; 2001).

Entretanto, observa-se que as políticas públicas para o DM não controlam as ações que estão implícitas na mesma, tais como: avaliação e monitoramento sistemático das pessoas, e o controle periódico do acompanhamento. Os dados que são registrados pelos profissionais de saúde para alimentar o Sistema HIPERDIA não são tomados como base para retroalimentar as ações de saúde a essa população, como um parâmetro que poderia servir de referência para promover melhorias às práticas assistenciais, se usados pelos profissionais de saúde e gestores no planejamento da assistência nas diversas esferas da gestão.

Constata-se que o controle da política na alimentação do Sistema HIPERDIA é apenas linear, utilizado para o dimensionamento de medicamentos, aparelhos e insumos para as pessoas com DM. Percebe-se que essa lacuna, hoje deixada pelas políticas públicas para o DM, contribui para que os profissionais também se distanciem de uma prática que deveria se apropriar do controle e acompanhamento das pessoas com DM, com mais rigor.

Como barreiras encontradas para a implementação das políticas públicas referentes ao DM, na atual assistência desenvolvida pelos profissionais e gestores da APS, ressalta-se que nenhum dos entrevistados referiu desenvolver suas práticas clínicas de acordo com o preconizado pelos manuais e protocolos do MS: *“Assim, dizer que a gente aplica o que está no manual... Não!”* (Enfermeira-P2).

Isso denota contradições à lógica das políticas públicas nacionais que estabelecem os direcionamentos necessários e imprescindíveis para o acompanhamento das pessoas com DM (BRASIL 2013a; 2006a; 2001). Nesse sentido, a conduta adotada pelos profissionais das EqSFs para a assistência às pessoas com DM era marcada por condutas particulares e dissociativas, de acordo com sua formação e com a experiência profissional adquirida a partir da relação e interação às práxis históricas.

Tomo minhas condutas pela bagagem que foi aprendida durante a faculdade e pela prática com os anos de ESF, porque a teoria é diferente da prática, tem todo um contexto social, familiar e tudo mais, não dá para levar em conta só o que se vê no livro (Médica-P31).

Outro aspecto relevante expresso nos depoimentos é que os manuais e protocolos só eram implementados se os profissionais de saúde tivessem a iniciativa para tal. O que pode justificar que, muitas

vezes, a qualidade dos materiais produzidos, sejam políticas ou protocolos, não se expressa na realidade dos serviços.

Mas por que você não faz? Porque não deu tempo de ler o manual, porque não deu tempo de ver realmente o que tínhamos que fazer, porque de repente sou uma só para fazer mil coisas. Daí, vai do enfermeiro ler e tentar mudar alguma coisa. Mas se o enfermeiro não lê, não quiser saber, continua assim. Mas se é um enfermeiro um pouquinho mais curioso e quer mudar alguma coisa, ele vai lá lê e tenta mudar alguma coisa. Vai de cada enfermeiro, porque se não, fica do jeito que sempre foi (Enfermeira-P1).

Além disso, os profissionais referem que os protocolos são entregues na UBS e que não existe uma política efetiva para sua implementação. O conhecimento sobre o conteúdo do material fica a critério de cada profissional, da iniciativa pessoal de cada indivíduo, que irá buscar estratégias para conseguir fazer a leitura e a execução dos mesmos ou somente ignorá-los, como refere o depoimento:

O protocolo. Eu mesma levei para casa para ler o de câncer de útero, o de amamentação e vou levar o de hipertenso e diabético para saber algumas coisas. Porque assim, o Ministério lança o protocolo, vem o livro para nós e acabou (Enfermeira-P1).

Ficou expresso que a importância que os profissionais da saúde, gestão local das UBS e municipal atribuíam aos materiais diretivos do MS era reduzida à simples presença deles na UBS, marcada pela falta de ação coletiva que mobilizasse sua implementação. Para Dalfior, Lima e Andrade (2015) a implementação de uma política de saúde, aporta inúmeros entraves no nível local permeados por questões estratégicas, por interesses e por múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso da política.

Observa-se que condutas uni diretivas que enfocam de maneira linear a relação causa-efeito são tomadas como base no direcionamento dos profissionais de saúde para a assistência às pessoas com DM na APS, e de acordo com o MACC não trazem respostas positivas ao controle efetivo das doenças crônicas, não conseguem efetivar o

controle da doença na perspectiva da prevenção das complicações crônicas, e não conseguem estabelecer RAS eficientes (MENDES, 2012).

Dentro da organização estabelecida, nessa realidade pesquisada, as RAS também foram identificadas como uma fragilidade, advinda do próprio sistema de saúde, no âmbito municipal, pois não ofereciam condições para os profissionais terem como referência e apoio o serviço especializado/secundário, dada a demora para atendimento e suas insuficiências. Foram evidenciadas várias lacunas, tais como: falta de profissionais especialistas com consequente oferta reduzida de consultas especializadas para a atenção primária; os especialistas que atuavam não conseguiam suprir toda a demanda; existia uma longa espera para uma consulta especializada e demora para as pessoas receberem esse tipo de assistência; os profissionais sentiam-se desmotivados para fazerem os encaminhamentos, que acabavam não ocorrendo de forma preventiva. O que se contrapõe, por exemplo, à diretriz do MS de realizar uma consulta anual com oftalmologista (BRASIL, 2013a; 2001).

A gestão do serviço de saúde e mesmo da gestão municipal reconheciam essa realidade. Entretanto, não apontavam mudanças que pudessem superar essas insuficiências. Os profissionais também conheciam essa realidade e adotavam uma postura de conformidade dessa situação, pois acabavam não realizando encaminhamentos das pessoas com DM para especialistas, para a possível prevenção de complicações crônicas, justificando isso pela incapacidade do sistema de atender toda a demanda existente.

Assim, os encaminhamentos e a monitorização das pessoas com DM aos profissionais especialistas ocorriam muito aquém daquilo que as políticas preveem e recomendam, e daquilo que o MACC reconhece como fundamental para a assistência das pessoas em condições crônicas (MENDES, 2012; BRASIL, 2013a; 2006a).

Ademais, quando esse tipo de consulta acontecia, a contrarreferência ainda era precária, cabendo ao usuário trazer a receita dada pelo especialista para que o profissional da UBS/EqSF continuasse prescrevendo as medicações propostas. Essas conotações apontam que a implantação da RAS no atendimento às condições crônicas ainda é um grande desafio para os gestores.

Frente a essas conotações e à complexidade sistêmica organizacional, identificaram-se múltiplos pontos de fragilidades na assistência às pessoas com DM na APS, especialmente quando analisada pelo prisma do MACC. De acordo com o paradigma da complexidade,

apareceram diversas situações que remetem a uma organização fragmentada, reducionista, contraditória e disjuntiva às políticas que a embasam, sendo possível identificar diversas desordens estabelecidas. Entretanto, considerando os princípios que embasam o pensamento complexo, que se faz presente em todos os fenômenos vivos, todas as desordens podem ser produtoras de uma nova ordem e estabelecer uma nova organização (MORIN, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sem a pretensão de compreender todos os fios da trama, esta avaliação permitiu apreender parte da realidade atual da atenção às pessoas com DM na APS. Considera-se que para o MACC ser uma realidade na rede de atenção primária e ser efetivo para a assistência ao DM, fazem-se necessárias mudanças em vários âmbitos de abrangência do modelo de atenção, incluindo a forma de atuação dos integrantes das EqSFs, do direcionamento do matriciamento pelos profissionais do NASF, dos gestores e, mesmo, uma readequação das políticas públicas para a atenção às pessoas com DM.

Os profissionais devem voltar-se às ações resgatando paradigmas, conceitos e objetivos dos modelos de atenção em que se encontram inseridos (APS e ESF), que devem ser a base para suas práticas assistenciais. A gestão precisa contemplar medidas que possam dar suporte para auxiliar os profissionais a desenvolverem uma assistência integral. As políticas públicas para o DM necessitam propor estratégias de controle e acompanhamento da assistência oferecida na base, com medidas que garantam, além do acesso, a qualidade da assistência às pessoas com DM.

No âmbito micro, as insuficiências e as limitações da prática assistencial estiveram presentes na maneira como as pessoas com DM eram atendidas na APS, demarcando que as mesmas não participavam ativamente dessa atenção em saúde, não eram vistas em sua complexidade e totalidade; assinalando, portanto, que a assistência se encontrava distante de ações que contemplassem a integralidade necessária e encontrava-se centrada no modelo biomédico. Essa constatação tem ainda mais relevância, pois vem da voz dos profissionais que realizavam essa assistência.

No âmbito meso, observou-se que os profissionais de saúde e os responsáveis pela gestão dos serviços não encontravam condições e não se sentiam preparados para executar o conjunto de ações assistenciais

indicadas e necessárias às pessoas com DM, considerando o que está estabelecido nas políticas públicas para o DM e, da mesma forma, em relação ao MACC. Havia falta de articulação entre os integrantes das EqSFs, destas com o NASF, com os usuários, com a família e com a comunidade.

No âmbito macro, constatou-se que havia, potencialmente, possibilidade de as políticas públicas promoverem uma atenção à saúde adequada às pessoas com DM, porém, persistiam insuficiências expressivas em relação ao controle da doença e efetivação do tratamento. Como fragilidades também foram apontados os distanciamentos, a falta de condições operacionais, além da falta de envolvimento e atualização com o que vem sendo proposto no âmbito do MS.

Diante desse contexto, percebe-se que a implementação do MACC constitui um grande desafio, que necessita de profissionais capacitados e abertos a romper com o modelo tradicional; gestores aptos e preparados a trabalhar na mesma causa; e políticas que deem condições para a operacionalização desse modelo nos âmbitos micro, meso e macro.

Para a enfermagem, este estudo apontou diversas lacunas na assistência de enfermagem às pessoas com DM na APS, e várias dificuldades desses profissionais em assumirem seu papel nessa atenção. Por tratar-se de uma pesquisa avaliativa, espera-se que os resultados deste estudo possam influenciar de alguma maneira a atenção à saúde das pessoas com DM, servindo de subsídio para a gestão e para a implementação de políticas públicas para o DM na APS.

Como limitações deste estudo, registra-se que o mesmo teve como abrangência apenas um município e avaliou o modelo que contempla a assistência a partir dos profissionais e gestores, e enfoque do DM como doença crônica. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas em outras localidades, na avaliação da assistência ao DM e a outras doenças crônicas, dando voz aos usuários da atenção no que diz respeito à essa análise.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Strategies for improving care. **Diabetes Care**, New York, v. 38, supl. 1; p. S5-S7, 2015.

ANNANDALE, E. **The sociology of health and medicine: a critical introduction**, Polity Press, 1998.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.347/06**, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. 2006b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006c.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância à saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: MS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011** - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012** - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012.

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

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

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BELLENZANI, R.; SANTOS, A. O.; PAIVA, V. Agentes comunitários de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.3, p. 637-650, jul./set. 2012.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, out./dez. 2011.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225.

FERTONANI, H. P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que dizem os usuários da Atenção Básica**. 2010. 235f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2010.

FIUZA, M. L. T. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 740-748, set./dez. 2013.

FITTIPLADI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: apoio matricial e os profissionais da estratégia saúde da família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, jan./mar. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 36ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condições crônicas: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, [8 telas], 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt\\_v15n4a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a11.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

HASS, L. et al. National standards for diabetes self-management education and support. **Diabetes Care**, New York, v. 36, supl. 1, p. S100-S108, set. 2013.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res.**, Austin, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, fev. 2005.

GONÇALVES, D. A.; FIORE, M. L. M. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial**: a prática da integralidade. Especialização em saúde da família – modalidade a distância. Módulo Psicossocial. UNA-SUS/UNIFESP, 2010-2011.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

LANZONI, G. M. M. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da atenção básica à saúde**. 295f. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2013.

LIMA, A. S. **O trabalho da enfermeira na atenção básica: uma revisão sistemática**. 111f. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referente à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, jan./mar. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012. 512 p.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORIN, E. Em busca dos fundamentos perdidos. In: MORIN, E.; NAÏR, S. **Uma política de civilização.** Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

\_\_\_\_\_. **O método.** 4ª ed. Porto Alegre: Sulinas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Laboratório de inovação no cuidado das condições crônicas na APS:** a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretaria de Saúde, 2012.

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

PINAFO, E. et al. Relação entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde,** Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 201-221, jul./out. 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCHAWAB, G. L. et al. Percepção de inovação na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 307-318, 2014.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINO M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.27-41. Disponível em: <[http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp\\_4.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_4.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.1, p. 36-42, jan./mar. 2013.



## 6 REFLEXÕES FINAIS

Avaliar a atenção à saúde das pessoas com DM desenvolvida pelos integrantes da APS na perspectiva da prevenção das complicações crônicas da doença possibilitou compreender que essa atenção integra um contexto sistêmico e complexo, devido à pluralidade de situações interventoras existentes na realidade avaliada. Foi possível apreender como a prevenção vinha sendo operacionalizada e conduzida pelos profissionais envolvidos; o modelo que direcionava suas ações; e como essa estrutura organizativa dialogava com a gestão e com as políticas públicas para o DM.

Dada uma das principais características da pesquisa avaliativa, de ser produto e produtora de conhecimento, com capacidade de gerar conhecimentos e responder questionamentos no campo do conhecimento, este estudo, além de responder ao objetivo proposto, também trouxe várias respostas e reflexões pertinentes a essa atenção. Como pesquisa avaliativa, cumpriu com os aspectos teóricos, metodológicos e éticos; buscou, na subjetividade dos atores sociais envolvidos na atenção às pessoas com DM na APS, informações que mostraram a realidade cotidiana das práticas assistenciais, numa vertente, que sinaliza as múltiplas situações que se encontram imbricadas nesse processo. Com o retrato de como os integrantes da APS/ESF executavam, percebiam e compreendiam suas ações, em respostas às suas atuações.

Na articulação do referencial teórico sistêmico com as escolhas metodológicas, foi possível realizar um movimento dinâmico de ir e vir em busca de respostas, o que compreendeu ir à prática, onde estava acontecendo a assistência, e voltar aos dados para compreender o que lá estava acontecendo e elaborar possíveis respostas, fazer novas perguntas e reflexões que subsidiavam as próximas idas ao campo para o aprofundamento da coleta de dados que culminou na construção desta tese.

O Pensamento Complexo contribuiu para ir além da linearidade presente na maneira como os profissionais de saúde realizavam suas ações para a prevenção das complicações crônicas às pessoas com DM; permitiu avançar na busca de respostas circulares, o que promoveu a inclusão dos profissionais do NASF e gestores no estudo, por fazerem parte e ao mesmo tempo constituírem o todo desse contexto.

Ressalta-se que a inclusão dos profissionais do NASF e dos gestores como participantes da pesquisa foram cruciais para uma melhor

compreensão daquilo que os dados mostravam como entraves para a assistência, e não conseguia mais ser respondido pelos integrantes das EqSFs, pois eram questões pertinentes à organização, dinâmica e gestão do serviço de saúde.

A utilização do referencial teórico da Complexidade permitiu compreender diversos outros aspectos envolvidos na atenção às pessoas com DM na APS, a dinâmica desse processo e os principais elementos interventores nesse contexto. Alguns mais evidentes e outros, mesmo que em menores proporções, permitiram identificar que havia interferências das estruturas físicas e organizativas do serviço, das relações e inter-relações entre os diversos atores sociais, das dificuldades dos gestores locais em se envolverem nessa atenção, dos direcionamentos da gestão às políticas públicas para o DM e dos próprios direcionamentos dessas políticas.

Deve-se considerar, também, que a triangulação na análise de dados permitiu confirmar, confrontar, investigar, aprofundar e responder aos questionamentos que surgiam a partir da análise, fortalecendo e respaldando as respostas obtidas. Assim, diante da integração e da escolha dos referenciais adotados, foi possível avaliar a assistência desenvolvida pelos integrantes da APS às pessoas com DM, muito além da linearidade que envolve causa e efeito. Essa avaliação permitiu identificar os fatores intervenientes que influenciam e são influenciados pelas ações ou ausência delas, nessa assistência; assim como as ordens/desordens/organizações, relações, interações, contradições, disjunções, capacidades e potencialidades existente nas auto-organizações adotadas pelos profissionais e pelo serviço.

Os resultados apresentados nesta pesquisa evidenciaram que havia dificuldades na atenção à saúde das pessoas com DM na APS, não contemplando o que está proposto no modelo de atenção à saúde estabelecido pelo MS; revelou importantes lacunas, se comparado com o que está estabelecido nas políticas públicas. Nesse sentido, as complicações crônicas da doença se constituíram em um aspecto secundário, uma vez que identificou-se que havia insuficiências nos diferentes âmbitos da atenção, iniciando com a detecção precoce da doença; o tratamento em suas fases iniciais, com fragilidades na educação em saúde, que deveria ser um dos principais elementos que poderiam contribuir para o bom controle da doença e para um viver com qualidade para as pessoas com essa condição crônica; até os níveis mais avançados da doença, quando já havia presença de complicações.

Os dados revelaram as responsabilidades dos profissionais perante a assistência desenvolvida às pessoas com DM, por se tratar de um aspecto central na avaliação, mas também se identificou e compreendeu a dinâmica do contexto em que estavam inseridos, as limitações e as responsabilidades desse contexto em oferecer e/ou desfavorecer os respaldos imprescindíveis para que os profissionais atuassem. Assim, também foi possível identificar múltiplas situações referentes à gestão, à organização dos serviços, e às políticas para o DM, que se constituem em aspectos que exercem forte influência na assistência desenvolvida pelos profissionais das EqSFs, na atenção ao DM.

A assistência avaliada cumpria parcialmente com uma das maiores exigências das políticas públicas para o DM, que é garantir o acesso ao serviço de saúde a essa população, e oferecer o tratamento contínuo nesse nível de atenção. Foram evidenciadas várias lacunas nessa atenção, apesar da garantia do acesso e da distribuição dos medicamentos e insumos para a automonitorização da glicemia capilar; no vínculo, na escuta qualificada na proposta de humanização da assistência, na educação em saúde; e a execução de práticas preventivas antecipatórias que almejassem conter a doença/DM e evitar as complicações crônicas não foram contempladas conforme aquilo que se encontra proposto pelo MS.

O conceito de prevenção não é tomado como uma referência para o DM, tanto em relação ao seu aparecimento como de suas complicações. A prevenção, que era reconhecida pelos profissionais como um importante aspecto de sua atuação, era vista mais em ações de abrangência geral, como, por exemplo, a saúde da mulher e do homem, doenças endêmicas como a Dengue, dentre outros.

Os dados ressaltaram uma prática clínica situada no modelo biomédico, com ações centradas na unicausalidade, na queixa específica, no tratamento medicamentoso e no profissional médico. Foi possível identificar uma desarticulação de ações que deveriam ocorrer com a abrangência de ações multidisciplinares/interdisciplinares por uma equipe proativa. Havia um grande distanciamento daquilo que está proposto pelo modelo de atenção à saúde específico para a atenção às pessoas com doenças crônicas, que prevê a participação ativa e efetiva dos profissionais, das pessoas usuárias, suas famílias e comunidade, diante do processo saúde/doença e dos aspectos que envolvem as necessidades impressas na cronicidade.

De maneira sutil, a cronicidade apareceu como um problema complexo, que trazia múltiplas facetas para o cuidado, e os profissionais não se encontravam preparados para atuarem em sua multidimensionalidade. Apesar do reconhecimento do DM como uma doença crônica e que requer controle constante, suas complicações eram vistas como algo esperado, com pouca possibilidade de serem contidas, retardadas e/ou amenizadas pelas ações dos profissionais de saúde.

No atendimento individual e coletivo às pessoas com DM, em especial no grupo, os profissionais de saúde reconheceram que havia pouco envolvimento com as pessoas e um foco na doença, tentando cumprir o que era possível num contexto de trabalho sobrecarregado pelas múltiplas atividades. O atendimento às pessoas deveria ser um momento privilegiado para realizar atividades e desenvolver ações para fortalecer a assistência direcionada e qualificada ou que tivessem foco em resultados favoráveis para a condição de vida e saúde das pessoas que recebem essa atenção. O atendimento coletivo foi marcado pela falta de ações que contemplassem a educação em saúde. Apontou que, além das insuficiências, existia uma fragmentação na organização e execução dessa assistência, expressa na falta de integração dos profissionais e de tomarem a política como uma referência no cotidiano do trabalho de cada um.

Para as pessoas já em acompanhamento, não foram referidas ações específicas que possibilitassem, de maneira criativa, encontrar alternativas para as dificuldades de adesão ao tratamento, passando a culpabilizar as pessoas pela dificuldade de controle da doença. Nesse sentido, poucas ações foram referidas que promovessem o empoderamento dessas pessoas, para que pudessem fazer suas escolhas com responsabilidade e autonomia, cientes de seus compromissos perante o autocuidado e a gestão para o controle do DM, instruídas também sobre seus direitos como cidadãs, partícipes do processo democrático, histórico e sociocultural que se encontram inseridas.

Ademais, as ações eram impulsionadas a partir das queixas clínicas específicas apresentadas pelas pessoas, sem uma avaliação mais ampliada, ficando restritas a essas queixas. Por exemplo, a realização do exame físico era estritamente limitada à referência de problemas pontuais e as solicitações de exames não seguiam o mesmo parâmetro para todos os profissionais, que adotavam condutas particulares e não seguiam o preconizado pelas políticas públicas para o DM.

Outra situação que expressa a falta de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar é o fato das pessoas com DM não

terem um atendimento odontológico específico para a prevenção de complicações bucais, em sua correlação com o DM, apesar de existir a clínica odontológica de referência em todas as UBS. Essa integração deveria ser assumida pela gestão, por ter condições de viabilizar uma dinâmica mais interativa entre os diferentes serviços que integram a rede de atenção às pessoas em condição crônica.

Os problemas relacionados à gestão local das UBS iam além das habilidades pessoais dos gestores em comprometerem-se com o trabalho desenvolvido em cada local. O fato de assumirem a coordenação de uma UBS por indicação político-partidária, em que esses gestores eram colocados na função sem formação na área da saúde, sem conhecer o trabalho em saúde, sem reconhecer, muitas vezes, a realidade da comunidade atendida pelas EqSFs, influenciava diretamente na assistência, com limitações à supervisão e à capacidade de propor mudanças, para garantir a melhoria na qualidade da atenção.

Essa situação tinha repercussões na assistência desenvolvida pelas EqSFs às pessoas com DM na APS, que tomavam suas decisões de maneira individualizada sem que houvesse a coordenação do gestor no conjunto das atividades. Os profissionais de saúde acabavam tomando suas próprias decisões, limitando a possibilidade da interlocução com seus pares, o que poderia trazer contribuições para mobilizar mudanças nas ações de saúde.

Outro problema do cotidiano da atenção à saúde às pessoas com DM na APS era a dificuldade para agendar consultas com especialistas. Essa barreira se torna ainda mais expressiva quando considera-se que os profissionais não têm um processo de educação continuada sistemático que os prepare melhor para um atendimento que, por exemplo, necessite de um projeto mais avançado para o controle glicêmico em pessoas em uso da insulina, ou mesmo na presença de complicações da doença. Apesar de serem reconhecidos todos os percalços que envolvem essa questão, existe certa acomodação dos profissionais da saúde com esse assunto, como se não pudessem interferir numa política municipal.

Também foi identificado que as políticas públicas para o DM, apesar de terem uma consistência de informações atuais e com fortes direcionamentos para a assistência nesse nível da atenção, elas não atingem o patamar do controle e do monitoramento efetivo da qualidade da assistência. Contribuindo para um controle apenas linear, que vise o quantitativo dos atendimentos e acompanhamentos realizados e não à qualidade da assistência desenvolvida, suas metodologias e o acompanhamento sistematizado das pessoas que os recebem.

Assim, a assistência desenvolvida para as pessoas com DM na APS pelos integrantes da APS não conseguia articular de forma intencional e sistemática a assistência e a prevenção das complicações crônicas. Sem a intenção de estabelecer causas para a situação, há muitos elementos que estão envolvidos com a situação, como, por exemplo, as inúmeras demandas de trabalho já existentes, que acabam por limitar os profissionais a fazerem o que consideram como possível, sem que isso, no entanto, faça parte de um planejamento, ou que as atividades que priorizam sejam resultados de um processo avaliativo sistemático.

É importante destacar que esta pesquisa avaliativa trouxe um importante reconhecimento dos profissionais sobre suas insuficiências, e que a proposição de mudanças foi acenada, mas de maneira incipiente por alguns dos profissionais, porém, de forma individual e não como uma proposta coletiva. No entanto, mesmo que em alguns momentos haja um interesse por melhorar a assistência, indicando a necessidade de os profissionais assumirem uma postura diferente em suas ações, não se pode desconsiderar que existe todo um contexto inter-relacionado e imbricado nessa assistência, que é parte da estrutura organizacional da atenção à saúde nos seus diferentes âmbitos, micro, meso e macro, e que ainda não é capaz de executar aquilo que é proposto no modelo de atenção que contempla as doenças crônicas como referência.

Diante desses aspectos avaliados e considerados extremamente relevantes para o entendimento da assistência oferecida pelos integrantes da APS às pessoas com DM, e considerando esta pesquisa como uma contribuição para a avaliação do serviço de saúde; espera-se que seus resultados possam cooperar com todas as esferas da gestão, no que se refere a um novo planejamento e novas tomadas de decisões, possibilitando profundas reflexões da prática assistencial. E, estima-se que possa impulsionar mudanças na prevenção e no manejo das complicações crônicas do DM na APS, além de subsidiar novas avaliações na área.

Ciente de que este estudo respondeu à pergunta de pesquisa inicial e cumpriu com os objetivos propostos, em conformidade com os resultados desta avaliação, sustenta-se a tese de que **a prevenção das complicações crônicas do DM na APS integra um contexto dinâmico e complexo que necessita de múltiplos investimentos, envolvendo os profissionais de saúde, as pessoas com DM e suas famílias, a gestão e as políticas públicas, para que possa ser efetiva no cumprimento das**

## **ações preventivas na perspectiva de promoção da saúde, para melhoria da atenção no nível primário.**

### **Limitações do estudo:**

O estudo foi desenvolvido em apenas um município da Região Sul do Brasil, com cinco EqSFs, o que pode não expressar uma realidade nacional. Outro aspecto considerado importante numa pesquisa avaliativa é o olhar dos múltiplos atores sociais. Procurou-se ir além da intenção inicial, que era apenas ter integrantes das EqSFs, com a inclusão dos profissionais do NASF e de gestores. Porém, pela limitação de tempo de um trabalho acadêmico, não foi possível incluir os usuários para a comparação e reafirmação de algumas informações.

### **Implicações do estudo:**

Primeiramente, deve-se considerar que, ao trabalhar com uma doença como o DM, que se constitui em uma temática que concentra um campo vasto de pesquisas, fazendo com que seja pensada, trabalhada e estudada em diferentes perspectivas, a novidade trazida por este estudo talvez possa parecer mais sutil diante dessas considerações. Os achados podem não conseguir propor uma completa e nova direção. Mas trazem a necessidade de reflexões e de um (re)pensar sobre as práticas realizadas, e sobre as políticas públicas que são lançadas, sem que se ofereça aos profissionais uma estrutura processual condizente para que possam assumi-las de forma integral.

Para a **prática assistencial dos integrantes da APS/ESF** no processo de cuidar e assistir as pessoas com DM, os resultados evidenciam que se faz necessária uma atuação mais efetiva e articulada de todos os profissionais que compõem essa rede de atenção. Com foco na constituição de uma equipe proativa, que contemple ações multidisciplinares e interdisciplinares.

Devem considerar os múltiplos fatores intervenientes nesse processo, reconhecendo que as complicações crônicas do DM trazem sofrimentos às pessoas, suas famílias, dificuldades e limitações para a sociedade e para o Estado, aumento das demandas do serviço terciário de saúde, e do ônus que essas geram ao sistema de saúde como um todo. Assim, devem buscar estratégias para realizar diagnósticos precoces, evitando a evolução da doença, prevenindo suas complicações e,

consequentemente, atuar de maneira efetiva na cadeia preventiva, em todos os níveis de prevenção em saúde.

A assistência deve contemplar a pessoa, em sua integralidade e totalidade, dando espaços para um diálogo aberto e resolutivo diante das necessidades particulares e momentâneas de cada uma delas. Deve prover espaços para as famílias serem inseridas nesse processo de cuidar das pessoas com DM, buscando integrar sua rede social e a rede de atenção em saúde para respostas mais efetivas.

A educação em saúde deve ser resgatada e valorizada como um instrumento de trabalho fundamental para assistir as pessoas com doenças crônicas, em especial com DM. Por todas as especificidades da doença e as demandas geradas por ela, para a garantia de um controle efetivo e integral, que seja capaz de alcançar a prevenção das complicações crônicas.

Os profissionais devem estar abertos para adotar novas tecnologias de cuidados na assistência às pessoas com DM, assim como empenhar-se para aderir às propostas das políticas públicas no que tange à assistência e aos modelos de atenção à saúde. Tendo em vista a larga e vasta direção em que elas apontam, que se constituiriam em mudanças em prol da melhoria da qualidade da assistência.

Devem, ainda, buscar o novo e novas possibilidades, dinâmicas e interações das ações com aquilo que vem sendo estudado, pensado e aplicado em outras realidades. O que pode respaldar mudanças e melhorias para a assistência, e consequentemente novas organizações desse contexto.

Para a **gestão** envolvida no processo de supervisão e gerência das equipes que assistem as pessoas com DM na APS, é necessário um maior envolvimento ativo e participativo nas ações assistenciais. Gerir um serviço de saúde está além de administrar e gerir pessoas e questões de ordem burocrática, necessita conhecimento na área da saúde para interferir e sugerir mudanças para as questões que não se encontram bem desenvolvidas.

A gestão municipal deve assumir as responsabilidades perante as dificuldades relacionadas com as consultas especializadas nesse nível da atenção, investindo esforços e recursos financeiros da área da saúde para reverter as insuficiências e as ausências dos profissionais especialistas para o atendimento da demanda. Precisa garantir às pessoas com DM consultas especializadas preventivamente, conforme estabelecido pelas políticas públicas, e não apenas encaminhamentos que não se

materializam em consultas, quando as pessoas já se encontram com as complicações crônicas instaladas.

Também é preciso investir no processo de educação permanente dos profissionais, na temática do DM. Com estratégias no âmbito local das UBS ou municipal, mas que seja capaz de abranger os ACS, dadas as necessidades e as limitações dessa categoria profissional, apontadas pelos resultados deste estudo.

Para as **políticas públicas para o DM**, deve-se prever o controle ativo que abranja a qualidade da assistência oferecida nos diversos níveis de atenção, em especial o primário. Para que o controle possa ir além da garantia do acesso e distribuição de medicamento em uma assistência clientelista/paternalista, para um envolvimento ativo e integral que consiga acompanhar e controlar as intervenções que são realizadas na prática assistencial.

A elaboração das políticas públicas deve considerar e antever que o contexto de trabalho abrange diversas dificuldades para executá-las; e reconhecer que, para os profissionais atenderem às diferentes diretrizes estabelecidas, são necessárias melhores condições de trabalho. Incluindo um número adequado de profissionais para a demanda de atividades e serviços existentes, espaços físicos adequados, e formação continuada efetiva.

Para o **processo de formação acadêmica**, que qualifica e prepara os profissionais para atuarem nos serviços de saúde, deve prepará-los em prol: da prevenção e do controle do DM e de suas complicações; e das especificidades das doenças crônicas, especificamente do DM e das condições geradas por ela à vida das pessoas acometidas, as implicações da cronicidade para as pessoas, famílias, sociedade, Estado e sistema de saúde.

Deve reforçar os aspectos do trabalho multidisciplinar, bem como as relações e inter-relações necessárias para a formação de equipes proativas; a importância e abrangência dos níveis de prevenção em saúde e da promoção da saúde. Presume-se que os profissionais sejam formados para atuar efetivamente na educação em saúde para que desenvolvam, ainda na graduação, habilidades para implementá-la em todas as ações assistenciais, principalmente, com pessoas que apresentam doenças crônicas, que requerem um maior preparo para serem empoderadas e, conseqüentemente, exercerem o autocuidado com responsabilidades.

Para a **pesquisa acadêmica**, os resultados deste estudo promovem reflexões sobre a importância da realização dos estudos

avaliativos qualitativos, que permitem compreender como a assistência encontra-se estabelecida e integrada ao que o MS propõe, como políticas e modelos de atenção à saúde. Esse tipo de pesquisa é capaz de adentrar na subjetividade dos atores sociais, compreender a realidade em que atuam através de quem é responsável pela aplicabilidade das políticas públicas, assim como as limitações, as fragilidades, e as potencialidades existentes no contexto.

Diante dos resultados desta tese, sugerem-se pesquisas de intervenção no contexto avaliado. Pois são visíveis as necessidades de mudanças no formato da assistência individual e em grupo oferecida às pessoas com DM. Assim, as pesquisas devem investir nas temáticas do DM; nas metodologias para desenvolvimento de trabalho em grupo; no estímulo ao trabalho de uma equipe integrada e proativa; na educação em saúde; na prevenção e promoção da saúde das pessoas com DM para evitar complicações; na educação permanente dos profissionais de saúde que integram a APS, principalmente dos ACS.

Sugere-se, ainda, que futuras pesquisas trabalhem na perspectiva dos usuários que utilizam esses serviços. Avaliando a satisfação, o que esperam e recomendam para essa atenção; explorando o impacto da educação em saúde, para o empoderamento e preparo para as pessoas com DM exercerem o autocuidado com qualidade no controle da doença; investigando como executam o controle e monitoramento do DM, suas dúvidas, angústias, facilidades, necessidades, itinerários terapêuticos, ou seja, os seus submundos no processo de viver com uma doença crônica.

Recomenda-se, também, que as pesquisas trabalhem com o referencial sistêmico, por permitir abranger e ao mesmo tempo compreender as multiplicidades e multidimensionalidades do contexto sobre investigação e/ou intervenção e, por compreender visões mais contemplativas das realidades estudadas. Isso porque existem muitas respostas, às vezes, paradoxais, contraditórias e complementares, ao mesmo tempo; e a realidade é um todo complexo em contínuo movimento em que todos os componentes estão interconectados num diálogo constante e inacabado.

## REFERÊNCIAS

ADA. Standards of medical care in diabetes 2015: summary of revisions diabetes care. **Diabetes Care**, New York, v. 38, supl. 1; S4, 2015a.

\_\_\_\_\_. Initial evaluation and diabetes management planning. **Diabetes Care**, New York, v. 38, supl. 1; S17-S19, 2015b.

\_\_\_\_\_. Strategies for improving care. **Diabetes Care**, New York, v. 38, supl. 1; S5-S7, 2015c.

\_\_\_\_\_. Standards of care in Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 37, supl. 1; p. 14-80, 2014.

\_\_\_\_\_. Standards of medical care in diabetes - 2013. **Diabetes Care**, New York, 36, supl. 1, jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 3, n. 2, p. 60-63, 2004.

AKALIN, S.; SATMAN, I.; OZDEMIR, O. Cost of disease and its relationship with diabetic complications in Turkish patients with type 2 Diabetes Mellitus. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 7, p. A498-A498, nov. 2012.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. cap. 6, p. 145-160.

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 23, n. 1, p. 91-96, jan./jun. 2005.

ALAYÓN, A. N. et al. Chronic complications, hypertension and obesity in diabetic patients living in Cartagena, Colombia. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, p. 857-864, dez. 2009.

ALENCAR, D. C.; ALENCAR, A. M. P. G. O papel da família na adaptação do adolescente diabético. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 2009.

ALMEIDA-PITITTO, B.; ALMADA FILHO, C. M.; CENDOROGLIO, M. S. Cognitive deficit: another complication of diabetes mellitus? **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 7, p. 1076-1083, out. 2008.

ALVES, C. et al. Pathogenic aspects of the periodontal disease associated to diabetes mellitus. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 51, n. 7, p. 1050-1057, out. 2007.

ALVES, C. K. A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual**. 2008. 176f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2008.

ALVES, M. C. et al. Tear film and ocular surface changes in diabetes mellitus. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 71, n. 6, supl. p. 96-103, dez. 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o PSF: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J. Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 255-260, jul./set. 2012.

ALWAN, A. Noncommunicable disease: a major challenge to public health in the Region. **East. Mediterr. Health J.**, Egypt, v. 3, n. 1, p. 6-16, 1997.

AMARAL, A. S.; TAVARES, D. M. S. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 11, n. 4, p. 801-810, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a05.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

AMARAL, F. B.; SILVEIRA, H. E. D.; SILVEIRO, S. P. Interação entre diabete melito e alterações estomatológicas. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p.47-53, jul. 2005.

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 288-295, jun. 1997.

AMORIM, A. C. C. L. A. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1077-1086, out./dez. 2014.

ANNANDALE, E. **The sociology of health and medicine: a critical introduction**. Cambridge, United Kingdom: Polity Press, 1998.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

ARAUJO, J. P. et al. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, oct 2014.

ARAYA, O. V. et al. Frecuencia de periodontitis en una muestra de diabéticos tipo 2 y no diabéticos de Santiago de Chile. **Rev. chil. endocrinol. diabetes**, Santiago, v. 4, n. 4, p. 251-256, out. 2011.

ARNOLD, Y.; LICEA, M.; ALDANA, D. Algunos aspectos relevantes de la epidemiología de la diabetes mellitus en Cuba. **Rev. peru. epidemiol.**, Callao, v. 15, n. 3, p. 1-7, set./dez. 2011.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 17, N. 11, p. 2865-2875, 2012.

ASSUMPÇÃO, E. C. et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um programa de saúde da família. **J. vasc. bras.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 133-138, jun. 2009.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, fev. 2001.

ASSUNÇÃO, M. C.; SANTOS, I. D.; GIGANTE, D. P. Diabetes mellitus at the primary health care level in Southern Brazil: structure, course of action and outcome. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, fev. 2001.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. A study of factors associated to non-pharmacological treatment delivered by the Family Health Program in Ventosa, Belo Horizonte, to carriers of diabetes mellitus. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-2197, dez. 2008.

AYAD, F. et al. Association between cardiac autonomic neuropathy and hypertension and its potential influence on diabetic complications. **Diabet. Med.**, London, v. 27, n. 7, p. 804-811, jul. 2010.

AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set. 2013.

BADER, M. S.; ALAVI, A. Management of hospitalized patients with diabetic foot infections. **Hosp Pract**, New York, v. 42, n. 4, p. 1-5, oct 2014.

BAPTISTA, E. K. K.; MARCON, S. S.; SOUZA, R. K. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 225-229, jan. 2008.

BARBOSA, F. I. Enfermedad periodontal en pacientes diabéticos y un abordaje terapéutico con enfoque en la terapia fotodinâmica. **Fundación Juan José Carraro**, Madri, n. 16, v. 34, p. 50-56, set./out. 2011.

BARBOSA, J. H. P.; OLIVEIRA, S. L.; SEARA, L. T. Produtos da glicação avançada dietéticos e as complicações crônicas do diabetes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 113-124, jan./fev. 2009.

BARBOSA, R. H. S. Avaliação qualitativa de um programa de assistência à saúde de gestantes HIV+: a dialética da reprodução e da resistência de profissionais de saúde às ideologias médicas e de gênero. In: MERCADO F.J.; BOSI M.L.M. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. cap. 13. p. 313-346.

BARBOSA, R. H. S; CASANOVA, A. O. Pré-natal e transmissão vertical do HIV - a perspectiva de profissionais de saúde do Município do Rio de Janeiro. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 7. p. 278-336.

BARQUERA, S. et al. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. **Global Health**, London, v. 9, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599194/?report=classic>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

BARRÍA, VON-B, F. Diabetes mellitus: una epidemia mundial. **Arch. Chil. Oftal.**, Santiago, v. 65, n. 1, p. 63-66, 2008.

BASCONES, M. A.; GONZÁLEZ, J. F.; SANZ, J. E. Diabetes and periodontal disease. Review of the literature. **Am J Dent.**, v. 27, n. 2, p. 63-67, apr 2014.

BASTOS, M. M. A. **Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**. 2009. 162 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BATISTA, M. C. R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.18, n. 2, p. 219-228, mar./abr. 2005.

BATISTA, N. N. L. A. L.; LUZ, M. H. B. A. Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 244-250, mar./abr. 2012.

BELLENZANI, R.; SANTOS, A. O.; PAIVA, V. Agentes comunitários de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.3, p. 637-650, jul./set. 2012.

BERLEZI, E. M. et al. Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 368-370, abr./jun. 2011.

BOAS, L. C. G. V. et al. The relationship between social support and the social demographic characteristics of people with diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 390-396, set. 2009.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF): considerações

sobre seu acompanhamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-31, jul./set. 2006.

BOGHOSSIAN, C. M. S. et al. Relação entre o tratamento periodontal e o controle metabólico do diabetes mellitus: revisão de literatura.

**Periodontia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 20-25, set. 2009.

BONNEFOND, A. et al. What is the contribution of two genetic variants regulating VEGF levels to type 2 diabetes risk and to microvascular complications? **PloS one**, San Francisco, v. 8, n. 2, p. e55921, fev. 2013.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.

**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPO, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011. cap. 2, p. 41-62.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007.

BOUTOILLE, D. et al. Quality of life with diabetes-associated foot complications: comparison between lower-limb amputation and chronic foot ulceration. **Foot Ankle Int.**, Los Angeles, v. 29, n. 11, p. 1074-1078, nov. 2008.

BRAGA, J. R. et al. The impact of diabetes mellitus on the mortality of acute coronary syndromes. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 275-280, mar. 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma**

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . **estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus/**Proposta de educação permanente em hipertensão arterial e diabetes mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** / Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. 3.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . Fundação Nacional de Saúde. **Portaria nº 676/GM em 3 de junho de 2003b**.

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . **PROESF**: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, 2003c. Disponível em:

<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em: 10/08/2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS - 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em saúde: caminhos da institucionalização.** Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus n.16 Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.347/06**, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos, 2006b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. 2006c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: guia de implantação municipal AMQ.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **PNASS - Resultado do processo avaliativo 2004-2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.583 de 10 de outubro de 2007.** Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de *diabetes mellitus*, 2007a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008** – Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, 2008a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008** – cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF, 2008b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família:** documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica:** diretrizes do NASF núcleo de apoio a saúde da família. Brasília: ministério da saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Temático Promoção da Saúde IV.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool** - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância à saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011** - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.654 GM/MS** de 19 de julho de 2011d.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministério. **Portaria Interministerial n. 2.087 de 1 de setembro de 2011** - Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. 2011e.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012** - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012c.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

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

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa da melhoria do acesso e da qualidade/autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade: material de apoio para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, AB parametrizada e saúde bucal)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.446/GM de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2014a.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRENTA, D.; CASSESE, M.; GASET, M. Prevalencia de infecciones en pacientes diabéticos tipo 2. Estudio de factores de riesgo. **Rev asoc méd arg.**, Buenos Aires, v. 119, n. 2, p. 10-13, jun. 2006.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional Pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 177-185, 1999.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Vivências e reflexões de avaliação na atenção básica: a experiência dos ELBs/Proesf em Minas Gerais e no Espírito Santo. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008a, cap. 5, p. 119-152.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na

integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl., p. S58-S68, 2008b.

CAMOZZATO FILHO, P. et al. AntiVEGF e outras medidas terapêuticas no edema macular diabético. **Acta médica**, Porto Alegre, v. 28, p. 31-38, 2007.

CAMPOS, A. Z. **Avaliação da atenção básica à saúde em Campo Grande, MS**. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

CAMPOS, T. S. P. **Percepções das pessoas com diabetes mellitus acerca da doença e das complicações crônicas**. 144f., 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARNEIRO, M. S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 279-295, out. 2014.

CARVALHO, R. D. P.; CARVALHO, C. D. P.; MARTINS, D. A. Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes mellitus. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 15, n.1, p. 106-109, jan./mar. 2010.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, jul. 2012.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 265-278, out. 2014

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, supl. 2, p. 84-88, 2009.

- CASTANHEIRA, E. R. L.; et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935-947, out./dez. 2011.
- CASTRO, G. D. et al. Avaliação da condição periodontal em indivíduos diabéticos e não diabético. **Periodontia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 104-110, dez. 2009.
- CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, jan./fev. 2010.
- CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Interações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, 2014.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Diabetes Public Health Resource**. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/diabetes/>>. Acesso em: 05 mai. 2013.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Morbidity and mortality weekly report MMWR**, v. 62, n. 11, p. 201-216, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6211a6.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2013.
- CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1547-1554, 2011.
- CHAGAS, I. A., et al. Patients' knowledge of diabetes five years after the end of an educational program. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1137-1142, 2013
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- 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. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n.1, p. 10-16, jan./mar. 2008.

CHENG, S. H.; LEE, T. T.; CHEN, C. C. A longitudinal examination of a pay-for-performance program for diabetes care: evidence from a natural experiment. **Medical Care**, Philadelphia, v. 50, n. 2, p. 109-116, fev. 2012.

CHILE. MINISTERIO DE SALUD. **Resultados I Encuesta de Salud**. Chile 2003. Disponible em: <<http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/VIGIA20.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010**. Tomo II, Cap. V, Resultados. Disponible em: <[http://www.encuestasalud.cl/pdf/InformeENS\\_2009-2010\\_CAP5.pdf](http://www.encuestasalud.cl/pdf/InformeENS_2009-2010_CAP5.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Egresos hospitalarios de ambos sexos según edad y causas**. Chile, 2007. Disponible em: <<http://www.minsal.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d7f2fe040010165013351.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

CIURANA, E. R. Complexidade: elementos para uma definição. In: CARVALHO, E. A.; MENDONÇA, T. (Orgs.). **Ensaio de complexidade 2**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

COELHO, M. S. **Representações sociais de familiares de pessoas com diabetes mellitus sobre essa condição crônica**. 2008. 158 f. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M. I. S. Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. **Rev Esc Enfermem. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 65-71, mar. 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008.

CONASS/Progestores. **Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde**. Nota Técnica. Brasília, 16 mai. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set. 2006.

CORDEIRO, H. et al. Acreditação como avaliação nos serviços de atenção primária em saúde. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, cap. 6, p. 153-166.

CORRER, C. J. et al. Tradução para o Português e Validação do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 515-522, abr. 2008.

CORTEZ, J. et al. Prevalence of neuropathic pain and associated factors in diabetes mellitus type 2 patients seen in outpatient setting. **Rev. dor**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 256-259, out./dez. 2014.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./fev. 2009.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

COSTA, S. M. et al. Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral. **Rev. bioét (Impr.)**, v. 20, n. 2, p. 342-348, 2012.

COSTA, S. M.; BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G. Caminhada, saúde e vida: fortalecendo as práticas corporais e atividades físicas do Grupo Viver. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 51-56, abr. 2008.

COTTA, R. M. M. et al. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeiras, Minas Gerais State. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, ago. 2009.

CRUZ, M. L. S. et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1 e n. 2, p. 161-183, 2008.

CUNHA, E. M. **Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 2009. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, out./dez. 2011.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 39-53. 2003.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institute for Framtidsstudier, 2007.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225.

DATASUS, 2010. **Informações de Saúde** (TABNET). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 01/05/2013.

DE OLIVEIRA, E. G.; MARINHEIRO, L. P. F.; DA SILVA, K. S. The association between diabetes mellitus and lower urinary tract dysfunctions in women assisted in a reference service. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 414-420, dez. 2011.

DE PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Healthcare assessment for patients with diabetes and/or hypertension under the Family Health Program in Francisco Morato, São Paulo,

Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

DIAS, A. F. G. et al. Epidemiologic profile and level of knowledge among diabetic patients about diabetes and diabetic retinopathy. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 73, n. 5, p. 414-418, out. 2010.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1699-1770, jul. 2008.

DINIZ, T. H.; GUIDA, H. L. Hearing loss in patients with diabetes mellitus. **Braz J Otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 75, n. 4, p. 573-578, ago. 2009.

DO, D. V. Blood pressure control for diabetic retinopathy. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford, jan. 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006127.pub2/abstract;jsessionid=549A39C1C0F1409B78A720C49F8E41E7.f03t02>>. Acesso em: 30 mar 2015.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, Minneapolis, p. 1114:1115-9, 1990.

DONNAN, P. T.; LEESE, G. P.; MORRIS, A. D. Hospitalizations for people with type 1 and type 2 diabetes compared with the nondiabetic population of Tayside, Scotland: a retrospective cohort study of resource use. **Diabetes Care**, New York, v. 23, n. 12, p. 1774-1779, dez. 2000.

DORRESTEIJN, J. A. et al. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. **Cochrane Database Sys Rev**, Oxford, v. 12, n. 5, p. dec 2014. Disponível em: <<http://qap2.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001488.pub4/full>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

DOS SANTOS, V. P.; DA SILVEIRA, D. R.; CAFFARO, R. A. Risk factors for primary major amputation in diabetic patients. **São Paulo Med J.**, São Paulo, v. 124, n. 2, p. 66-70, 2 mar. 2006.

DULLIUS, J. **Diabetes mellitus: saúde, educação, atividade física.** Brasília: Finatec, 2007.

ERBAS T, et al. Prevalence of peripheral neuropathy and painful peripheral neuropathy in Turkish diabetic patients. **J Clin Neurophysiol.**, v. 28, n. 1 p. 51-55, 2011.

ERIKSSON, M. K. et al. Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. **JAMA**, Chicago, v. 170, n. 16, p. 1470–1479, 13 set. 2010.

ESPIRIDIANO, M. A. **O usuário e o julgamento dos serviços de saúde.** 2009. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

FALEIROS, J. J. et al. Impact of a Well Baby Care Program on the promotion of exclusive breastfeeding. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 482-489, abr. 2005.

FARIA, A. P. S.; BELLATO, R. A compreensão do fenômeno condição crônica por diabetes mellitus a partir da experiência de adoecimento. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 12, n. 3, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6953>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FARIAS, N. M. M. et al. Diabetes mellitus y piel: lesiones cutáneas y su significado clínico. **Rev. chil. endocrinol. diabetes**, Santiago, v. 4, n. 1, p. 26-31, 2011.

FARIA, H. T. G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 348-354, 2013.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe., p. 13-33, out. 2014.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 7-18, jan./mar. 2009.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul. Enferm.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr./jun. 2005.

FELISBERTO, E. Da teoria a formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, jul./set. 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Use of technologies working with groups of diabetic and hypertensive individuals in family health. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1331-1340, 2011.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela Equipe Saúde da Família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 406-411, jul./set. 2009.

FERREIRA, J. M. et al. Alterações auditivas associadas a complicações e comorbidades no diabetes mellitus tipo 2. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 250-259, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acr/v18n4/05.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

FERREIRA, L. T. et al. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 36, n. 3, p. 182-188, set.-dez. 2011.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

FERTONANI, H. P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança:** o que dizem os usuários da Atenção

Básica. 235f. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2010.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família**: módulo político gestor. UMA-SUS: UNIFESP, 2011, p. 69.

FILGUEIRAS, A. S.; SANTOS, D.; SOUZA, R. F. O trabalho na atenção básica: estratégias e desafios para um novo modo de fazer saúde. In: ABRAHÃO, A.L.; SOUZA, A.C.; MARQUES, D. **Estratégia saúde da família**: desafios e novas possibilidades para a atenção básica em saúde. Niterói: EDUFF, 2012. p. 49-61.

FITTIPLADI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: apoio matricial e os profissionais da estratégia saúde da família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, jan./mar. 2015.

FIUZA, M. L. T. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 740-748, set./dez. 2013.

FLORES, C. S. **Conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes que tienen los pacientes hospitalizados y sus familiares**: servicio de medicina interna, hospital provincial general docente Riobamba. 2007. 164 f. Monografía (Especialización) - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, 2007.

FLORES, F. M. E; GUTIÉRREZ, M. F.; VELÁSQUEZ, A. Complicaciones crónicas y factores asociados en diabéticos tipo 2. **Rev. Salus**, Guarapuava, v. 11, n. 1, p. 28-34, abr. 2007.

FONSECA, A. F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, jul./set. 2012.

FORSBLOM, C.; HARJUTSALO, V.; GROOP, P. H. Who will develop diabetic nephropathy? **Duodecim**, Helsinki, v. 130, n. 12, p. 1253-1259. 2014.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 36<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condições crônicas: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, [8 telas], 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt\\_v15n4a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a11.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

FROTA, A. C. **O processo de trabalho da estratégia saúde da família: o caso Fortaleza**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

FURTADO, M. C. C. et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 640-646, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7625/8467>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

GARCÍA, L. A. M.; AGUILAR, M. P. P. Evaluación sobre cultura sanitaria em familiares de niños diabéticos. **Mediciego**, Ávila, v. 16, n. 1, mar. 2010.

GATTAS, G. M. B. **Avaliação da implantação do programa estadual de incentivo à saúde da família no Município de Poconé – MT**. 2010. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, mai./jun. 2009.

GODOY, A. et al. Experiencia en amputaciones en miembros inferiores: Hospital Vargas de Caracas, Servicio de Cirugía Uno. **Rev venez cir**, Caracas, v. 59, n. 4, p. 163-168, 2006.

GONÇALVES, D. A.; FIORE, M. L. M. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade**. Especialização em

saúde da família – modalidade a distância. Módulo Psicossocial. UNA-SUS/UNIFESP, 2010-2011.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

GREGG, E. W. et al. Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990-2010. **N Engl J Med.**, Boston, v. 370, n. 16, p. 1514-1523, apr 2014.

GUIDONI, C. M. et al. Analysis of treatment of comorbidities and the profile of medical consultations for diabetes mellitus. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 19, p. 3015-3022, out. 2013.

GUIMARÃES, A. Z. **Desvendando máscaras sociais.** Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1990.

GUIMARÃES, R. P.; OLIVEIRA, P. A. D.; OLIVEIRA, A. M. S. D. Efeitos adversos da diabetes mellitus no reparo ósseo peri-implantar. **Implant News**, São Paulo, v. 7, n. 5, p. 695-700, 2010. Disponível em: <<http://www.inpn.com.br/ImplantNews/Artigo/Index/417>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

GUTIÉRREZ, E. A.; GIL, G. A. Día mundial de la visión: campaña contra la ceguera por retinopatía diabética: octubre de 2004, **Medicina**, Guayaquil, v. 12, n. 4, p. 275-280, oct. 2007.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público.** 2004, 201f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2004.

HALFOUN, V. L. R. C.; AGUIAR, O. B.; MATTOS, D. S. Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 424-430, out./dez. 2008.

HARCOURT, B. E.; PENFOLD, S. A.; FORBES, J. M. Coming full circle in diabetes mellitus: from complications to initiation. **Nat Rev Endocrinol**, New York, v. 9, n. 2, p. 113-123, fev. 2013.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HASS, L. et al. National standards for diabetes self-management education and support. **Diabetes Care**, New York, v. 36, supl. 1, p. S100-S108, set. 2013.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica:** investigação de questões problemáticas. Edital MCT/CNPq N° 014/2010, Universal, Faixa A. Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Florianópolis, 2010.

HENRIQUE, N. N. et al. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 168-73, abr./jun. 2008.

HICKS, C. W. et al. Trends and determinants of costs associated with the inpatient care of diabetic foot ulcers. **J Vasc Surg.**, v. 60, n. 5, p. 1247-1254, nov. 2014.

HILLIS, G. S. et al. Resting heart rate and the risk of microvascular complications in patients with type 2 diabetes mellitus. **J Am Heart Assoc**, Dallas, v. 1, n. 5, p. e002832, out. 2012.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res.**, Austin, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, fev. 2005.

HNOOSH, A. et al. Direct Medical Management Costs of Diabetes-Related Complications in Algeria. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 4, p. A179, jun. 2012.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 293-301, 2009. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/407/228>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implantação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, jan./abr. 2007.

HUNG, S. Y. Treatment for diabetic foot ulcers complicated by major cardiac events. **Can J Diabetes**, Philadelphia, n. 14, p. S1499-2671, fev 2015.

IDUSUYI, O. B. Surgical management of charcot neuroarthropathy. **Prosthet Orthot Int.**, London, v. 39, n. 1, p. 61-72, feb 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA.  
**Pesquisa nacional de saúde 2013:** percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IBGE/MS, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio:** um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/MS/IBGE; 2010. 256 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 11 out. 2012.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes ATLAS.** 6<sup>a</sup> ed. 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

IKRAM, M. K. et al. Retinal vascular caliber as a biomarker for diabetes microvascular complications. **Diabetes Care**, New York, v. 36, n. 3, p. 750-759, mar. 2013.

JAMOULLE, M. **Quaternary prevention: first, do not harm.** Text prepared for the 11th Congres of the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brazilia, 2011.

JOHNSON, B. L. et al. Bariatric surgery is associated with a reduction in major macrovascular and microvascular complications in moderately to severely obese patients with type 2 diabetes mellitus. **J Am Coll Surg.**, New, York, v. 216, n. 4, p. 545-556, abr. 2013.

KALEA, A. Z. et al. Genetic susceptibility for coronary heart disease and type 2 diabetes complications. **Clinical chemistry**, Washington, v. 58, n. 5, p. 818-820, mai. 2012.

KERBAUY, W. D. et al. Produtos finais de glicosilação avançada (age) e a exacerbação da doença periodontal em diabéticos: revisão de literatura. **Periodontia**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 20-27, set. 2008.

KHAN, A. R. Prevalence of chronic complication among type 2 diabetics attending primary health care centers of Al Ahsa district of Saudi Arabia: a cross sectional survey. **Glob J Health Sci.**, Washington, v. 6, n. 4, p. 245-253, apr 2014.

KLEIN, H. A. et al. Diabetes self-management education: miles to go. **Nur Res Pract**, Cairo, v. 2013, [15 telas], 2013. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/581012/>>. Acesso em: 22 mai 2014.

KNYAZEVA, H. O pensamento complexo não-linear e sua aplicação nas atividades de gestão. In: CARVALHO, E.A.; MENDONÇA, T. (Orgs.). **Ensaio de complexidade 2**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

KREBS, J. D. et al. A structured, group-based diabetes self-management education (DSME) programme for people, families and whanau with type 2 diabetes (T2DM) in New Zealand: An observational study. **Prim Care Diabetes**, Cambridge, v. 7, n. 2, p. 151-158, mar. 2013.

KUEHL, M.; STEVENS, M. J. Cardiovascular autonomic neuropathies as complications of diabetes mellitus. **Nat Rev Endocrinol**, New York, v. 8, n. 7, p. 405-416, jul. 2012.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 464-70, 2012.

LANZONI, G. M. M. **Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da atenção básica à saúde**. 295f. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

LAMOTTE, M.; CHEVALIER, P. The cost of diabetes complications in Belgium. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 7, p. A367-A368, mai./jun. 2012.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.

LIMA, A. S. **O trabalho da enfermeira na atenção básica: uma revisão sistemática**. 111f. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

LISBOA, H. R. K. et al. Relação entre retinopatia diabética e dermopatia diabética em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. bras. Oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 6, p. 297-302, nov./dez. 2008.

LOPES, C. F. Projeto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito. **J. vasc. bras.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 79-82, 2003.

LOPES, F. M.; BRITO, L. L. Fatores associados ao estado funcional de idosos com amputação por diabetes. **RBSP**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 402-415, jul./set. 2009.

LUCAS, L. P. P. et al. A percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 535-538, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a17.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em saúde**. Apostila: Especialização em Saúde da Família, 2012. UNASUS/UNIFESP. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/unidade09.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2014.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra referência: um desafio a ser enfrentado. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v.1, n.1, p.31-40, jan./abr. 2011.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 174-179, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421907006>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Brasília, 2010.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referente à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da

Família na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, jan./mar. 2015.

MAIA, C. A. S.; CAMPOS, C. A. H. Diabetes Mellitus como causa de perda auditiva. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 208-214, mar./abr. 2005.

MAIA, H. P. B. **Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial no município de Pirai com bases nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares.** 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hypertension and diabetes in the family health strategy: an analysis of the frequency in the follow-up care by the teams of family health. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1383-1388, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2004.

MARCON, S. S.; SOARES, N. T.; SASSÁ, A. H. Percepção dos usuários sobre suas relações com os profissionais de saúde. **Online Braz J Nurs**, Niterói, v. 6, n. 3. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.996/260>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

MARDONES, S. J.; DURRUTY, A. P. Microalbuminuria como elemento de predicción de nefropatía y riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos. **Rev. chil. endocrinol. diabetes**, Santiago, v. 3, n. 3, p. 189-196, jul. 2010.

MARINGÁ. Secretaria de Saúde do Município de Maringá. **Departamento de Epidemiologia.** 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Município de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013** – Programa Maringá Saudável. 2010.

MASH, B. et al. Effectiveness of a group diabetes education programme in underserved communities in South Africa: pragmatic cluster

randomized control trial. **BMC family practice**, London, v. 13, p. 126, dez. 2012.

MATUMOTO, S.; et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, [08 telas], 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2014.

MCBRIEN, K. A. et al. Health care costs in people with diabetes and their association with glycemic control and kidney function. **Diabetes Care**, New York, v. 36, n. 5, p. 1172–1180, mai. 2013.

MEDINA, C. A. B. et al. **Avaliação do ‘Programa de Saúde da Família’ (PSF) no Rio Grande do Sul (RS)**: a utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para assistência em hipertensão arterial sistêmica, 2002. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VII, 2003, Brasília. *Anais...* Brasília: ABRASCO, 2003.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe., p. 69-82, 2014.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de AIDS**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV. 310f. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012. 512 p.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 109-123, out. 2014.

MERAKOU, K. Group patient education: effectiveness of a brief intervention in people with type 2 diabetes mellitus in primary health care in Greece: a clinically controlled trial. **Health Educ Res.**, Oxford, v. 30, n. 2, p. 223-232, apr 2015.

MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.

MIN, T. Z. et al. Renal complications of diabetes. **Br Med Bull**, Oxford, v. 104, p. 113-127, 2012.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 19-52.

\_\_\_\_\_. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: MERCADO, F. J., BOSI, M. L. M. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. cap. 7. p. 163-190.

MIRANDA, A. S.; CARVALHO, A. L. B.; CAVALCANTE, C. G. C. S. Input on monitoring and evaluation practices of government management of Brazilian Municipal Health Departments. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 913-920, abr. 2012.

MIRAS, A. D. et al. Bariatric surgery does not exacerbate and may be beneficial for the microvascular complications of type 2 diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 35, n. 12, p. e81, dez. 2012.

MODES, P. S. S. A.; GAIVA, M. A. M. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 455-465, set. 2013.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, mar. 2014.

MORAES, G. F. C. et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 240-245, abr./jun. 2009

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; DOS SANTOS, J. C. Cardiovascular risk factors in young adults with arterial hypertension and/or diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010.

MORIN, E. Em busca dos fundamentos perdidos. In: MORIN, E; NAÏR, S. **Uma política de civilização**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

\_\_\_\_\_. Complexidade e ética da solidariedade. In: CASTRO, G; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. (Orgs.). **Ensaio de complexidade**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2006.

\_\_\_\_\_. **O método II: a vida da vida**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. **O método 5: a humanidade da humanidade**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulinas, 2007.

\_\_\_\_\_. **O método**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulinas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. ALMEIDA, M. C.; CARVALHO, E. A. (Orgs.). 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **A religião dos saberes: o desafio do século XXI**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010c.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011b.

MOTATAIANU, A. et al. Cardiovascular autonomic neuropathy in context of other complications of type 2 diabetes mellitus. **Biomed Res Int.**, New York, v. 18, dez. 2013. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878280/>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MOTTIN, J. V. S. **O enfermeiro e a avaliação do usuário sobre o atendimento do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** 88f. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Laboratório de inovação no cuidado das condições crônicas na APS:** a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretaria de Saúde, 2012.

MUNGRUE, K. et al. The epidemiology of end stage renal disease at a centre in Trinidad. **West Indian Med J**, Mona/Jamaica, v. 60, n. 5, p. 553-556, out. 2011.

MURALI, T. S. et al. Characteristics of microbial drug resistance and its correlates in chronic diabetic foot ulcer infections. **J Med Microbiol.**, v. 63, n. 10, p. 1377- 1385, jul 2014.

MUTALIK, S. et al. Evaluation of osteoporosis in diabetic individuals using digital intra oral periapical radiographs. **Arch. oral res. (Impr.)**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 169-175, may./aug. 2011.

NAGAOKA, J. et al. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: evolution in the presence of hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemias. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 76, n. 3, p. 363-369, jun. 2010.

NATAL, S. et al. A implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. cap. 15, p. 341-365.

NEDEL, F. B. et al. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, dez. 2008.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas de qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVIK, A. V. et al. Prevalencia de diabetes mellitus en un servicio de medicina interna: causas de hospitalización y factores asociados a morbimortalidad. **Rev. chil. endocrinol. diabetes**, Santiago, v. 2, n. 1, p. 19-23, 2009.

NUNES, M. A. et al. Fatores predisponentes para amputação de membro inferior em pacientes diabéticos internados com pés ulcerados no estado de Sergipe. **J. vasc. bras.**, São Paulo, v. 5, p.123-130, jun. 2006.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 100-109, mar. 2005.

OCHOA-VIGO, K. et al. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 296-303, jul./set. 2006.

OKOSHI, K. et al. Diabetic cardiomyopathy. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 160-167, mar. 2007.

OLIVEIRA, A. C. et al. Diabetes Mellitus: diagnóstico e complicações. **JBM**, Rio de Janeiro, São Paulo, v. 94, n. 1 e n. 2, p. 30-35, jan./fev. 2008.

OLIVEIRA, A. F.; OLIVEIRA FILHO, H. Microbiological species and antimicrobial resistance profile in patients with diabetic foot infections. **J. vasc. bras.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 289-293, 2014.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. spe., p. 158-164, set. 2013.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERISSIMO, M. L. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015.

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

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual brasileiro das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: ONA, 2014.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.2, p.231-237, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200010&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200010&script=sci_abstract)>. Acesso em: 20 abr. 2014.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe., p. 768-773, set./out. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000700009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000700009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 abr. 2014.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. Family knowledge about the problematics of patients with diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 312-319, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300008)>. Acesso: Acesso em: 20 abr. 2014.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com Diabetes e/ou Hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385. 2006.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, London, p. 11-31, mai 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

PALMA, F. H. et al. Equilíbrio estático em pacientes com diabetes melito tipo 2 com ou sem polineuropatia diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 57, n. 9, p. 722-726, 2013.

PASSOS, E. et al. As oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: CAMPO, R. O. (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 300-318.

PAULA, F. J. A. DE; ROSEN, C. J. Obesity, diabetes mellitus and last but not least, osteoporosis. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 150-157, mar. 2010.

PAULA, P. A. B. et al. O uso de medicamentos na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2623-2633, mai. 2011.

PRIMERANO, A. Problemas en los pies de los pacientes con diabetes: evaluación y manejo de las infecciones. **Evidencia: actualización en la práctica ambulatoria**, Buenos Aires, v. 1, n.4, p. 115-119, jul./ago. 2008.

PEREIRA, D. A. et al. The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 478-485, mai./jun. 2013.

PEDROSA, D. R.; et al. Prevalência de retinopatia diabética em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Ananindeua - PA. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, abr./jun. 2012.

PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso: 17 jan. 2015.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na estratégia saúde da família.** 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2007.

PEREZ RODRIGUEZ, A. et al. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 13, n. 4, ago. 2009. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000400011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400011&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2013.

PICCINI, R. X. et al. Capacitação no estudo de linha de base da Universidade Federal de Pelotas: contribuições à educação de trabalhadores e à pesquisa em atenção básica à saúde. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. cap. 8, p. 199-220.

PILGER, C.; ABREU, I. S. Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 494-501, out./dez. 2007.

PIMENTA, A. L.; et al. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 102-117, abr. 2008.

PINAFO, E. et al. Relação entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 201-221, jul./out. 2011.

PINTO, J. M. **Práticas avaliativas na atenção básica à saúde: a gestão local entre reprodução e inovação.** 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe., p.358-372, out. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, J. L. **Assistência ao portador de diabetes mellitus na rede pública: o caso do distrito sanitário III Recife /PE, 2008-2010.** 2011. 59 f. Monografia (Especialização) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Hiperdia.** 2013. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/se/DATASUS/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/DATASUS/area.cfm?id_area=807)>. Acesso em: 08 jun. 2013.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

PRADO, M. L. et al. El diseño em La investigación cualitativa. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. (Orgs). **Investigación cualitativa em enfermería: contexto y bases conceptuales.** Washington: PALTEX, 2008.

PRESHAW, P. M. et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. **Diabetologia**, Bristol, v. 55, n. 1, p. 21-31, jan. 2012.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 209-220, out. 2014.

QI, Q. et al. Diabetes genetic predisposition score and cardiovascular complications among patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 36, n. 3, p. 737-739, mar. 2013.

QUEIROZ, P. C. et al. Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus e síndrome metabólica. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, São Paulo, v. 9, n. 4, jul./ago. 2011.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, jul./set. 2010.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 258-268, fev. 2011.

REIS, D. C. Educação em saúde aspectos históricos e conceituais. In: GRAZINELLI, M. F.; MARQUES, R. C. (Orgs.). **Educação em saúde: teoria, métodos e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006, p. 19-24.

REIS, W. G.; SGHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan./mar. 2015.

REVISTA BIMESTRAL DE DIREITO PÚBLICO. **Agência reguladora**: Vigilância Sanitária. 2007. Disponível em: <<http://www.interessepublico.com.br/?p=41760>>. Acesso: 20 fev. 2013.

RIBEIRO, M. B. S.; MARTINS, S. T. F.; OLIVEIRA, L. R. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 14, n. 2, p. 133-140, mai./ago. 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 237-251. 2014.

ROBERTS, J. C.; COALE, J. G.; REDMAN, M. A. A history of the joint commission of accreditation of hospitals. **JAMA**, Chicago, v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 17-23, 2009.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S.; BOCCHI, S. C. M. Assistência em saúde: revisão integrativa do conhecimento produzido à luz da complexidade. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 189-197, jan./mar. 2013.

RODRIGUES, A. N. Frequência das manifestações cutâneas em diabéticos de programa saúde da família de Frutal/Minas Gerais. **Brasília médica**, Brasília, v. 46, n. 2, 2009.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 321-324, 2010.

RODRIGUES, L. B. B. et al. **Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas/MG**. 103f. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2009.

RODRIGUES, L. B. B. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014.

RODRIGUES, T. et al. Caracterização de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 do sul do Brasil: complicações crônicas e fatores associados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 67-73, 2010.

RODRÍGUEZ, T. J. C. Frecuencia de amputaciones y sobrevida en pacientes hospitalizados con pie diabético entre 1985-2000 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Rev Hosp Clín Univ Chile**, RM, v. 17, n. 2, p. 148-157, 2006.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Family Health Program: the construction of a new care model. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005.

SALA, A. et al. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, out./dez. 2011.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 912-926, out./dez. 2011.

SALCI, M. A.; et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, jan./mar. 2013.

SALOMÉ, G. M.; BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Assessment of depressive symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 327-333, out. 2011.

SAMOUTIS, G. A. et al. A pilot quality improvement intervention in patients with diabetes and hypertension in primary care settings of Cyprus. **Fam Pract**, Oxford, v. 27, n. 3, p. 263-270, jun. 2010.

SAMPAIO, L. F. R. Prefácio. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 19-20.

SANTOS, A. L. et al. Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 761-770, mar. 2015.

SANTOS, B. P. et al. Atenção à saúde na estratégia saúde da família: reflexões da perspectiva do usuário com doença crônica não transmissível. **RBSP**, Salvador, v. 38, n.3, p. 665-678, jul./set. 2014.

SANTOS, E. C. B. et al. Usuários dos serviços de saúde com diabetes mellitus: do conhecimento à utilização dos direitos à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, [08telas], mar./abr. 2011a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_09.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.

SANTOS, E. C. B. DOS et al. Public policy and rights of Single Health System's users with diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 952-957, out. 2011a.

SANTOS, M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 651-658, jun. 2011b.

SANTOS, F. S.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus

atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 31, n. 3, p. 223-227, 2010.

SANTOS, V. P.; SILVEIRA, D. R.; CAFFARO, R. A. Fatores de risco para amputações maiores primárias em pacientes diabéticos. **São Paulo Med. J. [online]**, São Paulo v. 124, n. 2, p. 66-70, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802006000200004>>. Acesso: 10 abr. 2012.

SANTOS, W. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na estratégia saúde da família em BambuÍ, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3441-3450, 2014.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, vol.44, no.1, p.92-98, mar. 2010.

SCALONE, L. et al. Use of health care administrative databases to estimate incidence of foot complications in diabetes patients. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 7, p. A519-A519, nov. 2012.

SCOCHI, M. J. et al. Ensaio para a institucionalização da avaliação em saúde: os ELBs e a mobilização institucional. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. cap. 9., p. 221-236.

SEFTEL, A. D.; SUN, P.; SWINDLE, R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction. **J. Urol.**, New York, v. 171, n. 6 Pt 1, p. 2341-2345, jun. 2004.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. S203-S211, 2002.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009.

SERRANO, F. L.; GAREA, M. I.; MORÁN, R. D. Microalbuminuria, factor predictivo de nefropatía diabética. **Medicina**, Guayaquil, v. 12, n. 4, p. 281-286, oct. 2007.

SHENOY, N. et al. Oral health status in geriatric diabetics. **Rev. clín. pesq. odontol. (Impr.)**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 63-69, jan./abr. 2010.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCHAWAB, G. L. et al. Percepção de inovação na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 307-318, 2014.

SCHWARTZ, J. A. et al. Single-use negative pressure wound therapy for the treatment of chronic lower leg wounds. **J Wound Care**, London, v. 24, supl. 2, p. S4-9, feb 2015.

SILVA, A. M. et al. The integrity of the attention in diabetics with periodontal disease. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2197-2206, jul. 2010a.

SILVA, A. M. et al. Periodontitis in individuals with diabetes treated in the public health system of Belo Horizonte, Brazil. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 118-125, mar. 2010b.

SILVA, D. M. G. V. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**: cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

SILVA, D. M. V. da. **Avaliação da atenção à saúde de pessoas em condições crônicas**. Projeto de Pesquisa/NUCRON/UFSC. Florianópolis, 2009.

SILVA, F. S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, G. A. P.; FIGUEIRÓ, A. C. Linha de base matricial da implementação do Proesf. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. cap. 3, p. 71-100.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINO, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.27-41. Disponível em: <[http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps\\_4.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps_4.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SILVA-JUNIOR, J. B. S. et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 289-311.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINO M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.27-41. Disponível em: <[http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps\\_4.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps_4.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SILVA, J. M. Em busca da complexidade esquecida. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. (Orgs.). **Ensaio de complexidade**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2006.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, mar./jun. 2011.

SILVA, J. V. M. et al. O enfermeiro e a avaliação do usuário sobre o atendimento do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **ANAIS 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Natal/RN, 03/05 jun. 2013.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, jan. 2013.

SILVA, M. O. S. (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria & prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SILVA, R. C. Importância da avaliação da função tireoidiana em pacientes com diabetes mellitus. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 180-182, abr. 2005a.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. B. Nas rodas da avaliação educadora. In: CAMPO, R. O; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011.

SILVA, V. L. B. D. **Educação em saúde no Programa de Saúde da Família no município de Angra dos Reis: as representações sociais das enfermeiras**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005b.

SILVA, W. C. M.; FARAH, B. Q.; RICARTE, G. B. Atividade física e fatores associados em usuários do programa Hiperdia de uma unidade de saúde da família do Recife. **R bras ci Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 385-392, out. 2012.

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, mai./jun. 2007.

SIMINERIO, L. M. et al. US nurses' perceptions of their role in diabetes care: results of the cross-national Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) study. **Diabetes Educ**, Chicago, v. 33, n. 1, p. 152-162, fev. 2007.

SINGH, N.; ARMSTRONG, D. G.; LIPSKY, B. A. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. **JAMA**, Chicago, v. 293, n. 2, p. 217-228, 12 jan. 2005.

SIQUEIRA, A. F. A.; ALMEIDA-PITITTO, B. DE; FERREIRA, S. R. G. Cardiovascular disease in diabetes mellitus: classical and non-classical risk factors. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 257-267, mar. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

\_\_\_\_\_. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da SBD. Rio de Janeiro: SBD, 2007.

\_\_\_\_\_. **O dia mundial do diabetes.** 2010. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/component/content/article/45-noticias-em-destaque/1499-dia-14-de-novembro-e-o-dia-mundial-do-diabetes>>. Acesso em: 01 out. 2012.

\_\_\_\_\_. International Working Group on the Diabetic Foot. **The development of global consensus guidelines on the management and prevention of the Diabetic Foot 2011.**

\_\_\_\_\_. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2008.** Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes-sbd-2008-mar-12.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “It sure ain’t easy!”: an ethnographic study of primary health care for patients with hypertension and/or diabetes in Manaus, Amazonas State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S91-99, 2008.

SOUZA, R. O. A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde.** 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

SPEIGHT, J. Managing diabetes and preventing complications: what makes the difference? **Med. J. Aust.**, Sydney, v. 198, n. 1, p. 16-17, jan. 2013.

STACCIARINI, T. S. G.; CAETANO, T. S. G.; PACE, A. E. Dose de insulina prescrita versus dose de insulina aspirada. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 789-793, 2011.

STARK, R. G. et al. Medical care of type 2 diabetes in German disease management programmes: a population-based evaluation. **Diabetes Metab. Res. Rev.**, Oxford, v. 27, n. 4, p. 383-391, mai. 2011.

STORINO L. P.; SOUZA, K. V.; SILVA, K. L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 638-645, out./dez. 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SUAYA, J. A. et al. Skin and soft tissue infections and associated complications among commercially insured patients aged 0-64 years with and without diabetes in the U.S. **PloS One**, San Francisco, v. 8, n. 4, p. e60057, 2013.

SUMITA, N. M.; ANDRIOLO, A. Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas: revisão. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 169-174, jun. 2008.

SWAMY, R. M. et al. Evaluation of hypothyroidism as a complication in Type II Diabetes Mellitus. **Biomedical Research**, India, v. 23, n. 2, p. 170-172, Apr./Jun. 2012.

TAKAOKA, H. H. et al. Perfil de pacientes diabéticos em diálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 100-104, abr./un. 2009.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, out./dez. 2011.

TAVARES, V. S. et al. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 527-536, set. 2014.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

TESSER, C. D. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 416-426, jun./set. 2012.

TIWARI, S. et al. Vitamin D deficiency is associated with inflammatory cytokine concentrations in patients with diabetic foot infection. **Br J Nutr.**, Cambridge, v. 112, n. 12, p. 1938-1943, dec 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2ª ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRES, G. S. et al. Prevalence and characteristics of diabetic polyneuropathy in Passo Fundo, South of Brazil. **Arq Bras Endocrinol Metabol.**, v. 51, n. 6, p. 987-992, 2007.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 2013.

TODOROVA, L. et al. Direct medical costs of diabetes-related complications in India. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 7, p. A662-A662, nov. 2012a.

\_\_\_\_\_. Direct medical costs of diabetes-related complications in India. **Value Health**, Lawrenceville/USA, v. 15, n. 7, p. A662-A662, nov. 2012b.

THABIT, H. et al. Complications and characteristics of patients referred to a joint diabetes renal clinic in Ireland. **Ir J Med Sci**, London, v. 181, n. 4, p. 549-553, dez. 2012.

TORRES, H. C. et al. Perceptions of primary healthcare professionals towards their role in type 2 diabetes mellitus patient education in Brazil. **BMC public health**, London, v. 10, p. 583, set. 2010.

TUOMILEHTO, J. et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 344, n. 18, p. 1343-1350, 3 mai. 2001.

\_\_\_\_\_. Should we consider cancer diagnosis in diabetic patients as a complication of diabetes, or is it iatrogenic sequelae? **Prim Care Diabetes**, Cambridge, v. 6, n. 1, p. 1-2, apr 2012.

VAN ACKER, K. et al. Prevalence and impact on quality of life of peripheral neuropathy with or without neuropathic pain in type 1 and type 2 diabetic patients attending hospital outpatients clinics. **Diabete Metab.**, v. 35, n. 3, p. 206-213, 2009.

VASCONCELOS, B. C. E. et al. Prevalência das alterações da mucosa bucal em pacientes diabéticos: estudo preliminar. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 423-428, mai./jun. 2008.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. DE. Health records: evaluation of patient health charts in primary care, Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S173-182, 2008.

VENÂNCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013.

VERAS, R. P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.

\_\_\_\_\_. Experiência e tendências internacionais de modelo de cuidado para com o idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VERAS, C. L. S. M.; VLANNA, R. P. T. Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica – 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 133-140, abr./jun. 2009.

VIACAVAL, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, abr. 2012.

VIANNA, A. L. A; DAL POZ, M. R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Abril, 1998.

VIEIRA, P. C.; SANTA HELENA, E. T. Fatores associados ao consumo de medicamentos sem receita médica por pessoas com Diabetes mellitus e/ou Hipertensão arterial atendidas por equipes da

estratégia saúde da família. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 2, p. 139-148, abr./jun. 2011.

VILLA, A. A. Clinical, biochemical and histopatological correlación in diabetic patients with periodontal disease. **Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba**, Cordoba, v. 63, n. 2, supl., p. 50-55, 2006.

VILLALPANDO, S. et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population: a probabilistic survey. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 52, supl. 1, p. S19-26, 2010.

VILLEGAS, A. P. et al. Controlling diabetes mellitus and its complications in Medellín, Colombia, 2001-2003. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 6, p. 393-402, dez. 2006.

VU, B. G. et al. Superantigens of Staphylococcus aureus from patients with diabetic foot ulcers. **J Infect Dis.**, v. 15:210, n. 12, p. 1920-1927, jun. 2014.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effect Clin. Pract.**, v. 1, n. 1, p. 2-4, ago./set. 1998.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, New York, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, mai. 2004.

WINKELMANN, E. R.; FONTELA, P. C. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 665-674, 2014.

WOOD, G. L. B.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

YAZDANPANA, L.; NASIRI, M.; ADARVISHI, S. Literature review on the management of diabetic foot ulcer. **World J Diabetes**, Pleasanton, v. 6, n. 1, p. 37-53, feb 2015.

ZANETTI, M. L. et al. The care for the diabetic patient and family repercussion. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-192, abr. 2008.

ZHAOLAN, L. et al. Prevalence of chronic complications of type 2 diabetes mellitus in outpatients - a cross-sectional hospital based survey in urban China. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 8, n. 62, 2010. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/8/1/62>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

ZHENG, Y. et al. The direct medical cost for diabetes mellitus (dm) related complications in china. **Value Health**, Lawrenceville, v. 15, n. 7, p. A662-A663, nov. 2012.

ZHUO, L. et al. Prevalence of diabetic nephropathy complicating non-diabetic renal disease among Chinese patients with type 2 diabetes mellitus. **Eur. L. Med. Res.**, Munich, v. 18, p. 4, 2013.

ZIMMET, P. Z. et al. Diabetes: a 21st century challenge. **Lancet**, London, v. 2, p. 56-64, jan. 2014.



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – GUIA INICIAL PARA ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS DAS EqSFs**

Como as pessoas com DM vêm sendo atendidas nesta UBS? Existe um planejamento para essa atenção? O que orienta a sua atuação? Como você participa dessa atenção?

Para você, quais as maiores facilidades e dificuldades existentes no cuidar de uma pessoa com DM na ESF?

Considerando os diferentes espaços da ESF às pessoas com DM (acolhimento, consulta, grupos, visita domiciliar), fale sobre a atuação dos integrantes da equipe na assistência e mais especificamente sobre sua atuação.

Quais as complicações crônicas do DM que você mais se preocupa? Por quê? (explorar todas)

O que você prioriza no atendimento às pessoas com DM para a prevenção das complicações crônicas? (explorar exames realizados: físico e laboratoriais)\*

Você recebeu alguma capacitação específica para o DM na rede primária? Se sim, quando, como foi? Qual a sua avaliação sobre essa capacitação?

Como você avalia a assistência às pessoas com DM desenvolvida pela sua equipe? Destaque os aspectos positivos e negativos.

O que poderia ser melhorado no atendimento às pessoas com DM para prevenir as complicações crônicas da doença?

\* Somente para profissionais médicos e enfermeiros

## **APÊNDICE B – GUIA INICIAL PARA ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS DO NASF**

- Como você veio trabalhar no NASF? Conte-me como ingressou.
- Tinha conhecimento do NASF antes de assumir a função?
- Quais as facilidades e dificuldades encontradas.
- Teve treinamento/capacitações?
- Como é feito o planejamento para o trabalho a ser desenvolvido pela equipe do NASF?
- Como é a integração entre a equipe NASF?
- Como é a integração para o planejamento das ações em saúde com as EqSFs?
- Como são estabelecidos os objetivos de trabalho, metas e prioridades?
- Quais as fragilidades do trabalho?
- Quais as ações direcionadas ao DM que vocês desenvolvem?
- Há ações específicas para a prevenção das complicações, em especial as crônicas?
- Em sua opinião elas são executadas? Que resultados vêm sendo obtidos? Como você avalia o trabalho desenvolvido pela sua equipe NASF?
- Para você o que poderia melhorar no trabalho do NASF? Em especial para as condições crônicas?

## APÊNDICE C – GUIA INICIAL PARA ENTREVISTA DOS GESTORES

- Me fale um pouco da sua experiência como gestor da APS.
- Qual a política do Município para a atenção às pessoas com DM?
- Qual a orientação da Secretaria de Saúde para a atenção às pessoas com DM, em especial para a realização dos grupos?
- Como você acompanha a execução dessa política?
- Como você avalia a assistência que está posta hoje para as pessoas com DM?
- Tem indicadores de avaliação e acompanhamento? Como usa os resultados?
- As complicações do DM são consideradas nessa avaliação?
- Existe alguma normatização/regulamentação/cota para disponibilidade de exames para DM (Glicemia capilar, Hemoglobina Glicada, creatinina, microalbuminúria)?
- O enfermeiro pode solicitar esses exames?
- Uma das maiores reclamações dos profissionais entrevistados foi a falta de especialistas (endócrino, oftalmo, cardio, vascular) para encaminhamentos, como gestor como você vê/avalia essa questão? Quais as dificuldades para contratações e manutenção desses profissionais na rede?

- **Para os Diretores das UBS:** como você acompanha as filas de espera para os especialistas, existe algum tipo de cobrança/interrogações para a Secretaria de Saúde?

- Qual a orientação da Secretaria de Saúde em relação aos tipos de acolhimentos realizados nas UBS?
- Qual a orientação da Secretaria de Saúde em relação ao desvio de função dos profissionais da ESF para cumprimento de escala da UBS?

## APÊNDICE D – SISTEMATIZAÇÃO DOS REGISTROS: DIÁRIO DE CAMPO

### Quadro 11- Diário de campo – Notas de Entrevista

<b>Diário de Campo: NE – dia 11/12/2013</b>
<p>1ª entrevista com ACS da Equipe 01: Entrevista bastante produtiva, muito rica em dados. A participante fez apontamentos importantes sobre a assistência oferecida às pessoas com DM e algumas deficiências do sistema para a prevenção das complicações crônicas, incluindo os relacionados aos profissionais das EqSFs e NASF, e alguns aspectos da gestão local e municipal. Mostrou-se bem receptiva, com bons argumentos para as perguntas que foram realizadas, com muita disposição em relatar detalhes sobre seu ponto de vista, acerca das perguntas realizadas.</p>

### Quadro 12- Diário de campo – Notas de Observação

<b>Diário de Campo: NO – dia 16/12/2013</b>
<p>Registro da observação no atendimento coletivo (grupo): O grupo estava agendado para iniciar às 8:00, cheguei na UBS às 7:30 e várias pessoas já estavam dispostas na sala destinada à atividade. A sala era pequena, com capacidade para no máximo 20 pessoas sentadas, mas que ficavam bem próximas umas das outras. Nesse momento estavam na sala 16 usuários, a enfermeira e duas ACS. Uma ACS organizando a chegada das pessoas com distribuição de senha e para que sentassem nas cadeiras dispostas; a outra estava verificando as medidas antropométricas; enquanto a enfermeira verificava a pressão arterial de todas as pessoas, e a glicemia capilar das pessoas com diagnóstico de DM, fazendo a seguinte pergunta: “Quem usa remédio para diabetes aqui?”. Para aqueles que respondiam positivamente a essa pergunta era verificada a glicemia capilar. Uma das ACS, após entregar as senhas, abriu o computador e passou os dados referentes às medidas aferidas para o sistema informatizado. A médica deu entrada na sala às 7:55, disse bom-dia e sentou-se na frente do computador, o que a fez permanecer de costas a todas as demais pessoas que estavam na sala; começou a chamar um a um conforme a ordem estabelecida na entrega das senhas. Ao lado da cadeira da médica, tinha outra cadeira para as pessoas, quando chamadas, ficarem sentadas ali. Enquanto isso, a enfermeira se retirou da sala, junto com uma das ACS, a outra que ficou na sala começou a passar por todas as pessoas, fazendo perguntas individuais sobre questões relacionadas ao hábito alimentar, ela de pé, anotando em um papel colocado em uma prancheta e as pessoas sentadas nas suas cadeiras respondendo. Quando terminou de perguntar para todas as pessoas, ficou em pé na porta da sala, recebeu mais três pessoas que chegaram</p>

após o horário que fora agendado e as colocou para dentro, organizando a senha e a anotação para a médica; depois de mais alguns usuários desocuparem a sala, ela sentou em uma das cadeiras e ficou à espera do atendimento da médica. Enquanto isso, a médica permaneceu chamando as pessoas pela ordem das senhas e, ao término desse atendimento, as pessoas podiam ir embora, ficando na sala somente as pessoas que ainda esperavam para serem chamadas. Nesse atendimento o foco se dá na entrega da receita para que as pessoas pudessem passar na farmácia e retirarem suas medicações. Por volta das 8:50 dá entrada na sala uma pessoa que no crachá está escrito Farmacêutica; nesse momento ainda tem três usuários esperando pela médica, ela faz uma abordagem individual a um deles, senta ao lado dele na cadeira, pergunta se ele tem pressão alta, entrega um *folder* com informações e faz algumas orientações sobre a importância de tomar as medicações corretamente e cuidar da ingestão de sódio; a conversa se estendeu até que a médica o chamou, ou seja, era a última pessoa a ser chamada, um daqueles que chegou após ter iniciado o grupo. Essa orientação pontual ocorreu com apenas uma pessoa dentre as 19 que foram atendidas. Ao final perguntei quem ela era e fiz minha apresentação; se tratava da farmacêutica do NASF, ela disse que em alguns grupos conseguia participar com orientações às pessoas. Mas, nessa ocasião, teve um outro compromisso mais cedo e conseguiu chegar somente no final do grupo. Às 9:05 todas as pessoas já haviam sido chamadas pela médica. A médica se retirou dessa sala e eu conversei com a ACS e perguntei sobre o que eram as perguntas que ela fazia para as pessoas; a mesma referiu que era um questionário sobre hábitos alimentares que era utilizado para alimentar o SISVAN; questionei se esses dados eram utilizados pela equipe para planejarem alguma ação/cuidado à essas pessoas e ela disse que não, “Só utilizamos mesmo para colocar no SISVAN, não fazemos mais nada com isso”.

### **Quadro 13- Diário de campo – Notas Técnicas**

#### **Diário de Campo: NT – dia 16/12/2013**

Reflexões sobre as observações realizadas durante atendimento coletivo (grupo): as pessoas estavam sentadas uma ao lado da outra esperando serem chamadas pela médica, nesse momento “individual/coletivo”, ou seja, em que um coletivo ficava observando o atendimento individual do colega; eu sentia que as pessoas que estavam sendo atendidas ficavam constrangidas com todos os outros olhando, que faltava privacidade. Na ansiedade das demais pessoas não ouvirem, quando tinham algo a dizer, falavam extremamente baixo. Eu estava bem próxima e praticamente eu não conseguia ouvir o que elas diziam para a médica. Observava que esforços para a realização de atividades/ações de prevenção para que as pessoas não adoecessem não existiam de forma

efetiva. Via que existia uma perda de oportunidade para a realização do “diagnóstico precoce”, pois a equipe só verificava a glicemia capilar das pessoas que já tinham o diagnóstico pré-estabelecido de DM, as demais pessoas que tinham diagnóstico de Hipertensão arterial, o que se constitui em fator de risco para o DM, não foram investigadas – penso que poderia ser feita a glicemia capilar para todas as pessoas que integram esse “grupo”, pois se trata de um exame rápido e que poderia ser uma ação de prevenção. Além de que as pessoas já estavam todas reunidas e essa se constituiria em uma ação indicada pelas políticas de saúde destinadas às pessoas com DM do MS. Observava, também, que não existia a prevenção para que as pessoas não desenvolvessem as complicações crônicas do DM, por exemplo, não foram feitas perguntas sobre possíveis alterações nos pés, na visão, na boca. As ações realizadas estiveram relacionadas à conduta da profissional médica cujo objetivo principal foi a entrega de receita. A única ação que possa caracterizar educação em saúde foi o momento específico que ocorreu entre a farmacêutica do NASF e um usuário, me chamou a atenção que nenhum outro profissional da equipe assumiu essa atividade.

#### **Quadro 14- Diário de campo – Notas Metodológicas**

##### **Diário de Campo: NM – dia 24/02/2014**

Como estratégia para uma maior aproximação dos integrantes das EqSFs, agregando mais valores/detalhes à observação, foi ajudá-los durante os atendimentos, o que estava previsto na proposta da observação com participação moderada. Percebi que, após encerrar os atendimentos, eles ficavam mais à vontade com a minha presença e conseguíamos encurtar as “distâncias” que havia entre nós. Acredito que essa estratégia metodológica foi importante para um maior aprofundamento durante as entrevistas, sentia que eles eram muito sinceros, assumiam algumas coisas que, às vezes, eu ficava surpresa com essas posturas. Penso que, talvez, isso aconteceu porque eles viam que, indiretamente, eu teria condições de “checar” todas as informações que me passavam durante esses momentos, e, assim, eram encorajados a compartilharem comigo, informações mais delicadas e até mesmo, mais sigilosas.

**APÊNDICE E - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Número do prontuário: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_

**DADOS TÉCNICOS**

Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Doenças associadas: \_\_\_\_\_  
Periodicidade dos atendimentos: \_\_\_\_\_  
Exame solicitados/periodicidade: \_\_\_\_\_  
Registros sobre a realização de exame físico/periodicidade: \_\_\_\_\_  
Presença de complicações crônicas/conduas/acompanhamentos: \_\_\_\_\_  
Encaminhamentos/periodicidade: \_\_\_\_\_  
Orientações recebidas: \_\_\_\_\_  
Qualidade dos registros: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a)

Eu, Maria Aparecida Salci, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, desenvolverei a pesquisa intitulada: **“ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS À LUZ DA COMPLEXIDADE”**, como tese de doutorado. Venho por meio deste documento, convidá-lo a participar do estudo e solicitar sua autorização para realização do mesmo, o qual é direcionado aos integrantes que atuam nas Equipes da Saúde da Família. A pesquisa tem como objetivo conhecer a atenção à saúde das pessoas com DM desenvolvida pelos integrantes das Equipes de Saúde da Família na perspectiva da prevenção das complicações crônicas da doença, na Atenção Primária à Saúde no Município de Maringá/PR.

As conversas poderão ser realizadas na UBS em local reservado em dia e horário pré-agendado. As observações ocorrerão nos atendimentos em grupos e individuais sempre com o seu consentimento. As informações que nos dará poderão contribuir para melhorar da atenção à saúde às pessoas com DM. As informações após analisadas serão divulgadas em eventos e publicações, sempre com a garantia de que as pessoas que participaram do estudo não serão identificadas. Não há previsão de riscos ou desconfortos, mas é garantido que terá a liberdade de encerrar a entrevista se lhe for conveniente.

Sua identidade será mantida em anonimato e quando não mais desejar participar do trabalho, o(a) senhor(a) terá liberdade de desligar-se. Em caso de dúvida sinta-se à vontade para perguntar.

Não haverá qualquer despesa para o(a) senhor(a) e não haverá nenhuma indenização pela sua participação. Caso exista gastos adicionais pela sua participação na pesquisa, os mesmos serão ressarcidos pela pesquisadora.

A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise M. Guerreiro Vieira da Silva. Para que aceite participar do estudo, você deverá ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinar em duas vias,

permanecendo uma delas com o(a) senhor(a) e outra com a pesquisadora.

Caso precise de maiores informações ou tenha alguma dúvida o(a) Senhor(a) pode entrar em contato a qualquer momento com:

- **Maria Aparecida Salci:** Endereço: Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Avenida Colombo nº 5.790. Zona 07. Maringá/PR. CEP: 87020-900. Telefone: (44)3011-4318, (44)9963-7489.

E-mail: cidinhasalci@hotmail.com

- **Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva:** Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Bairro Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88040-900. Telefone: (48) 3721- 9480. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa e maneira como será desenvolvido este estudo. Igualmente fui informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que terei minha identidade preservada e que se manterá caráter confidencial das informações;
- do consentimento para divulgação do estudo para a comunidade.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa **“ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS À LUZ DA COMPLEXIDADE”**, permitindo meu parecer quando solicitado. Estou ciente de que minha identidade permanecerá em anonimato.

RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_





**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 20196213.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 466.855

**Data da Relatoria:** 25/11/2013

**Apresentação do Projeto:**

é um projeto de doutorado de Maria Aparecida Salci na Pós Graduação em Enfermagem orientado por Denise M. G. Vieira.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender a atenção (cuidado) das pessoas com Diabetes Mellitus. Este paciente é direcionado aos integrantes da equipe Saúde da Família nos Serviços de Atenção Básica à Saúde no município de Maringá/PR.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** a pesquisadora incluiu a possibilidade de apoio caso haja algum desconforto pelos participantes.

**Benefícios:** contribuir para melhorar a atenção à saúde às pessoas com DM.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa qualitativa realizada com profissionais de atenção básica à Saúde em Maringá/PR. A pesquisa é voltada aos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. A seleção dos informantes

**Endereço:** Campus Universitário Ritor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900

**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9996

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Contribuição do Parecer: 486.855

será por

amostragem intencional sorteados dentro das equipes que atendem o maior número de pessoas com DM cadastradas. A previsão inicial é de aproximadamente 25 informantes, prevendo 5 equipes de SF e uma média de 5 pessoas entrevistadas por equipe; a definição exata ocorrerá conforme o princípio da saturação. Os informantes serão contatados individualmente. Serão utilizadas entrevistas, análise de prontuário e observação da assistência oferecida. A análise de dados será feita pela técnica do Grounded Theory (Strauss e Corbin, 2008).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi acrescentado o questionário e falta a autorização para acesso às informações prontuário.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:**

Anexar autorização para acesso às informações do prontuário no TCLE.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANÓPOLIS, 25 de Novembro de 2013

---

Assinador por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9606 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

## ANEXO B – Parecer Prefeitura Municipal de Maringá

CI ON-LINE - Prefeitura Municipal de Maringá

[http://versas.maringa.pr.gov.br/intranet/ci/cad\\_c3.php?time=138565099](http://versas.maringa.pr.gov.br/intranet/ci/cad_c3.php?time=138565099)

 		
<b>INÍCIO   CRIAR CI   CONSULTA</b>		
<b>CONFIRMAÇÃO</b>		
<small>           * Ao fazer c/correio se todos os dados estão corretos, só então clique em "Concluir" para enviar a CI.            * Se for necessário corrigir algo, clique em "Voltar".            * O número da CI será gerado automaticamente quando você clicar em "Concluir".            * Sua CI somente será recebida pelos destinatários após ser aprovada pelo moderador de sua Secretaria.         </small>		
<b>ORIGEM:</b> LOURDES THOME (SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)	<b>DESTINO:</b> ANDRÉIA CRISTINA DE SOUZA SANTOS (SEGE - SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO)	<b>CI-Nº</b> 20130490053
<b>ASSUNTO:</b> Liberação de pesquisa		<b>DATA</b> 28/11/2013
Prezada Andréia  Informamos que a partir do dia 28/11/2013, a doutoranda Maria Aparecida Saló, iniciará a pesquisa intitulada "Prevenção das complicações crônicas do Diabetes Mellitus na Atenção Básica" a ser realizada no Centro de Informação em Saúde, desta Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. Comunicamos ainda que a referida pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê Avaliador de Pesquisa instituído pela Portaria/Saúde nº 004/2013 e aprovada pelo COPEP nº 466.855 de 25/11/2013. O pesquisador foi orientado para entrar em contato para agendar sua ida ao setor. Estamos à disposição para maiores esclarecimentos. Atenciosamente Jenny Sato e Lourdes Thome- CECAPS ramal 3112 ou 3113		
<div style="text-align: center;">  <b>LOURDES THOME</b>          SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE          Endereço eletrônico: <a href="mailto:lourdesthorne@maringa.pr.gov.br">lourdesthorne@maringa.pr.gov.br</a> </div> <small>         Esta mensagem é oficial, conforme Decreto Municipal 231/2004 de 02 de março de 2004. Tem caráter confidencial e seu conteúdo, incluindo seus anexos, tem caráter institucional e é destinado ao(s) seu(s) destinatário(s).       </small>		
<small>Obs: Esta CI somente terá validade após sua conclusão com a atribuição automática de um número.</small>		
<input type="button" value="Voltar"/> <input type="button" value="Concluir"/>		
 <small>© 2003 - PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ          Fone: (0xx41) 3363-1000</small>		