

## **A fragmentação das práticas da ESF na atenção primária às pessoas com diabetes mellitus**

### **The fragmentation of ESF practices in primary care for People with diabetes mellitus**

DOI:10.34117/bjdv8n3-434

Recebimento dos originais: 27/01/2022

Aceitação para publicação: 25/02/2022

#### **Karol Marielly Távora Moita**

Mestre em Saúde da Família

Instituição: Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

Endereço: Avenida Silas Munguba, 1700, Bairro Serrinha, CEP: 60714-903

E-mail: karolmtmoita@hotmail.com

#### **Andrea Caprara**

Doutor em Antropologia Médica

Instituição: Universidade de Montreal – Canadá

Endereço: Avenida Silas Munguba, 1700, Bairro Serrinha, CEP: 60714-903

E-mail:andracaprara1@gmail.com

#### **RESUMO**

O estudo objetiva avaliar a atenção à saúde oferecida às pessoas com Diabetes Mellitus nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Trata-se de uma avaliação com enfoque construtivista e responsivo, na modalidade de estudo de caso, realizado de janeiro a agosto de 2019, norteado pelo círculo hermenêutico dialético, por meio de entrevistas com sete gestores, dez trabalhadores e oito usuários além de encontros de negociação com cada um desses grupos e 50 horas de observação. Para análise dos dados obtidos foram utilizados os pressupostos da hermenêutica dialética. Os achados do estudo evidenciaram práticas de saúde essencialmente fragmentadas, reativas, prescritivas e centradas na consulta médica. Nesse sentido, torna-se necessário ressignificar as práticas de saúde e identificar possibilidades de superação das situações limites a partir das potencialidades vislumbradas no cotidiano da Saúde da Família.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, diabetes mellitus, avaliação em saúde.

#### **ABSTRACT**

The study aims to evaluate the health care offered to people with Diabetes Mellitus in Primary Health Care Units in the city of Fortaleza from the perspective of the Care Model for Chronic Conditions. This is an evaluation with a constructivist and responsive approach, in the form of a case study, carried out from January to August 2019, guided by the dialectical hermeneutic circle, through interviews with seven managers, ten workers and eight users in addition to meetings of negotiation with each of these groups and 50 hours of observation. To analyze the data obtained, the assumptions of dialectical hermeneutics were used. The study findings evidenced essentially fragmented, reactive, prescriptive and medical consultation-centered health practices. In this sense, it becomes

necessary to re-signify health practices and identify possibilities for overcoming limit situations based on the potentialities seen in the daily life of Family Health.

**Keywords:** primary health care, diabetes mellitus, health assessment.

## 1 INTRODUÇÃO

Neste artigo serão apresentados dados parciais da pesquisa intitulada “Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus: Um estudo avaliativo no qual se utilizou o referencial da Avaliação de Quarta Geração”.

A Diabetes Mellitus (DM) destaca-se dentre as doenças crônicas como relevante problema de saúde pública uma vez que impõe uma abordagem complexa tanto do ponto de vista individual quanto coletivo com desenvolvimento de tecnologias leves de cuidado e fortalecimento do autocuidado apoiado. Além disso, os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2011 evidenciam que Fortaleza é a capital com maior prevalência de diabetes autorreferida com 7,3% (BRASIL, 2012).

As condições crônicas não podem ser abordadas de forma fragmentada, reativa, episódica e sem o protagonismo dos sujeitos no autocuidado (MENDES, 2011). A implantação de um modelo de atenção à pessoa com DM na APS representa um desafio devido à complexidade dos fatores envolvidos; isso impõe uma modificação na relação entre usuários e profissionais, pois a mera prescrição medicamentosa e de estilos de vida saudáveis são insuficientes para desencadear de fato um aumento na qualidade de vida das pessoas portadoras de DM. Assim, é imprescindível que esses sujeitos sejam apoiados pela equipe de saúde para adotar uma postura ativa frente ao autocuidado.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2012), estrutura-se em cinco níveis: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gestão das condições de saúde menos complexas, a gestão das condições de saúde mais complexas e a gestão de caso. Todavia, implantar mudanças na prática profissional é desafiador. Portanto, é imprescindível monitorar e avaliar a reorganização dos processos de trabalho para identificar e superar as dificuldades vivenciadas.

A avaliação torna-se fundamental na gestão em saúde uma vez que promove um olhar crítico sobre o que está sendo feito, comparando-o com o que deveria estar ocorrendo e favorecendo a busca por resultados desejáveis (CHAVES; TANAKA, 2012) Assim, a avaliação das ações dos serviços de saúde é um valioso instrumento de gestão e

planejamento, pois possibilita a identificação de problemas nas práticas e serviços de saúde e, a partir disso, reorienta as estratégias desenvolvidas.

Na trajetória histórica do desenvolvimento da avaliação, Guba e Lincoln (2011) apontam quatro gerações segundo a abordagem realizada nos processos avaliativos: Avaliação de primeira geração baseada na mensuração; Avaliação de segunda geração focada na descrição do processo e Avaliação de terceira geração que estabelece o juízo de valor sobre o objeto avaliado. Nessas três gerações, percebe-se a hegemonia do paradigma positivista em que a avaliação era conduzida a partir de instrumentos formais quantitativos, sem análise do contexto e com generalização dos resultados obtidos.

A avaliação de quarta geração foi proposta por Guba e Lincoln (2011) como alternativa para superar as limitações dos referenciais anteriores por fundamentar-se no paradigma construtivista e apresentar enfoque responsivo, formativo e emancipador, estruturado em passos que se pautam na lógica dialética e na interpretação hermenêutica.

Portanto, esse estudo teve como objetivo geral avaliar a atenção à saúde oferecida às pessoas com Diabetes Mellitus nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza considerando o contexto de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Como objetivos específicos buscou caracterizar a organização das práticas de cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus, identificar no cuidado às pessoas com diabetes mellitus, o desenvolvimento de planos de cuidado individualizados que contribuam para o apoio ao autocuidado e identificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas ESF e NASF que contribuam para melhor autonomia e qualidade de vida às pessoas com diabetes mellitus.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma avaliação com enfoque construtivista e responsivo, na modalidade de estudo de caso, realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza no período de janeiro a julho de 2019.

Nesse estudo, foi adotada a adaptação do método proposto por Guba e Lincoln (2011) realizada por Wetzel (2005), que apresenta as seguintes etapas: contato com o campo; organização e condução da avaliação; identificação dos grupos de interesse; desenvolvimento de construções conjuntas; ampliação das construções conjuntas; preparação da agenda para negociação e execução da negociação.

No enfoque responsivo, os parâmetros e limites da avaliação são definidos a partir da interação e negociação entre os grupos de interesse. Sob essa ótica, as variáveis do objeto de avaliação são construídas pelas reivindicações, preocupações e questões (RPQ) dos grupos interessados. Tem-se que reivindicações, preocupações e questões são respectivamente alegações favoráveis, afirmações desfavoráveis e situações discordantes manifestadas pelos interessados no objeto de avaliação.

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

## 2.1 CONTATO COM O CAMPO: DEMARCANDO O CASO

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

Essa pesquisa foi realizada na UAPS Luís Albuquerque Mendes pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde IV (CORES IV) do município de Fortaleza no período de janeiro a julho de 2019. A supracitada UAPS foi selecionada para realização da avaliação por: fazer parte do cenário de atuação da autora da pesquisa; ter sido escolhida, em 2013, a “UAPS laboratório” da CORES IV onde os macro e microprocessos de organização da APS foram inicialmente implantados para, a partir dessa vivência, serem disparados para as demais unidades dessa regional de saúde; dispor de muitos profissionais que participaram desde o início da implantação dos macro e microprocessos da APS; ter participado do projeto piloto para construção da linha de cuidado da pessoa com diabetes junto com a equipe do ambulatório especializado de Diabetes do Hospital Universitário Walter Cantídio – (HUWC).

## 2.2 ORGANIZANDO A AVALIAÇÃO

Antes de iniciar a avaliação, foram realizadas visitas no intuito de captar *o modus operandi* da unidade de saúde e as relações entre gestão, trabalhadores e usuários. Guba e Lincoln (2011) destacam que a avaliação participativa deve-se realizar a partir de uma

etnografia prévia que significa vivenciar amplamente o contexto, buscando apreender as normas, convenções, hábitos, costumes sociais, políticos e culturais presentes.

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

### 2.3 IDENTIFICANDO OS GRUPOS DE INTERESSE (PARTICIPANTES DA PESQUISA)

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

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

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

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

Atenção Primária à Saúde (CEAPS) e Coordenador da Coordenadoria das Redes de Atenção Primária e Atenção Psicossocial (CORAPP).

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

#### 2.4 DESENVOLVENDO CONSTRUÇÕES CONJUNTAS

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

Na realização do CHD, foram utilizadas como técnicas de construção de informações: observação e entrevistas semiestruturadas. A aplicação do CHD nos grupos de interesse foi iniciada com a seleção de um respondente inicial (R1), sendo realizada uma entrevista aberta para determinar o começo de uma construção em relação ao foco da investigação/avaliação.

A seguir, foi solicitado que o respondente descrevesse a atenção à saúde oferecida às pessoas com Diabetes Mellitus nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Fortaleza, destacando as fragilidades e as potencialidades. Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões propostas por R1 foram analisados e inseridos em uma formulação inicial da sua construção, designada C1.

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

Esse processo foi repetido através da adição de novos informantes, até terem sido entrevistados todos os componentes dos três grupos de interesse. Tais entrevistas foram gravadas individualmente com o auxílio de gravador portátil, e, em seguida, o conteúdo foi transcrito integral e literalmente.

Para organização das oficinas, analisou-se previamente as entrevistas de cada grupo de interesse e sistematizaram-se as construções-sínteses, com as transcrições de algumas falas correspondentes, para entregar aos seus participantes, no primeiro momento da oficina, para serem analisadas coletivamente. As falas são expostas nos

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

## 2.5 AMPLIAÇÃO DAS CONSTRUÇÕES CONJUNTAS

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

As informações adicionais foram extraídas de: Documentos oficiais de domínio público; observação; Construções de outros CHD; Construção ética do avaliador.

## 2.6 PREPARANDO A APRESENTAÇÃO DAS QUESTÕES PARA OS GRUPOS DE INTERESSE

No terceiro momento das oficinas, após a ampliação das construções conjuntas, foram realizadas a priorização e a discussão sobre as RPQs não resolvidas. Para análise dos dados obtidos foram utilizados os pressupostos da hermenêutica dialética, pela sua complementaridade ao CHD.

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

Em contrapartida, a dialética é a arte e ciência do diálogo e da controvérsia que busca “nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles.” (LIMA, 2014, p. 5). Essa técnica, conforme Minayo (2010), operacionalmente desdobra-se em três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação dos dados consiste na transcrição de todo material gravado, na leitura geral do material transcrito, organização das informações obtidas nas entrevistas e na observação de modo a elaborar um mapa horizontal das descobertas no campo. Essa etapa transforma o material empírico em um conjunto ou *corpus* a ser analisado.

Nesse estudo, a ordenação dos dados foi realizada concomitantemente com a realização do CHD com a construção de subconjuntos referentes aos grupos de interesse



de gestores, de trabalhadores de saúde e de usuários a fim de posteriormente buscar as homogeneidades e diferenciações por meio de comparações e contrastes.

A classificação dos dados consistiu inicialmente na leitura horizontal e exaustiva do material obtido em uma perspectiva questionadora, buscando registrar as impressões iniciais e identificar a coerência entre as informações obtidas. Na fase da análise final, realizou-se a interface entre o material empírico e os pressupostos teóricos que norteiam a pesquisa.

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

### **3 RESULTADO E DISCUSSÃO**

#### **3.1 ATENÇÃO CENTRADA NO MÉDICO COM DISTANCIAMENTO DO ENFERMEIRO DO CUIDADO COM A PESSOA COM DM NA APS**

Nesse estudo, observou-se que, apesar de todas as enfermeiras disponibilizarem vagas para atendimento à pessoa com DM, esse atendimento era realizado prioritariamente pelos médicos.

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

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

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

Para Santos, Franco e Souza (2020) a ESF possibilita que os municípios, através de uma reorganização do seu modelo assistencialista direcionado à saúde, possa fornecer uma estrutura multidisciplinar para atender a população de uma área delimitada. Essa reorganização foi influenciada pelas mudanças que demandavam da área da saúde, fazendo com que o Estado intervisse nas políticas públicas para atender as demandas da



população brasileira, gerando uma nova perspectiva no sistema público (OLIVEIRA et al., 2022).

Além disso, os agendamentos das consultas subsequentes não eram realizados conforme proposto pelas DC em que as pessoas com DM estratificadas com baixo e médio risco devem ter pelo menos uma consulta de Enfermagem anual. Já aquelas estratificadas com alto e muito alto risco devem dispor de, no mínimo, uma consulta de Enfermagem semestral (FORTALEZA, 2016).

Paradoxalmente, todas as pessoas com DM eram marcadas apenas para o atendimento médico a cada seis meses aproximadamente, conforme a disponibilidade de vagas na agenda. O caderno da Atenção Básica nº 36 aponta que os enfermeiros devem responsabilizar-se pelas consultas de rastreamento para as pessoas identificadas com maiores riscos para desenvolver DM tipo 2 além de acompanhar pessoas diagnosticadas com DM utilizando, preferencialmente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que objetiva prioritariamente promover a educação em saúde para desenvolver habilidades para o autocuidado (BRASIL, 2013).

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

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

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

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

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

contemplem os aspectos psicossociais além dos fatores biológicos (BRASIL, 2017). Sobre esse aspecto, Ferreira e Acioli (2010) apontam o cuidado como núcleo da competência e razão existencial da Enfermagem que possibilita a realização de uma prática humanizada e dialógica que transcende a técnica.

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

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

A hegemonia do médico nos serviços de saúde advém de uma complexa construção social que paulatinamente foi cristalizada no imaginário social de que o médico detém domínio sobre a vida e a morte do indivíduo (FOUCAULT, 2012).

Contudo, é preciso refletir sobre a centralidade que o modelo biologicista e médico centrado ocupa nas ações e serviços de saúde. Quando as ações de saúde ofertadas são focadas na doença e nos seus respectivos diagnóstico e tratamento farmacológico, o saber médico continua sendo enaltecido em detrimento dos saberes dos outros membros da equipe, legitimando o poder dessa categoria profissional.

Tem aquela visão hierárquica de achar que só o médico tem o conhecimento. [...] E, muitas vezes, a orientação da enfermeira é muito mais relevante. Assim, o médico não é tão próximo do usuário quanto à enfermeira. A Enfermagem está mais atenta, vai mais ao território e conhece melhor a comunidade. (P07)

A assistência à saúde centrada no ato prescritivo, não considera as determinações sociais e ambientais relacionadas ao processo saúde-doença, pois valoriza apenas as dimensões biológicas. Este formato tem custos elevados e crescentes, pois utiliza como recursos prioritários as tecnologias duras pautadas em exames e medicamentos como se fosse um fim em si mesmo e fossem capazes de restabelecer isoladamente a saúde do indivíduo. (MALTA; MEHRY, 2010).

Assim sendo, para obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e promover um cuidado integral aos sujeitos, a organização do processo de trabalho das ESF não pode ser a mera justaposição de ações individuais e fragmentadas. É essencial que haja integração entre os profissionais de

modo que todos atuem de forma articulada com compartilhamento e valorização das competências de cada um.

Urge substituir um pensamento disjuntivo e redutor por um pensamento complexo, na perspectiva literal do termo “complexus”, o que é tecido junto. Não basta apenas construir práticas inter ou transdisciplinares, devemos “ecologizar” as disciplinas, ou seja, considerar seus contextos socioculturais, os modos como surgem, problematizam-se e transformam-se. (MORIN, 2017).

### 3.2 CUIDADO INCIPIENTE PRESTADO PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS ÀS PESSOAS COM DM

A demanda reprimida por atendimentos individuais odontológicos tem contribuído para que a Equipe de Saúde Bucal (ESB) permaneça a maior parte da sua carga horária de trabalho no consultório odontológico, distanciando-se, muitas vezes, da dinâmica da saúde da família.

“Não conheço o dentista porque num sou atendida. Então, como é que eu vou sabero nome, se nunca nem vi. Na semana passada, eu tava com uma amiga minha que disse assim: “E aí, tu conseguiu?” e eu disse “Mulher, eu tô tentando ver se eu consigo pagar um plano dental de fora a parte porque eu sei que eu preciso de um dentista e aqui nunca dá”. (U04)

“Já quanto à marcação de dentista, a gente não fica sabendo. Eu até falei pra coordenadora nessa semana que colocasse os avisos sobre as marcações pros dentistas no grupo com os ACS. A gente precisa saber disso [...] Quando tem algum caso sério relacionado ao dentista, aí eu bato lá na odontologia e falo com as meninas. Então, assim, o acesso é bem limitado”. (P07)

A saúde bucal das pessoas com DM deve ser acompanhada regularmente já que pessoas com controles glicêmicos inadequados comumente apresentam xerostomia, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. Também é frequente a modificação da flora bucal com tendência ao desenvolvimento de candidíase oral e queilite angular (BRASIL, 2006). Ressaltamos ainda que a doença periodontal, além de ser relevante fator de risco para diabetes e doenças vasculares e cardíacas, está presente em aproximadamente 75% das pessoas com DM (BRASIL, 2006).

Nesse estudo, constatamos que tanto a área técnica de SB quanto os cirurgiões dentistas (CD) compreendiam a importância desse acompanhamento sistemático e a necessidade de priorizá-lo na organização do processo de trabalho.

“Existe uma explicação científica e clínica que o paciente com a diabetes vai ter seu problema de saúde bucal agravado, como algum problema gengival que ele tenha, e o problema gengival, problema periodontal simultaneamente vai

agravar sua diabetes. Uma pode descontrolar a outra. Se a gente não controlar a saúde bucal do paciente, vai complicar a saúde sistêmica. E se a saúde sistêmica não tiver bem, vai comprometer a saúde bucal”. (G05)

Todavia, observamos que, no cenário do estudo de caso, a atenção à saúde bucal dos indivíduos com DM era realizada apenas quando a buscavam de forma espontânea ou quando os demais profissionais da ESF os encaminhavam devido à apresentação de queixas na boca.

Assim, apesar do reconhecimento da relevância do acompanhamento da pessoa com DM pelo CD, não havia a organização do processo de trabalho entre a ESB e ESF para o compartilhamento desse cuidado. Esses sujeitos estavam tendo apenas atendimentos reativos, fragmentados e pontuais mediante a presença de queixas odontológicas,

“Normalmente, encaminho para o dentista quando os pacientes se queixam. Não tem um objetivo só de avaliar. E como foge um pouco da nossa área quando eles se queixam a gente encaminha.” (P09)

“A minha irmã que também tem diabetes muito alta começou a perder dente sem motivo. Ela perdeu dois dentes. Eu não sabia que podia ter uma relação com a diabetes.” (ENU)

Os usuários com DM da unidade de saúde em foco, em sua maioria, não sabiam da importância do cuidado da saúde bucal para manutenção da saúde sistêmica. Além disso, demonstravam a concepção de que a consulta odontológica era necessária apenas para cuidar dos dentes, tornando-se dispensável para edêntulos.

“Assim, né? Eu arranquei muito dente aqui, muito mesmo. Acho que isso é acompanhamento, né?” (U03)

“Verdade, doutora! Quando a gente não tem dente, a gente esquece que tem que ir pro dentista. A gente só lembra dele se tiver um dente doendo.” (ENU)

Esses relatos podem refletir o histórico de dificuldade de acesso ao atendimento odontológico no Brasil, fazendo com que as pessoas se acostumassem a buscá-lo apenas em casos de dor. O acesso limitado à consulta e a oferta restrita de serviços odontológicos contribuiu por muito tempo para primazia da extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora (BRASIL, 2016).

Por outro lado, a ESB não deve se limitar apenas ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Deve também interagir com os demais profissionais da APS e contribuir para abordagem integral dos indivíduos. Contudo, muitas vezes, os

profissionais não estão preparados e motivados para atuar de forma articulada, pois esses encontros são permeados por conflitos, resistências e disputas (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a participação nas reuniões de equipe e a realização de planejamentos conjunto de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças ou de atenção aos grupos prioritários é uma importante estratégia de aproximação e de integração com os profissionais da ESF e NASF.

### 3.3 FRAGILIDADE NAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE

Nesse estudo, identificou-se a baixa ocorrência de atividades educativas no âmbito individual e coletivo no intuito de informar e engajar as pessoas com DM para realizarem o autocuidado.

Os médicos manifestaram que a demanda crescente por atendimentos individuais, contribuem para redução do tempo de duração das consultas, restringindo-as, muitas vezes, ao tratamento de queixas ou complicações desencadeadas por essa condição crônica.

“Para fazer educação em saúde com os pacientes, aconselhando o paciente diabético, por exemplo, sobre a importância da atividade física, sobre a alimentação dele, dizendo que não é só o medicamento que vai tratar, você precisaria de um certo tempo. E, hoje, não temos esse tempo”. (ENT)  
“O médico e o enfermeiro não têm mais tanto tempo pra fazer educação em saúde a não ser individualmente na consulta”. (P09)

Todavia, as ações de educação em saúde são essenciais na atenção às pessoas com DM para promover um controle efetivo e integral, que seja capaz de alcançar a prevenção das complicações crônicas (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017)

Nessa perspectiva, devem-se realizar atividades educativas que rompam com a concepção tradicional verticalizada e promovam uma percepção do sujeito em seu âmbito sociocultural para, a partir disso, desenvolverem um processo dialógico profícuo de ação-reflexão-ação (FREIRE, 2011).

Por meio das falas dos participantes do estudo, inferimos que comumente não são realizadas ações de busca ativa de diabetes na população embora as DC de DM sugiram que esse rastreamento seja feito por meio da aplicação do questionário FINDRISK pelos ACS na população acima de 20 anos. Essa ferramenta de avaliação é bastante confiável, facilmente aplicada e estratifica alguns fatores de risco, definindo a probabilidade para desenvolver DM nos próximos 10 anos (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2016).

“Quanto às atividades de busca ativa de pessoas com diabetes, não existe aqui.” (P07)

“Eu acho que o grande desafio é promover a saúde dessas pessoas. Se elas tivessem informação sobre o diabetes no próprio posto de saúde, orientação sobre alimentação saudável, sobre exercício, sobre evitar tabagismo. Promover saúde mesmo, né? A gente teria menos pessoas com diabetes, menos pessoas com complicações por diabetes”. (G02)

Diante disso, percebemos que o modo de organização do processo de trabalho contribui para que os profissionais da ESF restrinjam a responsabilidade clínica para diagnosticar e tratar doenças de sujeitos que demandam atenção nas UAPS. Essa racionalidade fragiliza a realização de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos para além dos muros do posto de saúde.

No cenário do estudo de caso, não são realizados grupos operativos ou atenção compartilhada em grupo com as pessoas com DM. Alguns participantes da pesquisa revelaram que é desenvolvido mensalmente um grupo com idosos em um equipamento social da área de abrangência da UAPS em que são abordadas temáticas como alimentação saudável e práticas regulares de atividade física.

“Inicialmente, quando as meninas vieram, pensaram em criar um grupo de diabetes e de hipertensão, mas, pensamos que era melhor criar um grupo de idosos. Aí abrange mais pessoas e quem for hipertenso e diabético e quiser também pode participar”. (P07)

Também são realizadas esporadicamente atividades de educação em saúde sobre temas variados nos corredores dos consultórios com as pessoas que estão aguardando atendimento médico ou de Enfermagem.

“Particpei uma vez aqui ao lado na igreja. Faz muito tempo. Foi com uma equipe de profissionais que tinha aqui no posto. Era sobre alimentação, sobre fazer exercício físico”. (U06)

Nunca particpei de palestra sobre diabetes aqui no posto. Sinto até falta porque às vezes a gente tem um monte de dúvida e como a consulta com o douto é muito rápida, num dá pra ficar conversando muito né? Se tivesse essas palestras dava pra gente perguntar mais. (U08)

O caderno de atenção básica número 36 preconiza que os profissionais de saúde devem realizar assistência, orientando quanto à doença, suas possíveis complicações bem como tratamento farmacológico e não farmacológico (BRASIL, 2013).

Nesse estudo, observou-se a carência dessas informações de modo que os sujeitos possam ser empoderados para realizarem um autocuidado efetivo.

É muito importante porque esclarece, abre um leque de informações tipo o que devemos comer, o que realmente faz mal à saúde. Eu achava que se tomasse somente a medicação, a minha glicemia ia controlar. Mas, não é só isso. Tem todo um processo pra que eu saia da Metformina e passe a usar insulina. Então, eu tenho que ter um autocontrole de tudo que eu me alimento, bebo. [...]Então, o grupo é importante pra isso. (ENU)

Entretanto, práticas educativas coletivas que fomentem o diálogo entre profissionais da saúde e usuários, e usuários entre si, são imprescindíveis para ressignificar a concepção sobre o processo saúde/doença e para promover o autocuidado, convergindo com as diretrizes políticas da educação em saúde (VIEIRA; CECÍLIO; TORRES, 2017).

“É muito importante ter essas reuniões com a gente pra poder falar das nossas dificuldades, pra trocar experiência com os outros. Hoje descobri tanta coisa que tava fazendo errado. Tinha medo de comer até fruta porque era doce. Mas, era só falta da informação mesmo porque a consulta com o médico é tão rápida que, às vezes, a gente nem lembra de perguntar as coisas”. (ENU)

No ENU, contatou-se que muitas pessoas com DM almejavam participar de encontros para dialogarem sobre os cuidados que devem ter com alimentação e com a prática de atividade física bem como esclarecer dúvidas sobre os efeitos colaterais de alguns medicamentos. Também buscam espaços para compartilharem experiências sobre DM para descobrir com outros que vivenciam a mesma condição crônica a melhor forma de autocuidado.

#### 3.4 PROCESSO DE TRABALHO FOCADO PRIORITARIAMENTE EM TECNOLOGIAS DURAS E LEVE-DURAS

Os profissionais de saúde manifestaram práticas focadas em abordagem biologicistas e prescritivas realizadas principalmente por meio de consultas rápidas. O “diálogo” é focado essencialmente no questionamento e na escuta de alterações morfofuncionais.

Para você trabalhar a tecnologia leve no consultório e escutar o paciente de forma tranquila com todas as suas demandas têm que ter tempo. Lá, é 15 minutos para cada paciente em cada consulta, mas, às vezes, esses 15 minutos não dá para escutar tudo do paciente. (ENT)

As equipes de saúde, muitas vezes, produzem um modelo fascista de atenção em saúde, prescritivo, previsível, normatizador, no qual um conjunto de sinais e sintomas



equivale a um diagnóstico que aponta determinado tratamento e prognóstico pautados na doença e não o sujeito (MERHY; FEUERWERKER; GOMES; 2016).

“Ninguém me escuta não! Eu só venho aqui mesmo pras consultas com o médico. Não tem ninguém pra tá conversando com a gente não.” (U07)

A abordagem das pessoas com DM não pode se restringir somente a doença, mas deve contemplar também suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Além disso, deve estimular sua autonomia e protagonismo na construção do seu plano de cuidado, através de uma relação dinâmica de compartilhamento de saberes e negociação com a equipe de saúde.

Assim, a relação profissional/usuário precisa ser ressignificada de modo que este se sinta parte do processo de cuidado e não apenas um objeto de práticas e condutas.

“Só sou atendida pelo médico mesmo. Num dá tempo conversar muito porque sempre o tempo tá muito corrido. O doutô é muito ocupado porque tem muita gente pra ele atender. Aí num dá tempo de falar muito né? Às vezes, a gente até quer perguntar umas coisas, tirar umas dúvidas, mas, a gente fica tão apressada quando entra na sala do médico que acaba até esquecendo”. (U02)

A perda da dimensão cuidadora devido à ação profissional biologicista, centrada em procedimentos, esvaziada de interesse no outro e que prescindiu da ação/cooperação de quem está sendo “tratado” têm contribuído para perda da potência e eficácia da atenção à saúde apesar dos contínuos avanços científicos (MERHY; FEUERWERKER; GOMES; 2016).

É necessário potencializar e motivar o autocuidado para que os sujeitos com condições crônicas sejam protagonistas de seu processo terapêuticos, tendo os profissionais da saúde como apoiadores.

#### **4 CONCLUSÃO**

O presente estudo possibilitou avaliar a atenção prestada à pessoa com DM sob a ótica de gestores, trabalhadores e usuários, em uma perspectiva participativa e construtivista.

Embora a pesquisa não tivesse o propósito de realizar uma intervenção, devido ao seu caráter participativo, houve um deslocamento dos sujeitos envolvidos que foram afetados pelas transversalidades produzidas. Nesse percurso, foi possível presenciar mudanças nas falas ou ações cotidianas de gestores e trabalhadores.

Além disso, foi possível identificar as fragilidades na atenção primária à pessoa com DM de modo a subsidiar o planejamento de novas formas de organização e redirecionar práticas profissionais no intuito de promover uma assistência mais qualificada e voltada para as reais demandas e necessidades.

Por fim, esse estudo contribuirá para produção do conhecimento na área de avaliação à atenção prestada as pessoas com DM, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado dispensado a esses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília: 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel - Brasil 2011:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, DF: 2013. 160 p.

BRASIL. Coordenação de saúde bucal. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: 2016. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436,** de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 22 set. 2017.

CHAVES, L. D. P; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000500033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500033&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FERREIRA, V. A; ACIOLI, S. Prática de Cuidado desenvolvida por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde: Uma abordagem hermenêutica-dialética. **Revista Enferm.** v. 18, n. 4, p. 530-5, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 25. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

GUBA, E. G; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração.** Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

LIMA, A. C. S. et al. O desafio do conhecimento. **Revista Eletrônica Inter- Legere,** n. 14, 2014.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu),** Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 out. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **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.

MERRY, EE; FEUERWECKER, L. M. C; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. **In:** FEUERWERKER, L. M. C; BERTUSSI, D. C; MERHY, E. E. (Org). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010. Disponível em: <<https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1937/1880>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 23. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Braseil, 2017. 128 p.

OLIVEIRA, A. S. et al. A Evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil a partir de 1900 até os Tempos atuais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 3073-3089 jan.2022.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas. (Ed.). **Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2016. 139 p. Disponível em: <[https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes\\_Clinicas\\_2016/Diretrizes\\_diabetes\\_hipertensao\\_pdf.pdf](https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/Diretrizes_diabetes_hipertensao_pdf.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SALCI, M. A; MEIRELLES, B. H. S; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0262>.

SANTOS, S. G; FRANCO, D. S. C. S; SOUZA, L. F. D. A importância da enfermeira na educação permanente do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n.12, p.98517-98533, 2020.

SILVA, T. F. A. et al. Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Básica. **Rev. Min. Enferm.** v. 18, n. 3, p. 710-16, 2014.

VIEIRA, G. L; CHAVES, V. S. G; CECÍLIO, H. C. T. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

WETZEL, Christine. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. 2005. 290 f. **Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem Psiquiátrica**, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-16052007-150813/pt-br.php>>. Acesso em: 19 jul. 2018.