

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

ALINE NEVES OLIVEIRA

**PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO COM DIABETES *MELLITUS*: O OLHAR
DE QUEM CUIDA E DE QUEM É CUIDADO**

Alfenas/MG
2015

ALINE NEVES OLIVEIRA

**PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO COM DIABETES *MELLITUS*: O OLHAR
DE QUEM CUIDA E DE QUEM É CUIDADO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Alfenas. Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde. Orientadora: Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Alfenas/MG

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Oliveira, Aline Neves.

Processo de trabalho da estratégia de saúde da família na produção do cuidado ao idoso com diabetes Mellitus: o olhar de quem cuida e de quem é cuidado / Aline Neves Oliveira. -- Alfenas/MG, 2015.

103 f.

Orientadora: Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2015.

Bibliografia.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde do Idoso. 4. Diabetes Mellitus. 5. Trabalho. I. Resck, Zélia Marilda Rodrigues. II. Título.

CDD-610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Aline Neves Oliveira

“Processo de Trabalho da Estratégia de Saúde da Família na Produção do Cuidado ao Idoso Portador de Diabetes: o olhar de quem cuida e de quem é cuidado”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 05 / 02 / 2015

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Zmarresck

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Fabio de Souza Terra

Profa. Dra. Cristiane Aparecida Silveira
Monteiro
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais – PUC POÇOS DE CALDAS

Assinatura: Cristiane Aparecida Silveira Monteiro

À minha querida família: Gilberto, Maria de Fátima, Ana Paula e Paulo Henrique por compreenderem minha ausência em tantas horas e por apoiarem incondicionalmente minhas escolhas. Minha dedicação será sempre a vocês. Às minhas avós Creúsa e Nair, idosas com diabetes, que estimularam minha busca pela implementação de cuidados a essas pessoas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela força que me concede todos os dias para vencer as batalhas que se apresentam em meu caminho, por ser minha companhia fiel nos tempos de angústia e preocupação.

À Tia Celina e Tia Maria Helena, por acreditarem que eu sempre posso ir um pouco mais longe. Sem o apoio de vocês não seria possível mais esta vitória.

À Professora Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck, pela orientação, compreensão, carinho e ensinamentos. Nossos dois anos de convivência serão espelhos para minha vida profissional.

À Secretaria do Programa de Pós-graduação e à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas pela oportunidade e pelos valiosos conhecimentos.

Aos docentes e alunos do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, pela compreensão e apoio sem medidas. Especialmente, às Professoras Ma. Patrícia Alves Pereira Carneiro e Ma. Renata Siqueira Júlio, por me apresentarem a imensidão da pesquisa científica na graduação e me impulsionarem nessa jornada.

À Enfermeira Mestranda Lidiane Aparecida Monteiro, pela amizade construída e pelo auxílio durante as realizações dos grupos focais.

À Prefeitura Municipal de Boa Esperança e à Secretaria Municipal de Saúde, por abrir as portas para a realização deste estudo. Especialmente, aos profissionais das Estratégias de Saúde da Família participantes que enfrentam obstáculos para desenvolver um trabalho enriquecedor.

Aos idosos participantes deste estudo, pela boa vontade, pela recepção, pela conversa e, principalmente, pelas valiosas contribuições de vida e sabedoria.

Aos colegas de turma, que tornaram essa caminhada mais leve e divertida. De vocês levarei as melhores lembranças.

RESUMO

Este estudo aborda o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família na produção do cuidado ao idoso com Diabetes *Mellitus*. Tem como objetivos: analisar o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família na produção do cuidado ao idoso com Diabetes *Mellitus*, face às Políticas Públicas para Saúde do Idoso, conhecendo a visão dos membros das equipes e dos idosos cadastrados nas respectivas unidades. Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na Hermenêutica-dialética. As técnicas para a coleta de dados foram os grupos focais para 34 profissionais das Estratégias de Saúde da Família e as entrevistas não estruturadas para dez idosos participantes. A análise de conteúdo elucidou duas categorias empíricas: o caminhar do idoso com Diabetes *Mellitus* na Rede de Atenção à Saúde, com uma subcategoria que aborda a acessibilidade e o fluxo de atendimento no serviço. A segunda categoria refere-se ao atendimento ao idoso com Diabetes *Mellitus*: do real ao ideal e conta com duas subcategorias: a resistência ao modelo de atenção biomédico e, o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família e o idoso com Diabetes *Mellitus*. As duas categorias analíticas foram fundamentadas nos eixos teóricos, que compreendem o processo de trabalho em saúde e as Políticas Públicas de atenção à saúde do idoso. Os resultados apontam que o processo de trabalho desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família para o atendimento a esses usuários, sustenta-se na ótica biomédica e tecnicista, com acessibilidade fragilizada, sobreposição da demanda espontânea, morosidade e limitações durante o caminhar do idoso na rede, maior desenvolvimento para ações curativas em detrimento das ações de promoção da saúde, centralidade do processo de trabalho no profissional médico, prescrições e encaminhamentos excessivos ao setor secundário de atenção, ausência de classificação de risco e desestímulo ao autocuidado. Quanto às relações entre profissionais e usuários, precípuas para o atendimento contínuo e integral, estas mostram-se verticalizadas e com imposição do saber científico. Além disso, a desmotivação, os contratos temporários, a sobrecarga e a desigualdade de salários são responsáveis por impulsionar a alta rotatividade dos profissionais, desencadeando importantes problemas assistenciais e gerenciais, desde a formação de vínculos até os gastos do sistema com novas contratações. Tais características percebidas, através dos depoimentos de profissionais e idosos, contradizem as Políticas Públicas de atenção à saúde do idoso e demais Políticas que regem o atendimento da Rede de Atenção à Saúde. Assim, é possível inferir que o modelo de atenção biomédico perdura nos atendimentos das Estratégias de Saúde da Família investigadas, ainda que tenham sido muitos os esforços para romper este paradigma. Destaca-se, por fim, a necessidade de transformação do processo de trabalho no que se refere à sua centralidade e objetivos, por meio do amplo entendimento das condições crônicas de saúde, da valorização profissional e do fortalecimento da Atenção Básica enquanto coordenadora da rede.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Idoso. Diabetes Mellitus. Trabalho.

ABSTRACT

This study addresses the working process of the Family Health Strategy to provide care to the elderly with Diabetes Mellitus. It aims at analyzing the work process of the teams of the Family Health Strategy to provide care to the elderly with Diabetes Mellitus, in view of Public. Policies for the Elder Health, knowing the vision of team members and the elderly enrolled in the respective units. This is a qualitative study using Hermeneutic-dialectic. The techniques for data collection were the focus groups for 34 professionals from the Family Health Strategies and unstructured interviews to ten participants elderly. The content analysis elucidated two empirical categories: walking the elderly with Diabetes Mellitus in the Network Health Care, with a subcategory that addresses the accessibility and the flow of care in service. The second category refers to care for the elderly with Diabetes Mellitus: the real to the ideal and has two subcategories: the resistance model of biomedical care and the process of work in Health Strategy for the Family and the elderly with Diabetes Mellitus. The analytical from the categories was based on the theoretical axes, comprising the work process in health and public policy of health care for the elderly. The results show that the process of work in the Family Health Strategy for the care of these users, is sustained in biomedical optics and technical activities, with fragile accessibility, overlap of spontaneous demand, length and limitations during walking the elderly in the network, further development for curative actions to the detriment of health promotion, centrality of the working process on the medical professional, prescriptions and excessive referrals to secondary care sector, absence of risk classification and discourage self-care. As for the relationship between professionals and users, its primary for continuous and comprehensive care, these show up verticalized and imposition of scientific knowledge. In addition, the motivation, temporary contracts, the overhead and income inequality are responsible for driving the high turnover of professionals, triggering important clinical and managerial problems, as the formation of bonds and the excessive system costs related to new hires. Such perceived characteristics, through the testimonies of elderly and contradict the public policy of health care for the elderly and other policies governing the care of the Health Care Network. Thus, it is possible to infer that the model of biomedical attention lingers in the care the Family Health Strategies investigated, although there have been many efforts to break this paradigm. Of note is required the transformation of the work process in terms of its centrality and objectives, through the broad understanding of chronic health conditions, professional development and strengthening of primary care as coordinator of the network.

Key words: Family Health Strategy; Primary Health Care; Aging Health; Diabetes Mellitus; Work.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categoria 1: O caminhar do idoso com DM na rede de atenção à saúde.....	81
Tabela 2 – Categoria 2: O atendimento ao idoso com DM: do real ao ideal.....	86

LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CCM	- Chronic Care Model
DCNT	- Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	- Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
IMC	- Índice de Massa Corporal
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOTG	- Teste Oral de Tolerância à Glicose
UNIFAL	- Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	12
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	OBJETIVO GERAL.....	13
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
4.1	O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E NA ESF.....	14
4.2	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DO IDOSO COM DM: O ATENDIMENTO NA ESF.....	19
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	26
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	26
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	28
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
5.4	ESTRATÉGIA PARA A INVESTIGAÇÃO.....	30
5.5.1	Grupos Focais.....	30
5.5.2	Entrevista.....	32
5.5.3	Questões Norteadoras.....	33
6	ANALISANDO OS DADOS.....	35
6.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	35
6.2	ANALISANDO AS CATEGORIAS EMPÍRICAS.....	36
6.2.1	O caminhar do idoso com DM na Rede de Atenção à Saúde.....	36
6.2.1.1	Acessibilidade e fluxo de atendimento no serviço.....	36
6.2.2	Atendimento ao Idoso com DM: do real ao ideal.....	41
6.2.2.1	Resistência ao modelo de atenção biomédico.....	42
6.2.2.2	O processo de trabalho na ESF e o idoso com DM.....	51
7	O ATENDIMENTO AO IDOSO COM DM NA ESF E O DIÁLOGO DESCONEXO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	63
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	80
	ANEXOS.....	101

1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na produção do cuidado ao idoso com Diabetes *Mellitus* (DM), uma vez que o envelhecimento da população brasileira é hoje uma realidade social e, tal realidade, necessita de importantes transformações no que se refere à assistência e cuidados ofertados na rede de saúde.

Estima-se que, no mundo, no ano de 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais, a maioria vivendo em países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, 2006a). Esta transição sócio demográfica acarreta importantes mudanças epidemiológicas, nas quais há maior frequência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em detrimento das doenças infectocontagiosas com destaque para o DM (BRASIL, 2010).

Dados estatísticos apontam que o número de pessoas vivendo com DM sofreu importante aumento de 153 milhões, em 1980, para 347 milhões em 2008, e, no ano de 2010, 285 milhões de pessoas viviam com DM, sendo que o sedentarismo e a obesidade representam suas principais causas (DANA EI et al., 2011). Da mesma forma, a incidência do DM aumenta com a idade e, em 2030, estima-se que o número de pessoas com DM acima de 64 anos de idade somará mais de 82 milhões nos países em desenvolvimento (WILD et al., 2004).

Ao longo do tempo, o DM pode resultar em importantes complicações, como falência de órgãos, principalmente, rins e coração. Do mesmo modo constitui a principal causa de amputações não traumáticas de membros inferiores e em 50 a 70% dos casos é a principal causa de cegueira adquirida (BRASIL, 2013). Associado ao decréscimo funcional do idoso, o quadro torna-se mais preocupante, aumentando sua dependência para realização das atividades de vida diária (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2009).

Neste contexto, a ESF passa a existir como importante espaço de controle e acompanhamento de doenças crônicas, oferecendo assistência de forma competente, humanizada e resolutiva (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

No que se refere à sua história, a ESF desenhada inicialmente como um programa, tornou-se a principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica no país, objetivando a reorientação do modelo de atenção e, uma nova dinâmica dos

processos de serviços e ações de saúde oferecidos. A ESF tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, caracterizado por atendimentos da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem implementar redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e corresponsabilidade com a comunidade (BRASIL, 2011).

O idoso acolhido pela equipe de ESF deve receber atenção contínua, eficaz, integral o que configura em um grande desafio para a equipe de saúde, especialmente no que se refere a ajudar a pessoa a conviver com uma doença crônica (BRASIL, 2010). Acrescenta-se, ainda, que o idoso com DM deverá ser capaz de aprender a gerenciar sua vida, em um processo contínuo, que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2010).

Assim, o idoso com DM torna-se usuário permanente dos serviços de saúde e, nesse sentido, a ESF deve o acolher em suas especificidades, prestando uma assistência integral e de qualidade, por meio de escuta ativa, do vínculo e da responsabilização, bem como pela implementação de um processo de trabalho que se desenvolva sob a perspectiva de centralidade do usuário e, desta maneira, proporcione ao idoso o acolhimento e acompanhamento precípuos para melhor controle de sua condição crônica.

Por fim, o processo de trabalho pautado na proximidade e nas relações horizontais com o usuário torna-se mola propulsora para a reconstrução do paradigma, sustentado pelos setores e serviços de saúde, contribuindo para a substituição do modelo assistencial.

2 JUSTIFICATIVA

As transformações sociais, econômicas e demográficas têm permitido que as pessoas vivam mais e, esta é uma realidade eminente no país e no mundo. Tal realidade traz consigo o aumento das condições crônicas que requerem um olhar mais preciso por parte dos serviços de saúde. Neste sentido, o atendimento ao idoso com DM, a partir de programas ministeriais e de Políticas de Atenção à Saúde, é percebido na rotina dos diversos setores da rede de serviços de saúde.

Minha aproximação com a temática deste estudo aconteceu na graduação, quando vivenciei, nos estágios curriculares da disciplina de saúde da comunidade, a busca permanente dos idosos pelos serviços de saúde. Esses idosos sempre traziam consigo grandes histórias e, não me refiro às suas histórias patológicas, como a grande quantidade de exames que tinham realizado ou as suas disfunções metabólicas, mas sim às suas histórias de vida e de sabedoria.

A necessidade de acompanhamento contínuo, peculiar ao idoso com DM, associada aos princípios e às diretrizes que regem o processo de trabalho na ESF, tornam este espaço um importante ponto de apoio para controle de sua condição, auxiliando no desenvolvimento da autonomia desses sujeitos e participando da promoção de seu bem-estar, visto que atua sob a perspectiva da assistência holística, humanizada e de qualidade em saúde.

Neste sentido, desvelar do processo de trabalho na ESF, assim como seus principais desafios, na visão dos membros da equipe e dos idosos usuários do serviço, poderá nortear a implementação das práticas assistenciais para que se tornem mais efetivas em promoção, proteção, prevenção e humanização da saúde.

A realização deste estudo contribuirá, ainda, para qualificar as rotinas que constituem o processo de trabalho das equipes de ESF, bem como instrumentalizar as práticas gerenciais do profissional enfermeiro, enquanto coordenador e gerente da unidade.

3 OBJETIVOS

Este estudo elencou como objetivos geral e específico os descritos abaixo.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho das equipes da ESF na produção do cuidado ao idoso com DM, sob a interface das Políticas Públicas para Saúde do Idoso.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Conhecer, na visão dos membros da equipe da ESF o desenvolvimento do processo de trabalho direcionado ao idoso com DM;
- b. Conhecer, na visão do idoso com DM, como é o atendimento recebido por eles pela equipe de ESF;
- c. Apreender os pontos intercessores, sendo eles as facilidades e dificuldades, apontadas pelos membros da equipe e, pelo idoso com DM, no cotidiano de atendimento na ESF.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos que sustentaram a análise dialética deste estudo, referem-se ao Processo de trabalho em saúde e na ESF, bem como às Políticas públicas para saúde do idoso com DM e o atendimento na ESF.

4.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E NA ESF

O termo Trabalho possui origem latina e apresenta várias significações, como a de Marx, relacionada à sociedade capitalista, em que o Trabalho é um processo impulsionado pelo próprio homem, por meio do controle exercido sobre a natureza. Assim, este emprega a força de seus braços, pernas, cabeça e mãos a fim de apropriar-se dos recursos naturais, empregando-lhes utilidade para a vida humana. É, portanto, a modificação intencional do meio pela atividade do homem, transformando um objeto em um produto determinado (MARX, 1994).

Na perspectiva capitalista de Marx, o trabalho confere identidade social ao homem, já que desperta um valor intrínseco à vida e proporciona conhecimento sobre as relações entre seres humanos, seja destes com a natureza ou entre si e, desta forma, desencadeia intensas modificações, transformando o homem (MARCON, 2006; HABERMAS, 1987).

O trabalho se desenvolve sob etapas sistematizadas, o que se denomina Processo de Trabalho. Este processo conta com fases distintas e inter-relacionadas, sendo elas a Necessidade ou motivo apresentado pelo sujeito que deseja desenvolver um trabalho, de forma física, psíquica, social ou econômica; Finalidade ou objetivo que orienta o desenvolvimento de todo trabalho; Objeto constituindo a matéria a ser modificada ou aquilo sobre a qual se realiza a atividade; Instrumento de trabalho que se relaciona às ferramentas empregadas para a transformação; Força de Trabalho, ou seja, quem executa e opera o trabalho e, por fim, o Produto Final do trabalho, destinado a suprir a necessidade inicial (MARX, 1994).

Com a institucionalização do trabalho, advinda da era industrial, surgiu a produção de bens e serviços, isto é, o resultado material do trabalho concretizando-

se em objeto visível e passível de comercialização, o que conferiu às atividades caráter preponderantemente econômico. No entanto, cabe ressaltar que o trabalho nem sempre é mensurável, já que muitas vezes trata do suprimento de necessidades diversas em benefício de indivíduos distintos e, tais necessidades nem sempre são materiais (MARCON, 2006).

O trabalho em saúde surge como um processo único que se direciona ao homem e a sua coletividade e, não mais se realiza sobre coisas ou objetos, mas sim sobre pessoas humanas, numa articulação entre sujeitos e profissionais, com implicações de suas histórias, saberes, sofrimentos e percepções (VILAR; GERMANO; GERMANO, 2011).

Segundo Merhy (1998), o trabalho em saúde caracteriza-se como “trabalho vivo”:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida, ou não (...) (MERHY, 1998, p.4).

Assim, em saúde, o produto final que se objetiva é algo que não tem forma concreta e infere diretamente na maneira de viver dos sujeitos. Esse bem, não material, tem significados diferentes para as pessoas e relaciona-se às etapas de suas vidas, suas culturas e seus momentos. Em saúde produz-se, ainda, trabalhadores e equipes, corroborando com a ideia de transformação individual pelo trabalho (FORTUNA et al., 2005; REIS et al., 2006).

Entende-se, assim, que o processo de trabalho em saúde norteia-se sobre eixos, objetos e finalidades (MENDES GONÇALVES, 1994). É composto pelas mesmas etapas sistematizadas referidas por Marx (1994), entretanto, os significados direcionam à produção do cuidado. O Objeto passa a ser a pessoa que recebe o cuidado; os Agentes são trabalhadores e profissionais envolvidos com a área da saúde; os Instrumentos constituem as ferramentas utilizadas para a transformação do objeto, sejam elas assistenciais, gerenciais ou educativas; a Finalidade é a razão pela qual o trabalho é feito sendo, na maioria das vezes, o alcance da saúde e do bem-

estar; o Produto final é o resultado do trabalho, ou seja, sua concretude (RIBAS GOMES et al., 1997).

Ademais, os instrumentos que compõem o processo de trabalho em saúde relacionam-se às tecnologias e, estas podem ser definidas como leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves norteiam relações interpessoais, ou seja, são empregadas no diálogo, no vínculo, na escuta e na aproximação. São, ainda, construídas nos próprios serviços e ambientes de saúde. As tecnologias leve-duras apoiam-se nos saberes especializados como a epidemiologia, as ciências gerenciais e administrativas. E, as tecnologias duras englobam a estrutura física, equipamentos e materiais utilizados na assistência em saúde (MERHY, 2002; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Deste modo, as atividades desenvolvidas no processo de trabalho em saúde ocorrem baseadas na cooperação em um cenário dinâmico. Os vários saberes envolvidos colaboram para a construção do modo de fazer saúde, nas várias instituições e serviços da rede de atendimentos, configurando um processo que se reconstrói continuamente (PINHO; ABRAÃO; FERREIRA, 2003; MERHY, 2002).

Assim, trabalhar em saúde vai muito além de entender e empregar as tecnologias duras, como máquinas, equipamentos, procedimentos e técnicas, visto que todo este processo é permeado por relações entre os profissionais, proporcionando a criação de vínculos e encontros responsáveis, ou não, pelas trocas e interações no ambiente de trabalho (LUNARDI et al., 2010).

Outra característica importante, refere-se ao modelo assistencial sob qual o processo de trabalho é desenvolvido. O modo de produzir saúde mostra-se atrelado ao modelo de atenção biomédico, hegemônico, com ênfase na cura do corpo, por meio de intervenções hospitalocêntricas e, voltado para o desenvolvimento técnico de procedimentos, com sobreposição do cuidado individualizado e valorização das tecnologias duras (MENDES, 2011).

No entanto, este modelo não tem atendido de forma plena às necessidades trazidas pelos usuários, já que o aumento da longevidade e o acometimento crônico demandam bem mais do que o atendimento para o corpo físico. É preciso que assistência à saúde considere a integralidade dos sujeitos assim como a qualidade de vida e a promoção em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Assim, na tentativa de substituir a hegemonia do modelo biomédico e exclusivamente hospitalocêntrico, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF).

Esse Idealizava o desenvolvimento de um ponto central para o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso, corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, com foco nas necessidades apresentadas pela família (BRASIL, 1994).

Anos posteriores, o PSF cedeu lugar à ESF, confirmando a perspectiva de continuidade da assistência e do cuidado. A ESF tem o objetivo de superar o paradigma de assistência médico hegemônico e, para tanto, foi aprovada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que a conceitua como nível primário de atenção e, como porta de entrada preferencial do usuário no sistema. Recentemente, a Portaria 2.488, de setembro de 2011, reafirma este pressuposto, ressaltando a importância da saúde da família no que se refere à coordenação da rede de assistência em saúde (BRASIL, 1994; BRASIL, 1997; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2011).

Além disto, a principal mudança proposta pela ESF refere-se à substituição do foco de atenção que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando a considerar prioritariamente a família e a comunidade, assim como os aspectos não biológicos do processo de adoecer, corroborando com o princípio da integralidade (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

O processo de trabalho na ESF é caracterizado pela atuação multidisciplinar, articulando vários saberes, em uma abordagem integral e resolutiva, por meio de acompanhamento contínuo e avaliações permanentes dos resultados e dos determinantes. Assim, a equipe mínima deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2011).

O trabalho em equipe no setor primário de atenção surge na tentativa de combater o intenso processo de especializações na área da saúde, que se caracteriza pelo aprofundamento vertical do conhecimento, assim como pelas intervenções individualizadas na assistência, sem contemplar a articulação dos saberes entre os diversos profissionais (PEDUZZI, 2001).

A ESF deve ser vista como espaço capaz de integrar os cuidados de saúde à realidade social, econômica e cultural de cada usuário. Deste modo, é fundamental entendê-la como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população (MENDES, 2011).

Para tanto, as diretrizes que regem o processo de trabalho na ESF prezam a adstrição territorial, cadastramento das famílias e indivíduos, de forma a permitir o planejamento estratégico, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, com impacto nos fatores condicionantes e determinantes da saúde. O acesso universal e contínuo aos serviços deve ser garantido pela ESF que deve exercer assistência integral, por meio de organização da demanda, ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, manejo de tecnologias diversas e gerenciamento (FARIA et al., 2009).

Neste contexto, o processo de trabalho das equipes da ESF deve responder e atender à complexidade apresentada pelas doenças crônicas, situação prevalente do país e agravada com aumento da expectativa de vida e o processo de envelhecimento da população. As equipes multidisciplinares devem atuar de forma coordenada e mostrarem-se preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições. As atividades a serem incorporadas incluem a classificação dos usuários segundo critérios de riscos e vulnerabilidade, com objetivo de guiar intervenções individuais e coletivas (BRASIL, 2014b).

Ademais, Mendes (2012) ressalta que o nível primário de atenção deve cumprir três funções: a resolutividade de 85% dos problemas mais comuns de saúde; a coordenação dos fluxos e dos contra fluxos de pessoas; produtos e informações nas redes e, por fim, fomentar e desenvolver a responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários. Somente a partir da atuação adequada e eficiente da ESF será possível implementar efetivamente as redes de atenção à saúde no âmbito do SUS.

De acordo com Ministério da Saúde o cuidado compartilhado deve ser desenvolvido, assim como o estímulo ao autocuidado, a ênfase na assistência preventiva, o uso racional das tecnologias, a reorientação de saberes e práticas, com inclusão das ciências sociais, a fim de compreender amplamente o processo saúde-doença, as intervenções comportamentais, o desenvolvimento da educação permanente e a implementação de ações inter setoriais (BRASIL, 2014b).

No cenário em que se desenvolve o processo de trabalho da ESF, o usuário deve ser visto como agente de seu próprio cuidado, já que é em sua existência que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. Por isso, a sua participação ativa deve ser estimulada e, é premissa indispensável para que as transformações aconteçam (FARIA et al., 2009).

Complementa Faria et al. (2009), que é fundamental que os profissionais atuantes na ESF compreendam que a busca dos usuários, pelo serviço de saúde, é permeada por potenciais contradições. Por um lado, estão relacionados à realização de consultas e de exames e à medicalização dos problemas e, por outro, ultrapassam as possibilidades de uma solução apenas biomédica. Para tanto, garantir a resolutividade desta problemática urge que o processo de trabalho possua como instrumentos não apenas as tecnologias duras, mas também as tecnologias que permitam o desvelar das relações e, assim, a ampliação da capacidade comunicativa dos profissionais, necessária para a atuação comunitária e para a organização da assistência.

Enfim, a ESF deve articular seu processo de trabalho com vistas a oferecer um cuidado com centralidade nos usuários, receptivo e resolutivo para os principais problemas de saúde da comunidade, pautando-se em levantamentos epidemiológicos, princípios éticos e morais, assumindo o propósito de romper as barreiras estabelecidas pelo modelo biomédico que não mais atende as demandas da população. E, por fim, faz-se necessária a busca de referenciais que compreendam amplamente o processo saúde-doença, pelos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

4.2 POLÍTIAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DO IDOSO COM DM E O ATENDIMENTO NA ESF

O envelhecimento da população é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, como a taxa da fecundidade e a taxa de mortalidade com aumento expressivo da esperança de vida. Este fenômeno não é homogêneo e sofre influência dos processos relacionados ao gênero, à etnia, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia. Neste contexto, as condições crônicas tendem a se manifestarem de forma expressiva nas pessoas idosas (BRASIL, 2006a).

Diante desta realidade, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, foi elaborada com objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável, por meio da articulação entre setores e serviços. Esta tem como finalidade a recuperação

e a manutenção da saúde, assim como o estímulo à autonomia e a independência dos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais (BRASIL, 2006b).

Em diálogo com a Política Nacional, o Estatuto do Idoso garante atenção integral à saúde deste usuário, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário nos setores de atendimento para ações de prevenção, de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Assim, os serviços de saúde devem realizar cadastramento da população idosa em base territorial, prover atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, assegurar amplo funcionamento das unidades geriátricas de referência, prover o atendimento domiciliar, incluindo a internação, intervir para reabilitação e, para redução das sequelas, quando houver (BRASIL, 2003).

Nessa vertente, a Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, regulamenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. A Saúde do Idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, garantindo-lhe o acesso prioritário, por meio de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às principais doenças que comprometem esta população (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d; BRASIL, 2010).

A ESF assume um importante papel no que se refere ao atendimento ao idoso com condições crônicas, já que suas diretrizes defendem ações promocionais e preventivas para manutenção da saúde. Neste cenário, acontece a identificação precoce de agravos e o planejamento das intervenções necessárias, bem como medidas de reabilitação, voltadas para evitar a exclusão do idoso do convívio familiar e social, fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

As ações à Saúde do Idoso, com condições crônicas, desenvolvidas no âmbito de Atenção Primária acontecem sob as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A Portaria 252, que promulga o funcionamento da rede, foi criada em 19 de fevereiro de 2013 e reafirmada pela Portaria 483 de abril de 2014. Ela tem como objeto redefinir a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, bem como estabelecer as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014b).

A criação das Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem a finalidade de promover uma mudança substancial no modelo de atenção à

saúde, por meio da qualificação da assistência e da ampliação das estratégias para promoção da saúde. Para tanto, seus princípios incluem o acesso e o acolhimento aos usuários em todos os pontos de atenção; a humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário; o respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais; a atuação de equipes multiprofissionais; a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde; a atuação territorial, com definição das regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços; a articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde; da participação e controle social; do estímulo à autonomia e autocuidado dos usuários; da equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; da implementação dos processos formativos em saúde e, por fim, da regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014b).

Vale ressaltar que a atenção prioritária das Políticas Públicas de Saúde ao Idoso relaciona-se à presença de fatores de risco importantes para o acometimento crônico desta população. Em 2007, 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às condições que envolvem doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, DM, câncer e doenças renais. É importante reforçar que esta problemática relaciona-se a fatores como o aumento da expectativa de vida e de renda, o desenvolvimento dos setores industrial e urbano, o maior acesso aos alimentos processados e a globalização (SCHIMIDT et al., 2011).

Neste sentido, os protocolos de atendimento para o idoso com DM, no setor primário de atenção, envolvem desde o rastreamento, o diagnóstico, o controle e a reabilitação. Estas ações são permeadas por ações preventivas e promocionais, no intuito de oferecer maior independência e qualidade de vida, na presença de uma condição crônica. O rastreio para adultos e idosos é feito por meio da glicemia de jejum ou do Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG) e a reavaliação deverá ser feita a cada três anos. Na presença de fatores de risco para DM, deve-se reavaliar em intervalos mais curtos e pesquisar fatores de risco para doenças cardiovasculares associadas (MINAS GERAIS, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, recomenda-se no caso de rastreamento que a primeira consulta seja realizada pelo enfermeiro da ESF e, para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos. Os

objetivos da consulta de rastreamento são conhecer a história pregressa, realizar o exame físico e o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde e solicitar os exames necessários (BRASIL, 2013).

O idoso com DM busca frequentemente o serviço de saúde com intuito de resolver seus problemas que, muitas vezes, não se relacionam apenas aos distúrbios biológicos. Diante disto, organizar o sistema para oferecer uma atenção eficiente à população idosa torna-se um grande desafio para o setor de saúde (VERAS, 2009).

A programação da assistência para condições crônicas deve apoiar-se em estratégias que proporcionem acessibilidade ao serviço, cuidado contínuo e efetividade das ações. Para tanto, a atenção programada deve ocupar o lugar da demanda espontânea, por meio dos agendamentos e programação das consultas. A recepção e acolhimento devem ser resolutivos e humanizados, proporcionando ao idoso a escuta ativa de seu problema. A clínica deve basear-se nas evidências científicas disponíveis e resultar em tratamentos mais precisos. Para isto, a classificação segundo critérios de risco deve ser adotada nas unidades, visto que conhecer os riscos de cada usuário ajuda as equipes a adequar as ações além de utilizar melhor os recursos do serviço (MENDES, 2011).

A Caderneta da Pessoa Idosa, criada com intuito de potencializar o controle de atendimento aos idosos, surge como uma ferramenta indispensável durante as consultas e seu uso deve ser estimulado. No que se refere ao idoso com DM, esta contribui com dados de glicemia capilar, peso, altura, medicamentos em uso e datas das últimas visitas às unidades de saúde que norteiam as intervenções de saúde para o alcance de um acompanhamento de qualidade (BRASIL, 2006a).

Quanto ao sistema de referência, isto é, o encaminhamento do idoso com DM ao nível especializado de atendimento, este é acionado quando o controle da condição crônica torna-se limitado na Atenção Primária ou quando há agravos agudos. A busca pelo atendimento especializado deve ser refletida e o médico da Atenção Primária deve definir bem a razão pela qual está realizando o encaminhamento. O sistema de contra referência, por sua vez, deve reencaminhar o usuário à Atenção Primária, mantendo diálogo e troca de informações indispensáveis à continuidade da assistência (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

É possível identificar que quanto maior a oferta de especialistas, maiores são as taxas de procura pelas consultas, o que reflete negativamente nos resultados de

controle, visto que cada profissional defende um ponto de vista específico. Os médicos generalistas ou de família devem ser capazes de lidar com as condições crônicas mais comuns da comunidade e desenvolver um cuidado direcionado às necessidades trazidas pelo usuário (STARFIELD, 2008).

O estímulo ao autocuidado, bem como o apoio ao desenvolvimento da autonomia, deve ser implementado nas ações assistenciais da ESF. A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende o conceito de envelhecimento ativo, compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (BRASIL, 2006a).

Para tanto, as ações educativas desenvolvidas nas unidades devem ser direcionadas e envolver todos os integrantes da equipe, a fim de contar com vários olhares e conhecimentos. As intervenções devem ser realizadas com vistas a apoiar a pessoa idosa a melhorar sua condição de saúde e, requer a adequação de estratégias que variam de acordo com o nível de conhecimento, crenças, reações diante das mudanças, grau de importância à condição, confiança e à solidez das redes (MENDES, 2011).

Ademais, as práticas educativas apoiam-se na promoção da saúde, defendendo a participação de toda a população no contexto de sua vida e de sua saúde, objetivando a adoção de hábitos mais saudáveis. Tal perspectiva é fundamental para o acompanhamento das condições crônicas, já que estas demandam do usuário um autocontrole importante, bem como o gerenciamento de sua rotina (CASTRO et al., 2009; MACHADO et al., 2007).

As práticas de educação em saúde encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania e promovem espaços para trocas de informações, permitindo identificar as necessidades de saúde dos usuários e as escolhas mais adequadas, diminuindo, assim, a distância habitual entre profissionais de saúde e população por meio do diálogo e da interação (ARAÚJO, 2004).

É preciso, portanto, que estas sejam dialógicas e interativas e, que não se prendam às prescrições normativas nem se atenham aos conhecimentos orgânicos da doença. Devem ser permeadas pela integralidade da assistência e considerar os conhecimentos trazidos pelos usuários, já que estes guiam ações, hábitos e condutas (ALVES, 2005).

As Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso, assim como as Políticas Sociais, foram elaboradas com o objetivo de promover maior qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, já que esta parcela da população cresce e necessita maior atenção. Areladas ao envelhecimento, as condições crônicas representam um grande desafio tanto para os idosos quanto para os serviços de saúde, já que estes não se mostram preparados para atender completamente as necessidades trazidas por estes usuários (BRASIL, 2006a).

A transformação do modelo assistencial, com adoção de um modelo de atendimento centrado no usuário e nas condições crônicas, é imperativa. Para a OMS (2002), a permanência do modelo biomédico acarretará a continuidade de uma assistência ineficaz, com gastos absurdos para o sistema e, ao mesmo tempo, o aumento da prevalência das condições crônicas.

(...) Países de renda alta e baixa gastam bilhões de dólares em internamentos hospitalares desnecessários, tecnologias caras e uma gama de informações clínicas inúteis. As despesas com a saúde continuam aumentando sem contudo, proporcionar melhoras na situação de saúde das populações. Enquanto o modelo de tratamento agudo dominar os sistemas, os resultados da saúde que, de outra forma, poderiam ser mais favoráveis, serão debilitados (...) (OMS, 2002, p.45).

Sendo assim, a ESF, prioritária para a reorganização do modelo assistencial, assume importante papel no atendimento ao idoso com DM. Por ser porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado na rede, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, baseando-se nas diretrizes e legislações vigentes para o cuidado a esta clientela, gerando impacto positivo em sua condição de saúde (BRASIL, 2014a).

Desde a década de 1990, Merhy (1998) defende um paradigma assistencial em defesa da vida, com ampliação da dimensão cuidadora e sua relação positiva para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe para também melhorar a eficácia das intervenções direcionadas aos idosos com condições crônicas, apostando em abordagens profissionais diferenciadas por meio da integração de saberes e da atuação compartilhada.

É necessário, portanto, que os profissionais que atuam nos serviços e setores de saúde apropriem-se desse ideal e busquem a implementação de suas habilidades comunicativas no intuito de fortalecer as relações com os usuários e com a

comunidade, desconstruindo seu agir centrado na tarefa e no procedimento, característico do modelo de atenção biomédico.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo descreve a trajetória metodológica percorrida para a coleta dos dados empíricos nas unidades de ESF.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Optou-se para este estudo a abordagem qualitativa. Segundo Chizzotti (2003) esta permite conhecer, entender e interpretar significados, comportamentos, sentimentos e perspectivas por meio da partilha com pessoas, fatos e locais que se transcrevem em objeto de pesquisa, o que neste estudo, foram vivenciados durante o atendimento ao idoso com DM, nas unidades de ESF pelo próprio usuário e pelo profissional da equipe que presta o cuidado.

Dentre as características desta abordagem, destacam-se a natureza descritiva dos dados e o significado atribuído pela pessoa às coisas e à vida, considerando o seu ambiente natural (MATHEUS; FUSTINONI, 2006). Ou seja, o investigador sempre considera o contexto em sua totalidade e as relações que se estabelecem, visualiza as relações dentro de um sistema ou uma cultura para encontrar significados e compreender sua dinâmica (PRADO; SOUZA; CARRARO, 2008).

A Hermenêutica Dialética será utilizada para descrição e reflexão do processo de trabalho na ESF no atendimento ao idoso com DM, face às Políticas Públicas para Saúde do Idoso. O movimento interativo existente na Hermenêutica Dialética valoriza complementaridades e oposições, ou seja, ao tempo que a Hermenêutica busca a compreensão de sentido que se dá, por meio da comunicação, aos fatos cotidianos e do senso comum, a Dialética busca nos mesmos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para formular uma crítica informada (MINAYO, 2013).

Habermas (1987, p.20) afirma que na Hermenêutica Dialética “a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica” o que constrói uma contrariedade refletida, ao ponto de ambos conhecimentos contribuírem de maneira importante para o entendimento de determinada temática.

Destacam-se aqui as ideias do Agir Comunicativo que subsidiam a interação entre sujeitos por meio da pactuação e do acordo que acontecem durante os diálogos e conversas. Tal interação é responsável por criar expectativas, temores e o entendimento mútuo de determinada temática e discussão (HABERMAS, 2003).

Corroborando Minayo (2013) que a Hermenêutica Dialética refere-se à compreensão de dados onde o pesquisador deve buscar entender os textos de seus resultados e, considerar ainda, o senso comum que permeia as atitudes e saberes do objeto/sujeito de pesquisa, bem como a vivência e os símbolos adotados por ele. Após a compreensão, o pesquisador deve criticar por meio da Dialética os dados apreendidos, considerando as relações sociais, historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias dos diversos grupos e culturas que, neste estudo, trata-se das Políticas Públicas de Saúde que permeiam o trabalho na ESF e as que atendem às necessidades dos idosos no Brasil, adotando-as como referencial teórico de base.

Resgatando Gadamer (1999) a análise dos dados por meio a Hermenêutica Dialética significa entender-se uns com os outros enquanto sujeitos sociais e participativos e, tornar subjetivo o objeto de pesquisa ao mesmo tempo que torna objetivo o sujeito que participa.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A investigação foi realizada em três Unidades de ESF, de um município localizado no sul de Minas Gerais. As ESF foram elegidas uma vez que, nestes espaços, a equipe multidisciplinar desenvolve um processo de trabalho em saúde para o atendimento ao idoso com DM. Assim, foram priorizadas três unidades que apresentaram número significativo de cadastro de idosos com DM no programa atenção à Hipertensão Arterial, ao DM e às Condições Crônicas, de acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde.

As ESF que constituíram o cenário deste estudo foram nomeadas de Estratégias A, B e C, conforme a ordem de realização dos grupos focais.

A ESF A localiza-se em uma região estratégica no município, em um grande bairro de classe média baixa e a equipe, composta por 14 membros, atua na área há oito anos. Sua área adstrita conta com 86 idosos com DM cadastrados.

A ESF B foi construída recentemente, no entanto, as equipes já atuam na região há mais de dez anos e localizavam-se em casas improvisadas. A população cadastrada é de 59 idosos com DM cadastrados e a equipe conta com 13 profissionais. O bairro, de classe média baixa, onde se localiza esta unidade tem um passado bastante violento, conhecido por vários crimes, como tráfico de drogas, assaltos e assassinatos, entretanto, atualmente a ação social e melhor policiamento diminuíram as taxas de violência neste local.

Por fim, a terceira estratégia, a ESF C é bastante antiga e ainda não funciona em uma sede construída para tal função. A equipe, constituída por 13 profissionais, atua em uma unidade física improvisada, uma casa alugada pelo poder municipal que apresenta uma construção, pequena, antiga e desgastada. Na população de abrangência existem 96 idosos com DM cadastrados e a equipe enfrenta sérios problemas de violência neste bairro, assim como a precariedade de condições sanitárias, sendo ponto conhecido na cidade para o tráfico de drogas. Outros problemas incluem a pobreza, a falta de estrutura física das ruas, grande número de adolescentes grávidas e de usuários de drogas assistidos. A equipe, nesta estratégia, caracteriza-se pela alta rotatividade de profissionais, principalmente, médico e enfermeiro, decorrente do processo de contratação temporário da prefeitura e dos vários problemas enfrentados para o desenvolvimento da assistência nesta área de abrangência.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 34 dos 40 profissionais membros da equipe básica das Unidades de ESF, cenários da investigação, as quais prestam assistência à população idosa e possuem cadastro ativo de portadores de diabetes.

Participaram também 10 idosos com DM cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica da área de

abrangência das ESF sendo que da unidade A foram três idosos, da unidade B igualmente três e da unidade C quatro.

A saturação de dados teóricos foi incluída nesta pesquisa para os dados provenientes das entrevistas com os participantes idosos. Esta é definida como a suspensão da inclusão de novos participantes, quando as contribuições tornam-se redundantes e repetitivas, tornando-se irrelevantes para análise e resultados do estudo (DENZIM; LINCOLN, 2011). Ainda, neste contexto, a representatividade dos participantes idosos justifica-se segundo Silva (2012), Merighi et al. (2011) e Minayo (2013) que referem que a mesma não se pode determinar previamente e nem se basear em critério numérico, mas sim estar relacionada às contribuições dos participantes, de acordo com suas vivências e perspectivas, objetos de estudo em pesquisas qualitativas.

Como critério de elegibilidade dos membros das equipes, adotou-se a aceitação de participar do estudo, bem como fazer parte da equipe de ESF investigada e estar em atividade durante a realização dos Grupos Focais. Para a elegibilidade dos idosos, adotou-se como critério ter DM, aceitar participar do estudo e apresentar-se orientado no tempo, espaço e pessoa.

Dos profissionais participantes, dois eram médicos, três enfermeiras, três técnicas de enfermagem, duas auxiliares de consultório dentário, dois odontólogos e 22 ACS. Todas as três equipes participantes contavam com equipe de saúde bucal nas estratégias. Os profissionais deste estudo foram identificados aleatoriamente pela letra P, seguida de número arábico 1, 2, 3 sucessivamente até P 34. E aos idosos foi atribuída a letra I, com a numeração de 1 a 10, sendo garantido o anonimato dos mesmos.

Duas técnicas em enfermagem, um médico, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário e uma ACS não aceitaram participar da pesquisa. Eles foram igualmente abordados e receberam a carta convite, no entanto, não compareceram à unidade nos dias agendados para o acontecimento dos grupos focais.

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a efetivação da investigação, foi concedida autorização pelo Secretário de Saúde do Município (APÊNDICE A) e firmado termo de coparticipação (APÊNDICE B).

Os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi redigido em duas vias de modo simplificado e assinado antes da coleta de dados por profissionais e idosos, sendo uma via de posse do participante da pesquisa e outra do pesquisador (APÊNDICE C).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Parecer n. 508.366 (ANEXO A).

Assim, este estudo norteou-se sobre os princípios bioéticos e científicos pertinentes estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5.5 ESTRATÉGIA PARA A INVESTIGAÇÃO

No presente estudo, a investigação foi realizada no período de março a maio de 2014, por meio de duas técnicas: a técnica de grupos focais para os membros das equipes de saúde e o emprego da entrevista para os idosos, ambas com gravação das falas por meio de gravadores digitais. Optou-se por realizar a entrevista domiciliar com os idosos já que estes, na maioria das vezes, possuem dificuldades de locomoção, assim como, priorizou-se o conforto e a facilidade de contato com os mesmos.

5.5.1 Grupos focais

A técnica de grupos focais pode ser caracterizada como modalidade participante, devido às intervenções mediadas pelo pesquisador durante as reuniões

e discussões e, visto que oferece a possibilidade de expressar a subjetividade dos sujeitos que manifestam suas perspectivas e vivências em campo, por meio do relato verbal e discussões em grupo. Operacionalmente, os dados são coletados a partir das discussões entre os elementos do grupo (RESCK, 2006).

Segundo Westphal, Bórgus e Faria (1996), os grupos focais definem-se como uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico, contrapondo ideias, reflexões, dúvidas e críticas. Neste estudo, o tópico configura o processo de trabalho na equipe de ESF direcionado ao idoso com DM e a produção do cuidado.

Realizou-se uma primeira aproximação com os sujeitos do grupo, por meio da realização de várias visitas às unidades e entrega da carta convite, o que Ressel, Gualda e Gonzáles (2002, p.2) denominam de “enamoroamento”, dada à aproximação, convencimento e convivência com os participantes.

O ambiente para receber os grupos deve ser acolhedor e proporcionar maior liberdade de falas, expressões e proximidade entre os participantes (MEIER; KUDLOWIES, 2003). Neste estudo em relação ao espaço físico para realização dos grupos focais, foram reservadas previamente as salas de reuniões das unidades, com cadeiras em mesas que permitiam contato visual e escuta das falas, assim como organizada uma confraternização após as reuniões.

Foram realizados três grupos focais, sendo um para cada unidade. Os encontros foram agendados previamente com os membros da equipe em horários que estes se apresentavam disponíveis, na própria unidade de saúde, com objetivo de facilitar o encontro e a mobilidade dos participantes. Os grupos foram constituídos, em média, por 11 profissionais e suas falas foram gravadas, por meio de gravadores digitais e transcritas. As reuniões duraram em média 60 minutos, uma vez que as contribuições se esgotaram e as falas se tornaram repetitivas.

A duração dos grupos focais, de acordo com Dall’ Agnol e Trench (1999), é de uma hora e meia a duas horas. No entanto, é preciso considerar o tempo gasto para induzir e atentar-se para que a reunião não se prolongue demasiadamente, visto que tal prolongamento pode provocar cansaço aos participantes, assim como desvios do assunto abordado.

Quanto à quantidade de participantes, esta concorda com o pressuposto de Westphal, Bórgus, Faria (1996), que preconiza de 6 a 15 pessoas por reunião. Os critérios para seleção dos participantes, parte da sessão do grupo focal, foram

orientados pelo objetivo do estudo compondo assim uma amostra intencional que se refere ao recrutamento de participantes que apresentam interesse para o estudo e, neste caso, atuarem na Estratégia de Saúde da Família e oferecerem cuidados aos usuários Idosos portadores de DM (MAXWELL, 2005).

Para Kitzinger e Barbour (1999), qualquer discussão em grupo pode tornar-se um grupo focal, desde que o pesquisador mantenha-se atento às falas e estimule a troca de ideias. Neste sentido, é imperativo o estímulo à integração do grupo objetivando não apenas a interação dos participantes com o moderador ou o pesquisador, mas sim entre eles próprios por meio de conversas e discussões, por meio da administração das falas dos participantes ordenadas pelo moderador de grupo (BARBOUR, 2009).

Para tanto, segundo Krueger (1998) é fundamental para o grupo focal haver um facilitador que administra as discussões e um observador, responsável por registrar sistematicamente o que é observado durante as reuniões. Neste estudo, o facilitador foi representado pelo pesquisador responsável e o observador por uma mestrandia deste programa.

Nos grupos focais realizados, o facilitador utilizou um roteiro com as questões norteadoras previamente estabelecidas. No entanto, Resck (2006) afirma que não há necessidade de seguir com rigor as questões propostas, já que as manifestações podem fluir espontaneamente de acordo com a dinâmica e interação dos integrantes do grupo, o que proporciona maior liberdade nas falas e contribuições. É necessário, contudo, que o facilitador esteja atento para evitar o desvio do objeto do estudo, fazendo os resgates pertinentes.

5.5.2 Entrevista

Foram entrevistados dez idosos que possuíam cadastro no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica das unidades elegidas para este estudo. O encontro foi previamente agendado com o auxílio de ACS que direcionaram o pesquisador à casa dos idosos.

O pesquisador realizou duas visitas à casa dos idosos, uma para o primeiro contato e entrega da carta convite e, em outro momento, agendado para a realização da entrevista que foi gravada e transcrita, posteriormente.

Para Patton (1990), a entrevista permite acesso a dados que dificilmente o pesquisador conseguiria por meio da observação direta, visto que trabalha a subjetividade de pensamentos, sentimentos e perspectivas, por meio das falas e observação. Torna-se, assim, um método bastante vantajoso, já que permite a captação imediata e corrente da informação desejada, com todo tipo de entrevistado sobre os mais variados tópicos (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

No entanto, é necessário que o pesquisador atente-se para alguns aspectos específicos durante a realização da entrevista, como selecionar local e horário que favoreçam privacidade, sigilo e anonimato em relação ao entrevistado (BELLONI; MAGALHÃES; SOUZA, 2000). Deve considerar, ainda, o respeito pela cultura e valores do entrevistado e desenvolver habilidades para ouvir atentamente e estimular o fluxo natural de informações por parte, de forma que o entrevistado se sinta à vontade para se expressar livremente (BÓGUS; NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

Dos tipos de entrevistas existentes, a não estruturada foi selecionada para a realização da coleta de dados nesta pesquisa. Para Bógus e Nogueira-Martins (2004), neste tipo de entrevista o pesquisador lança mão de uma questão ou de um tema inicial e o entrevistado caminha por onde preferir, podendo sua fala abranger vários âmbitos (experiências pessoais, elementos históricos, sociais e outros).

A entrevista não estruturada foi empregada, neste estudo, durante a investigação com os participantes idosos, visto que proporciona maior flexibilidade de participação dos mesmos por meio de reuniões em seu ambiente domiciliar.

5.5.3 Questões Norteadoras

As questões norteadoras referem-se às questões empregadas para iniciar reflexões e trocas de informações nos grupos focais e entrevistas em profundidade.

Para a realização dos grupos focais, as questões norteadoras utilizadas foram: fale ou descreva como é o dia-a-dia de trabalho no atendimento ao idoso com DM; O

que você acha que deve ser implementado no atendimento idoso com Diabetes Mellitus?

Em equivalência, para a aplicação das entrevistas, as questões norteadoras foram: fale ou descreva ESF; O (a) Senhor (a) tem alguma sugestão a dar?

6 ANALISANDO OS DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, segundo Minayo (2013), que se constitui de três fases básicas, sendo a primeira a pré-análise, a segunda a exploração do material e, a terceira o tratamento dos resultados.

Na fase de pré-análise acontece a escolha dos documentos e materiais a serem analisados, bem como a retomada das hipóteses e objetivos da pesquisa. Nesta fase, ocorreu as transcrições das entrevistas, os recortes interessantes para a pesquisa, as codificações e o resgate aos conceitos teóricos. Foi realizada a leitura flutuante para absorver inteiramente as falas e significações, tendo como pano de fundo a temática e os objetivos a serem alcançados.

Na segunda fase ocorreu a exploração do material empírico, com o objetivo de se alcançar os núcleos de compreensão do texto, obtido com a pré-análise. Realizou-se ainda nesta fase a categorização, ou seja, a organização de expressões ou palavras significativas em um único texto, com agregação dos dados mais frequentes sob os quais o conteúdo foi proposto.

O tratamento dos resultados constituiu a terceira fase da análise de dados, utilizando-se da análise de significados, ao invés da análise estatística e, inter-relacionou os achados empíricos, isto é, as falas dos participantes obtidas por meio dos grupos focais e das entrevistas, às políticas de atendimento ao idoso portador de DM na ESF, de acordo com protocolos e legislações no Ministério da Saúde (MINAYO, 2013).

6.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo os profissionais atuantes nas ESF elegidas, de acordo com o número de idosos com DM cadastrados na unidade e os próprios idosos atendidos nas unidades.

No que se refere à caracterização dos profissionais, a maioria deles atua na unidade a menos de dois anos e, apenas dois dos profissionais, uma enfermeira e uma médica possuem especialização em saúde da família.

Além disso, o vínculo empregatício mais frequente entre esses profissionais foi a contratação por tempo determinado. O pouco tempo de atuação nas unidades, consequência da contratação temporária, é uma característica comum do processo de trabalho neste município e, por isso, apresenta a alta rotatividade dos profissionais nas unidades de ESF, o que dificulta a criação de vínculos de confiança com os usuários e, conseqüentemente, a implementação e desenvolvimento de intervenções de saúde.

Quanto aos idosos, a maioria deles possui idade entre 60 e 70 anos e a segunda condição crônica mais presente é a Hipertensão Arterial Sistêmica, seguida dos distúrbios de coluna. Todos os idosos participantes deste estudo são aposentados e moram com membros da família, sendo o marido ou esposa mais prevalente.

6.2 ANALISANDO AS CATEGORIAS EMPÍRICAS

Foram identificadas duas categorias, a primeira “o caminhar do idoso diabético na rede de atenção à saúde”, com uma subcategoria “acessibilidade e fluxo de atendimento no serviço”. E a segunda categoria “o atendimento ao idoso diabético: do real ao ideal”, com duas subcategorias “resistência ao modelo de atenção biomédico” e “o processo de trabalho na ESF e o idoso diabético” (APÊNDICE D).

6.2.1 O Caminhar do idoso com DM na Rede de Atenção à Saúde

Esta categoria apresenta como tem se desvelado o caminhar do Idoso, portador de DM, na rede de serviços de saúde identificando-se a subcategoria empírica, acessibilidade e fluxo de atendimento no serviço.

6.2.1.1 Acessibilidade e fluxo de atendimento no serviço

A ESF configura-se como prioritária para reorganização dos serviços de atenção primária em saúde, com ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, em um sistema integral de atendimentos onde atua como porta de entrada preferencial do usuário na rede de atenção à saúde (SALA et al., 2011). Neste sentido, o acesso do usuário que busca a ESF para seu primeiro atendimento e inserção na rede assistencial se dá por meio da atenção programada, ou da atenção não programada, referenciada como demanda espontânea (BRASIL, 2011).

O modelo de atenção em saúde vigente é fragmentado e voltado para o atendimento às condições agudas de saúde, ou episódios agudos das condições crônicas e, prioriza os atendimentos à demanda espontânea, ou seja, sem ações planejadas ou agendamentos prévios, de acordo com as necessidades apresentadas na busca diária pelos atendimentos nas unidades (MENDES, 2011).

No entanto, as condições crônicas demandam um novo modelo de atendimento, centrado no planejamento da assistência, nas diretrizes clínicas e na estratificação de riscos, com inclusão do usuário no seu próprio plano de cuidados. Assim, considerando a atual condição sócio demográfica e epidemiológica do país, bem como o perfil dos usuários que buscam os serviços de saúde, a atenção programada deve ser priorizada (IMPROVING CHRONIC ILNESS CARE, 2008).

Os dados encontrados neste estudo apresentam sobreposição da demanda espontânea, nos atendimentos das unidades de ESF, em detrimento da atenção planejada, como desvelam os trechos dos depoimentos deste estudo:

(...) sentiu mal já vem, mede a glicemia, já passa em consulta e é orientado (P1).

Eles chegam tão cedo! Ficam na fila esperando (...) (P4).

(...) eles têm que madrugar! (P20).

Eles procuram muito a unidade, para encaminhamentos ou se têm alguma dúvida, buscam o médico e o enfermeiro (...) (P21).

(...) você tem que madrugar para conseguir (...) (I4).

Às vezes, quando eu estou muito doente ou sentindo alguma coisa (...) o médico me atende! (I7).

O perfil de atendimento à demanda espontânea ou atenção não programada centra-se na queixa-conduta. Caracteriza-se pela falta de informações estruturadas, pela inferência das necessidades vivenciadas tanto pelos usuários quanto pelos profissionais atuantes e pela impossibilidade da equipe de planejar totalmente a assistência oferecida, terminando sempre com a prescrição do médico (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Nesta perspectiva, a situação de atendimentos não programados conta com inúmeras filas formadas nas recepções das unidades e, acolher a todos se torna uma tarefa árdua e complexa, sem garantias de qualidade no atendimento. Destaca-se a atuação de profissionais sobrecarregados, a não classificação de risco e a baixa resolutividade das ações (ESPERANÇA; CAVALCANTI; MARCOLINO, 2006).

Entretanto, a atenção às condições crônicas, emergentes no Brasil, exige mais que atendimentos imediatistas. O sistema de saúde deve ser proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e proteção da saúde para que os usuários tenham uma atenção estruturada e planejada, por meio de monitoramento padronizado e regular (MENDES, 2011).

Quanto à integralidade do atendimento, o caminhar do idoso na rede torna-se limitado, principalmente, quando este busca o nível secundário. O acesso limitado aos serviços e setores secundários infere negativamente para o aparecimento e desenvolvimento de complicações, sendo fundamental a identificação precoce e o acompanhamento nos setores especializados, visto que a avaliação especializada contribui tanto para identificação precoce quanto para a prevenção de complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Alguns participantes deste estudo relataram a dificuldade encontrada para agendar exames laboratoriais e referenciar idosos diabéticos para o atendimento com o médico endocrinologista.

(...) o endocrinologista também precisava ter mais aqui, já que ele pede um acompanhamento de três em três meses e nós não temos a vaga para oferecer (...) (P2).

Tem a questão da rede secundária. Se o paciente precisa de um exame de laboratório ele tem que ir na Policlínica e a cota é muito pequena (...). Eu estou com trinta encaminhamentos para o endocrinologista, para duas vagas semanais (...) (P13).

A quantidade de vagas com o endocrinologista está muito pequena. São somente duas vagas por unidade e ele não libera o paciente, é só ele quem pode tratar (...) (P28).

(...) Às vezes o médico pede um exame e, para marcar, eles deixam o nome. A resposta só vem depois de dois meses (P30).

(...) levantei às três e vinte da madrugada, cheguei na unidade e já tinha gente para pegar ficha com o endocrinologista (I1).

(...) é pouca ficha que eles dão para o médico (I3).

(...) eu acho custoso é o endocrinologista que só atende duas fichas e na segunda feira (...) (I4).

A busca pelo atendimento especializado por demanda espontânea ou por meio do encaminhamento realizado pelas unidades de ESF é uma constante na rede de atendimentos. O envolvimento de especialistas como suporte às equipes de atenção básica é fundamental, no entanto, esta relação deve ser refletida e balanceada (MENDES, 2011).

A atenção especializada se dá por meio do encaminhamento pelo médico generalista ou médico de família que o faz quando a condição crônica atinge estágios mais avançados. Tratando-se de atendimentos em escala, os médicos especialistas desenvolvem uma assistência de qualidade, entretanto, esta qualidade não se estende para questões relacionadas à prevenção e promoção da saúde, premissas fundamentais para o atendimento em condições crônicas (STARFIELD, 2002).

Ademais, a relação entre médicos especialistas e generalistas deve se assentar em uma comunicação contínua, dentro do sistema de referência e contra referência, por meio da troca de informações importantes para assegurar a continuidade da assistência. O médico da atenção primária deve consultar o especialista, quando houver dificuldades para o diagnóstico, metas de tratamento não atingidas e diante da necessidade de um tratamento muito especializado (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

A cultura de valorização dos equipamentos e especialidades, assim como o perfil fragmentado do sistema de saúde brasileiro, justificam a procura e os encaminhamentos constantes para o setor secundário de atenção. O que os usuários buscam é uma resolução rápida para seus problemas de saúde, muitas vezes, desencadeados pela condição crônica, com a falsa ilusão de poder remetida pelas tecnologias duras (MENDES, 2011).

Cabe ressaltar que a busca excessiva de médicos especialistas é responsável pela descoordenação da atenção em saúde, visto que o número de procedimentos médicos como exames específicos e consultas aumentam de maneira importante os gastos para o sistema de saúde (CHRISTENSEN et al., 2009).

Outra situação citada pelos participantes deste estudo é a dificuldade de acesso à unidade de saúde, relacionada à localização da mesma que expõe os idosos com DM a riscos diversos, principalmente quando eles têm de buscar fichas durante a madrugada para agendamento de consultas médicas.

(...) é um bairro violento, um lugar propício a não sair de casa. (...) quando eles vêm pegar ficha de madrugada, têm muito medo de serem assaltados (P29).

(...) agora você vê um lugar desses! Eu tenho medo de ficar ali, não tem ninguém essa hora! (I1).

Eu não vou pegar ficha de madrugada não, por que eu não tenho mais idade para isso! (...) ficar lá desde as três horas é muito difícil (...) (I3).

(...) aquela moça traz aqui por que, às vezes eu não posso andar, nem para sair na rua por que eu estive muito mal (I4).

Tinha que ir cedinho para marcar consulta para o mesmo dia, era muito difícil (...) (I7).

(...) eles também deveriam arrumar a entrada da unidade por que está cheia de barro, fica um horror! (I8).

A ESF, enquanto prioritária para reorganização da Atenção Básica, tem como diretriz estabelecer mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento, por meio de organização lógica e funcionamento adequado do serviço. O acesso deve ser facilitado e provido de acordo com as necessidades individuais e coletivas, permitindo que os problemas de saúde sejam resolvidos (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, deve atuar como coordenadora da assistência, guiando a trajetória dos usuários na rede de atendimentos desde seu primeiro contato, por meio de um acolhimento efetivo e de um processo de trabalho que garanta a boa organização dos serviços de atenção primária, de forma a melhorar a universalidade de atendimento (STARDFIELD, 2002).

É preciso que haja articulação entre os setores primários e secundários de atenção. O ponto de partida para a resolução deste problema é a valorização dos saberes diversos encontrados na ESF, assim como a organização do processo de trabalho centrado no usuário que diminuiria as demandas de serviço para o setor seguinte. A busca pelos setores secundários e terciários deve acontecer após reflexão e esgotamento de todas as possibilidades de cuidados ofertados na atenção primária (MENDES, 2011).

Todavia, o que se vivencia na prática assistencial são encaminhamentos desenfreados e sem reflexão. A cultura de valorização das especialidades médicas e equipamentos, bem como a dificuldade dos profissionais em realizar o diagnóstico e conduzir as complicações, justificam a busca incessante pelos especialistas tornando a ESF um meio intermediário para conseguir consultas, exames e procedimentos no nível secundário da rede.

Assim, o idoso com DM encontra grandes obstáculos ao percorrer a rede hora pela dificuldade de acessar o serviço, hora pela limitação no sistema de referência e contra referência. A ESF, que deveria atuar como porta de entrada e ser efetiva no acompanhamento e controle das condições crônicas, atua como exportadora de casos agudos ou episódios agudos das condições crônicas para o nível secundário de atenção que, na maioria das vezes, encontra-se indisponível para acolher os problemas enfrentados por estes idosos.

Por fim, é imperativa que haja uma mudança substancial no processo de atender em saúde. As condições crônicas, como o DM, requerem mais do que encaminhamentos a especialistas inacessíveis, elas requerem acolhimento, escuta ativa, vínculo, consideração do usuário, enquanto agente de seu cuidado e um acompanhamento efetivo capaz de proporcionar bem estar e qualidade de vida aos idosos.

6.2.2 Atendimento ao idoso com DM: do real ao ideal

No atendimento ao idoso com DM, entre o real e o ideal, foram identificadas duas subcategorias. A primeira trata-se da “Resistência ao modelo de atenção biomédico”, confirmando a persistência do paradigma hegemônico de assistência. A

segunda contempla “O processo de trabalho na ESF e o idoso com DM” revela os principais aspectos do atendimento ao idoso com DM na ESF.

6.2.2.1 Resistência ao modelo de atenção biomédico

O conceito de modelo de atenção em saúde o modelo assistencial relaciona-se às combinações de tecnologias, materiais e não materiais, empregadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Nesta perspectiva, envolve as relações entre sujeitos, profissionais e usuários, mediadas por tecnologias diversas, desenvolvidas no processo de trabalho da equipe (PAIM, 2008).

O modelo de atenção em saúde, hegemônico e dominante no Brasil, caracteriza-se pela centralidade nos atos prescritivos e nos procedimentos técnicos desenvolvidos durante a assistência nos serviços de saúde. Além disso, desconsidera as subjetivações dos usuários, valorizando apenas a dimensão biológica do processo de adoecer (MALTA; MERHY, 2010).

Como se baseia prioritariamente na realização de procedimentos técnicos, para controle e acompanhamento das necessidades dos usuários, este modelo assistencial produz custos elevados e crescentes ao sistema de saúde. O foco de atendimento volta-se para solicitação de exames e prescrições de medicamentos o que torna as intervenções desconexas e desarticuladas, reduzindo a eficácia da assistência oferecida (MALTA et al., 2004).

Neste contexto, o modelo de atenção biomédico tem provocado uma intensa crise nos setores e serviços da rede de saúde. Os conhecimentos empregados na assistência baseiam-se prioritariamente nas especificidades da medicina e tal perspectiva não mais atende à demanda crescente de condições crônicas no país, já que estas exigem bem mais que um atendimento voltado exclusivamente ao corpo físico (MENDES, 2011).

Os participantes deste estudo revelaram uma preocupação preponderante com o aspecto biológico do adoecer que remete a uma busca por resoluções rápidas para sinais e sintomas.

(...) a gente orienta quanto ao cuidado com os pés e a cortar as unhas (P3).

(...) tinha uma paciente reclamando que estava sentindo alguma coisa incomodando na boca e o dentista disse que era mentira, coisa da cabeça dela, já que ela não tinha mais nenhum dente (P4).

(...) o problema é só o que eles comem (P26).

(...) os que aderem bem ao tratamento e fazem corretamente veem na data marcada e, na maioria das vezes, são controlados. Os que não aderem ao tratamento sempre têm um efeito colateral, ficam tontos quando andam pela rua, caem e se machucam (...) (P29).

O processo de adoecimento crônico envolve várias facetas vivenciadas pelo adoecido as quais provocam modificações no seu modo de ver e sentir a vida e, nesse sentido, a assistência oferecida deve centrar-se nas necessidades vivenciadas pelo usuário, sejam elas biológicas ou não. Para tanto, é fundamental conhecer as diferenças individuais em termos de doença, ou seja, é preciso conhecer o modo como os sujeitos vivenciam o seu adoecimento crônico. A literatura inglesa nomeia tais experiências de “*Illness*” e “*Disease*”. O termo *Illness* refere-se a um “sentir-se mal” ou um sofrimento percebido, relacionado ao aspecto subjetivo do adoecimento; já o termo *Disease* refere-se a uma condição ou disfunção do organismo ou parte dele que leva ao distúrbio de funções diversas, referindo-se ao aspecto biológico de adoecer (GRAY, 2004).

Assim, uma clínica que se volta exclusivamente para o aspecto biológico da doença não atingirá sucesso no que se refere à eficácia da assistência oferecida, já que a condição subjetiva de sentir-se mal ou sofrer é rotineiramente experienciada pelos portadores de condições crônicas (GAWADE, 2002).

Neste contexto, os profissionais que se dedicam ao setor primário de atenção devem compreender que muitos problemas não podem ser classificados segundo uma nomenclatura padrão e, assim, desenvolver um olhar além de disfunções e anomalias biológicas, sendo capazes de gerenciar situações que nem sempre se referem a uma etiologia ou patogênese (MENDES, 2011).

Dialogando com as premissas do modelo biomédico, o atendimento acontece baseando-se na queixa apresentada, decodificada e transformada em uma conduta medicalizada, com prescrições de remédios e atitudes descontextualizadas que nem

sempre são seguidas e nem sempre interferem positivamente na saúde dos usuários (FORTUNA et al., 2005).

O atendimento centralizado no profissional médico e em suas prescrições, foi relatado pelos participantes deste estudo como segue em alguns depoimentos.

(...) Quando a Dra. vê um paciente descompensado já me chama e pede para que eu faça o controle mais vezes (P2).

(...) uma coisa que nos difere bastante das outras unidades é que a nossa médica é muito participativa (P5).

(...) e quando falta o médico eles ficam doidinhos! (P26).

(...) eu vou lá é para buscar a receita! De vez em quando tem que passar no médico e, dessa vez, ele me pediu muitos exames (...) (I2).

(...) a gente vai lá para olhar a pressão e passar no médico (I3).

(...) eu vou para pegar a receita e, com essa enfermeira nova eu nunca passei (I4).

(...) ir lá para consultar, trocar a receita e pegar os remédios (I9).

É sabido que o desenvolvimento da assistência nos setores e serviços de saúde baseia-se no atendimento do médico e em sua prescrição. Tal fato tem cunho histórico e refere-se ao monopólio de um saber específico por esta classe de profissionais, bastante interessante para os sujeitos já que se refere ao cuidado com sua saúde e doença, o que sustenta a cultura de valorização social deste profissional (PEDUZZI, 1998).

O atendimento médico nas Unidades Básicas de Saúde e ESF é fragmentado e centra-se nas consultas de curta duração, conhecidas como “consultas de 15 minutos”. Este perfil de atendimento desencadeia a compreensão deficiente das orientações médicas e, conseqüentemente, o não seguimento da terapêutica, fato que limita o desenvolvimento de cuidados adequados tanto em condições agudas quanto em condições crônicas (SCHILLINGER et al., 2005).

Além disso, a centralidade do trabalho em apenas um profissional torna o sistema de atenção limitado, já que este dedica grande parte de seu tempo para atender usuários de baixo risco que poderiam, com o apoio do setor, desenvolver o

autocuidado, gerando melhores resultados e uso consciente dos recursos (MENDES, 2011).

As condições crônicas de saúde, que demandam intensas modificações no desenvolvimento da clínica, almejam que a centralidade da assistência seja o próprio usuário do serviço e não o médico que o atende. Quando este usuário procura ajuda dos serviços de saúde, não está simplesmente atrás de um exame, mas sim de soluções. Ele busca nas relações de confiança, construídas com os profissionais, o entendimento e a escuta para seu problema, assim como a certeza de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida, será objeto das intervenções nos serviços de saúde (MERHY; CECÍLIO 2003).

Portanto, ainda que o saber do médico seja de grande importância para o desenvolvimento da assistência, é preciso valorizar e ressaltar a relevância ímpar da integração de saberes, por meio da atuação de uma equipe interdisciplinar, comprometida com o atendimento integral ao usuário e à comunidade. Assim, o trabalho em equipe é premissa fundamental e que tem como objetivo a geração de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, por meio de práticas que se reconstróem diariamente, na busca pela transformação da realidade na qual estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Ainda nesta vertente, o trabalho do profissional médico no setor primário de atenção, guia-se pela fragmentação, com extensa prescrição de medicamentos e solicitações exageradas para exames. Tal realidade foi identificada neste estudo por meio dos depoimentos dos participantes:

(...) outras medidas não abaixam o nível de glicose. Além disso, os idosos não acreditam que tem diabetes e você tem que pedir uma hemoglobina glicada para provar a eles que estão doentes (P6).

(...) quando a Dra. prescreve que a glicemia não está controlada, já prescreve logo a insulina (P2).

(...) se o paciente estiver controlado eu peço exames e trato aqui mesmo. E ele adere ao tratamento eu peço exames de rotina, como a glicemia e a hemoglobina glicada (...) (P29).

(...) da última vez ele me pediu muitos exames, tomografia, infecção, preventivo... (I2).

(...) na consulta com o médico é ele lá e eu aqui. No meu braço ele nem colocou a mão (I7).

(...) a gente fala o que está sentindo e ela já vem com o remédio (I8).

(...) a médica é boa, faz questão que a gente tome o remédio (I10).

O consumo excessivo das tecnologias duras impulsiona um ciclo que gira sempre em torno de novos exames e procedimentos, além da busca permanente do usuário pelo serviço de saúde, já que este não vê seu problema resolvido pelos resultados dos exames. Desta maneira, é preciso que o profissional lance mão de estratégias diferenciadas para lidar com as necessidades trazidas pelo usuário, como os saberes diversos, a capacidade de decisão e o desenvolvimento das relações afetivas (MALTA; MERHY, 2010).

Os idosos com condições crônicas, necessitam de uma assistência que proporcione a eles um acompanhamento contínuo e de qualidade. Assim, é de fundamental importância que ele seja medicado e lhe sejam solicitados os exames de rotina, conforme protocolados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). No entanto, esta abordagem deve ser refletida dentro das necessidades vivenciadas e relatadas por ele, afinal, nem sempre ele busca o serviço de saúde para receber uma prescrição ou um encaminhamento.

Os atendimentos realizados pela equipe da ESF devem desenvolver-se sob a dimensão cuidadora e assistencial com maior uso das tecnologias leves, produtoras de escuta ativa, de confiança e de vínculo, ampliando a capacidade para lidarem com a subjetividade e, desta forma, desenvolverem a integralidade da assistência (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Após a análise das falas dos participantes deste estudo, é possível afirmar que há maior valorização da assistência curativa, baseada nos procedimentos técnicos e rotinas, em detrimento da prevenção e promoção à saúde, pilares fundamentais para a atenção à saúde no setor primário.

(...) se você marca uma consulta preventiva ninguém vem, não é do interesse deles (P1).

(...) implementar uma cota de exames seria interessante (P2).

(...) a gente verifica a glicemia no começo e, se estiver alterada já encaminha para a médica (P5).

(...) os Agentes Comunitários seguem as prioridades, eles olham as receitas, olham o cartão (P10).

(...) eu acredito no atendimento individual e tenho muita dificuldade em formar grupos (P13).

(...) aqui somente quando as coisas acontecem de verdade é que se tomam as providências (P22).

(...) é bom que quando eles frequentam o grupo já olham a glicose e a pressão e, fica tudo certinho (P25).

(...) quem me atendeu foi um médico muito bom, mas ele falou para eu não fazer atividade física na unidade (I3).

(...) quando eles veem na minha casa perguntam como está o diabetes e a pressão (I5).

(...) eu vou lá para pesar, olhar a pressão e o diabetes (I7).

(...) o maior problema que eu enfrento é a insulina (I8).

A ESF é atualmente o principal meio de regulação e transformação da Atenção Básica no país e deve atuar em proximidade com os usuários do serviço. Somente assim será possível desvelar os nós críticos que limitam o alcance do bem-estar e da qualidade de vida em usuários com condições crônicas. Para tanto, é preciso que este cenário acolha o usuário e oriente sua assistência sob os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação, considerando os usuários em suas necessidades individuais e inseridos em um campo social (BRASIL, 2011).

Portanto, torna-se chave a substituição do processo assistencial atual, centrado em procedimentos fragmentados, por outros processos que se pautem pela responsabilização, vinculação e o cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Para tanto, é preciso considerar o conceito de integralidade da assistência, que envolve ações de promoção da saúde, de prevenção dos fatores de risco, de assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença. Ater-se apenas à prática curativa baseada em procedimentos, sem considerar o

processo natural da doença, não proporcionará sucesso no controle e acompanhamento de idosos portadores de diabetes (CAMPOS, 2003).

Ademais, a assistência contínua deve articular cuidados preventivos aos cuidados de rotina, incluindo a gestão de medicamentos, a avaliação periódica do estado de saúde, o estímulo ao autocuidado, as mudanças de comportamento e estilo de vida e o emprego eficiente das práticas educativas (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001). Os atendimentos em grupos surgem como importantes estratégias de promoção à saúde, já que promovem interações produtivas entre sujeitos, sejam eles equipe e usuários e, usuários entre si (MENDES, 2011).

Os idosos foram vistos pelos profissionais, participantes deste estudo, como incapazes de controlar sua situação de saúde, o que os leva a menosprezar ações de estímulo ao autocuidado. As falas apresentam uma perspectiva de desvalorização da cultura e dos saberes trazidos por estes idosos limitando, assim, o processo de interação entre profissionais e usuários.

(...) tem a questão dos tratamentos alternativos que eles usam muito aqui e, isso pra gente é uma questão muito difícil (P2).

(...) a gente lida muito com queixas e, eles não aderem bem ao tratamento. São pacientes de outras épocas e têm essa cultura mesmo (P4).

(...) isso acontece por que eles não são bem esclarecidos e, ainda são idosos (P21).

(...) a maioria deles aqui não aderem ao tratamento por que são muito mal orientados (P29).

(...) o médico falou que quando a gente fica velha enfraquece mesmo (I1).

Os sistemas fragmentados de atenção destituem os usuários com condições crônicas da posição de agentes de sua própria saúde, que limita sua autonomia e capacidade para cuidar da própria vida. Muitas vezes, estes usuários não são ouvidos pelos profissionais e, assim, não participam ativamente das tomadas de decisões relativas ao seu controle e acompanhamento (GROL et al., 2000).

Por outro lado, a atenção centrada no usuário preza a dignidade, o respeito, o compartilhamento de informações, a participação e a colaboração do usuário. Desta maneira, as equipes devem respeitar as escolhas dos sujeitos e suas famílias, bem

como incorporar ao plano de cuidados os conhecimentos, as crenças e as características culturais (MENDES, 2011). A construção de uma agenda comum, ou uma aliança terapêutica, prevê a troca de informações, o compartilhar de decisões e o estabelecimento de relações de confiança entre o usuário e o profissional que o acompanha (BODENHEIMER; GRUBAMCH, 2007).

Neste contexto, o autocuidado, definido como prestação de cuidados educacionais e intervenções de apoio para aumentar a autoconfiança e habilidades de usuários dos sistemas de atenção para gerenciarem suas condições de saúde, torna-se peça chave para proporcionar autonomia e controle ao portador de condições crônicas e deve ser apoiado pela ESF (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003). Ademais, o autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que usuários com condições crônicas conhecem tão bem sua condição quanto os profissionais de saúde que o atendem nas unidades e, assim possuem, plena capacidade para cuidar de si (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

Desta forma, a educação em saúde desenvolvida com objetivo de promover a saúde e prevenir agravos, surge como mola propulsora para o autocuidado. Estas intervenções referem-se às combinações de experiências de aprendizagem, direcionadas para facilitar ações voluntárias que contribuem para o estado de saúde. Enfatiza, ainda, a importância de integrar múltiplos fatores comportamentais com múltiplas experiências de aprendizagem, por meio de uma abordagem intencional e sistematizada (CANDEIAS, 1997).

No entanto, este estudo identificou que as ações educativas desenvolvidas no âmbito da ESF acontecem de maneira vertical que impõem condutas e rotinas sem, contudo, promover reflexão e mudança nos hábitos:

(...) a gente explica e explica, mas parece que não entra na cabeça deles (P1).

(...) os profissionais do NASF veem aqui, fazem uma reuniãozinha, uma palestrinha e pronto (P2).

(...) a gente pega no pé para eles tomarem a medicação certa e, quando não veem na unidade, a gente vai atrás, puxa a orelha e faz vir (P23).

(...) a gente também realiza palestras aqui (P26).

A educação em saúde, direcionada aos usuários com condições crônicas, é responsável por aumentar as habilidades de comunicação entre os membros da equipe e destes com os usuários do sistema. Além disso, remete maior participação do usuário em seu controle por meio do autocuidado que infere na redução da ansiedade e satisfação com a atenção compartilhada (BIEBER et al., 2006). Neste sentido, as práticas educativas configuram um espaço de reflexão e ação, fundamentado em saberes científicos e populares, culturalmente significativos, sendo capaz de provocar mudanças individuais e coletivas, assim como contribuir para a transformação social (MACHADO et al., 2007).

Outro aspecto relaciona-se às equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que deveriam desempenhar um papel fundamental para promoção da saúde, por meio das práticas educativas. A composição multidisciplinar permite a ampliação de conhecimentos na hora de ensinar, no entanto, o cuidado longitudinal característico do seu processo de trabalho, já que estes não fazem parte do quadro permanente de profissionais na ESF, não lhes permite a criação de vínculos de confiança e proximidade e, tal situação limita o desenvolvimento efetivo da educação em saúde (BRASIL, 2009).

Portanto, é preciso refletir a real intenção de se desenvolver práticas educativas na saúde da família para que estas não se transformem apenas em mais uma atribuição de agenda. Os idosos com DM necessitam bem mais do que informações prontas e prescrições de hábitos e condutas e, desta forma, a equipe deve integrar seus saberes aos saberes trazidos da comunidade, contribuindo para implementação efetiva, integral e humanizada das práticas de educação em saúde (OLIVEIRA et al., 2009).

O atendimento em grupo, com objetivo de oferecer informações por meio da interação, do diálogo e do estímulo ao autocuidado, deve se tornar uma rotina nas unidades. É fundamental que nestes espaços os usuários sejam encorajados a participar, tenham suas opiniões consideradas e um entendimento completo do assunto abordado, por meio da escuta ativa e do agendamento prévio, para que todos se sintam acolhidos e importantes com suas contribuições (MENDES, 2011).

A atenção centrada no usuário demanda uma modificação radical em relação aos modelos convencionais onde a equipe de profissionais sabe tudo e o idoso com DM não sabe nada. Não são os profissionais, prescritores absolutos, que monopolizam o conhecimento sobre o que os usuários sentem e necessitam. O que

se almeja é uma parceria entre estes e os profissionais de saúde, com base no reconhecimento, na valorização dos saberes, no desenvolvimento de habilidades e na compreensão das expectativas (MORRISON, 2007).

O modelo biomédico de atendimento dita regras desconexas para atenção voltada às condições crônicas. De um lado, um processo de trabalho centrado no médico, nos procedimentos e na verticalização de relações; do outro lado uma população de idosos com DM que demandam proximidade, escuta, vínculo e continuidade de atendimento. Este desencontro desfavorece o desenvolvimento de uma assistência de qualidade no que se refere ao controle e acompanhamento permanentes.

Não se faz coerente, nos dias de hoje, a manutenção de um modelo de atenção que desconsidere tantas peculiaridades aliadas a uma condição de saúde tão sensível. É preciso que os processos formativos e de educação permanente voltem seus olhares a esta nova realidade e proporcionem conhecimentos mais ampliados do processo saúde-doença, considerando não apenas as modificações nos sistemas corporais, mas também as subjetividades que envolvem o acometimento crônico, na busca de desenvolver um processo de trabalho centrado no usuário, em suas perspectivas e necessidades.

6.2.2.2 O processo de trabalho na ESF e o idoso com DM

Desde o ano de 2013, as ações e intervenções de saúde para a pessoa com condições crônicas são subsidiadas pelas diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, promulgada pela Portaria 483, de primeiro de abril de 2014. Os objetivos da Rede incluem o desenvolvimento da atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, por meio de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Objetiva, ainda, impulsionar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde e, para prevenção do desenvolvimento das condições crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014b).

Para tanto, as Linhas de Cuidado são instituídas para direcionar o caminho a ser percorrido pelo usuário na rede. Estas expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos para atender às necessidades dos usuários por meio da estratificação de risco e, definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da rede (nível primário, secundário e terciário) bem como nos sistemas de apoio (FRANCO, 2003; MENDES, 2011).

Conforme preconiza o Ministério da Saúde e, especificamente para o controle do DM, é necessária a interação de diversos fatores e condições que favoreçam o acompanhamento destes usuários. Além do controle glicêmico, deve-se enfatizar e estimular o desenvolvimento do autocuidado por meio de uma prática educativa sistematizada e permanente, entre os profissionais de saúde e os usuários, com a finalidade de implementar e qualificar a assistência e o cuidado oferecidos (BRASIL, 2014b).

Neste sentido, o processo de trabalho a ser desenvolvido na ESF, para o atendimento ao idoso com DM, deve seguir as premissas estabelecidas pela legislação que subsidia o funcionamento da rede. Tais premissas incluem o cadastramento, o registro por condições de saúde, a estratificação do risco (para pessoas com condições crônicas) por meio das ferramentas de gestão clínica. Para as condições agudas, o Protocolo de *Manchester* deverá ser empregado e, assim, viabilizar o tempo de atendimento nas unidades de saúde (MENDES, 2011).

Entretanto, os dados deste estudo apontaram que as ações e intervenções desenvolvidas pela equipe de saúde assumem um caráter técnico e estritamente centrado no atendimento ao corpo biológico que distancia a perspectiva integral dos atendimentos em saúde:

(...) durante a visita eu peço para olhar as receitas, confiro os remédios, oriento sobre a dieta e sobre a consulta no final do mês (...) (P1).

(...) o que é insulino dependente passa de dois em dois meses, e com o médico também é nessa faixa. E o diabético que tem hipertensão e faz uso de hipoglicemiante oral, ele já vem de três em três meses, aquele que tem diabetes e não tem hipertensão, ele vem de quatro em quatro meses, aquele que tem diabetes, mas faz somente a dieta, vem de seis em seis meses (...) (P2).

(...) controle de rotina! Os que estão tendo sinais e sintomas eu peço para vir mais vezes (...) P8.

(...) a gente faz aplicação de insulina e observa a data de vencimento e se está armazenada na geladeira corretamente e, se a glicose estiver alta a gente orienta. Aqui fazemos mais é a parte de procedimentos mesmo(...) (P13).

(...) a gente recepciona, faz a glicemia, olha a pressão e pergunta se está sentindo alguma coisa. Se a glicemia estiver descontrolada a gente encaminha para o médico (...) (P22).

(...) o meu é o controle do Hiperdia, ou seja, ele vem uma vez por mês e eu oriento quanto a alimentação, verifico a glicemia e a realização de atividade física, oriento sobre a insulina e agendo consulta com o endocrinologista (...) (P28).

(...) eu vou no postinho pegar ficha pra poder consultar, pra eles me mandarem lá pra baixo, na policlínica com o cardiologista e com o endocrinologista (I1).

(...) tem também aquela consulta que a gente vai para medir o açúcar, de três em três meses e para pegar o encaminhamento também (I3).

(...) eu vou lá quando estou precisando de algum remédio ou quando tem que trocar a receita, por que ela dura seis meses ne? (I9).

A ESF, idealizada como principal forma de reorganização da Atenção Básica no Brasil, apenas conseguirá exercer seu papel se fundamentar-se em ações e intervenções mais amplas que atendam integralmente as necessidades dos usuários. Mendes pontua sete requisitos básicos para que este nível alcance resolutividade e qualidade nos atendimentos, sendo eles: ser porta de entrada preferencial do usuário nos serviços da rede, promover assistência e cuidado longitudinais, atender os usuários sob a perspectiva da integralidade, ser coordenadora da rede, guiando os passos dos usuários pelos serviços e setores, focalizar a família, enquanto alvo principal das ações e intervenções de saúde, desenvolver ações sob o olhar social e comunitário e, por fim, desenvolver competência cultural a fim de incluir saberes e culturas diversas como fatores importantes para o desenvolvimento das condições crônicas de saúde (MENDES, 2012).

Acrescenta Mendes (2012), que cabe à ESF desenvolver a resolubilidade, ou seja, atender e resolver mais de 85% dos problemas de sua população; desenvolver a comunicação que expressa o exercício de centro de interlocução da rede por meio

da ordenação dos fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações entre os diferentes componentes da Rede. Por fim, cabe à ESF responsabilizar-se, o que implica no conhecimento e no relacionamento com a população adstrita, assim como no exercício da gestão de base populacional e da responsabilização econômica e sanitária por esses usuários.

A fragmentação da assistência com atendimento exclusivo aos sinais e sintomas, limita o alcance das ações de saúde principalmente no que se refere às intervenções de promoção e prevenção de agravos. É preciso que as linhas de cuidado não se atenham apenas à doença, mas sim avaliem integralmente as necessidades do usuário já que comumente o DM está associado a outros fatores de risco (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, é preciso resgatar a dimensão cuidadora proposta por Merhy. Idosos com DM demandam uma clínica centrada em suas necessidades e que favoreça a criação de um espaço para a produção de relações partilhadas, na qual impera um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir superando a supremacia dos procedimentos técnicos (MERHY, 1998).

Dentre os princípios que orientam o processo de trabalho da ESF no atendimento ao usuário com condições crônicas destacam-se a Estratificação de Riscos e Gestão de Casos que significa reconhecer os diferentes graus de risco e vulnerabilidade e gerenciar as intervenções de acordo com as diferentes necessidades dos usuários a partir de uma perspectiva longitudinal e contínua da assistência (BRASIL, 2014b).

É possível inferir que as ESF participantes deste estudo não realizam a classificação de risco durante os atendimentos dos idosos portadores de DM nas unidades, quando estes buscam atendimentos e/ou encaminhamentos. A gestão de casos também não é uma realidade nessas equipes, o que fortalece o paradigma fragmentado e curativista dos atendimentos:

(...) para a vaga do Hiperdia, a pessoa não pode estar com queixas e, o idoso sempre tem queixas. A gente tenta priorizar realmente os que têm queixas piores (...) (P2).

(...) a gente procura de acordo com a queixa encontrar alguma coisa melhor (...) (P13).

(...) hipertensos e diabéticos são prioridades, mas o atendimento com a nutricionista é só quando o Dr. encaminha (...) (P26).

(...) as meninas que atendem são muito devagar e, passam os outros na frente (...) (I1).

Os idosos com DM têm diferentes necessidades, anseios e perspectivas o que justifica a estratificação de acordo com o grau de riscos. Mendes (2012) sugere que sejam classificados de acordo com dois critérios: a severidade da condição crônica estabelecida e, a capacidade de autocuidado.

A severidade da condição crônica é resultado da complexidade do problema como sua interferência na qualidade de vida da pessoa e no risco de ocorrer um evento que cause morbidade ou mortalidade. O grau varia de um a quatro e refere-se à presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida para o grau um; condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco, para o grau dois; condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares, para grau três e, por fim, condição crônica muito complexa ou de muito alto risco com presença de agravo estabelecido com grande interferência na qualidade de vida. Recomenda-se estratificar de acordo com o índice de *Framingham* para o acometimento cardiovascular no idoso com DM (BRASIL, 2014a).

Confirma-se em Brasil (2014a) que a estratificação de acordo com a capacidade para o autocuidado é de grande relevância já que aponta as facilidades e limitações para o indivíduo gerenciar sua própria vida e saúde. Propõe-se a operacionalização em termos de suficiente e insuficiente, que dependem do julgamento clínico realizado por um profissional/equipe que conhece a pessoa e o seu contexto social, econômico e familiar.

Para tanto, Stürmer e Bianchini (2012) apontam situações rotineiras que indicam a capacidade insuficiente para o autocuidado. Tais situações envolvem pessoas com dificuldade de compreensão de sua condição crônica e com expectativa de cura ou controle em curto prazo; usuários com dificuldade de compreensão das necessidades farmacológicas e de um plano de cuidados em médio e longo prazo; usuários não demonstram interesse em realizar mudanças nos próximos meses; baixo suporte social devido à ausência de apoio familiar, problemas familiares e dificuldades socioeconômicas; baixa auto eficácia, isto é, usuários que não acreditam em si

mesmos; usuários com postura reativa às suas condições crônicas que reduzem a sociabilidade e tornam-se reclusos; usuários que abandonam o acompanhamento por não atingirem as metas e, presença de depressão grave com prejuízo no desempenho das atividades diárias.

A avaliação da capacidade de autocuidado é dinâmica e depende da postura desenvolvida pelo usuário diante da condição crônica e é desejável que aqueles com capacidade insuficiente para o autocuidado progridam para um grau suficiente. No entanto, estes usuários somente alcançarão um grau satisfatório para auto cuidar-se se os profissionais das equipes de ESF apoiarem esta mudança por meio da Educação em Saúde, facilitada pela criação de vínculos de proximidade e responsabilização mútua (BRASIL, 2014a).

A classificação de risco é base para o gerenciamento da assistência por meio da Gestão da Condição de Saúde. Esta se caracteriza por um processo de gerenciamento de um fator de risco ou de uma condição patológica já estabelecida por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e assistenciais com objetivo de alcançar bons resultados clínicos e reduzir os riscos para profissionais e usuários, contribuindo para qualificação da atenção em saúde (MENDES, 2011).

Outra questão bastante relevante identificada por este estudo, refere-se à sobrecarga de trabalho dos profissionais membros da ESF. Os depoimentos revelam que os profissionais desempenham atividades que fogem às competências propostas pela legislação vigente e que interferem no desenvolvimento efetivo das intervenções e ações de saúde.

(...) o que está faltando é por que estamos sobrecarregados demais (...) (P2).

(...) nós estamos sobrecarregados e, não conseguimos fazer os grupos (P9).

(...) tem muitas atribuições que não são pertinentes ao ACS e isso atrapalha as outras atividades. A gente preenche ficha o dia todo e trabalha em cima de metas (P15).

(...) metas são prioridades e as outras coisas, como os grupos, ficam de lado (P21).

A Portaria 2.488 de 2011 define a composição mínima da equipe atuante na ESF integrada por um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, quatro ACS

e um médico generalista (ou médico de família) e as atribuições comuns e específicas a serem desenvolvidas pelos profissionais membros da ESF. Dentre elas, destaca-se a de garantir da atenção à saúde buscando a integralidade, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. As atribuições não se devem prender apenas ao desenvolvimento das questões técnicas, burocráticas e biomédicas (BRASIL, 2011).

O profissional ACS é o elo mais importante, entre equipe de saúde e população. Nesse sentido, é de extrema importância que sua atuação seja baseada na escuta ativa e na proximidade com os usuários buscando fortalecer os vínculos de confiança para que alcance maiores informações necessárias às intervenções de saúde. Estas intervenções tornam-se secundárias quando este profissional se depara com as fichas a serem preenchidas, as visitas e as metas a serem atingidas (BRASIL, 2009).

Dentre às atribuições dos ACS destacam-se adstrição, cadastramento, orientação das famílias, realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, acompanhamento contínuo, por meio de visita domiciliar mensal, desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população, viabilização de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde e, manutenção de contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2011).

Assim, faz-se fundamental a capacitação do ACS para a atuação junto às famílias cadastradas, por meio da orientação efetiva e da educação permanente com a difusão dos conhecimentos necessários para o desenvolvimento de suas atribuições.

A equipe de Enfermagem atuante na ESF, é composta pelo Enfermeiro e Auxiliar, ou Técnico, em Enfermagem. Ao profissional Enfermeiro compete exclusivamente a realização da consulta de Enfermagem e a realização de procedimentos, como as atividades em grupo. Cabe também a solicitação exames complementares, a prescrição de medicações (conforme protocolo municipal de atendimento) e os encaminhamentos dos usuários a outros serviços, quando necessário e é este profissional que gerencia a unidade de saúde, tornando-se responsável pelos ACS e demais integrantes da equipe (BRASIL, 2011).

Por várias vezes, as atribuições gerenciais distanciam o profissional Enfermeiro do cuidado e da assistência já que estas demandam tempo substancial da sua jornada de trabalho. Além disso, o processo de trabalho limita a sua ação de resolução às necessidades de saúde por falta de mecanismos formais de hierarquização na rede de atendimentos (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Com o acúmulo de funções, o enfermeiro tende a desenvolver as atividades que requerem respostas mais urgentes ficando distante da população. Isto dificulta o desenvolvimento integral e de uma assistência de melhor qualidade que limita o contato frequente e a criação de vínculo com os usuários, inviabilizando o cuidado longitudinal (BARATIERI; MARCON, 2012).

Cabe ressaltar que o trabalho gerencial do enfermeiro deve objetivar a adequação dos processos de trabalho e, isto envolve a supervisão dos membros da equipe, com vistas a desenvolver efetivamente o modelo de atenção preconizado na unidade e, desta maneira, deve transcender à burocracia excessiva (MISHIMA, 1995).

Ademais, a prática do enfermeiro é parte de um trabalho coletivo que tem como finalidade produzir ações de saúde por meio de um saber específico com intervenções contínuas e articuladas entre os demais membros da equipe, na construção de objetos e objetivos comuns de atuação através de uma liderança dialógica e compreensiva (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

O auxiliar ou técnico de enfermagem possui atribuições comuns aos outros membros da equipe e atribuições específicas. Esse atua na equipe de ESF por meio do desenvolvimento de procedimentos técnicos diversos, compatíveis ao seu conhecimento e suas habilidades, assim como participa do cadastramento, das ações educativas e do planejamento estratégico (BRASIL, 2011).

Entretanto, as atividades deste profissional não devem ater-se ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos já que é no âmbito da subjetividade que as necessidades devem ser percebidas, principalmente no atendimento a idosos com DM. Ademais, a essência do cuidado reside na dimensão comunicativa, no sentido da busca do entendimento e no reconhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Ao profissional médico compete realizar atenção à saúde aos usuários sob sua responsabilidade por meio de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na unidade e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, a realização de atividades programadas e de

atenção à demanda espontânea, o encaminhamento, quando necessário, a outros pontos de atenção, indicação de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário, realização e participação nas atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe e, por fim, participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade (BRASIL, 2011).

Todavia, muitas vezes esse profissional atém-se apenas às suas consultas e as suas demais atribuições são desenvolvidas por outros membros da equipe de saúde o que fragiliza o trabalho em equipe e revela pouca participação deste profissional nas ações de promoção e proteção à saúde, destacando sua ação estritamente curativa.

Nesse sentido, entender a atuação multidisciplinar é de grande importância para melhor desenvolvimento do processo de trabalho. A equipe multidisciplinar não é apenas um grupo diferente de pessoas com diferentes profissões atuando em um mesmo espaço por um período determinado. O conceito de trabalho em equipe transcende à essa fragmentação por saberes especializados que implica na construção conjunta de uma visão comum e na busca por resolução dos principais problemas, por meio da atuação compartilhada e da comunicação (MENDES, 2011).

A alta rotatividade dos profissionais, atuantes nas equipes de ESF participantes deste estudo, foi apontada como um fator limitante para o desenvolvimento de práticas e intervenções de saúde mais efetivas. É possível perceber que os profissionais trabalham sob o medo da demissão e da substituição.

(...) e você trabalha assim mesmo, por que se falar alguma coisa eles colocam outra no meu lugar (P15).

(...) a equipe muda muito também. Por exemplo, eles pegam confiança em um profissional e dali algum tempo eles trocam (P20).

(...) tinha que parar o médico! No atendimento também tinha que ser uma menina só, por que cada dia é uma que atende (I1).

(...) eu já passei por dois médicos aqui, por que uma vai embora e vem o outro (I2).

(...) aqui entra e sai muito médico, as meninas que vinham aqui também já saíram (I4).

(...) por que hoje é uma, amanhã já é outra pessoa. Roda muito de menina para atender (I10).

Muitos são os desafios enfrentados pelos profissionais na rotina de trabalho do setor público de saúde incluindo os baixos salários, os diferentes tipos de vínculos empregatícios, as condições precárias das unidades e instituições de saúde, a ausência de incentivos, as condições inadequadas de infraestrutura e a falta de capacitação para os trabalhadores. Esses fatores são responsáveis, em grande parte, pela desistência do trabalho nos setores públicos de saúde movimentando a alta rotatividade dos trabalhadores na ESF (COSTA et al., 2010).

A intensa rotatividade dos profissionais de saúde é um sério problema para organizações em função dos custos gerados à instituição empregadora que requer treinamento intensivo aos novos profissionais, em um curto período de tempo. Ainda nesse sentido, a satisfação pessoal pelo trabalho é o fator mais intimamente relacionado à não permanência nas instituições de saúde (CAMPOS; MALIK, 2008).

Esse *turnover* de trabalhadores, ou seja, o grande fluxo de entrada e saída entre uma organização de saúde e o seu ambiente, origina problemas gerenciais, econômicos e assistenciais para o setor da saúde (CHIAVENATO, 2009).

Um exemplo para problemas assistenciais refere-se à dificuldade para a formação de vínculos de confiança necessários para o desenvolvimento de intervenções de saúde mais eficazes e uma premissa fundamental para a equipe da ESF. Este espaço deve ser empregado para a criação de sujeitos autônomos e responsáveis por sua condição de saúde, fortalecendo as ações de autocuidado. A alta rotatividade dos profissionais interfere diretamente na criação e na manutenção do vínculo entre a equipe de ESF e o usuário (SCHIMIDT; LIMA, 2004).

A criação e fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário deve-se, em grande parte, a atuação do ACS, profissional que mantém contato mais próximo com as famílias por meio das visitas domiciliares e do desenvolvimento de ações coletivas na unidade. Este é um articulador do trabalho em equipe justamente por morar em sua área de atuação, conhecer bem a comunidade e ter maior facilidade de acesso aos domicílios. No entanto, são estes profissionais que deixam ou trocam de unidades com maior frequência (MONTEIRO; FIQUEIREDO; MACHADO, 2009).

Quanto ao profissional médico a alta rotatividade pode ser justificada a partir de três pressupostos, sendo eles: a forma de contratação, o perfil de formação do médico para atuação na ESF e as condições de trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

A falta de médicos com perfil adequado para atuar na ESF é um fator limitante para efetiva implementação do modelo. Os médicos que se mostram disponíveis à contratação são recém-formados e após curto período de tempo, abandonam o trabalho para cursar residência médica. Por outro lado, o setor de recursos humanos elenca médicos jovens e desempregados ou velhos e aposentados com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade (BRASIL, 2002).

Entretanto, para que haja sucesso no processo de trabalho da equipe de ESF é fundamental que os profissionais sejam estáveis e satisfeitos em seu ambiente de trabalho, para que tenham tempo hábil de conhecer a comunidade e suas necessidades participando de sua história e de suas construções (ROBBINS, 2002).

Outro fator limitador refere-se aos processos de contratação que ficam a cargo das Prefeituras Municipais. O gestor pode decidir-se entre contratos temporários e concursos públicos, sendo que a contratação temporária é privilegiada que sustenta diferenças salariais entre cargos e induz à rotatividade na equipe. É possível afirmar que muitos profissionais deixam a ESF devido aos baixos salários e a estabilidade fragmentada vivenciando o risco eminente de desemprego a qualquer momento (MEDEIROS et al., 2010).

Para Baratieri e Marcon (2012), o reajuste salarial e a construção de plano de cargos e carreiras seriam propostas interessantes para motivar os profissionais para o trabalho e estes permaneceriam por mais tempo com a mesma população.

De tal modo, a ESF encontra desafios de grande importância para a afirmação e implementação do modelo de atendimento centrado no usuário e em suas necessidades. O que se vivencia é um processo de trabalho eminentemente técnico, dependente de hierarquias pouco organizadas, com profissionais sobrecarregados e desmotivados o que dificulta a criação de vínculos e o desenvolvimento de uma atenção contínua de qualidade.

Os gestores municipais prezam a quantidade de atendimentos sem contudo atentar-se para a qualidade do que tem sido oferecido principalmente aos idosos portadores de condições crônicas como o DM. Esses usuários têm necessidades peculiares e únicas, que se referem a um cuidado longitudinal por meio do

conhecimento de suas realidades diversas. Uma rede de profissionais que muda a todo momento não pode oferecer-lhes a confiança que eles tanto buscam em seu caminhar assistencial e a fragmentação das intervenções de saúde continua sendo uma constante nos atendimentos, ainda que a há muito tempo se defenda a substituição do modelo assistencial.

Nesse sentido, é de fundamental importância que os gestores, trabalhadores e usuários compreendam a magnitude das novas condições de saúde, ou seja, as condições crônicas presentes no envelhecimento. Já que envelhecer com uma condição crônica é uma situação longitudinal, não se faz coerente que o atendimento seja voltado a uma condição momentânea.

Para tanto, é preciso atentar-se para as necessárias mudanças nos processos formativos e de Educação Permanente com objetivo de formar gestores e profissionais realmente capacitados para o trabalho no setor público de saúde, principalmente na Atenção Primária. Por outro lado, a população necessita compreender o atual paradigma da saúde, ou seja, conhecer os principais aspectos que permeiam o adoecimento crônico com vistas a aprimorar o autocuidado e proporcionar a permanência duradoura desses usuários na comunidade e com suas famílias.

7 O ATENDIMENTO AO IDOSO COM DM NA ESF E O DIALÓGO DESCONEXO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O atendimento ao idoso com DM realizado pelas equipes de ESF é subsidiado por uma série de Políticas Públicas de Atenção à Saúde e envolve desde o rastreamento até a reabilitação de condições crônicas. Neste sentido, a assistência deve ser contínua e contemplar ações de promoção, proteção e prevenção de agravos assim como se desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, por meio da criação de vínculos de confiança e proximidade (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014b).

Considerando o cenário empírico desse estudo percebe-se que a rotina vivenciada tanto pelos profissionais atuantes na ESF quanto pelos idosos com DM, usuários do serviço, é permeada por desafios que limitam a resolutividade e efetividade das ações de saúde desenvolvidas neste espaço. Questões como dificuldade de acesso e morosidade no fluxo dos atendimentos ainda representam os obstáculos encontrados durante o caminhar dos idosos na Rede de Atenção à Saúde.

As intervenções desenvolvidas direcionam-se, preferencialmente, às condições agudas ou episódios agudos de condições crônicas, com prioridade para o atendimento à demanda espontânea, centrado na queixa conduta, o que leva à formação de filas e ao aumento do tempo de espera.

Tais situações são contrárias aos que está preconizado pela Portaria 483/2014 que estabelece as diretrizes para a organização da rede. Dentre as resoluções destacam-se a priorização para atendimentos agendados (demanda programada), o acolhimento e a classificação de risco para a demanda espontânea, ferramentas fundamentais para a triagem na unidade (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014b).

Por outro lado, a morosidade do fluxo de atendimento relacionada à dificuldade de agendamentos para exames e consultas com o endocrinologista, remete à necessidade de construção de diálogos entre os setores primário e terciário de atenção com vistas a refletir criticamente as solicitações de exames e encaminhamentos desenfreados. Cabe também aumentar a resolutividade da ESF por meio da capacitação dos profissionais e valorização da equipe multidisciplinar.

A cultura de enaltecimento das especialidades e equipamentos, com uso prioritário e excessivo das tecnologias duras, é responsável pelo aumento de gastos

nos setores e serviços de saúde que nem sempre resolve os problemas e necessidades dos usuários. É preciso, pois, viabilizar mecanismos de acesso mais coerentes e resolutivos, que alcancem, de maneira integral os anseios da população (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

Destaca-se o Autocuidado Apoiado como importante estratégia baseada nas tecnologias leves para o desenvolvimento da autonomia do idoso a ser implementada no processo de trabalho dos profissionais da ESF. Essa abordagem visa guiar o idoso com DM no controle de sua condição crônica, por meio de pactos, de metas e alcance de resultados estabelecidos, tornando-o ator principal das ações e intervenções de saúde. Para tanto, é preciso que o profissional desenvolva e aprimore habilidades específicas de comunicação e entendimento mútuo por meio intervenções que assumam um caráter colaborativo e empático, com respeito a autonomia e saberes do outro (PARANÁ, 2012).

A principal mudança refere-se ao diálogo e à abordagem dos problemas de saúde vivenciados onde o profissional é detentor absoluto do conhecimento e tenta persuadir o usuário a adotar um comportamento mais saudável, baseando-se nos argumentos e conhecimentos científicos e situações que geram medo e ansiedade. O Autocuidado Apoiado prevê a orientação e controle para que o usuário sinta-se capaz de alcançar metas acordadas com o profissional da ESF respeitando suas necessidades, seu tempo e sua disponibilidade.

Tratando-se de diálogos transformadores, Habermas (2003) afirma que a fala e a conversa somente terão êxito se ambos participantes harmonizarem internamente seus planos de ação e, assim, buscarem suas respectivas metas sob a condição de acordo que deve considerar as tradições dos sujeitos, os grupos sociais aos quais pertencem e os processos de socialização que os guiam. Nesse sentido, valores, competências e culturas baseiam o agir a partir da comunicação e este influencia na produção ou renovação de relações interpessoais tornando o diálogo uma concordância normativa por meio da confiança recíproca.

Os problemas vivenciados durante o atendimento ao idoso com DM são intimamente relacionados à persistência do modelo assistencial biomédico, hegemônico em todos os setores e serviços de saúde. A ESF, em suas bases históricas é a principal idealização para promover as mudanças almejadas (BRASIL, 1994; BRASIL, 1997; BRASIL, 2011). No entanto, esse propósito não tem sido amplamente alcançado.

O principal foco das ações de saúde continua sendo as alterações fisiológicas e o controle de sinais e sintomas decorrentes da condição crônica por meio das consultas médicas e das medicações. Assim, os usuários buscam as unidades de ESF como intermediário para a troca de receitas e encaminhamentos para o setor secundário de atenção, tornando-se dependentes das ações e disponibilidades do serviço.

Todavia, o Chronic Care Model (CCM) discorda desse imediatismo e ressalta a importância do controle contínuo e da prevenção de complicações por meio das ações de estímulo ao autocuidado e a autonomia, apoiados pelos profissionais por meio de ações educativas reflexivas. Afinal, quem convive com uma condição crônica deve ser plenamente capaz de reconhecer a melhor forma de alcançar qualidade de vida e, portanto, o conhecimento e apoio são fundamentais (BRASIL, 2014a).

Ainda nesse contexto, o processo de trabalho a ser desenvolvido pelas equipes de ESF deve ter o usuário em sua centralidade e desenvolver-se sob a ótica da proximidade, da escuta, do vínculo, do respeito às adversidades e da valorização cultural com objetivo de superar as relações verticalizadas e a supremacia técnica presente nas instituições de saúde. É preciso, pois, reiterar a dimensão cuidadora nas práticas assistenciais e devolver a humanização às intervenções de saúde, diante as condições crônicas (MERHY, 1998).

Atender aos idosos com DM vai muito além de procedimentos técnicos e engessados que representam uma importante desconexão entre as diretrizes preconizadas pelas Políticas Públicas de Atenção à Saúde e a produção do cuidado a esses usuários. Esse descompasso transforma a Rede de Atenção à Saúde num caminho de idas e vindas sem fim e sem por que.

Para que a mudança paradigmática seja alcançada e as condições crônicas tenham melhor gerenciamento pelos profissionais de saúde e pelos idosos com DM, é preciso implementar propostas gestoras e formativas.

No que se refere à gestão, é preciso maior compreensão do atual cenário epidemiológico principalmente no que se refere às condições crônicas instaladas no país e apoio à missão da ESF, com valorização dos profissionais, oferecimento de melhores condições de trabalho, definição dos processos de contratação, criação de planos de salários e carreiras mais justos. Essas ações são responsáveis pela motivação e influenciam na diminuição da rotatividade (ROBBINS, 2002; CHIAVENATO, 2009) o que conseqüentemente potencializa a criação de vínculos com os usuários e a qualificação das práticas assistenciais.

Quanto à formação de recursos humanos para atuarem na ESF é de fundamental importância que os currículos da graduação abordem de maneira mais ampla o processo saúde-doença transcendendo às abordagens fisiopatológicas exclusivas. O futuro profissional deve ser capaz de articular sinais e sintomas às subjetividades que permeiam o adoecer crônico, situação mais prevalente no país e que merece, portanto, um olhar mais apurado por parte do serviço de saúde.

A Educação Permanente deve ser empregada com vistas a capacitar a equipe para atuar na comunidade respeitando especificidades e diferenças entre os sujeitos. É preciso estimular objetivos comuns entre os membros da equipe por meio do diálogo, da troca de conhecimentos e da liderança compartilhada.

A busca por um sistema de saúde mais acessível e integral é postulada e afirmada em todas as Políticas Públicas de Atenção à Saúde, no entanto, os nós críticos encontrados no Processo de Trabalho das equipes de ESF revelam a incoerência entre as diretrizes e o que realmente tem sido feito nos serviços de saúde.

Desvelar, por fim, os principais entraves para que haja efetiva execução das Políticas Públicas de Saúde é a principal estratégia para refletir e viabilizar ações conjuntas entre gestores, profissionais e usuários, na busca de implementar serviços e ações de saúde, tornando-as integrais e baseadas centralmente nas necessidades trazidas pelos usuários, famílias e comunidades.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados empíricos coletados por meio dos grupos focais e entrevistas, permitiu a compreensão de como se desvela o processo de trabalho dos profissionais das equipes de ESF no atendimento ao idoso com DM. A dinâmica das informações obtidas proporcionou vislumbrar como a ESF se articula na rede para atender às necessidades dos usuários, buscando diariamente a superação de limitações que colocam em xeque a permanência do modelo biomédico de atendimento, ainda que grandes tenham sido as forças para romper esse paradigma. Assim, pontuam-se algumas considerações finais que respondem ao objetivo deste estudo.

A Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Condições Crônicas objetiva desenvolver um olhar totalizante para as práticas de cuidado e assistência na rede buscando uma integralidade longínqua de se alcançar, já que os processos formativos de recursos humanos ainda pontuam principalmente os conhecimentos fragmentados do corpo biológico e suas alterações e tais conhecimentos são aplicados na prática, sem a inclusão de outras ciências indispensáveis à compreensão do processo saúde-doença e adoecimento crônico.

Neste cenário bastante controverso, os usuários com condições crônicas não recebem o atendimento precípuo para controle eficaz e prevenção de complicações, perspectiva confirmada por meio dos depoimentos que apontam as dificuldades vivenciadas na rotina de atendimentos por profissionais da saúde e idosos com DM. Os principais entraves voltam-se ao perfil exclusivamente técnico das práticas assistenciais com maior número expressivo para a demanda espontânea e implementação de práticas educativas verticalizadas, incapazes de promover autonomia e autocuidado.

Por outro lado, os idosos buscam a unidade de ESF apenas na presença de sinais e sintomas percebidos por eles ou por seus familiares, destacando o perfil curativista das práticas de saúde. A consulta médica é o atendimento mais requisitado e a procura por encaminhamentos para o endocrinologista é uma constante nas recepções e salas de espera.

Os pontos intercessores dos depoimentos revelam a dificuldade de acesso às unidades no que se refere à localização em bairros violentos e a estrutura física

danificada. A ausência de critérios para classificação de risco, durante os atendimentos nos setores da unidade, foi um problema relatado pelos idosos com DM. Essa situação é responsável pela formação de filas e aumento do tempo de espera nas recepções fragilizando os princípios da universalidade e acessibilidade.

Além disso, o desconhecimento do papel e dos princípios da ESF enquanto setor da rede e a supervalorização das especialidades e equipamentos, leva a uma procura desenfreada por exames e tecnologias duras diversas refletida no grande número de encaminhamentos e, conseqüentemente, na sobrecarga do setor secundário.

Paralelamente, as práticas de promoção à saúde são substituídas pelas práticas curativas já que os atendimentos pautam-se no controle dos sinais e sintomas e das complicações da condição crônica, guiadas pelas prescrições do médico, que assume postura centralizadora no processo de trabalho. Horários, agendamentos e outras atividades giram em torno da disponibilidade deste profissional o que descaracteriza o trabalho em equipe e a atuação multidisciplinar.

A desmotivação, os contratos temporários, a sobrecarga e a desigualdade de salários são responsáveis por impulsionar a alta rotatividade dos profissionais e desencadear importantes problemas assistenciais e gerenciais, incluindo a formação de vínculos, estratégia imperativa para o desenvolvimento do cuidado contínuo e os gastos do sistema com novas contratações e treinamentos.

Assim, considerando a amplitude e singularidade das condições crônicas atreladas ao envelhecimento populacional, fica evidente a necessidade de implementação e reorganização dos serviços de saúde. A mudança do paradigma assistencial não deve ser uma constante exclusiva das publicações ministeriais ou legislativas, mas sim tornar-se prática do dia a dia de atendimento e cuidado oferecidos nas unidades de ESF.

Fazer mais do mesmo, ou seja, oferecer apenas alívio imediato a quem terá de conviver com uma condição permanente não é a melhor estratégia para controlar as condições crônicas. O perfil desses acometimentos demanda uma vinculação para além dos consultórios, com responsabilização ativa dos profissionais e usuários, na busca de qualidade de vida durante o envelhecimento e adoecimento.

O agir deve envolver a escuta, o diálogo, a proximidade, a horizontalidade e o respeito nas relações com objetivo de preparar o idoso com DM para cuidar de si e

gerenciar a sua vida por meio dos conhecimentos e valores que ele possui, agregados à cientificidade específica para a situação.

Nesse contexto, os profissionais da ESF devem desenvolver habilidades de comunicação para o trabalho em equipe alçando voos em direção à interdisciplinaridade com valorização das classes e saberes diversos em prol de um atendimento integral.

É preciso que a ESF se fortaleça enquanto coordenadora da rede e assuma seu papel sem esconder-se atrás das especialidades, mas mostrando-se a frente das tomadas de decisões como guia dos caminhos percorridos pelos usuários na Rede e precursora do cuidado permanente, contínuo, humanizado e de qualidade.

Este estudo proporcionou uma reflexão aprimorada do verdadeiro papel assumido pela ESF a partir da convivência com atores do cenário empírico, no cuidado ao idoso com DM e de como o processo de trabalho tem contribuído para a atuação da equipe de saúde no controle dessa condição. Analisar tal temática sobre a perspectiva da Hermenêutica Dialética permitiu a identificação de dificuldades enfrentadas e o apontamento dos caminhos a serem trilhados, tanto por profissionais quanto pelos idosos.

A implementação de relações entre profissionais e usuários deve ser a mudança almejada, no intuito de construir e consolidar um processo de trabalho centralizado nas necessidades dos usuários e suas percepções de vida. Ademais, devolver a dimensão cuidadora à assistência oferecida por esses profissionais é uma prerrogativa fundamental que deve ser estimulada nos setores gerenciais assim como nas equipes diretamente ligadas ao cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, J. S; Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev. Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, v. 16, n. 9, p. 39-52, 2005.

ARAÚJO, F. M. **Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família no município de Campina Grande- PB**. 2004. 79f. Monografia (Especialização) – Departamento de Enfermagem, UEPB, Campina Grande, 2004.

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 21, n.3, p. 549-57, 2012.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Coleção Pesquisa Qualitativa/ Coordenada por Uwe Flick.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C. **Metodologias de avaliação em políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2000.

BIEBER, C. et al. Long term effects of a shared decision making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative follow up of randomized controlled trial. **Patient Education and Counseling**, v. 63, p. 357-366, 2006.

BODENHEIMER, T. GRUMBACH, K. **Improving primary care: strategies and tools for a better practice**. New York: Lange Medical Books/ McGraw Hill, 2007.

BOGUS, C. M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Revoga as Resoluções 196/96, 303/2000 e 404/2008 do Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas com seres humanos.

BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nº 27. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: MS, 2009, 164 p. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nº 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a, 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil**: relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus**. Caderno de Atenção Básica n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 12 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006b**. 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006c**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006d**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014b**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, C. V. A; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CANDEIAS, N.M.F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CASTRO, M. M. C. et al. O cuidado ao hipertenso no município de Juiz de Fora/MG: uma análise comparativa em Unidade Básica de Saúde. **Rev. APS**, v.12, n. 3, p. 249-261, 2009.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais: evolução e desafios. **Rev Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n.16. p. 221-236, 2003.

CHRISTENSEN, C.M. et al. **Inovação na gestão em saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar a qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COSTA, A. C. O. et al. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. **Rev. Odontol. Clín.-Cient.**, v. 9, n. 2, p. 119-123, 2010.

DALL' AGNOL, M.C.; TRENCH, M.H. Grupos Focais como estratégia metodológica na pesquisa em Enfermagem. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.01, p. 5-25, 1999.

DANAELI, G. et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. **The Lancet**, v.378, p. 31-40, 2011.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, I.S. **Handbook of Qualitative Research**. 4. Ed. Estados Unidos da América: Sage, 2011.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration**. Leeds: Long-term Conditions Team Primary Care, 2005.

ESPERANÇA, A.C; CAVALCANTE, R.B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **REME - Rev. Min. Enf**; v.10, n.1, p 30-36, 2006.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262- 268, 2005.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In MERHY, E.E. et al, **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

GADAMER, H. **Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GAWADE, A. **Complications: a surgeon's notes on an imperfect science**. London: Profile Books, 2002.

GRAY, A. Governing medicine: na introduction. In: GRAY, A; HARRISON, S. **Governing medicine: theory and practice**. Berkshire: Open University Press, 2004.

GROL, R. et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. **British Journal of General Practice**, v. 50, p. 882- 887, 2000.
Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313852/pdf/11141874.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2014.

GROUP HEALTH COOPERATIVE – **Conducting a continuing care clinic: handbook for practice teams**, 2001. Disponível em: <http://www.ghc.org>. Acesso em: 16 jun. 2014.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE. **The Chronic Care Model**. Disponível em: <http://www.improvingchronic.org>. Acesso em: 27 jun. 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Prioritay areas for national action: transforming health care quality**. Washington: The National Academies Press, 2000.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R.S. **Introduction: the challenge an promise of focus groups**. In: BARBOUR, R.S; KITZINGER, J. *Developing Focus Group Research: politics, theory and practice*. London, 1999.

KRUEGER, R.A. **Moderating Focus Groups**. Estados Unidos da América: SAGE, 1998.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

LUNARDI, V.L. et al., Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Rev. Enf em Foco**, v. 1, n.2, p. 73-76, 2010.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MALTA, D.C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.433-44, 2004.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MARCON, P.M. **O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo**. 2006. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2006.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1994.

MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa Qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

- MAXWELL, J. A. **Qualitative research design**: an interactive approach. Ed.2, Estados Unidos da América: Sage, 2005.
- MEDEIROS C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p.1521-1531, 2010.
- MEIER, M.J.; KUDLOWIES, S. Grupo Focal: uma experiência singular. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.12, n. 3, p. 394-399, 2003.
- MENDES, E.V. **As redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.
- MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- MERIGHI, M. A. B. et al. Ser docente de Enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, p. 164-170, 2011.
- MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C.R. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã Editora, 1998.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Unicamp, Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2014.
- MINAS GERAIS. Departamento de Atenção Básica (Org). **Conteúdo técnico da linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (no prelo)**. 3. ed. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2013.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MORRISON, S. **Self-management support**: helping clientes set goals to improve their health. Nashville: National Health Care for Homeless Council, 2007.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 2, p. 333-345, 2005.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da Família como estratégia para mudança no modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.4, p. 820-829, 2009.

OLIVEIRA, C.B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Autocuidado Apoiado**: manual do profissional de saúde, 2012.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1990.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.

PINHO, D. L. M.; ABRAÃO, J. I.; FERREIRA, M. C. As estratégias operatórias e a gestão de informação no trabalho de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 168-176, 2003.

PRADO, M.L.; SOUZA, M.L.; CARRARO, T.E. **Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington, Dc: Organización Panamericana de La Salud, 2008. Apoio: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

REIS, M.A.S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p.655-666, set. 2007.

RESCK, Z.M.R. **A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde: delineando caminhos para a práxis transformadora**. 2006. 320 f. Tese (Doutorado) - Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RIBAS GOMES, E.L. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA S. M.M. (ORG). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p. 229-250.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M.C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n. 6, p. 96-101, 2000.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R., GONZALEZ, R.M.B. Grupo Focal como uma estratégia para coletar dados em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**, Washington, v.1, n.2, p. 1-29, 2002.

SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SALOMÉ, G.M.; BLANES, L.; FERREIRA, L.M.; Capacidade funcional dos pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 22, p.412-416, 2009.

SCHILLINGER, D. et al. **Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance**. In: Agency for Health Care and

Quality – advances in patient safety: from research to implementation. Rockville: Agency for health care research and Quality, 2005.

SCHMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Rev. Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p.1487-1494, 2004.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, p.1949-1961, 2011.

SILVA, S. M. **Retorno ao trabalho**: a vivência de trabalhadores de enfermagem com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). 2012. 106f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2012.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.838-847, jun. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes 2007**: tratamento e acompanhamento do *diabetes mellitus*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde; UNESCO, 2002.

STARFIELD, B. Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde. In: **Terceiro Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família**: expansão com qualidade e valorização de resultados: relatório das atividades. Recife, 13 de dezembro de 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2014.

STÜRMER, P. L.; BIANCHINI, I. **Atenção às condições crônicas cardiovasculares**: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas, 2012. No prelo.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.443-453, mar. 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VILAR, R.L.A.; GERMANO, J.W.; GERMANO, R.M. O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família e a humanização: dilemas e desafios. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p.545-552, out. 2011.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, de M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim Oficina Saint. Panam.**, Washington, v. 120, n.6, p. 472-481, 1996.

WILD, S. et al. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Rev. Diabetes Care**, Escócia, v. 27, n. 5, p.1047-1053, 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Autorização do Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas/MG. CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063


Unifal
MG
Universidade Federal de Alfenas

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ESTUDO PELA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA ESPERANÇA**

À V. S^a. Senhor Hideraldo Henrique Silva,
Secretário de Saúde do Município de Boa Esperança

O trabalho de pesquisa intitulado "PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O IDOSO PORTADOR DE DIABETES FACE À INTEGRALIDADE DO CUIDADO: O OLHAR DE QUEM CUIDA E DE QUEM É CUIDADO" tem por objetivo conhecer compreender o processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família no atendimento ao idoso portador de *Diabetes Mellitus*.

Na oportunidade solicitamos à V.S^a. autorização para a realização da coleta de dados e acompanhamento das equipes de ESF que desenvolvem intervenções e cuidados ao idoso portador de DM e, ao próprio idoso usuário de tais unidades afim de compreender a visão de ambos participantes sobre o atendimento da unidade.

Importante ressaltar que a rotina da Unidade será respeitada e os dados dos participantes do estudo serão mantidos em sigilo. A divulgação dos resultados terá unicamente fins científicos e contribuirão para o aprimoramento profissional e subsidiará novas pesquisas.

Respeitosamente,


Orientadora

Recebido em 23 / 07 / 2013

Autorização concedida _____

Hideraldo Henrique Silva
Secretário Municipal de Saúde
Boa Esperança - MG

APÊNDICE B - Termo de Coparticipação



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG



Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas/MG. CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063

TERMO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DE PESQUISA

Declaro ter conhecimento sobre os objetivos do estudo da enfermeira e aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG, Aline Neves Oliveira, "Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família e o idoso portador de Diabetes face à integralidade do cuidado: o olhar de quem cuida e de quem é cuidado". Concordo com a realização da investigação proposta nesta unidade e estou consciente que a pesquisadora conhece e cumprirá todas as diretrizes de um estudo com seres humanos, pautando-se na Resolução nº 466/12. Esta instituição está ciente das nossas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Cláudia Miranda
ENFERMEIRA
COREN - MG 133.406
Boa Esperança - MG

Cláudia Miranda

Coordenadora da Atenção Básica do Município de Boa Esperança, MG.



APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O IDOSO PORTADOR DE DIABETES FACE À INTEGRALIDADE DO CUIDADO: O OLHAR DE QUEM CUIDA E DE QUEM É CUIDADO

Pesquisadora: Aline Neves Oliveira

Eu, enfermeira, estou realizando uma pesquisa com o intuito de compreender o processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família no atendimento ao idoso portador de *Diabetes Mellitus*.

Peço autorização para conhecer suas perspectivas quanto ao atendimento a essa clientela por meio de encontros marcados com a equipe nos dias possíveis. Gostaria de deixar claro que as informações obtidas serão gravadas com o auxílio de um gravador digital, mantidas em segredo e, não haverá identificação dos seus dados pessoais, nem mesmo o seu nome, pois tais informações são confidenciais.

Ao final do trabalho, o conjunto das informações obtidas, por meio das entrevistas, será utilizado, unicamente, para fins científicos, para possíveis publicações em revistas e apresentações em eventos, tendo em vista a divulgação do estudo.

Vale ressaltar que a sua participação na pesquisa é estritamente voluntária e, não acarretará benefícios diretos ou custos financeiros, além de não oferecer riscos à saúde, porém, a sua participação nos auxiliará no entendimento sobre o processo de trabalho na unidade em que o Sr. (a) trabalha.

Sua participação é voluntária e o Sr.(a) poderá desistir de fazê-lo a qualquer momento, bem como manter contato com os profissionais envolvidos no estudo para maiores esclarecimentos e dúvidas.

Caso autorize a gravação e participe dos nossos encontros, gentilmente solicito que assine as duas vias deste documento; o qual comprova a sua permissão para participar da pesquisa.

O Sr.(a) concorda em participar da pesquisa?

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa por livre e espontânea vontade, permitindo a gravação das entrevistas. Declaro ter compreendido as informações oferecidas pela pesquisadora Aline Neves Oliveira e, estou ciente dos objetivos e benefícios desse trabalho. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas e, que possuirei uma cópia deste documento.

ASSINATURA _____

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para outros esclarecimentos.

Contato

Prof. Zélia Marilda Rodrigues Resck

Universidade Federal de Alfenas Escola de Enfermagem

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Centro - Alfenas/MG

CEP: 37130-000

Telefone: (35) 3299-100

APÊNDICE D- Depoimentos dos participantes e categorias empíricas para análise

Tabela 1 - Categoria 1: O caminhar do idoso com DM na Rede de Atenção à Saúde

1.1 Acessibilidade e Fluxo de atendimento no Serviço

P2: mas quando ele precisa de uma atenção especial, ou quando ele tem alguma necessidade, a gente tenta suprir o que ele está precisando.

P1: mesmo os que têm glicosímetro vem no controle (...)

P2: E eu sempre oriento, sentiu alguma coisa volta antes (...)

P1: até porque eles já saem daqui com a data do retorno.

P3: tem muita gente que descobre o diabetes e já procura o posto! Eles têm vontade de fazer, eles querem fazer o controle (...)

P1: então eles procuram mais, sentiu mal já vem, já mede a glicemia, já passa em consulta... orienta e tudo mais.

P1: então, se a gente pudesse agendar, por exemplo, uma vaga por dia por que a gente vai na casa e sabe como está a situação... a gente já vem e marca, já pede pra ele vir... fica mais fácil.

P4: as vezes eles chegam aqui tão cedo! Ficam na fila, aí tem que ter mais gente pra fazer acolhimento, se passa do tempo eles acham ruim, depois não querem mais voltar...

P5: pro atendimento odontológico do idoso e do diabético, a gente tem vagas separadas na agenda, é um número bem grande e eles participam bastante.

P7: a maioria dos pacientes que começou, terminou o tratamento.

P5: a gente queria fazer mais visitas domiciliares, mas tem um problema com agenda, a gente tem uma população muito grande para atender e eles veem muito aqui.

P2: e agora está sendo feito por agendamento, eles dão o nome a vaga sai depois de dois meses... o endócrino também precisava ter mais aqui, e ele pede para passar com ele no intervalo de três meses e nós não temos vaga para oferecer. São muitos diabéticos, mais de 70 insulíndependentes e oito vagas por mês, duas por semana.

P13: tem a questão da rede secundário, se o paciente precisa de um exame de laboratório tem que ir na policlínica, e a cota é muito pequena, aí eles não conseguem marcar o exame. Eu estou com trinta encaminhamentos pro endocrinologista para duas vagas por semana, então assim, imagina só como é?

P13: O programa Hiperdia não funciona bem! Você faz o atendimento aqui, 20 ou 30 pessoas no mês e manda pra eles o cadastro novo, eles vão demorar quatro meses para digitar, daí você não recebe, não tem nada. A gente tem muita coisa boa aqui na unidade pra oferecer, mas assim, o programa não é efetivo. Por que a gente até pode dar os primeiros atendimentos pro diabético e encaminhar, mas aí a gente não tem mais nada, por que a rede não funciona.

P30: facilitar mais para marcar os exames. As vezes o médico pede um exame para marcar e eles deixam o nome, a resposta só vem depois de três meses.

P28: a quantidade de consultas com o endócrino está muito pequena. Duas vagas por unidade e o médico não libera o paciente. Só ele quem trata! Outro médico não serve... e os pacientes vão ficando!

P15: as receitas de insulina também são renovadas aqui mesmo na unidade.

P17: na maioria das vezes, a busca de idoso pro acompanhamento odontológico é muito difícil, mas vem também. No Brasil ainda se extrai muito dente, mas agora com a parte odontológica mais acessível, acredito que vamos resolver esse problema.

P21: eles procuram muito a unidade! Se eles precisam de algum encaminhamento ou se tem alguma dúvida, eles buscam o enfermeiro ou os agentes.

P17: na questão odontológica a adesão é muito pequena, então a gente tenta entrar junto com as meninas. Geralmente quando tem uma festinha ou um presentinho né? Aí eles aparecem mais!

P17: ainda está deficiente a parte de confecção de dentadura, por que a empresa que tinha contrato com a prefeitura não renovou.

P13: a gente precisava é da policlínica! Esta é a quarta unidade da cidade com maior número de diabéticos, para duas vagas por semana com especialista.

P20: eles têm que madrugar! Como que eles vão lá de madrugada, antes das três da manhã?

P23: eles não vêm nos grupos. Falam que a unidade é muito longe!

P29: um lugar apropriado para fazer atividade física. O bairro aqui não oferece isso, é um bairro violento, um lugar propício a não sair de casa, mesmo quando eles têm que vir pegar ficha de madrugada, eles falam que têm muito medo de ser assaltado...

P25: igual quando a gente vai fazer a caminhada, as ruas são estreitas demais, não tem passeio...

P27: igual o horário de marcar exame, é das sete às dez, aí pega o número e depois de uns três ou quatro meses eles entram em contato de novo... as vezes perde o pedido aí tem que voltar e agendar tudo de novo!

I1: precisa madrugar se quiser pegar uma ficha! Agora você vê, um lugar desses, eu tenho medo de ficar ali, não tem ninguém essa hora!

I1: aqui se você quiser uma ficha tem que levantar duas horas da manhã. Um dia eu levantei três e vinte, nós fomos para lá e já tinha gente... depois outro dia eu levantei três e vinte de novo e já tinha gente para pegar ficha com o endocrinologista.

I2: eu vou no posto é para buscar receita. E de vez em quando a gente tem que passar no médico mesmo. Da última vez ele me pediu muitos exames: tomografia, exame de infecção, preventivo, sangue, tudo...

I3: eu não vou pegar ficha de madrugada não! Por que eu não tenho mais idade pra isso. Se eles marcarem pra mim tá certo... agora ficar á desde as três horas é muito difícil. É pouca ficha que eles dão!

I4: Aí aquela moça trás aqui pra mim por que as vezes eu não posso andar, não dá nem para sair na rua por que eu estive muito mal.

I4: a única coisa que eu acho custoso ali é o endocrinologista, que só atende na segunda feira e duas fichas, você tem que madrugar para conseguir! Eu acho que tinha que ter mais ficha pra ortopedia também e não ter que madrugar para pegar essa ficha.

I5: Sempre eu vou lá medir o diabetes, por que lá tem o aparelhinho de medir ne? Mas eu quase não vou lá, quando eu desconfio que tá alta as meninas mesmo medem... e eu continuo tomando os remédios.

I6: eu vou ali tomar a insulina, consultar, medir a pressão... o enfermeiro faz o controle do diabetes, com aquele aparelhinho.

I7: Às vezes quando eu estou muito doente, ou sentindo alguma coisa, eu vou lá e eles marcam o médico pra mim e ele me atende...

I7: Tinha que ir cedinho para marcar consulta pro mesmo dia... olha que difícil! Aí levantava as cinco horas da manhã para ficar esperando, quando chegava lá já tinha gente.

I8: a insulina é para aplicar três vezes por dia e eu acho difícil picar três vezes, Mas eu não conversei isso no PSF, só conversei com o endocrinologista. O que precisava ser melhorado então, é essa insulina mesmo!

I8: Às vezes demora um pouco para atender, mas fazer o que, em todo lugar é assim ne?

I9: as vezes alguma coisa que a gente vai fazer tem que pagar ne? Mas não tem nada o que fazer... Eles também deveriam arrumar a entrada da unidade, que está cheia de barro e quando chove fica um horror! E parece que tem gente sobrando lá dentro, as vezes demora um pouco para atender... não sei o que é isso! Só vou mesmo quando preciso e em último caso.

I10: você levanta de madrugada para ir pegar a ficha, quando chega lá cada uma fala de um jeito (...)

Tabela 2 – Categoria 2: O atendimento ao idoso com DM: do real ao ideal

Resistência ao modelo biomédico	O processo de trabalho na ESF e o idoso com DM
<p>P3: a gente também orienta quanto aos cuidados com os pés, a cortar as unhas.</p> <p>P5: a gente verifica a glicemia no começo do tratamento, se estiver alterada a gente encaminha pra médica.</p> <p>P4: (...) tinha uma paciente reclamando pois estava sentindo alguma coisa incomodando na boca. O dentista explicou: é mentira, coisa da sua cabeça! Afinal, nem dentes ela tem mais.</p> <p>P6: (...) a gente lida muito com queixas e geralmente descobre com exames de rotina. (...) eles não aderem muito ao tratamento, não aceitam, não mudam a dieta, são pacientes de outra época e tem essa cultura mesmo.</p> <p>P6: as vezes você até pode iniciar o tratamento com outras medidas, mas elas não abaixam o nível de glicose. (...) idosos não acreditam que tem diabetes, aí você tem que pedir uma hemoglobina glicada para provar pra ele que ele está doente e tem que tratar.</p> <p>P1: Porque a gente explica e explica, mas parece que não entra na cabeça dele! (...)</p>	<p>P2: os controles são sempre às terças e quartas e eu já peço pra elas avisarem uma semana antes...</p> <p>P2: Ou ele é identificado pelo ACS na visita, ou ele passa em consulta médica aqui ou na policlínica, aí ele é identificado como diabético ele vem pra eu fazer o cadastro no Hiperdia, eu já passo para as meninas... agora se é um paciente que já foi diagnosticado com diabetes, mas não possui bom controle, a gente procura saber se faz dieta, atividade física, toma medicação... aí eu encaminho pro endocrinologista que a gente tem na policlínica também. Por exemplo, o que é insulinodependente passa de dois em dois meses, e com o médico também é nessa faixa. E o diabético que tem hipertensão e faz uso de hipoglicemiante oral, ele já vem de três em três meses, aquele que tem diabetes e não tem hipertensão, ele vem de quatro em quatro meses, aquele que tem diabetes mas faz somente a dieta, vem de seis em seis meses... a gente seque mais ou menos o que é padronizado e protocolado.</p>

P2: tem também as questões de tratamentos alternativos que eles usam muito aqui e pra gente é uma questão muito difícil (...)

P2: Quando a Dra. percebe que a glicemia não está controlada já passa insulina e uma vez. Mas eles têm medo da agulha (...).

P5: eu acho que o idoso gosta muito de festa! Toda vez que a gente faz uma festa ou alguma outra coisa ele fica feliz, fica bem! E quando a pessoa está bem, mentalmente bem, a saúde melhora. Eu acho isso terapêutico e importante!

P1: eu acho que eles tinham que interagir mais sabe! (...) eles veem aqui fazem uma reuniãozinha, uma palestrinha e pronto! O diabético acha que a dieta é só não comer açúcar!

P1: se você marca uma consulta preventiva ninguém vem! Não é do interesse deles!

P2: implementar a cota de exames seria interessante. (...) às vezes demora mais de um mês e meio por que eles têm que marcar na policlínica. E como você vai mandar um idoso esperar na fila de madrugada para marcar exame?

P1: a policlínica é sobrecarregada também. Eles tinham que dividir (...)

P4: como a visita é mensal, a gente sempre pega o cartãozinho do Hiperdia.

P2: eu acho que a adesão é maior e mais fácil do paciente que tem diabetes do que do paciente que é hipertenso.

P1: Eu chego na casa e eles me recebem bem, aí eu peço para olhar as receitas, confiro os remédios, oriento sobre a dieta e sobre a consulta no final do mês, convido para fazer caminhada na unidade (...)

P2: tem a questão dos grupos também. A gente costuma fazer periodicamente, de três em três meses (...)

P2: E a vaga do Hiperdia. Porque nessa vaga, a pessoa não pode estar com queixas, e no idoso é muito complicado por que ele já chega falando um monte de coisas (...)

P2: então a gente tem até a visita domiciliar, que a gente faz quando ele não pode vir na unidade.

P8: (...) então eu faço o controle de rotina. Os que estão tendo sinais e sintomas, a gente pede para vir mais vezes (...) se tiver que encaminhar a gente procura o médico.

P6: no atendimento médico a intenção é mesmo trazer ele aqui, avaliar a rotina e continuar o tratamento...

P10: então eu acho que enquanto equipe, nosso atendimento é muito bom. O ACS segue as prioridades, olha receita, olha cartão (...)

P2: o entrosamento da equipe é muito bom! A Dra. viu um paciente descompensado ela já me chama, pede pra que eu faça o controle mais vezes (...)

P5: a gente tem uma coisa que difere bastante das outras unidades, a nossa médica é muito participativa! Ela gosta de dar palestra, ela gosta de orientar, ela é muito preocupada com o paciente (...)

P13: nós temos muita dificuldade em formar grupos, o pessoal não acredita muito (...)

P17: a gente sempre orienta eles a terem uma boa higiene bucal. A placa, o tártaro, a doença da gengiva sempre dificulta o controle da diabetes (...)

P21: isso acontece por que eles não são bem esclarecidos (...) e ainda são idosos!

P2: a gente tem até uma demanda pequena pra insulina. Na primeira vez que em que ele vai tomar a insulina, nós já fazemos a orientação pro autocuidado (...) Afinal, a equipe nem sempre tem material ou está disponível.

P9: É ficar atento ao controle, pegar no pé deles, observar o pé mesmo para as questões de feridas, questão da alimentação (...)

P2: por que gente tenta priorizar realmente, e as vezes tem pessoas com queixas piores e, nesse caso tem que priorizar as queixas mesmo (...)

P2: a gente já tentou implementar coisas diferentes, como o artesanato (...) eles têm várias atividades, como yoga, ginástica com a educadora física e dança.

P2: o que está faltando é por que nós estamos sobrecarregados demais! Os meninos têm que atingir metas (...)

P13: eu acredito no atendimento individual.

P23: a gente pega no pé quanto a tomar a medicação certa e, quando não vem a unidade, a gente vai atrás, puxa a orelha e faz vir.

P26: a gente também realiza palestras aqui (...)

P29: se o paciente não estiver controlado eu peço exames, se eu der conta de controlar eu faço o tratamento aqui (...) se ele adere ao tratamento, eu peço os exames de rotina, como a glicemia, a hemoglobina glicada e a gente vai acompanhando aqui mesmo (...)

P29: mas a gente vê que a maioria deles aqui não adere ao tratamento por que são muito mal orientados.

P22: aqui só quando as coisas acontecem de verdade é que vai tomar as providências e aí já é tarde.

P29: eles são divididos em dois grupos, os que aderem ao tratamento e fazem corretamente, vem na data marcada e na maioria das vezes são diabéticos controlados. E os que não aderem ao tratamento, eles sempre têm um efeito colateral, eles ficam tontos enquanto andam pela rua, caem e machucam. Querem sempre renovar a receita sem passar com o médico por que não vão na rotina.

P9: (...) nós também estamos sobrecarregados, não tem como fazer os grupos, (...) falta também o apoio da Secretaria, da prefeitura, do NASF!

P1: se as meninas sabem de alguém da minha área que tá doente, elas já me avisam (...)

P13: os agentes fazem visitas e durante a visita geralmente eles apresentam as queixas (...) Com a queixa ele faz o atendimento médico e, a gente tem na agenda para atender os específicos com diabetes. As meninas, quando detectam alguém com hiperglicemia ou diagnóstico de diabetes, elas trazem os exames pra gente e a gente vê e o médico encaminha pro especialista, que tem duas vagas por semana na policlínica.

P13: então, a gente procura também de acordo com a queixa, tentar ver alguma coisa melhor (...)

P15: Às vezes no controle eles vem em jejum e medem a glicemia primeiro para depois passar com o enfermeiro e, as vezes, tem pacientes que chegam a passar mal (...)

P26: ah! Eles não vivem sem o posto, quando falta médico eles ficam doidinhos.

P25: é bom que quando eles frequentam o grupo já medem a glicose e a pressão, fica tudo certinho!

P29: o problema é como eles comem ne (...)

P24: o NASF atua aqui, mas não consegue atender a demanda.

I1: o médico falou que o meu coração está muito fraco, que quando a pessoa vai ficando velha enfraquece mesmo (...)

I2: o controle com a enfermeira eu nunca fiz (...)

I3: então lá a gente passa para medir a pressão e para ir no médico, ne?

I3: eu tive um problema sério de coluna e, quando passei no médico, um médico muito bom, ele falou pra eu não voltar a fazer exercício unidade (...)

I4: eu vou lá é para buscar a receita. Com essa enfermeira nova eu nunca passei!

P13: eu procuro seguir o Linha Guia, adaptado à realidade. Com verificação da pressão arterial, da glicemia, alguma queixa que ele apresentar, solicitar os exames de rotina para o paciente que está descompensado pelo menos de seis em seis meses. Se o paciente estiver bem, solicito anualmente. Tem o atendimento de ficha também (...)

P14: orientamos ele quanto a fazer o controle todo mês, tomar a medicação, tomar a insulina, a alimentação (...)

P13: as atividades físicas as meninas acompanham junto com os profissionais do NASF.

P16: tem os grupos que a gente faz, com palestras, caminhadas. Isso envolve a nutricionista, o psicólogo do NASF (...)

P20: (...) a gente sempre tem treinamento aqui para aprender a manusear o glicosímetro (...)

P21: então, na parte de diabético, é aplicação de insulina, observar se ela está na validade após trinta dias aberta, observar se está na geladeira corretamente, anotar o quanto

I5: a quando eles vêm na minha casa, perguntam como que está o diabetes, pergunta como que está a pressão(...)

I6: eu vou ali tomar insulina, consultar e medir a pressão.

I7: ah, eu vou lá para pesar, praa olhar a pressão e o diabetes.

I7: na consulta do médico é ele lá e eu aqui. No meu braço ele nem colocou a mão (...)

I8: a gente fala o que tá sentindo e ela já vem com o remédio (...)

I8: Eles me deram a dieta para seguir tudo (...) Também me convidaram para fazer parte do grupo de idoso, para fazer a caminhada (...)

I8: (...) o problema maior é a insulina.

I9: tem que ir lá pra consultar e trocar a receita, pra poder pegar os remédios.

I9: (...) Não gosto muito do atendimento por que o médico tem que conversar, brincar, descontrair o que você está sentindo.

I10: a médica é muito boa, faz questão que a gente tome o remédio direitinho.

a pessoa toma de insulina. Se a glicose estiver alta a gente procura saber por que e orienta(...) A gente fica mais nessa parte de procedimentos (...)

P22: a gente recepciona e faz a glicemia, olha a pressão, pergunta se está sentindo alguma coisa. Se a glicemia estiver descontrolada, a gente encaminha pro médico. Se não houver necessidade a gente pede para agendar uma nova consulta. A gente também pergunta sobre o controle do Hiperdia com o enfermeiro (...)

P26: atendimento com a nutricionista aqui na unidade agora é só quando o Dr. encaminha.

P19: na maioria das vezes eles procuram a unidade para ter atenção mesmo! Afinal, a gente tem paciência para falar com eles (...)

P13: eu acho que o grupo é importante por que tem muita gente pro atendimento individual, então se conseguir montar um grupo e o pessoal aderir bem já alivia os atendimentos individuais (...)

I10: a médica é nervosa, mas muito boa! Pergunta sempre se a gente tá comendo o remédio direitinho (...).

P21: o grupo é para esclarecimento de todos!

P13: (...) estamos cheios de atribuições, cheios de metas para cumprir, sobra muito pouco tempo para organizar grupos (...)

P20: a equipe muda muito também. Por exemplo, eles pegam confiança em um profissional e dali algum tempo eles trocam (...)

P15: a gente tem bem mais atribuições que são pertinentes ao ACS e isso atrapalha as outras atividades. A gente preenche fichas de todo jeito, hipertenso, diabético, criança, gestante e tudo (...) a gente trabalha em cima de metas, tem que atingir a meta (...) E você trabalha assim mesmo, por que se falar alguma coisa eles colocam outra no meu lugar!

P21: a gente corre atrás de metas, né (...) por que as metas são prioridades, e outras coisas ficam de lado como os grupos.

P28: o meu é o controle do Hiperdia. Ele vem uma vez por mês para fazer e eu oriento quanto a alimentação, verifico a

glicemia, a realização de atividade física, oriento sobre a insulina e agendo a consulta com o endocrinologista

P26: uma coisa que melhorou muito foram os grupos que nós começamos a fazer (...)

P26: tem atividade física também no Caique, com nutricionista, psicólogo (...)

P28: eu acho que fazer mais grupos seria interessante (...)

P26: eu acho que diabético e hipertenso são prioridades ne (...)

P24: teve também os adoçantes, todos vencidos (...)

I1: eu vou no postinho pegar ficha pra poder consultar, pra eles me mandarem lá pra baixo na policlínica com o cardiologista e com o endocrinologista.

I1: as meninas que atendem são muito devagar! Elas passam os outros na frente!

I2: eu vou é para passar no médico, por que eles dão receita aqui de seis em seis meses.

I3: quando você vai pedir para marcar uma consulta de todo jeito tem que passar no médico para pegar um encaminhamento (...)

I3: tem também aquela consulta que a gente vai para medir o açúcar, de três em três meses e para pegar o encaminhamento também.

I4: faço o controle de três em três meses direitinho!

I5: eu vou lá só quando as minhas filhas desconfiam que a pressão tá muito alta (...)

I6: A insulina que aplica aqui no posto eu pego lá na secretaria, a insulina e a seringa (...)

I7: eu vou lá para fazer o exame do diabetes, ver a pressão, pesar! Aquele que é de três em três meses ne?

I8: eu vou sempre para fazer exame né? Ver como estou sentindo, eu vou para consultar com a enfermeira e com a médica.

I8: então eu estou assim, esperando para fazer mais exames ne? Marcou exames para fazer de sangue e passou para maio (...)

I9: eu vou lá quando estou precisando de algum remédio ou quando tem que trocar a receita, por que ela dura seis meses ne?

I10: vou lá para fazer exame da glicose, para tirar o sangue, de três em três meses... mas seu eu sentir qualquer problema eu vou lá para saber como está a glicose, alta ou baixa. Eu passo de três em três meses com a enfermeira, mas só para controle (...)

I1: Eu acho que eles deveriam colocar uma pessoa competente (...). Queria que melhorasse no médico também (...)

I1: para melhorar tinha que parar o médico! No atendimento tinha que ser uma menina só, por que cada dia é uma que atende (...)

I2: só uma vez que eles fizeram minha glicemia era 10h da manhã, ninguém me explicou nada e eu fiquei sem comer. Me senti muito mal, minha glicose estava em 347 mg/dl.

I2: eu já passei por dois médicos aqui, por que um vai embora e vem o outro.

I3: É lá no postinho faz consulta, faz glicemia do diabetes ne? A consulta da enfermeira é para ver a pressão.

I4: aqui entra e sai muito médico. As meninas também, que vinham aqui já saíram.

I5: eu passo com o enfermeiro para tirar o sangue e quando eu vou fazer o cadastro (...)

I3: ela vem aqui saber como que a gente tá, por que ela fala que tem que preencher as fichas dela ne (...)

I7: a moça do balcão é que me atende. Para olhar a pressão é outra, que fica lá atrás (...)

I7: as vezes tem pouca gente assim, para atender.

I10: na consulta com a enfermeira ela mede a pressão, pesa, faz a circunferência abdominal, tira o sangue e anota (...)

I10: por que hoje é uma, amanhã já é outra pessoa. Roda muito de menina para atender (...)

ANEXO

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – UNIFAL/MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família e o idoso portador de Diabetes face à integralidade do cuidado: o olhar de quem cuida e de quem é cuidado.

Pesquisador: Zélia Marilda Rodrigues Resck

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24588713.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 478.388

Data da Relatoria: 03/12/2013

Apresentação do Projeto:

Este estudo enfatiza o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no atendimento ao idoso portador de Diabetes Mellitus (DM), uma vez que o envelhecimento da população brasileira é hoje uma realidade social e, tal realidade necessita importantes transformações no que se refere à assistência e cuidados ofertados na rede de saúde

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família no atendimento ao idoso portador de Diabetes Mellitus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, relativos ao constrangimento ao responder as perguntas propostas pelas pesquisadoras. Não apresenta riscos relativos à integridade física ou relativos à saúde.

Benefícios: Conhecer o processo de trabalho das equipes de ESF e, sua contribuição para o atendimento ao idoso portador DM, poderá favorecer a transformação e o desenvolvimento de práticas que se tornem realmente efetivas, no que se refere à promoção da saúde e prevenção de

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 478.288

complicações advindas do DM. Finalmente, a realização deste estudo contribuirá para implementações nas práticas e rotinas envolvidas no processo de trabalho das equipes de ESF, visando à implementação da integralidade da assistência oferecida à população de abrangência da unidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa. A Hermenêutica Dialética será empregada para descrição e reflexão do processo de trabalho na ESF no atendimento ao idoso portador de DM, face às Políticas Públicas para Saúde do Idoso. Serão participantes deste estudo os membros da equipe básica das Unidades de ESF do Município, as quais prestam assistência à população

idosa, e com a participação de idosos portadores de DM cadastrados no Programa Hiperdia, da área de abrangência das ESF. Através de grupo focal, com a questão norteadora: fale ou descreva, passo a passo, como é o dia-a-dia de trabalho no atendimento ao idoso portador de Diabetes Mellitus; o que você acha que deve ser implementado no atendimento idoso portador de Diabetes Mellitus? Eme entrevista com os idosos, com a questão norteadora: fale ou descreva passo a passo como é o atendimento que o (a) Senhor (a) recebe dos profissionais que fazem parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família; o (a) Senhor (a) tem alguma sugestão a dar?.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado a Resolução 466/12

Conta Termo de Anuência da Instituição

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, após anexar o Termo de Instituição coparticipante

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acata o parecer do relator.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comte.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 478.388

ALFENAS, 04 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Maria Betânia Tinti de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br