

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Francisca Lidiane Ximenes da Silva Aguiar

Atenção à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus, em Santarém-Pará: caminhos
percorridos entre fatores restritivos e facilitadores ao cuidado

Rio de Janeiro

2021

Francisca Lidiane Ximenes da Silva Aguiar

Atenção à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus, em Santarém-Pará: caminhos
percorridos entre fatores restritivos e facilitadores ao cuidado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Gisele O'Dwyer.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Health care for people with Diabetes Mellitus, in Santarém-Pará:
paths taken between restrictive factors and care facilitators.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A282a Aguiar, Francisca Lidiane Ximenes da Silva.
Atenção à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus, em Santarém-Pará: caminhos percorridos entre fatores restritivos e facilitadores ao cuidado / Francisca Lidiane Ximenes da Silva Aguiar. — 2021.
140 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientadora: Gisele O'Dwyer.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Diabetes Mellitus. 2. Atenção à Saúde. 3. Níveis de Atenção à Saúde. 4. Complicações do Diabetes. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Doença Crônica. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.462098115

Francisca Lidiane Ximenes da Silva Aguiar

Atenção à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus, em Santarém-Pará: caminhos percorridos entre fatores restritivos e facilitadores ao cuidado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Aprovada em: 02 de setembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Mariana Teixeira Konder
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Valéria Ferreira Romano
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Valéria Teresa Saraiva Lino
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Gisele O'Dwyer (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

À minha mãe, Lucimar, por acreditar sempre e incentivar cada passo que dou na busca por conhecimento.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por capacitar-me e equilibrar-me, durante a construção deste estudo.

À minha família, mãe, pai, irmã, sobrinhas, tios e avó (*in memoriam*) pela compreensão, amor e orações, dedicados a mim, durante todo esse tempo.

À minha querida orientadora, professora Gisele O'Dwyer, por aceitar o desafio de orientar-me à distância, com tanto carinho e amor, com que conduz tudo o que se propõe a fazer. Por suas palavras de incentivo, confiança e ensinamentos compartilhados. Meu profundo agradecimento e admiração pela pessoa e profissional que você é.

Ao professor Ruben Mattos (*in memoriam*), que contribuiu com este estudo, através de uma de suas disciplinas, em encontros virtuais, que renderam ensinamentos marcantes e valorosos.

Ao meu companheiro, Gilson Cleiton, por seu apoio, incentivo e compreensão, essenciais no decorrer deste percurso.

Aos colegas de turma, pela solidariedade, amizade, pelos momentos de compartilhamento de saberes e de encontros únicos que tivemos ao longo do curso.

Aos coordenadores do curso, o professor Carlos Machado e a professora Rosely Magalhães, pelos ensinamentos, empatia e dedicação com que conduziram o nosso curso.

Aos docentes do programa, pelos ensinamentos enriquecedores compartilhados e à toda a equipe do Serviço de Gestão Acadêmica (Seca), pelo suporte dado, com presteza e qualidade, durante todo o período da realização do curso.

Aos meus colegas de trabalho Edson de Sousa Almeida e Alan Chaves Batista, pelo incentivo e contribuição para o início dessa jornada.

À minha prima Suelen pela disponibilidade e apoio de sempre.

A todos os trabalhadores das unidades de saúde, pelo carinho, atenção e disponibilidade.

Aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém pela colaboração e esclarecimentos durante todo o estudo.

A todos os pacientes que participaram deste estudo, por seus relatos, atenção e confiança.

Às professoras Mariana Konder e Valéria Lino, membros da banca de qualificação, pelos pertinentes apontamentos que engrandeceram este estudo e aos, também, membros da banca da defesa, Fafá Lobato Tavares e Valéria Romano pela disponibilidade e contribuições com o nosso estudo.

RESUMO

Na Amazônia brasileira, mesmo com a existência de áreas extremamente expostas às doenças infecciosas e parasitárias, crescem áreas com características de sociedades modernas, que têm como maiores causas de morbimortalidade doenças crônico-degenerativas. Dentre elas, o Diabetes Mellitus, que vem tomando proporções de epidemia mundial. Diante desse cenário, a organização dos sistemas de saúde tem se caracterizado por intensa fragmentação de serviços, voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. Visto isso, este estudo se propôs a analisar os caminhos percorridos pelos usuários com Diabetes Mellitus na busca pelo cuidado, no Sistema Único de Saúde, em Santarém, Pará. Foi utilizada como estratégia metodológica a realização de entrevistas semiestruturadas com os usuários e como referencial analítico, a Teoria da Estruturação, de Anthony Giddens. Participaram do estudo 34 pessoas com diabetes, atendidas em pontos da Atenção Primária e da Especializada. A maior parte, dos participantes do estudo, foi composta por pessoas do sexo feminino, com idade entre 25 a 80 anos, pardas, com ensino fundamental incompleto, aposentados ou pensionistas, com tempo de diagnóstico variando entre 3 meses e 30 anos, e com hipertensão associada. Os usuários demonstraram consciência das fragilidades no sistema de saúde, ao mesmo tempo, em que revelaram satisfação com o atendimento recebido. Destacaram-se como fatores restritivos ao cuidado da pessoa com diabetes: a insuficiência de equipes da ESF e do Nasf, para o tamanho da população; a precariedade na oferta de medicamentos; a dificuldade de acesso aos serviços especializados ambulatoriais; a falta de médico oftalmologista; e a falha na comunicação entre os níveis de atenção. E como fatores facilitadores: as políticas de saúde; a adesão ao tratamento medicamentoso e à dieta; e a atuação afetuosa e atenciosa dos profissionais da Atenção Primária, que faz os usuários se sentirem acolhidos e satisfeitos. No entanto, na busca por serviços especializados se inicia uma peregrinação solitária e exaustiva, em que o usuário se vê “perdido”, “desamparado” e sem o pleno entendimento de como pode ocorrer seu percurso na rede, tornando-se o principal responsável pelo seu cuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Atenção à Saúde; Níveis de Atenção à Saúde; Complicações do Diabetes.

ABSTRACT

In the Brazilian Amazon, even with the existence of areas extremely exposed to infectious and parasitic diseases, there are growing areas with characteristics of modern societies, which have chronic degenerative diseases as major causes of morbidity and mortality. Among them is Diabetes Mellitus, which has been taking on epidemic proportions worldwide. Given this scenario, the organization of health systems has been characterized by intense fragmentation of services, focused mainly on acute conditions care and the aggravation of chronic conditions. Therefore, this study aimed to analyze the paths taken by people with Diabetes Mellitus in their search for care in the Unified Health System in Santarém, Pará. The methodological strategy used was semi-structured interviews with the study participants, and Anthony Giddens' Structuration Theory was used as an analytical referential. The study included 34 people with diabetes, attended at Primary and Specialized Care points. Most of the interviewees were female, aged between 25 and 80 years, brown, with incomplete elementary education, retirees or pensioners, with diagnosis time ranging between 3 months and 30 years, and with associated hypertension. The participants demonstrated awareness of the weaknesses in the health care system, while at the same time revealing satisfaction with the care received. Restrictive factors in the care of people with diabetes were highlighted: the insufficiency of ESF and Nasf teams, for the size of the population; the precariousness in the supply of medications; the difficulty in accessing specialized outpatient services; the lack of ophthalmologist doctor; and failure in communication between levels of care. And as facilitating factors: health policies; adherence to drug treatment and diet; and the affectionate and caring work of Primary Care professionals, which makes patients feel welcomed and satisfied. However, in the search for specialized services, a solitary and exhausting pilgrimage begins, in which the patient finds himself "lost," "helpless," and without a full understanding of how his path in the network can occur, he becomes the main responsible for your care.

Keywords: Diabetes Mellitus; Health Care; Health Care Levels; Diabetes Complications.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Informações sobre o diabetes no mundo e na América Latina, em 2019.....	20
Quadro 2 - Classificação etiológica do Diabetes Mellitus.....	21
Gráfico 1 - Número de óbitos por grupos de causas no município de Santarém-Pará, no período de 2009 a 2017.....	26
Quadro 3 - Balanço das metas do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT 2011 – 2022.....	32
Quadro 4 - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para Doença Cardiovascular, conforme os riscos baixo, intermediário e alto.....	34
Figura 1 - Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o Diabetes Mellitus tipo 2.....	36
Gráfico 2 - Linhas farmacológicas utilizadas para o tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2.....	38
Quadro 5 - Responsabilidades e competências dos subcomponentes da Atenção Especializada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.....	44
Quadro 6 - Competências dos Sistemas de Apoio e Logísticos, da Regulação e da Governança, componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.....	46
Figura 2 - Mapa das zonas administrativas, da área urbana de Santarém, com a distribuição das unidades de saúde da Atenção Primária e Especializada, em junho de 2021.....	50
Quadro 7 - Conceitos de Estrutura, Sistema e Estruturação, definidos por Anthony Giddens.....	58
Quadro 8 - Relatos de entrevistados quanto às complicações do diabetes, conforme o sexo, a idade e o tempo de diagnóstico, Santarém, 2020.....	72
Quadro 9 - Serviços e unidades acessados pelos usuários, conforme o ano e local da descoberta do diabetes, as unidades de referência na Atenção Primária e os serviços acionados na Atenção Especializada, em Santarém, 2020.....	80
Quadro 10 - Descrição de unidades, serviços e forma de acesso realizados pelos usuários, na Atenção Especializada, Santarém, 2020.....	85
Figura 3 - Atenção à saúde de usuários com Diabetes, conforme elementos estruturais e as ações dos usuários, por meio da Teoria da Estruturação, Santarém, 2020.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação e estimativa de adultos, de 20 a 70 anos, com diabetes, em países ou territórios do mundo, em 2019, 2030 e 2045.....	20
Tabela 2 - Proporção de pessoas com diabetes, cadastradas no programa Hiperdia, pela população de cada unidade federativa do Brasil, no período de janeiro de 2002 a março de 2013.....	24
Tabela 3 - Classificação e distribuição populacional de pessoas registradas, com diabetes, em quinze municípios do estado do Pará, em janeiro de 2015.....	25
Tabela 4 - Divisão da área urbana, por zonas administrativas, bairros que as compõem e o número de habitantes, Santarém, 2019.....	28
Tabela 5 - Distribuição de pessoas com diabetes em unidades da Atenção Primária, conforme zonas administrativas urbanas e percentual por população adscrita, Santarém, 2019.....	29
Tabela 6 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e diabetes, adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes.....	35
Tabela 7 - Metas de controle metabólico, quanto à Glicemia pré e pós-prandial e a Hemoglobina Glicada, segundo o estabelecido pelas sociedades científicas...	38
Tabela 8 - Distribuição dos serviços da Atenção Primária e Especializada, nas Zonas urbana e rural de Santarém, em junho de 2021.....	49
Tabela 9 - Distribuição dos usuários entrevistados em serviços da Atenção Primária e da Atenção Especializada, conforme zonas administrativas urbanas e unidades de referência na Atenção Primária, Santarém, 2020.....	62
Tabela 10 - Distribuição dos participantes do estudo do sexo feminino e masculino quanto às variáveis: faixa etária, raça/cor, escolaridade, ocupação e naturalidade, Santarém, 2020.....	63
Tabela 11 - Distribuição dos entrevistados quanto ao tempo de diagnóstico, Santarém, 2020.....	66
Tabela 12 - Distribuição dos entrevistados conforme as respostas positivas, negativas ou sem resposta às questões do Roteiro de entrevistas, Santarém, 2020.....	70
Tabela 13 - Distribuição das equipes e profissionais de saúde nas unidades da Atenção Primária, em Santarém, quanto à população adscrita e estimativa de população por equipe, Santarém, 2021.....	83
Tabela 14 - Medicamentos hipoglicemiantes utilizados pelos participantes do estudo, Santarém, 2020.....	93
Tabela 15 - Distribuição dos entrevistados quanto à nota dada ao atendimento para a pessoa com diabetes, Santarém, 2020.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
AIT	Ataque isquêmico transitório
APS	Atenção Primária à Saúde
AE	Atenção Especializada
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Central Estadual de Regulação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/PA	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado Pará
CRR	Complexos Reguladores Regionais
CTA/SAE	Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
eAB	Equipe de Atenção Básica
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
EMAD	Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESFSB	Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal
e-SUS AB	Estratégia de Informatização da Atenção Básica

Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina glicada
Hiperdia	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus
HMS	Hospital Municipal de Santarém
HRBA	Hospital Regional do Baixo Amazonas
HVE	Hipertrofia de ventrículo esquerdo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
LC	Linha de cuidado
LOA	Lesão de órgão-alvo
MEV	Mudança do Estilo de Vida
MODY	<i>maturity onset diabetes of the young</i>
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NPH	<i>neutral protamine Hagedorn</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Organização Social de Saúde
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCV	Risco Cardiovascular
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESI	Serviço Social da Indústria
SESPA	Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Teoria da Estruturação
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
TTG	Teste de Tolerância à Glicose
UBAM	Unidade Básica de Atendimento Médico
UEPA	Universidade do Estado do Pará
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URES	Unidade de Referência de Especialidades em Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	DIABETES MELLITUS	19
3.1	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DO DIABETES MELLITUS.....	19
3.1.1	Diabetes Mellitus, no estado do Pará.....	25
3.1.2	Diabetes Mellitus, no município de Santarém.....	26
3.2	POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DO SUS VOLTADAS AO DIABETES MELLITUS.....	30
3.2.1	Organização das Linhas de Cuidado do Diabetes Mellitus.....	33
4	ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE REDES	40
4.1	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS.....	42
4.2	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, NO ESTADO DO PARÁ E NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM.....	47
5	METODOLOGIA	52
5.1	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	52
5.2	TEORIA ANALÍTICA.....	56
5.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	60
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
6.1	O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	61
6.2	O CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS SOBRE O DIABETES.....	67
6.3	CAMINHOS PERCORRIDOS PELOS USUÁRIOS NA BUSCA PELO CUIDADO.....	79
6.4	A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS SOB A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.....	98
6.5	DIÁLOGO DA TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO DE GIDDENS COM OS CAMINHOS PERCORRIDOS PELOS USUÁRIOS COM DIABETES EM SANTARÉM.....	105
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	133
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	135
	ANEXO A – CARTA DE ACEITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTARÉM	138
	ANEXO B – ACEITE INSTITUCIONAL DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS	139
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	140

1 INTRODUÇÃO

A situação de saúde no Brasil se caracteriza por uma acelerada transição demográfica e epidemiológica, acompanhada de uma tripla carga de doenças, que envolve a persistência de doenças infecciosas e o aumento da morbimortalidade por condições crônicas e por causas externas (MENDES, 2012). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema grave de saúde pública, que geram altos índices de mortalidade e carregam várias morbidades associadas, responsáveis pelo agravamento do estado de saúde dos indivíduos e pelo aumento do número de internações (BRASIL, 2013a). Além disso, são responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica (GOULART, 2011).

Entre as doenças crônicas mais comuns, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Quase meio bilhão de pessoas viviam com diabetes em 2019 em todo o mundo e a estimativa é que esse número aumente em 25% em 2030 e 51% em 2045 (SAEEDI *et al.*, 2019). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2012, um milhão e meio de mortes foram atribuídas diretamente ao diabetes e quase metade delas ocorrem prematuramente (antes dos 70 anos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O Brasil, ocupa a 5.^a posição no número de pessoas com a doença no mundo (16,8 milhões), ficando atrás apenas da China (116,4 milhões), Índia (77 milhões), Estados Unidos (31 milhões) e Paquistão (19,4 milhões). Estima-se que até o ano de 2045 haja 26 milhões de pessoas com diabetes no Brasil (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

Na Amazônia brasileira nota-se o crescimento das doenças crônicas na população. Mesmo possuindo áreas extremamente expostas a doenças infecciosas e parasitárias, crescem áreas com características de sociedades modernas, como as de outras regiões do Brasil, que têm como maiores causas de morbimortalidade, doenças circulatórias, crônico-degenerativas e por causas externas advindas da violência urbana e acidentes (CONFALONIERI, 2005).

No Norte do Brasil, o estado do Pará se destaca por ser o segundo estado com maior dimensão territorial do país e o mais populoso da região. Apesar de oferecer uma ampla diversidade de ações e serviços de saúde, sofre com as iniquidades acarretadas pela distribuição desigual no seu extenso território, que dificultam o acesso a esses serviços por grande parte da população. O perfil de morbidade dos paraenses tem se caracterizado pela crescente

prevalência e incidência de doenças crônicas, pela persistência de doenças transmissíveis, bem como pela alta carga de acidentes e violências (PARÁ, 2016).

Conforme dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA), em janeiro de 2015, havia 61.963 pessoas com diabetes, cadastrados no Pará. O maior número foi observado no município de Ananindeua (5.394), seguido da capital Belém (4.523) e por Santarém (4.277). O município de Santarém, localizado na região oeste do Pará é o terceiro com maior população do estado, estimada em 306.480 habitantes, atrás somente, da capital Belém (1.499.641) e de Ananindeua (535.547), de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020a). Em 2019, havia 7.872 pessoas com diabetes cadastradas em Santarém, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (SEMSA).

Diante desse contexto de forte predominância e crescimento das doenças crônicas no Brasil, o sistema de saúde precisa adaptar-se reorganizando o cuidado às pessoas com doenças crônicas. No entanto, o modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico e tem operado de forma episódica e reativa, voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas (BRASIL, 2010a; GOULART, 2011). Esse modelo tem se demonstrado ineficaz, resultando em intensa fragmentação de serviços observada na organização dos sistemas de saúde evidenciando a incoerência entre as necessidades de atenção e a oferta de serviços (MENDES, 2012).

Essa fragmentação manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

O enfrentamento às condições crônicas pelos serviços de saúde é desafiador pelas características que as envolvem, como: alta prevalência, causas multifatoriais; existência concomitante de determinantes biológicos e socioculturais; necessidade de atuação de várias categorias profissionais nas equipes de saúde e pela exigência do protagonismo do próprio indivíduo, da família e da comunidade (BRASIL, 2014a).

Com o intuito de reorganizar as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) implementou, em 2011, a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo Mendes (2011) esse modelo de organização, considera uma rede poliárquica, centralizada na Atenção

Primária à Saúde (APS), que deve atuar como articuladora e organizadora da rede (BRASIL, 2010a). A formulação da RAS pressupõe a organização dos serviços de saúde, de forma não-hierárquica, vinculados entre si por uma ação cooperativa que visa à garantia de oferta de atenção contínua e integral a determinada população. Espera-se que a APS se constitua como a porta de entrada da RAS, a principal provedora da atenção e a coordenadora do cuidado (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

No entanto, avaliações sobre as experiências dos usuários, mostram que os serviços de atenção primária são pouco reconhecidos como lugar de cuidado regular e porta de entrada para acessar os demais recursos de saúde. Prevalece a ideia da APS como busca apenas para procedimentos simples, como aferição da pressão arterial e recebimento de medicamentos, por exemplo. Conceção essa, presente também entre usuários que utilizam frequentemente esses serviços (BOUSQUAT *et al.*, 2017; CECÍLIO *et al.*, 2012).

Essa falta de reconhecimento da APS, pelos usuários, como centro articulador da RAS reflete nos seus percursos, que muitas vezes, não seguem as pactuações e normatizações estabelecidas no planejamento das ações e serviços de saúde. Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando procuram superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção através de suas próprias escolhas, caminhos ou estratégias (CONILL *et al.*, 2008).

A APS tem sido apontada como um espaço privilegiado para o exercício e a coordenação do atendimento integral (BRASIL, 1988; 1990; 2011a), por ser capaz de identificar as necessidades de saúde da população, sob sua responsabilidade, e organizar o cuidado na rede, fortalecendo o planejamento ascendente (BRASIL, 2017a). No entanto, é importante superar a atuação fragmentada das equipes de saúde, fazendo com que o trabalho seja compartilhado entre os profissionais da atenção primária, da ambulatorial especializada e da hospitalar, de modo complementar e integrado (UNA-SUS/UFMA, 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS tem como fundamento, permitir o acesso universal e ininterrupto aos serviços de saúde e prestar orientações sobre as ofertas em outros níveis de atenção, garantindo uma assistência irrestrita à saúde, além de estabelecer o vínculo de corresponsabilização entre a população adscrita no território e as equipes de saúde das unidades básicas (BRASIL, 2017a).

A população com doenças crônicas, como Diabetes, é fragilizada pela doença e pela idade. Em territórios com maior dimensão e características regionais diferenciadas, como os da Amazônia, pessoas com essas doenças, por vezes, precisam percorrer diversos caminhos em busca de serviços de saúde. Seja porque não são prestados pela unidade de saúde do bairro em

que moram, ou por carência de serviços, ou ainda pela necessidade de tratamento de maior complexidade, visto que a atenção primária não é suficiente para atender todas as complicações que rodeiam essas afecções.

Diante disso, analisar os caminhos percorridos pelos usuários pode auxiliar na identificação de deficiências na APS e possíveis lacunas na rede. Bellato, Araújo e Castro (2008) defendem que trazer os caminhos percorridos pelos usuários em busca por resolver necessidades em saúde evidencia as implicações dos sistemas de saúde em relação ao nível de resolutividade e às falhas dos mesmos, bem como os efeitos que produzem sobre a experiência de usuários e famílias. Medeiros, Gerhardt e Silva Júnior (2016) defendem que a inclusão do usuário nos processos avaliativos tem o potencial de qualificar o funcionamento da RAS, dos processos de trabalho e conseqüentemente aprimorar os resultados na saúde da população.

A região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no País, segundo análise realizada por Stopa *et al.* (2017), com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito domiciliar de base populacional realizado no Brasil, em 2013, pelo IBGE. Nessa análise os autores constataram que a menor proporção de consulta médica e com dentista foi observada na região Norte, além da menor proporção de pessoas que conseguiram obter todos os medicamentos receitados, durante um atendimento com prescrição medicamentosa. As regiões Sul e sudeste foram as que apresentaram maiores proporções de acesso.

Com isso, percebe-se a necessidade de se ampliar a discussão acerca da atenção integral às condições crônicas de saúde, como o diabetes, na região Norte, em especial no estado do Pará. Além de seus municípios, localizados no interior do estado, como Santarém, de forma que sejam consideradas as peculiaridades encontradas na região, como a extensão territorial do município e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, pela população.

Tendo em vista que pouco se sabe sobre como as descontinuidades ou lacunas no atendimento, nos serviços de saúde, podem impactar às experiências dos pacientes e qual a melhor maneira de entendê-las para que possam ser evitadas ou gerenciadas (TARRANT *et al.*, 2015), o conhecimento dos caminhos percorridos pelos pacientes na RAS é importante. Considerando as particularidades do território, da população e as características dos serviços, quanto aos fatores restritivos e facilitadores, é possível ampliar a compreensão de comportamentos diante do processo saúde-doença e auxiliar na tomada de decisões quanto à prestação de serviços, com a possibilidade de aprimorar e qualificar a atenção à saúde, de modo a minimizar as restrições e garantir um cuidado integral a esta população (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2014).

A motivação para a realização desse estudo está relacionada à vivência da pesquisadora

nos últimos anos, enquanto mestranda, atuando em pesquisa na Atenção Primária, com pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (Hiperdia), em Santarém. Na oportunidade, foram observadas deficiências na atuação da APS relacionadas à negligência dos sinais e sintomas dos pacientes; falta de encaminhamento para serviços especializados em tempo oportuno; detecção tardia de complicações com características neuropáticas; e falha nas ações voltadas ao manejo nutricional, observada através das constantes dúvidas dos usuários (AGUIAR, 2017). Com isso, é possível inferir que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a fragmentação das ações nos pontos de atenção, podem contribuir para o surgimento ou agravamento de complicações nesses usuários.

Frente a esse contexto e sabendo que os pacientes com doenças crônicas necessitam acessar vários serviços, em diversos pontos da RAS, ao longo da vida, devido às características de cronicidade da doença, a APS precisa atuar com robustez e eficácia na coordenação do percurso do usuário na rede. Para isso, a Atenção Primária deve ser resolutiva e facilitar o acesso aos serviços, em local e tempo oportunos (HAGGERTY, 2012). Nesse sentido, esse estudo se propôs a analisar os caminhos percorridos pelos usuários com Diabetes Mellitus, no SUS, na busca pelo cuidado, em Santarém-Pará.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os caminhos percorridos pelos usuários com Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, em Santarém-Pará, na busca por cuidado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os serviços do SUS acionados para o cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus, em Santarém;

Apontar os caminhos percorridos pelos usuários com Diabetes Mellitus na busca pelo cuidado;

Identificar os aspectos restritivos e facilitadores encontrados pelos usuários na busca pelo cuidado;

Avaliar, sob a perspectiva do usuário, o atendimento prestado nos serviços da Atenção Primária e Especializada, em Santarém.

3 DIABETES MELLITUS

3.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DO DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus vem ganhando proporção alarmante pelo aumento da sua prevalência e associação com outras disfunções metabólicas, como dislipidemias, hipertensão e obesidade. É um dos mais importantes desafios de saúde pública do século XXI, visto que existem grandes lacunas nos esforços para compreender a dimensão da doença em escala nacional e global, devido à falta de dados precisos para o monitoramento e vigilância (ZIMMET *et al.*, 2016).

Trata-se de uma doença crônica causada por um distúrbio metabólico, caracterizado pela presença de hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na secreção ou na ação da insulina (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017). Um fator importante a ser destacado é a presença de múltiplas afecções metabólicas, que configuram a heterogeneidade da doença, podendo desencadear vários danos ao organismo. A hiperglicemia, por tempo prolongado, está associada à diversas complicações micro e macrovasculares; a redução da qualidade de vida; e a elevação da morbidade e da taxa de mortalidade, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2016).

O diabetes é um problema de Saúde Pública mundial tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento (FERREIRA; PITITTO, 2014). Em 2019, havia 463 milhões de pessoas, com idade entre 20 e 79 anos, vivendo com diabetes no mundo segundo a *International Diabetes Federation* (IDF, 2019). A estimativa é que em 2045 esse número chegue a 700 milhões. O Brasil ocupava, em 2019, a 5.^a posição entre os países com maior número de pessoas com diabetes, mantendo essa posição nas estimativas para o ano de 2045, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação e estimativa de adultos, de 20 a 70 anos, com diabetes, em países ou territórios do mundo, em 2019, 2030 e 2045

Classificação	2019		2030		2045	
	País ou território	Número de pessoas com diabetes (milhões)	País ou território	Número de pessoas com diabetes (milhões)	País ou território	Número de pessoas com diabetes (milhões)
1	China	116,4	China	140,5	China	147,2
2	Índia	77,0	Índia	101,0	Índia	134,2
3	Estados Unidos	31,0	Estados Unidos	34,4	Paquistão	37,1
4	Paquistão	19,4	Paquistão	26,2	Estados Unidos	36,0
5	Brasil	16,8	Brasil	21,5	Brasil	26,0
6	México	12,8	México	17,2	México	22,3
7	Indonésia	10,7	Indonésia	13,7	Egito	16,9
8	Alemanha	9,5	Egito	11,9	Indonésia	16,6
9	Egito	8,9	Bangladesh	11,4	Bangladesh	15,0
10	Bangladesh	8,4	Alemanha	10,1	Peru	10,4

Fonte: Adaptada de *International Diabetes Federation* (2019).

O Atlas da IDF (2019) traz ainda outras informações preocupantes sobre o crescimento da doença no mundo e na América Latina, como pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1 - Informações sobre o diabetes no mundo e na América Latina, em 2019

<p>Mundo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 79% dos adultos com diabetes viviam em países de baixa e média renda. • 1 em cada 5 das pessoas com mais de 65 anos tem diabetes. • 50% (232 milhões) das pessoas com diabetes ainda não foram diagnosticadas. • 4,2 milhões de mortes foram causadas pelo diabetes. • Mais de 1,1 milhão de crianças e adolescentes vivem com diabetes tipo 1. • Mais de 20 milhões de nascidos vivos (1 em cada 6) são afetados pelo diabetes durante a gravidez. • 374 milhões de pessoas têm risco aumentado de desenvolver diabetes tipo 2.
<p>América Latina</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 em cada 3 pessoas não são diagnosticadas. • 44% das mortes por diabetes ocorrem em pessoas abaixo de 60 anos. • 1 em cada 7 nascimentos são afetados pela hiperglicemia do diabetes gestacional. • O Brasil é o país com maior número de pessoas com diabetes (16,8 milhões). • No Brasil, 1 em cada 9 pessoas entre 20 e 72 anos tem diabetes. • Número de pessoas com diabetes tipo 1, no Brasil é maior que 95.000.

Fonte: Elaborado a partir de *International Diabetes Federation* (2019).

No Brasil, segundo o relatório de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2019, o diabetes atinge 7,4% dos brasileiros. Entre as mulheres, o índice é maior, de 7,8% e, entre os homens, de 7,1%. Em ambos os sexos, a frequência de diagnóstico da doença aumentou proporcionalmente com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (BRASIL, 2020a). Semelhante ao observado no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), que através de diferentes métodos diagnósticos identificou maior sobrecarga da doença em idosos, obesos, não brancos, com menor escolaridade e uma prevalência de 19,7%, em adultos com idade superior a 35 anos, sendo que, dentre esses, 50,4% não possuíam diagnóstico prévio da doença (SCHMIDT *et al.*, 2014).

O aumento da prevalência do DM está relacionado a vários fatores, como a urbanização acelerada, a transição epidemiológica, o envelhecimento populacional e também a maior sobrevivência de pessoas com diabetes, além da transição nutricional, da alta frequência do estilo de vida sedentário e do excesso de peso, como afirma a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019).

Atualmente o DM é classificado conforme orientação da *American Diabetes Association* (ADA), em quatro tipos, conforme etiologia descrita no Quadro 2: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e outros tipos específicos.

Quadro 2 - Classificação etiológica do Diabetes Mellitus

Tipos de diabetes	Etiologia
DM tipo 1	Tipo 1-A - destruição de células β autoimunes, geralmente levando à deficiência absoluta de insulina Tipo 1-B - deficiência de insulina de natureza idiopática
DM tipo 2	Perda progressiva da secreção de insulina das células β frequentemente no contexto da resistência à insulina
DM Gestacional	Diabetes diagnosticado no segundo ou terceiro trimestre da gravidez
Outros tipos de diabetes	Diabetes neonatal Secundário a endocrinopatias Secundário a doenças do pâncreas exócrino Secundário a infecções Secundário a medicamentos Monogênicos (MODY)

Fonte: adaptado de *American Diabetes Association* (2019).

DM: Diabetes Mellitus; MODY: *maturity-onset diabetes of the young*.

O diabetes tipo 1 e o tipo 2 são doenças heterogêneas nas quais a apresentação clínica e a progressão da doença podem variar consideravelmente. A classificação é importante para determinar a terapia, mas alguns indivíduos podem não ser classificados com clareza no momento do diagnóstico, quanto a tipologia 1 ou 2 (*AMERICAN DIABETES ASSOCIATION*, 2019).

O diabetes tipo 1 costuma ser diagnosticado com base em sintomas catabólicos clínicos sugestivos de deficiência de insulina: poliúria, polidipsia, perda de peso e hiperglicemia acentuada que não responde aos medicamentos orais. É uma doença autoimune com destruição progressiva das células β pancreáticas, que resulta em uma deficiência na produção de insulina e consequente dependência vitalícia de insulina exógena (*CHIANG et al.*, 2014).

Segundo a *International Diabetes Federation* (2019), estima-se que mais de 95 mil brasileiros tenham DM1 e que o Brasil ocupe o terceiro lugar em prevalência de DM1 no mundo. Apesar de o número de pessoas com DM1 estar aumentando, ainda corresponde a apenas 5 a 10% de todos os casos de diabetes. É diagnosticado com maior frequência em crianças e adolescentes, mas pode ocorrer também em adultos jovens, afetando homens e mulheres, igualmente (*SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*, 2019).

Em relação ao tipo 2, representa 90% a 95% dos casos de diabetes e está relacionada à insuficiência relativa na ação e secreção de insulina pelo pâncreas (*AMERICAN DIABETES ASSOCIATION*, 2021) e à obesidade, que leva à resistência à insulina. No entanto, não está restrita a essa condição, e outros fatores de risco podem estar associados, como a má alimentação, a falta de atividade física e o avançar da idade. Atinge principalmente adultos, a partir dos 40 anos, podendo ocorrer também em outras idades (*BRASIL*, 2013a).

Ocasionalmente, alguns pacientes podem apresentar quadro de cetoacidose diabética (*ZHONG; JUHAERI; MAYER-DAVIS*, 2018), que pode dificultar o diagnóstico correto da doença. Vale destacar que, erros na distinção da tipologia do diabetes, são comuns, principalmente no início da doença, no entanto, com o passar do tempo, o diagnóstico torna-se mais evidente, em pessoas com deficiência de células β (*AMERICAN DIABETES ASSOCIATION*, 2021).

Os sintomas da doença podem ser silenciosos, mas em casos de hiperglicemia acentuada se manifestam através da: sede, poliúria, polidipsia, perda ponderal, hiperfagia e visão turva. Esses sintomas podem auxiliar no diagnóstico clínico, sendo feito através de exames de urina e de sangue (*AMERICAN DIABETES ASSOCIATION*, 2014). A gravidade da doença, de acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (2010), é atribuída ao surgimento das complicações decorrentes da hiperglicemia crônica, que costumam ser divididas em: microvasculares

(neuropatia, retinopatia e nefropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, cerebrovascular e vascular periférica).

Devido a essa possibilidade, da hiperglicemia crônica causar danos a longo prazo, com disfunções em vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos e no sistema cardiovascular, existe a necessidade de intervenção urgente tanto na prevenção, quanto no diagnóstico e tratamento precoce. Entre as complicações mais comuns estão: a neuropatia periférica, podendo evoluir com amputações; a nefropatia, que leva à insuficiência renal; a retinopatia, associada ao alto risco de cegueira; e a neuropatia autonômica, que compromete os sistemas gastrointestinal e geniturinário (*AMERICAN DIABETES ASSOCIATION*, 2014).

Na Tabela 2 é possível observar a distribuição da ocorrência de diabetes nos estados brasileiros, conforme dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), referente ao sistema Hiperdia, que foi descontinuado e possui, disponíveis, apenas dados de janeiro de 2002 até março de 2013.

Tabela 2 - Proporção de pessoas com diabetes, cadastradas no programa Hiperdia, pela população de cada unidade federativa do Brasil, no período de janeiro de 2002 a março de 2013

Posição	Unidades Federativas	População das unidades federativas*	Número de pessoas com diabetes	Percentual de pessoas com diabetes/População dos Estados (%)
1	Amazonas	3.483.985	26.149	0.75
2	Roraima	450.479	1.717	0.38
3	Paraíba	3.766.528	13.847	0.37
4	Mato Grosso	3.035.122	10.680	0.35
5	Tocantins	1.383.445	4.811	0.35
6	Pará	7.581.051	25.027	0.33
7	Maranhão	6.574.789	21.033	0.32
8	Espírito Santo	3.514.952	10.660	0.30
9	Bahia	14.016.906	42.397	0.30
10	Rondônia	1.562.409	4.667	0.30
11	Rio Grande do Norte	3.168.027	9.354	0.30
12	Alagoas	3.120.494	8.609	0.28
13	Piauí	3.118.360	8.596	0.28
14	Minas Gerais	19.597.330	52.666	0.27
15	Sergipe	2.068.017	5.478	0.26
16	Santa Catarina	6.248.436	16.150	0.26
17	Acre	733.559	1.895	0.26
18	Mato Grosso do Sul	2.449.024	6.170	0.25
19	Distrito Federal	2.570.160	6.345	0.25
20	São Paulo	41.262.199	99.422	0.24
21	Paraná	10.444.526	24.290	0.23
22	Rio de Janeiro	15.989.929	31.016	0.19
23	Goiás	6.003.788	11.562	0.19
24	Rio Grande do Sul	10.693.929	20.491	0.19
25	Ceará	8.452.381	15.341	0.18
26	Pernambuco	8.796.448	15.948	0.18
27	Amapá	669.526	1.209	0.18
Total	Brasil	190.755.799	495.530	0.26

Fonte: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6935&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?hiperdia/cnv/hd>. Acesso em: 05 mar. 2019.

*População conforme o Censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

De acordo com a proporção de pessoas com diabetes em relação à população de cada estado, apresentada na Tabela 2, o estado do Pará, ocupou a 6.^a posição, entre as unidades federativas com maior percentual de pessoas com diabetes cadastradas no Hiperdia, ficando atrás apenas dos estados do Amazonas, Roraima, Paraíba, Mato Grosso e Tocantins.

3.1.1 Diabetes Mellitus, no estado do Pará

O Estado do Pará é o segundo maior estado brasileiro em extensão territorial e possui 144 municípios, entre os quais se destacam como mais populosos: a capital Belém, Ananindeua, Santarém, Marabá, Barcarena e Castanhal (IBGE, 2020a).

Em relação ao diabetes no Pará, dentre os 144 municípios que compõem o estado, estão presentes na Tabela 3, os quinze com maior proporção de pessoas com DM na população, onde aparecem o município de Santarém ocupando a 6.^a posição, com 1,45% e a capital Belém, em 15.^a, com 0,32%.

Tabela 3 - Classificação e distribuição populacional de pessoas registradas, com diabetes, em quinze municípios do estado do Pará, em janeiro de 2015

Classificação	Municípios	População dos municípios	Número de pessoas com diabetes	Percentual de pessoas com diabetes/População dos municípios (%)
1	Santa Izabel do Pará	59.466	1.388	2,33
2	Curuçá	34.294	790	2,30
3	Capanema	63.628	1.339	2,10
4	Benevides	51.663	1.050	2,03
5	Bragança	113.165	1.778	1,57
6	Santarém	294.774	4.277	1,45
7	Barcarena	99.800	1.164	1,17
8	Ananindeua	471.744	5.394	1,14
9	Tucuruí	97.109	1.090	1,12
10	Redenção	75.505	823	1,09
11	Itaituba	97.343	950	0,98
12	Marituba	108.251	930	0,86
13	Abaetetuba	141.054	1.143	0,81
14	Marabá	233.462	1.651	0,71
15	Belém	1.392.031	4.523	0,32

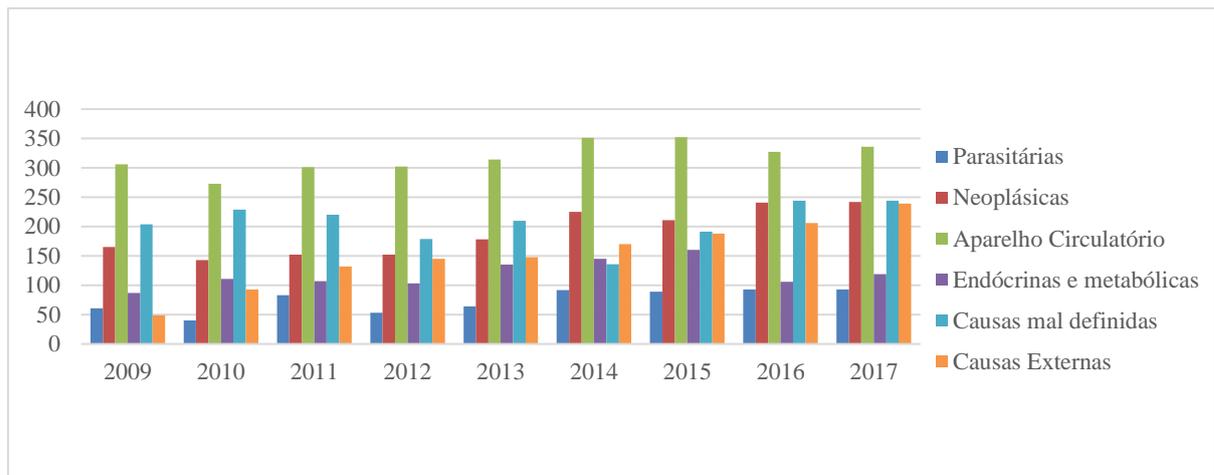
Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará.

Quanto aos dados obtidos sobre o diabetes, é importante salientar a possibilidade de subnotificação de casos, que pode ter revelado dados diferentes da realidade. Muzy *et al.* (2021) revelaram, a partir da análise de dados do PNS, de 2013, que a proporção de subnotificação do diabetes no Brasil é alta (42,5%), chegando a 72,8% na região Norte.

3.1.2 Diabetes Mellitus, no município de Santarém

Em Santarém, município localizado na região oeste do estado do Pará, as doenças do aparelho circulatório vêm sendo as maiores causadoras de óbitos, ao longo dos anos, como demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Número de óbitos por grupos de causas no município de Santarém-Pará, no período de 2009 a 2017



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

Além das doenças endócrinas e metabólicas, que incluem o diabetes, observa-se associação do DM com o surgimento de doenças do aparelho circulatório, visto ser um dos fatores de risco para desenvolvimento dessas afecções. Assim, doenças crônicas, como o diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também podem estar contribuindo para o alto índice de mortalidade de doenças do aparelho circulatório, em Santarém. O diabetes e suas complicações compõem as principais causas de morte precoce na maior parte dos países. Em torno de quatro milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, no mundo, morreram devido ao diabetes, no ano de 2015 (*INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017*).

Outro fator a ser considerado é o desafio de estimar a mortalidade decorrente do diabetes. Por um lado, 1/3 dos países não têm nenhuma informação sobre a mortalidade por diabetes, por outro, as estatísticas existentes subestimam a mortalidade por essa doença. É comum nas declarações de óbito, o diabetes ser omitido, por serem as suas complicações, a causa do óbito. Pessoas com diagnóstico recente de DM1 têm o coma cetoacidótico como uma causa frequente de morte e a nefropatia diabética para indivíduos com maior tempo de doença.

Em pessoas com DM2, a principal causa de óbito são as doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

No Brasil, em 2018 foram registrados 65 mil óbitos por Diabetes, sendo 41% considerado óbito precoce e 15,8% óbitos por condições sensíveis à APS. Na região norte foram 4,9 mil, sendo 19,5% por condições sensíveis à APS (BRASIL, 2020b). No estado do Pará, em 2019 foram atribuídos 2.338 óbitos ao diabetes e em Santarém, 91 (BRASIL, 2019a).

Segundo dados repassados pela Secretaria Municipal de Santarém, em 2019, existiam no município 10.352 pessoas com Hipertensão, 4.014 com Diabetes e 3.858 com a ocorrência simultânea das duas doenças.

Para melhor visualização da distribuição de casos de diabetes no município de Santarém apresentamos, primeiramente, a sua divisão por zonas. De acordo com o Plano Diretor (SANTARÉM, 2018), o município é dividido em três zonas territoriais, sendo elas: a Zona urbana, que compreende as áreas urbanizadas ou em vias de ocupação; a Zona de expansão urbana, considerada a parcela do território disponível para continuação da urbanização do município e a Zona Rural, composta por todas as áreas restantes, incluindo a região de rios e planalto. A maior concentração de pessoas com diabetes foi observada na Zona urbana, onde havia, em 2019, 6.396 pessoas com Hipertensão, 2.718 com Diabetes e 2.755 com Diabetes e Hipertensão, segundo a SEMSA. A área urbana de Santarém é dividida em cinco zonas administrativas, correspondendo as Zonas: Norte, Central, Leste, Oeste e Sul, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Divisão da área urbana, por zonas administrativas, bairros que as compõem e o número de habitantes, Santarém, 2019

Zonas administrativas	Bairros	Número de Habitantes
Norte	Centro, Santa Clara, Aldeia, Fátima, Aparecida, Laguinho, Mapiri, Caranazal, Liberdade, Santíssimo e Prainha	56.598 (19,21%)
Central	Esperança, Aeroporto velho, Jardim Santarém, Interventoria, Diamantino e Floresta	45.669 (15,5%)
Leste	Livramento, São José Operário, Uruará, Área Verde, Jutaf, Urumari, Maicá, Pérola do Maicá, Jaderlândia, Urumanduba e Santana	43.380 (14,73%)
Oeste	Amparo, São Cristóvão, Alvorada, Conquista, Novo Horizonte, Santarenzinho, Maracanã, Maracanã I, Nova Jerusalém, Elcione Barbalho e Nova Vitória	31.157 (10,58%)
Sul	Cambuquira, Ipanema, Mararu, Vigia, Vitória Régia, Nova República, Matinha, São Francisco e Santo André	28.361 (9,63%)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (2019).

Visto a distribuição de habitantes conforme as zonas administrativas urbanas de Santarém, na Tabela 5 apresentamos o quantitativo de pessoas com diabetes, cadastradas por unidades de referência da Atenção Primária, existentes em cada uma dessas zonas.

Tabela 5 - Distribuição de pessoas com diabetes em unidades da Atenção Primária, conforme zonas administrativas urbanas e percentual por população adscrita, Santarém, 2019

Zonas	Unidades de saúde da Atenção Primária	População adscrita*	Número de pessoas com diabetes	Número de pessoas com diabetes e hipertensão	Total de pessoas com diabetes	Percentual de pessoas com diabetes /População (%)
Norte	Fátima	7.771	112	244	356	4,6
	Santa Clara	5.124	138	77	215	4,2
	Santíssimo/ Prainha	9.068	112	162	274	3,0
	Mapiri/ Liberdade	8.789	85	135	220	2,5
	Aparecida/ Caranazal	19.287	196	175	371	1,9
	Total	50.039	643	793	1.436	2,9
	Central	Esperança	4.580	143	141	284
Diamantino		9.828	156	266	422	4,3
Floresta		8.254	195	26	221	2,7
Jardim Santarém		9.959	94	129	223	2,2
Aeroporto velho		8.267	144	25	169	2,0
Interventoria		7.264	54	78	132	1,8
Total		48.152	786	665	1.451	3,0
Leste	Jutaí	1.709	27	24	51	3,0
	Uruará	9.384	81	180	261	2,8
	Santana	8.682	101	102	203	2,3
	Livramento	10.311	105	133	238	2,3
	Jaderlândia	3.995	33	46	79	2,0
	Área Verde	5.820	54	43	97	1,7
	Maicá	4.249	35	27	62	1,5
Total	44.150	436	555	991	2,2	
Oeste	Santarenzinho	10.326	127	99	226	2,2
	Maracanã	12.607	126	119	245	1,9
	Amparo/Conquista	13.411	97	66	163	1,2
	Residencial Salvação**	15.000	53	27	80	0,5
	Total	51.344	403	311	714	1,4
Sul	Vitória Régia	5.953	198	108	306	5,1
	Nova República	8.231	145	175	320	3,9
	Mararu	4.711	29	53	82	1,7
	Matinha	6.668	48	47	95	1,4
	Santo André	7.696	30	48	78	1,0
	Total	33.259	450	431	881	2,6
TOTAL (ZONAS)		226.944	2.718	2.755	5.473	2,4

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (2019) e do estudo de Silva, Silva e Silva (2019).

*População estimada em 2016, retirada do estudo de Silva, Silva e Silva (2019).

** A população do Residencial Salvação, construído por meio do programa Minha casa minha vida e inaugurado em 2016, foi estimada com base em notícia divulgada no site da Câmara Municipal de Santarém. Disponível em: <https://santarem.pa.leg.br/vereadora-solicita-ampliacao-do-horario-de-atendimento-da-ubs-salvacao/>. Acesso em: 20 mai. 2021.

Na Tabela 5 é possível observar maior número de pessoas com diabetes nas Zonas Central (1.451) e Norte (1.436). Em relação à proporção de pessoas com diabetes cadastradas de acordo com a população adscrita às unidades de saúde, as maiores expressões foram notadas nas unidades: Esperança (6,2%), na Zona Central; Vitória Régia (5,1%), na Zona Sul; e Fátima (4,6%), na Zona Norte. As menores proporções foram encontradas nas unidades: Residencial Salvação (0,5%) e Amparo/Conquista (1,2%), na Zona Oeste; e Santo André (1,0%) na Zona Sul.

3.2 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DO SUS VOLTADAS AO DIABETES MELLITUS

O diabetes compõe o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e as ações voltadas para essa doença não estão estruturadas como um programa específico, como o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, por exemplo. No entanto, existem documentos do Ministério da Saúde que traçam estratégias para o manejo, tanto das doenças crônicas, de modo geral, como da hipertensão e do diabetes na rede de atenção. Para adentrar o contexto do DM, vale relembrar estratégias que vêm sendo adotadas no SUS ao longo do tempo, a fim de aperfeiçoar os cuidados primários à população (BORGES; LACERDA, 2018).

Após a implementação do SUS, na década de 90, começaram a ser adotadas estratégias para a descentralização das ações e serviços de saúde para nível municipal. Seguindo essa direção, em 1994, foi proposto o Programa Saúde da Família (PSF), que trouxe uma abordagem diferenciada, voltada à saúde familiar e comunitária, sendo bem recebida pelos municípios (BRASIL, 2000). Em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), trouxe a proposta de regionalização dos serviços de saúde, considerando a necessidade de a APS organizar as redes de serviços e articular-se com a média e alta complexidades (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, com o intuito de vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, para que pudessem ser acompanhados, com tratamento sistemático, a partir da capacitação dos profissionais da atenção primária e da reorganização dos serviços. Este plano se instrumentalizou através da implantação do Hiperdia, o qual se propunha a monitorar informações sobre pessoas com DM e HAS, nos setores ambulatoriais vinculados às unidades de saúde ou às equipes da Atenção Primária do SUS, além de conferir a capacitação profissional; atualização permanente de protocolos clínicos; e a oferta de medicamentos através da assistência farmacêutica aos doentes (BRASIL, 2001). Atualmente,

todas as informações contidas nesse sistema foram atribuídas ao e-SUS AB (Estratégia de Informatização da Atenção Básica), visto que, com a implantação dessa nova ferramenta, o sistema Hiperdia foi descontinuado (BRASIL, 2013d).

Em 2006, o Pacto pela Saúde veio fortalecer a APS, redefinindo as responsabilidades dos três entes federativos, que se comprometeram a manter e seguir os princípios e diretrizes do SUS, a qualificar a gestão e organizar a atenção à saúde. Como estratégia desse pacto foi instituída, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, que definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para reorientação do modelo assistencial. Em 2011 foi consolidada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal forma de reorganizar a atenção primária no Brasil, tornando-se o principal modelo de APS no país (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018). A ESF foi considerada a porta de acesso preferencial aos serviços do SUS, sendo formada por pelo menos uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A proposta era que cada equipe de Saúde da Família (eSF) atuasse de forma territorializada, responsabilizando-se, em média, por 3.000 pessoas, no máximo, 4.000 (BRASIL, 2012). Essa estratégia aproximou as equipes à comunidade, ampliou a compreensão de saúde, e possibilitou melhor conhecimento dos usuários e de cada localidade (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Em 2011, após reunião da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as DCNT, cujo objetivo era deter o crescimento desses agravos, o Ministério da Saúde colocou como prioridade, na agenda do SUS, a implementação de uma política para prevenção e promoção da saúde, para as doenças crônicas mais prevalentes em idosos e elaborou o Plano de Ações Estratégicas no Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011 – 2022 (BRASIL, 2011a). Nesse plano foram abordados, os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, cânceres, doenças circulatórias e respiratórias crônicas) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Em 2019, foi realizado um balanço dos resultados obtidos (Quadro 3) e elaborado um novo plano voltado para o período de 2021 a 2030 (BRASIL, 2020c).

Quadro 3 - Balanço das metas do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT 2011 – 2022

Metas	Resultado (2019)	Previsão (2022)
Reduzir 2% da mortalidade prematura (30 – 69 anos) por DCNT ao ano	Meta parcial não atingida	Meta não será atingida
Reduzir 30% da prevalência de tabagismo	Meta total atingida	Meta será atingida
Reduzir em 10% o consumo abusivo de bebidas alcoólicas	Meta parcial não atingida	Meta não será atingida
Deter o crescimento da obesidade em adultos	Meta parcial não atingida	Meta não será atingida
Aumentar em 10% a prática de atividade física	Meta total atingida	Meta será atingida
Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças	Meta total atingida	Manutenção é incerta
Aumento de mamografia em 70%	Meta total atingida	Meta será atingida
Aumento do Papanicolau em 85%	Meta parcial não atingida	Meta não será atingida

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2020c).
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Dentre as novas metas estabelecidas está a de reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por DCNT, considerando que em 2018 houveram 304 mil óbitos prematuros por essas doenças no Brasil. Também foram determinadas metas relacionadas aos fatores de risco para doenças crônicas, que incluem reduzir: a obesidade em crianças e adolescentes em 2%; o consumo de alimentos ultraprocessados em 20%; o consumo de bebidas adoçadas artificialmente e o tabagismo, em 30%; o uso abusivo de bebidas alcoólicas em 10%; deter o crescimento da obesidade em adultos; e aumentar a prevalência de atividade física e o consumo de frutas e verduras em 20% (BRASIL, 2020c).

Em 2013, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria n.º 252, posteriormente revogada pela Portaria n.º 483 de 1 de abril de 2014, a qual “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”. A implantação dessa rede está condicionada à organização de Linhas de Cuidado (LC) específicas, as quais deverão descrever os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos aos usuários; definir quais as ações e serviços serão ofertados em cada ponto da rede. Destaca-se que o programa do cuidado sempre deverá considerar os princípios da APS apresentados na PNAB; as necessidades individuais; as diretrizes clínicas de cada doença e os determinantes

sociais da saúde (BRASIL, 2014b).

Em uma nova edição da PNAB, no ano de 2017, foram revisadas as diretrizes para a organização da APS no SUS e a ESF deixou de ser estratégia prioritária (BRASIL, 2017a). Foram criadas equipes de Atenção Básica (eAB), com financiamento para contratação de profissionais por apenas dez horas, reduzindo a disponibilidade de agentes e de ações de saúde na atenção primária, podendo reduzir ainda a conformação das equipes integradas capazes de coordenar o percurso terapêutico dos usuários pela rede. Todas essas mudanças aumentam o risco de ampliação das desigualdades em saúde pelo risco de gerar assimetrias de acesso, visto as disparidades que caracterizam os municípios brasileiros (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018; MELO *et. al.*; 2018).

3.2.1 Organização das Linhas de Cuidado do Diabetes Mellitus

As Linhas de Cuidado têm por finalidade fortalecer e qualificar a atenção dada às pessoas com doenças crônicas, contemplando a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em todos os pontos de atenção. São construídas a partir da situação problema, que determina qual fluxo assistencial é necessário para atender, por exemplo, pessoas com DM ou glicemia alterada (BRASIL, 2013a). É importante destacar, que apesar de as linhas de cuidado serem organizadas por doenças, espera-se que as equipes atendam os pacientes de forma integral e longitudinal e que o cuidado na atenção primária não seja fragmentado por patologias, mas com acesso garantido conforme a necessidade de cada pessoa, independente de qual doença possua (BRASIL, 2013b; 2013c).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve ser realizado o rastreio de diabetes com a finalidade de prevenir e diagnosticar precocemente o seu aparecimento. Os fatores de risco para doenças cardiovasculares são utilizados para realizar esse rastreio e também o diagnóstico de DM, visto que tanto o diabetes quanto a hipertensão são os maiores responsáveis pelo aparecimento de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2010b). No Quadro 4 estão descritos os fatores indicativos de risco para Doença Cardiovascular (DCV), que servem de parâmetro para o diagnóstico de diabetes.

Quadro 4 - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para Doença Cardiovascular, conforme os riscos baixo, intermediário e alto

Baixo risco/ Intermediário	Alto risco
Tabagismo	Acidente Vascular Encefálico (AVE) prévio
Hipertensão	Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio
Obesidade	Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)
Sedentarismo	Ataque Isquêmico Transitório (AIT)
Sexo masculino	Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE)
História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos)	Nefropatia
Idade > 65 anos	Retinopatia
	Aneurisma de aorta abdominal
	Estenose de carótida sintomática
	Diabetes mellitus

Fonte: Adaptado de Brasil (2010b).

Em relação ao rastreio do DM, são avaliadas pessoas com idade superior a 45 anos e/ou com Risco Cardiovascular (RCV) e/ou pessoas com excesso de peso, com IMC (Índice de Massa Corporal) > 25 kg/m², que tenham, também, a presença de outro fator de risco como: história de pai ou mãe com diabetes; hipertensão arterial; histórico de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; dislipidemia: hipertrigliceridemia (> 250 mg/dL) ou HDL-C baixo (< 35 mg/dL); exame prévio de Hemoglobina glicada (HbA1c) ≥ 5,7%; tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; obesidade severa; *Acanthosis nigricans*; síndrome de ovários policísticos; história de doença cardiovascular; e inatividade física (BRASIL, 2013b).

O diagnóstico laboratorial de diabetes pode ser realizado através de três tipos de exames, reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2019) para essa finalidade, sendo eles: glicemia em jejum, glicemia duas horas após o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) e Hemoglobina glicada. Os parâmetros e estágios para o diagnóstico de diabetes estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e diabetes, adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes

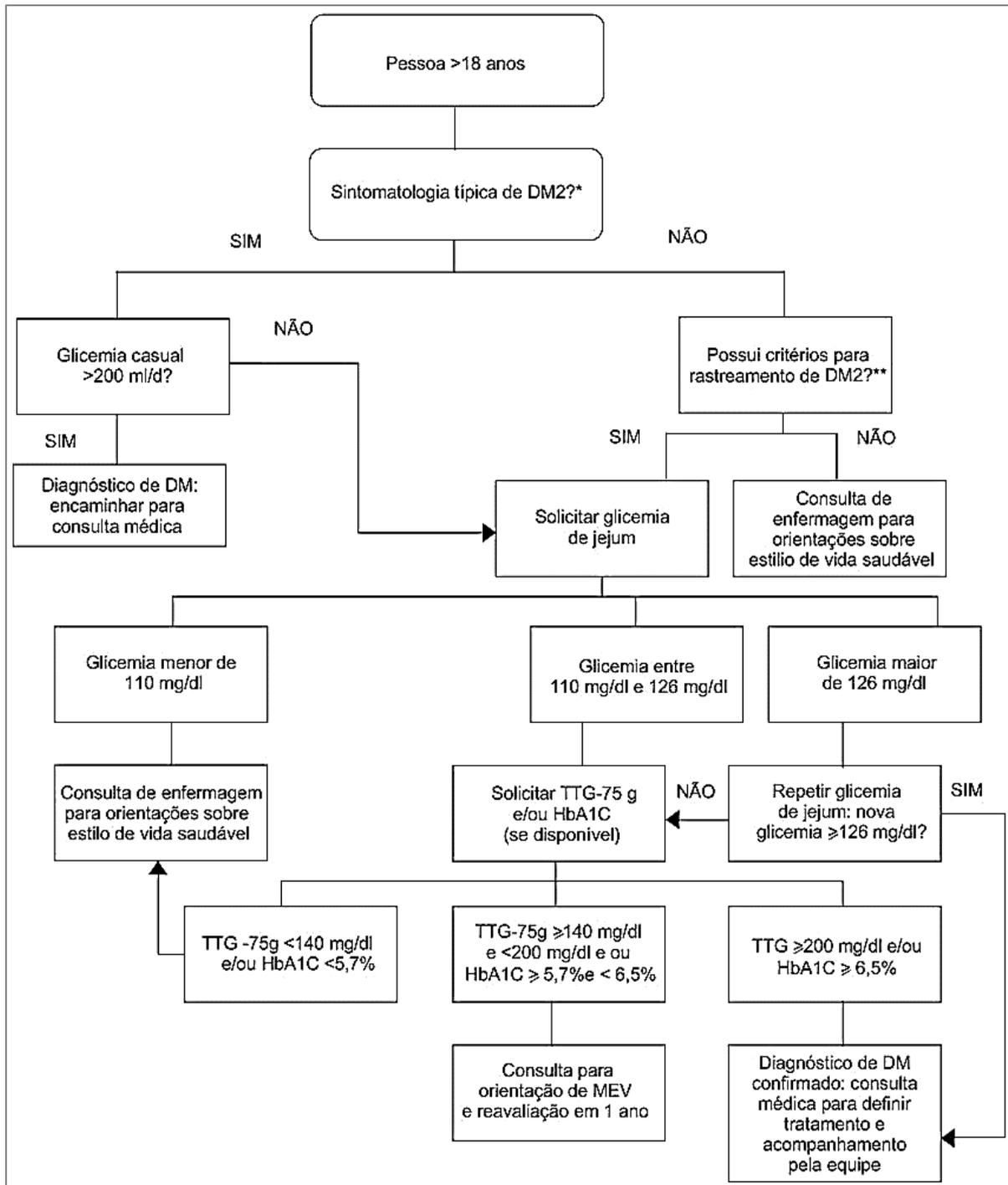
Exame	Normal	Pré-diabetes	Diabetes
Glicemia de jejum (mg/dL)	< 100	100 a 125	≥ 126
Glicose 2 horas após TOTG com 75g de glicose (mg/dL)	< 140	140 a 199	≥ 200
Hemoglobina glicada (%)	< 5,7	5,7 a 6,4	≥ 6,5

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2019).

TOTG: Teste Oral de Tolerância à Glicose.

O Ministério da Saúde também propôs um fluxograma de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2, que facilita a organização e planejamento das ações, conforme Figura 1.

Figura 1 - Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o Diabetes Mellitus tipo 2



Fonte: Retirada de Brasil (2013b).

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2; TTG: Teste de Tolerância à Glicose; HbA1C: Hemoglobina glicada; MEV: Mudança de Estilo de Vida.

Em documento publicado recentemente pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 54, de 11 de novembro de 2020, em que foi aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes tipo 2, o fluxo de rastreamento e diagnóstico teve alteração do valor

da glicemia em jejum para solicitação do TOTG, que passou a ser de 100 mg/dl até 125 mg/dl. Ao ser diagnosticado com diabetes, o paciente deve ser avaliado, inicialmente, em uma consulta médica na APS, em que o profissional deve coletar a história do paciente, realizar o exame físico, a avaliação laboratorial e a estratificação de risco cardiovascular, com o intuito identificar os fatores de risco e as suas condições de saúde. Além disso, os usuários devem ser orientados quanto à prevenção e ao manejo de complicações decorrentes da doença (BRASIL, 2020d).

A programação do tratamento e acompanhamento para pessoas com diabetes na APS deve ser realizada conforme as necessidades previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para a Mudança do Estilo de Vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas. Para o atendimento inicial e acompanhamento desses usuários é necessária a realização de vários exames (Glicemia de jejum e HbA1C; Colesterol total, HDL e triglicerídeos; Creatinina sérica; Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina; Fundoscopia), com periodicidade definida conforme a necessidade individual, considerando o risco cardiovascular, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes (BRASIL, 2013b).

Para um bom resultado no tratamento do DM é fundamental a adoção de hábitos de vida saudáveis, que compõem o tratamento não farmacológico, indicado tanto para pessoas com DM1, quanto DM2. Esses hábitos costumam ser orientados em ações de educação em saúde, que estimulam as mudanças no estilo alimentar; a prática de atividades físicas; e a redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares, como a obesidade e o tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). O tratamento do DM1, deve incluir a administração de insulina e por exigir maior complexidade de cuidados, os pacientes com esse tipo de diabetes costumam ser acompanhados, também, pela Atenção Especializada (AE). Já no DM2, a terapia deve ser complementada com antidiabéticos orais, administrados quando o usuário não atinge as metas de controle glicêmico, apenas com a adoção das medidas não farmacológicas (LERARIO *et al.*, 2010; BRASIL, 2013b).

As metas de controle glicêmico, para adultos, variam entre diferentes sociedades científicas, conforme exames laboratoriais, como pode ser observado na Tabela 7.

Tabela 7 - Metas de controle metabólico, quanto à Glicemia pré e pós-prandial e a Hemoglobina Glicada, segundo o estabelecido pelas sociedades científicas

Sociedades Científicas	Glicemia pré-prandial (mg/dL)	Glicemia pós-prandial (mg/dL)	HbA1c (%)
ADA	80 a 130	< 180	< 7,0
IDF	< 115	< 160	< 7,0
AACE	< 110	< 140	< 6,5
SBD	< 100	< 160	< 7,0

Fonte: Retirada de Sociedade Brasileira de Diabetes (2019, p.34).

ADA: *American Diabetes Association*; IDF: *International Diabetes Federation*; AACE: *American Association of Clinical Endocrinologists*; SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes; HbA1c: Hemoglobina Glicada.

O tratamento medicamentoso do DM2 pode ser realizado através de três linhas de farmacológicas, visualizadas no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Linhas farmacológicas utilizadas para o tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2



Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Brasil (2013b).

A 1.ª linha é utilizada quando o paciente não atinge a meta glicêmica em até três meses de tratamento não medicamentoso. Nesses casos é acrescentada a Metformina como primeira opção terapêutica (SAENZ *et al.*, 2005) recomendada pelo Ministério da Saúde. A associação de um segundo fármaco, que pode ser a Glibenclamida ou a Gliclazida, configura a 2.ª linha de tratamento e deve ser incluído quando a meta glicêmica não é alcançada com o uso da Metformina. Polonsky *et al.* (2011) destacaram que cerca de metade das pessoas que atingiram o controle glicêmico com monoterapia requerem a associação de outra medicação, dois anos depois. Combinando-se dois agentes antidiabéticos orais com mecanismos de ação diferentes

obtem-se uma queda adicional na glicemia, com melhora do quadro metabólico (BRASIL, 2013b).

Caso o controle metabólico não seja alcançado após o uso de Metformina associada com uma sulfonilureia (Glibenclamida ou Gliclazida) por três a seis meses, deve ser considerada uma terceira medicação, a Insulina, compondo a 3.^a linha de tratamento para o DM2. Nesse caso podem ser mantidos, para uso concomitante, a Metformina e a Glibenclamida ou Gliclazida, que podem contribuir para a diminuição da dose da Insulina. Em algumas situações a Insulina pode ser prescrita já na primeira avaliação ou no momento do diagnóstico, quando a glicose plasmática estiver maior que 300 mg/dL (BRASIL, 2013b).

Todos os medicamentos descritos, nas três linhas de tratamento, são ofertados gratuitamente pelo SUS, nas unidades da APS ou por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPP) (BRASIL, 2013b). Esse programa consiste na disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de medicamentos à população, por meio da “Rede Própria”, inicialmente operacionalizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e posteriormente em parceria com os Estados, Distrito Federal e Municípios; e o “Aqui Tem Farmácia Popular” referente ao convênio do MS com a rede privada de drogarias e farmácias. Por ambas as formas eram disponibilizados, gratuitamente, os medicamentos para diabetes e hipertensão, mediante apresentação da receita médica e documentos de identificação pessoal (BRASIL, 2016). No entanto, em 2017, em reunião com representantes estaduais, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); municipais, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e do Governo Federal, ficou decidido pelo fim do repasse de manutenção às unidades da “Rede Própria” do PFPP, bem como a operacionalização das unidades pela Fiocruz (CONASEMS, 2017). Assim, mantiveram-se apenas as parcerias com a rede privada, por meio do “Aqui tem farmácia popular”.

4 ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE REDES

A organização da atenção à saúde e da gestão do SUS se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, havendo incongruência entre a oferta de serviços e as necessidades de cuidado. A fragilidade do modelo de atenção em responder a situações de saúde dominadas por condições crônicas levou, em diferentes países e em diversas instituições, a uma busca por modelos de atenção às condições crônicas (MENDES, 2011; BRASIL, 2010a). Kuschnir e Chorny (2010) afirmam que a organização da atenção em rede regionalizada é uma das estratégias adotadas em diversos países para o enfrentamento da fragmentação assistencial.

Nesse sentido, entende-se que a organização da atenção à saúde em redes, pode propiciar às pessoas com doenças crônicas, o cuidado de forma integral (MALTA; MERHY, 2010). No entanto, a organização do cuidado às condições crônicas necessita de uma reorganização do sistema de saúde com foco no usuário, com vistas a qualificar tanto o acesso quanto as práticas de acolhimento, com articulação intersetorial, dinamização das formas de controle social e de concretização da equidade, entre outras ações, no sentido de qualificar o cuidado sem descuidar (RAUPP *et al.*, 2015).

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde foram incorporadas ao SUS por meio da Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, republicada posteriormente na Portaria de Consolidação n.º 2 de 3 de outubro de 2017, que estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS e a definiu como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2017b).

Em 28 de junho de 2011, o Decreto n.º 7.508, que regulamenta a Lei n.º 8.080/90, reforçou a concepção de redes, destacando que "a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde"; que "as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores"; e que "as comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde" (BRASIL, 2011b).

A experiência internacional indica que a garantia de cobertura e acesso aos serviços e ações de saúde em países, cujos sistemas são universais, foi melhor operacionalizada através do modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas constituídas com base na suficiência dos

serviços de saúde conforme as necessidades de saúde da população, a responsabilização pela atenção aos usuários e a coordenação assistencial (KUSCHNIR, 2014).

No Brasil, as políticas de saúde não têm favorecido a conformação de redes regionalizadas, segundo Fausto, Almeida e Bousquat (2018). Os autores refletem sobre o processo de implementação da política de redes, e afirmam ser um obstáculo à sua efetivação, em virtude da dificuldade de fazer acordos em um sistema de saúde descentralizado ao nível municipal, que desincentiva a colaboração e a criação de redes regionalizadas.

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção (SILVA, 2011). Mattos (2009a) destaca três sentidos relacionados à integralidade. O primeiro é o da integralidade no sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral por parte da equipe de saúde, capaz de perceber, de forma holística, o que pode beneficiar sua saúde nos diferentes pontos do sistema. O segundo é o da integralidade horizontal, que evidencia as respostas às necessidades dos usuários obtidas a partir de contatos sequenciais com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. E o terceiro reflete a interação entre as políticas públicas, com destaque para a intersetorialidade.

Esses diferentes sentidos, que juntos, auxiliam na definição mais completa do significado de integralidade em saúde, tornam-se ainda mais relevantes nesse cenário de crescimento progressivo das doenças crônicas, que exige diferentes respostas dos sistemas de saúde. Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer e fortalecer vínculos duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem a longitudinalidade do cuidado, através de linhas de cuidado que abranjam a prevenção, a promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde (SILVA, 2011).

É um grande desafio para o SUS transformar uma rede de serviços de saúde insuficiente, voltada, principalmente, para o atendimento de condições agudas e à saúde materno-infantil, em um sistema de saúde capaz de enfrentar a nova situação epidemiológica e demográfica brasileira, com o crescimento expressivo de doenças crônicas (VIANA *et al.*, 2018). Vale ressaltar, no entanto, que houve avanços no cuidado às condições crônicas, com a ampliação da cobertura da APS; a expansão de serviços de especialidades médicas; os sistemas de regulação e contratação da política de assistência farmacêutica. Contudo, esses avanços foram insuficientes para proporcionar um cuidado integral a esses usuários, que precisam acessar frequentemente, ao longo da vida, várias ações de promoção e prevenção à saúde, em diversos pontos da rede, com a atuação de equipes multiprofissionais (GIOVANELLA *et al.*, 2009; TARRANT *et al.*, 2015; VARGAS *et al.*, 2016; VIANA *et al.*, 2018).

4.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

A implantação da rede de cuidado aos pacientes com doenças crônicas ainda é um projeto em curso, que vem sendo estudado quanto aos seus avanços e obstáculos. Nesta seção será abordada a proposta teórica dessa política, quanto aos seus objetivos, competências e responsabilidades, conforme o preconizado na Portaria n.º 483, de 1.º de abril de 2014 (BRASIL, 2014b), presente também no Anexo IV da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c).

A Portaria definiu treze princípios, entre eles: o acesso e acolhimento em todos os pontos da rede; o modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; a articulação entre os serviços e ações de saúde, estabelecendo redes de saúde integradas e conectadas em diferentes pontos de atenção; a autonomia dos usuários, com estratégias de apoio ao autocuidado; e a regulação articulada entre todos os componentes da rede (BRASIL, 2014b).

Foram estabelecidos, também, objetivos gerais e específicos dessa rede. Como objetivos principais: proporcionar atenção integral às pessoas com doenças crônicas em todos os pontos da rede, através da promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde através da qualificação da atenção integral e da ampliação de estratégias de promoção e prevenção de agravos para pessoas com doenças crônicas. Entre os objetivos específicos destacam-se os de: ampliar o acesso de pessoas com doenças crônicas aos serviços de saúde e propiciar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento em tempo oportuno, conforme as necessidades de cada paciente. Além disso, foram atribuídas competências aos entes federativos e determinada a composição da rede de atenção às condições crônicas, composta pela Atenção Primária; a Atenção Especializada (ambulatorial especializado, hospitalar e urgência e emergência); pelos Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação e Governança (BRASIL, 2014b).

A Atenção Primária deve constituir o centro da comunicação da RAS e assumir o papel de ordenadora e coordenadora do cuidado, responsável por realizar o cuidado integral e contínuo da população e ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado. Tem como competências: a) realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da população adscrita conforme diretrizes do MS; b) prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações das doenças crônicas; c) encaminhar para a AE os casos com complicações das doenças crônicas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos ou quando esgotadas as

possibilidades terapêuticas na APS; d) coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da rede; e) acionar a Academia da Saúde e/ou outros equipamentos disponíveis no território para contribuir com o cuidado das pessoas com doenças crônicas, conforme necessidades identificadas; f) acionar as ferramentas de teleassistência, de teleeducação e regulação vigentes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda dos usuários com doenças crônicas aos demais componentes da RAS; g) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população (BRASIL, 2014b).

A Atenção Especializada, constituída por um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, deve apoiar e complementar os serviços da Atenção Primária de forma resolutiva e em tempo oportuno. É dividida em três subcomponentes: ambulatorial especializado; hospitalar; e urgência e emergência (BRASIL, 2014b), cujas responsabilidades e competências estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Responsabilidades e competências dos subcomponentes da Atenção Especializada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

(continua)

Subcomponentes da Atenção Especializada	Responsabilidades	Competências
<p>Ambulatorial especializado</p>	<p>Conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado</p>	<p>Atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região</p>
		<p>Prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a população adscrita encaminhada para esse ponto de atenção, segundo os protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas pelo MS ou elaboradas ao nível local ou regional</p>
		<p>Prestar apoio matricial às equipes da APS, presencialmente ou por meio de teleassistência e de teleeducação ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais para essas ações</p>
		<p>Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços da APS, bem como comunicar os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento</p>
		<p>Orientar o usuário com relação ao retorno à APS e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário</p>
<p>Hospitalar</p>	<p>Ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos, ou crônicos agudizados</p>	<p>Realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela APS ou pelo subcomponente ambulatorial especializado para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos, ou internação e tratamento das complicações das doenças crônicas</p>
		<p>Prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo MS ou elaboradas ao nível local ou regional</p>

(conclusão)

Subcomponentes da Atenção Especializada	Responsabilidades	Competências
Hospitalar	Ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos, ou crônicos agudizados	Programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado
		Realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da APS e/ou do subcomponente ambulatorial especializado, bem como comunicar os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento
		Prestar apoio matricial às equipes da APS, presencialmente ou por meio de teleassistência e de teleeducação ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais para essas ações
Urgência e emergência	Conjunto de ações e serviços voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas	Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das doenças crônicas a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades
		Realizar referência ou contrarreferência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2014b).

APS: Atenção Primária à Saúde; MS: Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde determinou como competências tanto da APS como da AE, no âmbito de seus componentes ambulatorial especializado e hospitalar, voltadas às pessoas com doenças crônicas: planejar o cuidado, considerando a avaliação da vulnerabilidade e da capacidade de autocuidado; organizar ações que promovam os cuidados paliativos, quando couber, articulando com os demais pontos de atenção; garantir o acesso aos medicamentos e insumos para o tratamento das doenças crônicas; registrar as informações referentes às pessoas e às ações relacionadas às doenças crônicas nos sistemas de informação; manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção que compõem a linha de cuidado; realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência e encaminhar os indivíduos com complicações agudas a outros níveis de atenção; e oferecer acompanhamento multiprofissional e programar a realização de consultas e de exames, conforme a necessidade

individual (BRASIL, 2014b).

A rede de atenção voltada às condições crônicas conta ainda com: a) os Sistemas de Apoio, que conferem apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; b) os Sistemas Logísticos, compostos por soluções em saúde, relacionadas às tecnologias de informação integradas pelos sistemas: de identificação e de acompanhamento dos usuários, ao registro eletrônico em saúde; de transporte, sanitários; e de informação em saúde; c) a Regulação, que organiza, principalmente, o acesso às demandas de maior complexidade na rede, sendo responsável por qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, além de auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores; d) e a Governança, relacionada a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da RAS (BRASIL, 2014b). Esses componentes da rede têm suas competências descritas no Quadro 6.

Quadro 6 - Competências dos Sistemas de Apoio e Logísticos, da Regulação e da Governança, componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Componentes da RAS	Competências
Sistemas de Apoio	Dar apoio diagnóstico e terapêutico às solicitações provenientes de todos os pontos de atenção conforme as pactuações locais ou regionais e diretrizes do MS
	Prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das pessoas com doenças crônicas
Sistemas Logísticos	Operacionalizar a implementação dos sistemas de informação que possibilitem o acompanhamento dos usuários na rede, a gestão do caso, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços da atenção especializada, além de avaliação das ações e serviços
	Organizar o sistema de transporte sanitário de forma que permita o fluxo adequado dos usuários com doenças crônicas entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações eletivas, por meio de veículos adaptados, quando necessário
Regulação	Garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e alta complexidade, necessários ao cuidado integral dos usuários com doenças crônicas, por meio das Centrais de Regulação, garantindo a equidade no acesso, em tempo oportuno, considerando a estratificação de risco e as diretrizes clínicas definidas pela gestão federal, regional ou local
Governança	Intervir para uma gestão regional compartilhada na RAS

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2014b).

4.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, NO ESTADO DO PARÁ E NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM

Localizado na região Norte do país, o estado do Pará, tem população estimada em 8.690.745, segundo o IBGE (2020a) e possui 13 regionais de saúde. O município de Santarém é a sede do 9.º Centro Regional da Secretaria de Estado de Saúde Pública, que abrange vinte municípios (Santarém, Alenquer, Almeirim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Itaituba, Juruti, Jacareacanga, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Novo Progresso, Óbidos, Oriximiná, Prainha, Placas, Rurópolis, Terra Santa e Trairão).

O perfil de morbidade da população paraense é caracterizado pela crescente prevalência e incidência de doenças crônicas, pela persistência de doenças transmissíveis bem como pela alta carga de acidentes e violências. A expectativa de vida no Pará avançou de 69,94 anos em 2000 para 72,77 em 2010. Essa transição demográfica e epidemiológica trouxe novas demandas de saúde, especialmente pelo aumento da prevalência e incidência de doenças crônicas e de incapacidades funcionais, revelando a necessidade de adotar novas estratégias para o enfrentamento dessa nova realidade, com o fortalecimento da atenção primária (PARÁ, 2016).

Segundo dados do Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019, até julho de 2015, o Estado do Pará possuía 1.261 equipes de Saúde da Família e uma estimativa de cobertura populacional pela ESF, de 53,17% e contava com 96 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), a dificuldade de fixação de médicos no estado foi atenuada. Nesse período o programa contemplou 131 municípios em todas as regiões de saúde do estado (PARÁ, 2016). Em Santarém, a ampliação e a consolidação da ESF, teve excelentes resultados no município, com evidente fortalecimento da APS, segundo Silva, Silva e Silva (2019). Os autores perceberam diminuição de 40,7% no indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) entre os anos de 2011 e 2016, ao mesmo tempo em que notaram aumento da cobertura da ESF, em 50,9% na região. Além disso verificaram que a maior parte das internações era de pessoas advindas de bairros sem atuação da ESF. A esse fato, os estudiosos associaram também à implantação do PMM e ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), no ano de 2013.

A Atenção Especializada do estado contava, em 2016, com 12.273 Leitos SUS na rede hospitalar. A SESPA geria seis hospitais regionais no estado, localizados nos municípios de Belém, Santarém, Marabá, Altamira, Breves, Ananindeua e Redenção. Entre os serviços de Urgência e Emergência existiam habilitados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU), 79 Unidades de Suporte Básico (USB), sete Unidades de Suporte Avançado (USA), uma Ambulância de Suporte Avançado e quatro Motolâncias. Além disso, os serviços de urgência contavam com: serviço de resgate aeromédico e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que abrangia 4.696.178 de habitantes; serviço de telediagnóstico, com a operacionalização de pontos com aparelhos de eletrocardiograma instalados em 38 municípios; 14 Salas de Estabilização habilitadas, e uma em funcionamento, no município de Muaná; nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA) cadastradas junto ao MS, em funcionamento em seis regiões de saúde, inclusive no Baixo Amazonas; 21 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e cinco equipes multidisciplinares de apoio (PARÁ, 2016).

Quanto à regulação do acesso à assistência, em 2013, foi criada a Central Estadual de Regulação (CER), fazendo a regulação hospitalar, aeromédica e ambulatorial. A SESPA atua através do apoio técnico junto às centrais de regulação municipais em conjunto com os Centros Regionais de Saúde da SESPA. Possui seis Complexos Reguladores Regionais (CRR), sendo eles: CRR Belém, que abrange seis regionais de saúde (40 municípios); CRR Capanema, com duas regionais de saúde (39 municípios); CRR Santarém, que engloba a regional do Baixo Amazonas e do Tapajós (19 municípios); CRR Altamira, com a região de Xingu (9 municípios); CRR Marabá, com a regional de Carajás (21 municípios); e o CRR Conceição do Araguaia, na região de Araguaia (15 municípios) (PARÁ, 2016).

O município de Santarém é o terceiro com maior população no estado do Pará, estimada em 306.480 habitantes. Com área territorial de 17.898,389 km² e densidade demográfica de 12,87 hab/km² (IBGE, 2020b), possui localização estratégica na região, por estar situado à 800 km das duas principais capitais da região norte e da Amazônia brasileira, Belém e Manaus e também por situar-se na confluência dos rios Tapajós e Amazonas, além de possuir outros rios formando a sua rede hidrográfica (Arapiuns, Curuá-Una, Moju e Mojuí). Sua posição privilegiada permite a utilização de transporte hidroviário, rodoviário e aeroviário, realizando intensamente o transporte de mercadorias e pessoas, recebendo a maior parte do fluxo de bens e serviços, e recursos financeiros dessa região. A modalidade fluvial é o meio de locomoção mais utilizado para transporte de passageiros e de cargas devido às dimensões dos rios. A BR-163 (Santarém-Cuiabá) é a rodovia federal que possibilita o trânsito de diversos bens e serviços ao ligar Santarém ao estado do Mato Grosso (SANTARÉM, 2013).

Por estar localizado na Amazônia legal, Santarém possui características típicas dessa região, marcada por diversas peculiaridades, seja por sua característica ecológica como pelas formas em que foi ocupada e como vem sendo explorada ao longo da história até os tempos atuais. Além da baixa densidade demográfica, possui grande fluxo migratório, alta

concentração urbana e um grande contingente de populações tradicionais, que sobrevivem do extrativismo e agricultura.

Os serviços de saúde encontrados na rede assistencial, em Santarém, estão descritos na Tabela 8, de acordo com os ofertados na Atenção Primária e Especializada, incluindo os serviços ambulatoriais, hospitalares e de urgência e emergência.

Tabela 8 – Distribuição dos serviços da Atenção Primária e Especializada, nas Zonas urbana e rural de Santarém, em junho de 2021

Níveis de atenção	Serviços de saúde	Número de unidades	
		Zona urbana	Zona rural
Atenção Primária	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	1	-
	Academia da saúde	6	-
	Consultório na rua	1	-
	Unidades de Saúde	27	45
	Unidade de Saúde da Família Fluvial	-	2
	Unidade de Saúde 24h	2	1
Atenção Especializada (Ambulatorial)	Centro de Referência à Saúde do Idoso	1	-
	Centro de Referência à Saúde da Mulher	1	-
	Centro de Referência à Saúde da Criança	1	-
	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador	1	-
	CAPS/AD	1	-
	CTA/SAE	1	-
	Hemodiálise	2	-
	Programa Melhor em Casa	1	-
	Ambulatório Municipal de Especialidades (HMS)	1	-
Atenção Especializada (Hospitalar)	Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo (HMS)	1	-
	Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Pena	1	-
	SAMU	-	-
Atenção Especializada (Urgência e emergência)	Unidade De Suporte Avançado	2	-
	UPA 24h	1	-
	Pronto Socorro Municipal	1	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (2019) e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 03 mai. 2021. CAPS/AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas; CTA/SAE - Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada; SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

Como pode ser observado na Tabela 8, existem em Santarém, compondo a Atenção Primária, 72 unidades, e apenas um Nasf, que está vinculado à nove equipes de saúde e matricia

somente cinco unidades da zona urbana: três na Zona Central (Interventoria, Diamantino, Floresta) e duas na Zona Sul (Nova República e Vitória Régia). Essa conformação do Nasf é insuficiente para a estrutura da rede, visto a grande necessidade de serviços e profissionais para atender as demandas de pessoas com doenças crônicas, como DM e HAS, entre outras situações de saúde. No mapa, presente na Figura 2 é possível visualizar a distribuição dos serviços da Atenção Primária e Especializada, disponibilizados na rede assistencial de saúde do município.

Figura 2 - Mapa das zonas administrativas, da área urbana de Santarém, com a distribuição das unidades de saúde da Atenção Primária e Especializada, em junho de 2021



Fonte: Mapa adaptado pela autora, a partir de Santarém (2018) e com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 04 mar. 2021.

APS: Atenção Primária à Saúde; Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

Observa-se no mapa, que as unidades de saúde estão mais concentradas nas zonas Norte e Central. Compondo a Atenção Primária na Zona Norte, estão as unidades do Santa Clara, de Fátima, de Aparecida, do Mapiri/Liberdade e do Santíssimo/Prainha; e na Atenção especializada, os Centros de Referência de Saúde do Idoso, da Mulher, da Criança e do Trabalhador; o Hospital Municipal de Santarém e seu Ambulatório de Especialidades; e um Centro de Hemodiálise.

Compõem os serviços de saúde na Atenção Primária da Zona Central, três unidades matriciadas pelo Nasf (Interventoria, Floresta e Diamantino) e três não matriciadas (Esperança, Aeroporto Velho e Jardim Santarém). Na Atenção Especializada, possui o Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA); um Centro de Hemodiálise; e a UPA 24h.

Nas demais zonas são encontradas somente unidades da Atenção Primária, sete na Zona Leste; quatro na Zona Oeste; e cinco na Zona Sul, onde duas unidades são matriciadas pelo Nasf (Nova República e Vitória Régia).

A cobertura populacional da ESF, em Santarém, em dezembro de 2020, era de 61,16%, e da Atenção Primária, 71,01% (BRASIL, 2021). Existem, em 2021, na Zona urbana, 50 eSF e 21 equipes da Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB). Quanto aos profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde da Família (USF), existem 320 Agentes Comunitários de Saúde; 117 técnicos em enfermagem, 94 enfermeiros e 50 médicos.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada no município de Santarém, localizado no oeste do estado do Pará e situado na mesorregião do Baixo Amazonas, à margem direita do Rio Tapajós, na confluência com o Rio Amazonas. Santarém é a sede do 9.º Centro Regional de Saúde do estado do Pará, que abrange vinte municípios vizinhos. Possui uma concentração maior e mais complexa de serviços de saúde tanto públicos quanto privados o que acarreta grande procura e demandas por esses serviços de moradores de municípios vizinhos.

5.1 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para alcançar o objetivo do estudo de analisar os caminhos percorridos pelos usuários na busca pelo cuidado, voltado ao diabetes, utilizamos como estratégia metodológica a realização de entrevistas semiestruturadas por meio do Roteiro de entrevistas (APÊNDICE A), com pessoas com diabetes atendidas em pontos da Atenção Primária e Especializada, em Santarém. A análise foi direcionada aos relatos dos usuários, tendo em vista, que a pesquisa centrada nos usuários é de grande importância para o conhecimento de suas práticas e da forma como constroem sua presença nos sistemas de saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Inicialmente foi obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém para a realização da pesquisa em doze unidades da Atenção Primária e em quatro da Atenção Especializada. Na Atenção Primária, cinco localizadas na Zona Norte (Santa Clara, Fátima, Aparecida, Mapiri/Liberdade e o Santíssimo/Praia) e seis na, Central (Esperança, do Aeroporto velho, do Jardim Santarém, da Interventoria, do Diamantino e da Floresta), selecionadas por estarem localizadas nas zonas administrativas de maior abrangência populacional e oferta de serviços. Além dessas, foi selecionada também a Academia da saúde do Mararu na Zona Sul, por oferecer serviços com estratégias voltadas à prática de atividades físicas.

Posteriormente, a pesquisadora visitou as unidades de saúde selecionadas para apresentar a pesquisa aos responsáveis pela unidade e marcar as datas para a realização das entrevistas, com exceção da Academia da saúde, que não funcionava diariamente e foi deixada por último. Nas unidades da APS, as datas foram marcadas nos dias em que aconteciam as reuniões dos grupos de pessoas com diabetes e hipertensão.

Com isso deu-se início às entrevistas no dia 14 de fevereiro de 2020, sendo realizadas

somente até o dia 4 de março do mesmo ano, visto que na semana seguinte, no dia 11 de março, a OMS elevou o estado de contaminação pelo novo coronavírus à pandemia de Covid-19 e as entrevistas precisaram ser interrompidas. Como eram necessárias medidas de isolamento social, as reuniões do Hiperdia foram descontinuadas e os usuários com DM passaram a receber a medicação em casa, tornando inviável a continuação das entrevistas que estavam previstas para ocorrer nas dependências das unidades de saúde em que os pacientes eram atendidos.

A princípio seriam entrevistadas, na Atenção Primária, duas pessoas de cada uma das 12 unidades pré-selecionadas, o que totalizaria em 24 pessoas nesse nível de atenção. No entanto, antes de ser declarada a pandemia, diante da insegurança e incertezas sobre quais medidas seriam necessárias para contê-la, optamos por entrevistar o máximo de pessoas possível em cada visita aos postos de saúde, o que resultou em 19 participantes entrevistados em seis unidades da APS nesse período, sendo elas, na Zona Norte: Santa Clara, Fátima e Aparecida; e na Zona Central, do Jardim Santarém, Diamantino e Floresta.

Na Atenção Especializada, as entrevistas seriam realizadas prevendo a utilização do evento traçador: “o atendimento e a prevenção às alterações oftalmológicas”. Entretanto, após a submissão do projeto à SEMSA de Santarém, para a obtenção do aceite institucional, foram solicitadas informações sobre os serviços de oftalmologia prestados pelo SUS no município, e fomos informadas que a oferta desses serviços estava indisponível, no âmbito municipal. A justificativa dada pela secretaria foi a falta de médicos oftalmologistas interessados na prestação desses serviços, não preenchendo as vagas disponibilizadas por meio da chamada pública para contratação, realizada em 2019. Assim permaneceu no ano de 2020 também.

Dessa forma, foram selecionados, na Atenção Especializada, inicialmente, o Centro de Referência à Saúde do Idoso, por prestar serviços especializados aos idosos; e três unidades da Atenção Especializada para atender ao evento traçador, sendo duas clínicas particulares, localizadas na Zona Norte, a Clínica Memorial Visão e a Clínica Oculare; e o Hospital Regional do Baixo Amazonas, localizado na Zona Central. Estas unidades foram selecionadas por prestarem serviços oftalmológicos ambulatoriais pelo SUS em Santarém, conforme observado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No entanto, as duas clínicas particulares não ofertavam mais serviços pelo SUS no período da coleta de dados, passando a realizar apenas atendimentos privados e o HRBA tornou-se inviável em decorrência da pandemia de Covid-19. Assim, dentre essas unidades, foi possível realizar entrevistas apenas no Centro de Referência do Idoso, com dois usuários que estavam sendo atendidos no serviço de fisioterapia, no período em que foram realizadas as visitas às unidades da APS.

Como alternativa para suprir, de certa forma, a ausência do serviço no município, a

secretaria comunicou, em fevereiro de 2020, que estava organizando um mutirão com a pretensão de atender os usuários do Hiperdia em Santarém que tivessem demandas para os serviços de oftalmologia. Em virtude das restrições impostas pela pandemia do novo coronavírus, esse evento ocorreu apenas no final do ano de 2020, nos dias 5 e 6 de novembro. Com a expectativa de realizar as entrevistas em um serviço especializado de oftalmologia, para prosseguir com a análise das trajetórias dos usuários em busca do cuidado, a pesquisadora obteve nova autorização da SEMSA para fazer as entrevistas durante esses dois dias (ANEXO A).

O evento ocorreu na unidade de saúde de Fátima e foi organizado pela coordenadora da Atenção Básica do município, que informou ser, na verdade, um evento para a realização de exames de Retinografia, iniciativa da SEMSA em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado Pará (COSEMS/PA), que tem implementado ações por meio do projeto de Teleoftalmologia levando mutirões de exames de retinografia aos municípios do estado. Em Santarém, o objetivo era atender até 300 usuários do Hiperdia, 150 por dia, com o intuito de diminuir a fila de espera do exame, que apresentava grande demanda. Para isso, as equipes de saúde das unidades da APS do município foram as responsáveis por selecionar usuários com diabetes e hipertensão para fazerem o exame durante esse mutirão.

Nos dias do evento havia duas tecnólogas em oftalmologia fazendo os exames e orientando os usuários quanto ao procedimento que seria realizado e sobre a entrega dos resultados, que deveria ocorrer em até dois meses e seriam entregues às unidades de referência da APS de cada paciente. Durante os dois dias desse evento foram entrevistados 13 usuários. Procedeu-se com as entrevistas, de forma aleatória, à medida que os pacientes terminavam o exame e demonstravam interesse e disponibilidade para participar do estudo. A princípio, pretendia-se entrevistar 18 indivíduos na Atenção Especializada, mas como no período da coleta de dados, as clínicas particulares previstas no projeto não estavam mais prestando serviços ambulatoriais de oftalmologia pelo SUS no município restou apenas o hospital regional e o mutirão de exames de Retinografia para obter pacientes atendidos nesses serviços.

Em visita ao HRBA, em fevereiro de 2020, hospital com oferta de serviços de média e alta complexidade sob responsabilidade do governo estadual, foi confirmada a oferta do serviço de oftalmologia, mas que possivelmente o público almejado no estudo não seria encontrado, visto que eram atendidos apenas usuários com demandas de alta complexidade. Ainda assim, foi solicitada a autorização para a realização de entrevistas com usuários com diabetes, caso houvesse, atendidos pelo serviço de oftalmologia do hospital. Contudo, o aceite institucional foi emitido apenas em dezembro de 2020 (ANEXO B), período de evidente agravamento da

pandemia e aumento expressivo de atendimentos aos pacientes com Covid-19 no hospital. Por conta disso, optamos por não prosseguir com a tentativa da coleta de dados nesse local e conseqüentemente também não foi obtida a informação se havia usuários com DM e alterações oftalmológicas atendidos no hospital. Dessa forma, as únicas entrevistas obtidas em serviços de oftalmologia foram as realizadas durante o mutirão de exames de Retinografia, que foi um acontecimento esporádico e não fazia parte dos serviços habituais ofertados pelo município.

Assim, foram incluídas no estudo, pessoas com Diabetes Mellitus, que estavam sendo atendidas nas unidades de saúde selecionadas, no dia da visita da pesquisadora, sem distinção de sexo, com idade superior a 18 anos e que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no Apêndice B, com autorização para gravação dos áudios das entrevistas. Os usuários foram abordados individualmente e convidados a participar do estudo. Após o aceite, os usuários foram entrevistados na própria unidade de saúde por meio do Roteiro de entrevistas semiestruturado (APÊNDICE A) e as respostas foram gravadas através do aplicativo de gravação de voz ®RecForge II – versão 1.2.8.4g.

Estimava-se que as entrevistas durariam cerca de 30 minutos, mas a duração variou entre 10 e 32 minutos, com média de 17 minutos entre elas. Os participantes do estudo foram designados como P1, P2, P3... P34, sendo "P" de Paciente, seguido do número de ordem das transcrições.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, preservando a completude das informações que subsidiaram a análise das falas. Em seguida foi realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, raça, escolaridade, ocupação, tempo de diagnóstico e naturalidade) e de questões referentes ao quantitativo de pessoas que faziam dieta, que praticavam atividades físicas, que tinham hipertensão associada, que possuíam conhecimento sobre a prevenção do diabetes e sobre complicações da doença, além da avaliação do atendimento recebido em relação ao diabetes no SUS, em Santarém. Os dados foram apresentados em forma de quadros e tabelas demonstrando a frequência absoluta e relativa, além da média aritmética e desvio padrão e foram registrados em um banco de dados criado no programa ®Microsoft Excel 2016.

Além disso, foram descritos os serviços de saúde acionados pelos usuários ao longo dos caminhos percorridos por eles na busca pelo cuidado relacionados ao diabetes, com base nos dados obtidos no CNES e de informações repassadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Santarém.

5.2 TEORIA ANALÍTICA

Esse estudo foi apoiado em seu referencial, pela Teoria da Estruturação (TE) proposta por Anthony Giddens. Considerado um dos maiores colaboradores modernos no campo da Sociologia, Giddens é reconhecido por sua visão holística das sociedades modernas e principalmente pela Teoria da Estruturação, em que o sociólogo afirma não ser possível conceber a ação individual e os sistemas sociais de modo separado, pois ambos só podem existir, através de relações recíprocas entre si, que o autor denomina como a “dualidade da estrutura”. Assim entende-se que a ação se realiza dentro de uma estrutura social preexistente. Os atores agem conforme regras do sistema social ao qual estão inseridos. Desta forma, acontece a reprodução das estruturas sociais e a transformação das estruturas sociais vigentes (GIDDENS, 2003).

Para melhor compreensão da Teoria da Estruturação proposta por Giddens se faz necessário elucidar alguns conceitos e pensamentos que a permeiam e que subsidiarão a análise das falas dos entrevistados, referentes aos componentes estruturais (sistemas sociais; agência e agente; estrutura e estruturação; regras e recursos) e agenciais (consciência prática e discursiva; cognoscitividade do agente; rotinização; monitoração reflexiva; consequências impremeditadas).

Por sistemas sociais, Giddens entende serem sistemas de interação social, que implicam em relações de interdependência entre indivíduos e grupos organizados, que podem ser analisadas como “práticas sociais recorrentes”, reproduzidas através do tempo e do espaço. Dentre esses sistemas, destacamos o sistema de saúde aqui estudado, que não é a estrutura em si, mas constituído de estruturas, de propriedades estruturais (GIDDENS, 2000). Ao pensar na rede assistencial entende-se que as normas e os serviços de saúde são condições estruturais, que ajudam a estruturar o sistema de saúde.

Ao tratar da estrutura, Giddens contesta a ideia de algo físico, palpável e estático afirmando que a estrutura não pode ser observada apenas do ponto de vista objetivo e inerte, mas como um processo dinâmico. Giddens acredita que a estrutura não pode ser dissociada da ação e que em contato com os atores sociais, não pode manter-se a mesma. As ações realizadas pelos indivíduos podem atingi-la e modificá-la, bem como o contrário, a estrutura pode interferir nas ações de quem a rodeia. Dessa forma, Giddens defende a existência de duas faces da estrutura, formando assim a “dualidade da estrutura” (NIZET, 2016).

Dessa forma, entende-se por estrutura, o conjunto de regras e recursos que implicam de modo recursivo na reprodução social (O'DWYER; MATTOS, 2010). As regras se constituem

por dois aspectos, o normativo, referente aos direitos e obrigações (como portarias e decretos estabelecidos nas políticas de saúde), e o semântico, referente ao significado qualitativo e processual das práticas. Os recursos, por sua vez, são as facilidades que o agente tem acesso para alcançar seus objetivos. São classificados como alocativos, que se referem ao controle de bens e objetos, e autoritativos, que são os recursos não materiais disponíveis (GIDDENS, 2003; O'DWYER, 2015). Barbosa e Guimarães (2021) apontam os recursos, na Rede de Atenção à Saúde, como os assistenciais de saúde, que são mobilizados pelos atores sociais por meio de facilidades, que refletem as bases de poder, que o agente possui e manipula para influenciar a interação com o outro. As autoras destacam ainda a importância de analisar as regras envolvidas nas práticas sociais para que haja compreensão da aplicação e do desempenho das ações realizadas no processo, bem como a análise dos recursos associados, que contribui para o entendimento sobre o poder que os agentes envolvidos mobilizam para realizar uma ação.

Essa percepção pode ser abrangida pelo conceito de “monitoração reflexiva” usado por Giddens para compreender o comportamento humano e suas ações:

Os atores não só controlam e regulam continuamente o fluxo de suas atividades e esperam que outros façam o mesmo por sua própria conta, mas também monitoram rotineiramente aspectos sociais e físicos dos contextos em que se movem. Essa monitoração possibilita mudança de práticas rotinizadas (O'DWYER e MATTOS, 2010, p. 615).

Giddens destaca ainda a intencionalidade das ações praticadas pelo sujeito, em que a agência incorpora tanto ações intencionais, como as não-intencionais: “agência não se refere às intenções que as pessoas têm ao fazer as coisas, mas à capacidade delas para realizar essas coisas” (GIDDENS, 2003, p.10). Ainda refletindo sobre isso, Lima (2020) refere que a ação individual está atrelada aos arranjos sociais herdados historicamente e não às próprias intenções das pessoas. Por outro lado, os agentes desconhecem as circunstâncias em que a ação se desenvolve e as consequências suscitadas por elas. Tratam-se das “consequências impremeditadas” da ação, referidas por O'Dwyer e Mattos (2010) como consequências não previstas de atos que podem ser intencionais ou não. Assim, a agência humana contribui com a imprevisibilidade no desenrolar histórico da vida social e reforçam às condições não reconhecidas da ação (LIMA, 2020).

Os agentes exercitam as práticas sociais, que podem ser concebidas como os procedimentos, métodos ou técnicas empregadas de forma adequada, empregando regras e recursos. Portanto, os agentes são os que interagem com esses recursos e os manejam como estratégia de controle (GIDDENS, 2003). Os agentes em questão neste estudo são os usuários

com diabetes, que a partir de seus relatos sobre os caminhos que percorreram na busca por cuidado, subsidiaram a análise de como os serviços são acessados e integrados.

Giddens reconhece os sujeitos como seres cognoscentes, capazes de pensar sobre o seu contexto social e de atuar para transformar a sua realidade, que o autor chama de “cognoscitividade do agente” (ALBINO *et al.*, 2010). Diante disso Giddens concebe os atores sociais como seres reflexivos, cujos comportamentos são revisados frequentemente, possibilitando mudanças constantes na sociedade. Entretanto, a ação humana não está sempre atrelada à racionalidade. Visto isso, Giddens aborda os conceitos das consciências “discursiva” e “prática”.

A consciência discursiva está relacionada com o fato de os atores competentes poderem racionalizar as suas ações, por meio de um pensamento elaborado, que podem ser explicitadas, discursivamente, elucidando as suas intenções e motivações para atuarem da forma como atuam. Na dimensão prática, é dispensada uma explicação das motivações dos comportamentos, por serem espontâneos e assimilados nas diferentes experiências de interação no convívio social (CRUZ, 2020). O’Dwyer (2015) destaca a “rotinização”, contida no âmbito da consciência prática, como um mecanismo psicológico vital, em que se sustenta um senso de confiança nas atividades cotidianas da vida social e destaca que: “todos os sistemas sociais se expressam nas rotinas sociais ao mesmo tempo que são conformados por elas” (O’DWYER, 2015, p. 177).

Para conceituar a “estruturação” Giddens discorre sobre a necessidade de diferenciá-la da estrutura e do sistema, como pode ser observado no Quadro 7.

Quadro 7 - Conceitos de Estrutura, Sistema e Estruturação, definidos por Anthony Giddens

Elementos da Teoria da Estruturação	Conceitos
Estrutura	Regras e recursos organizados como propriedades dos sistemas sociais; a estrutura apenas existe sob a forma de “propriedades estruturais”
Sistema	Relações reproduzidas entre atores ou coletividades, organizadas enquanto práticas sociais regulares
Estruturação	Condições que regem a continuidade ou a transformação das estruturas e, como tal, a reprodução dos sistemas

Fonte: Retirado de Giddens (2000, p. 36).

Portanto, entendemos que a “estruturação” se dá por meio da atuação de agentes transformadores, envolvidos nas práticas sociais de determinada estrutura, cujas ações

realizadas, ao longo do tempo e do espaço, intencionalmente ou não, geram mudanças estruturais, que ao serem reproduzidas cotidianamente estão em constante transformação.

Giddens propõe que estudos empíricos sejam realizados por meio da análise institucional e a análise da conduta estratégica, que o autor destaca serem diferentes apenas pela ênfase dada à realidade estudada e que no tipo institucional, a análise busca compreender como a estrutura têm moldado as práticas dos agentes envolvidos, dando ênfase às propriedades estruturais do sistema de saúde, ao analisar como a estrutura, por meio de regras e recursos, se relaciona com as ações dos agentes. Já a análise da conduta estratégica, segundo O'Dwyer (2015) permite identificar práticas rotinizadas ou mudanças potenciais:

Na análise da conduta estratégica, o foco incide sobre os modos como os atores sociais se apoiam nas propriedades estruturais para a constituição de relações sociais [...]. A análise da conduta estratégica significa dar primazia às consciências discursivas e práticas e às estratégias de controle dentro de limites contextuais definidos (GIDDENS, 2003, p. 339).

Para o estudo atual utilizamos a análise da conduta estratégica, analisando os motivos para as ações dos usuários com diabetes, incluindo o saber que têm sobre suas ações e o que expressam discursivamente.

Nessa perspectiva, segundo O'Dwyer (2015), o SUS, reconhecido constitucionalmente como um direito social no Brasil, consolida-se por meio da formulação de políticas que direcionam a atenção à saúde, uma prática social complexa, que ao ser conduzida por esse conjunto de regras e normas realiza-se de forma própria permitindo contornos estruturais que compõem o SUS real.

Diante disso, propôs-se neste estudo, a TE como recurso teórico para a análise dos caminhos percorridos pelos usuários com diabetes na busca pelo cuidado por acreditarmos ser uma estratégia metodológica capaz de subsidiar a análise das práticas do SUS, contextualizadas por circunstância da ação (O'DWYER; MATTOS, 2010). Mostra-se assim, como um recurso teórico com potencial analítico para abordar temas relacionados às políticas de saúde, estruturadas com base na intencionalidade das ações governamentais e de ações em saúde de diversos atores e por sua adesão aos diversos métodos de investigação (O'DWYER, 2015). Destaca-se ainda, que para ocorrer uma avaliação mais efetiva dos serviços de saúde é necessário que os conhecimentos dos profissionais e dos usuários sejam incorporados no sentido de proporcionar reflexão e produzirem-se mudanças (O'DWYER; MATTOS, 2010).

Da análise das falas dos participantes do estudo emergiram três categorias, denominadas: "O conhecimento dos usuários sobre o diabetes", "Os serviços de saúde

acessados pelos usuários”, e “A Avaliação dos serviços sob a perspectiva dos usuários”. A partir da categorização foram identificados e analisados, à luz da Teoria da Estruturação de Giddens, os aspectos restritivos e facilitadores na Atenção Primária e Especializada, por meio das percepções dos pacientes, referentes aos serviços de saúde que os atenderam e também da relação que têm com a doença e seus conhecimentos sobre ela.

5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os pacientes foram abordados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, sendo respeitadas as Resoluções n.º 466 de 2012 e n.º 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Foram respeitados o sigilo dos dados pessoais dos participantes, bem como, o direito de escolha em participar da pesquisa, sem que houvesse prejuízos de qualquer natureza para quem se recusou a participar.

Todos os participantes do estudo foram abordados individualmente pela pesquisadora e convidados a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Após esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, os riscos, benefícios, direitos e garantia de anonimato pela participação, o termo foi assinado por todos os voluntários e pela pesquisadora.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ Fiocruz, tendo sido aprovado em 3 de fevereiro de 2020. Posteriormente foram feitas alterações no TCLE e no cronograma em razão da pandemia e foi emitido um novo parecer de aprovação, número 4.432.705 (ANEXO C).

Foi obtida também a autorização para a realização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Santarém. A primeira carta de aceite foi recebida em fevereiro de 2019, mas precisou ser atualizada em 2020 para a continuação da pesquisa, conforme documento do Anexo A.

Para a realização das entrevistas no período em que a pandemia já estava instalada, foram adotadas medidas de segurança pela pesquisadora e entrevistados, com o uso de máscaras por ambos, além do distanciamento social e uso de álcool à 70% sempre que necessário.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados foram apresentados e discutidos por meio de cinco tópicos. O primeiro versa sobre o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, quanto ao sexo, idade, raça, escolaridade, ocupação, naturalidade e o tempo de diagnóstico.

Em seguida foi abordado o conhecimento dos usuários sobre o diabetes com a análise de relatos envolvendo o sentimento ao receber o diagnóstico da doença, fatores relacionados à adesão à dieta, às atividades físicas e ao conhecimento dos participantes sobre a prevenção e as complicações do DM.

No terceiro tópico foram analisados os serviços acessados pelos usuários com DM em Santarém, na busca pelo cuidado. Neste item foram descritos: os serviços acionados pelos usuários; como ocorre o acesso a esses serviços; e os caminhos percorridos pelos participantes do estudo na busca por cuidado.

O quarto tópico traz a análise da avaliação dos usuários sobre os serviços voltados à pessoa com diabetes, em Santarém. Nesta sessão foram analisadas as notas dadas ao atendimento recebido no SUS e as sugestões dos participantes para melhoria do atendimento.

Por último, no tópico 5, foi apresentado um diálogo, da teoria da estruturação, de Giddens, com os caminhos percorridos pelos usuários com diabetes, em Santarém.

6.1 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Participaram do estudo 34 pessoas com diabetes, 33 com DM2 e uma com DM1, provenientes de todas as zonas administrativas, da área urbana de Santarém. As entrevistas foram realizadas em seis unidades da Atenção Primária (Diamantino, Floresta, Jardim Santarém, Aparecida, Fátima e Santa Clara), onde foram entrevistados, em média, três pessoas por unidade, totalizando 19 usuários, como pode ser observado na Tabela 9. Já na Atenção Especializada, foram entrevistadas 15 pessoas, duas no serviço de fisioterapia do Centro de Referência do Idoso, provenientes da unidade de Santa Clara, localizada no mesmo prédio onde é ofertado esse serviço; e treze durante o evento organizado pela SEMSA e ocorrido na unidade de saúde de Fátima, para a realização de exames de Retinografia. Nesse caso, os participantes foram encaminhados de outras unidades da APS de Santarém para esse serviço, como mostra a Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos usuários entrevistados em serviços da Atenção Primária e da Atenção Especializada, conforme zonas administrativas urbanas e unidades de referência na Atenção Primária, Santarém, 2020

Zonas administrativas	Unidades de referência da Atenção Primária	Número de entrevistados na Atenção Primária n (%)	Número de entrevistados na Atenção Especializada* n (%)	Total de entrevistados n (%)
Central	Diamantino	3 (15,8)	-	3 (8,8)
	Floresta	3 (15,8)	-	3 (8,8)
	Jardim Santarém	4 (21,1)	3 (20,0)	7 (20,6)
Norte	Aparecida	3 (15,8)	-	3 (8,8)
	Fátima	3 (15,8)	-	3 (8,8)
	Santa Clara	3 (15,8)	2 (13,3)	5 (14,7)
Leste	Uruará	-	2 (13,3)	2 (5,9)
Oeste	Maracanã	-	3 (20,0)	3 (8,8)
	Santarenzinho	-	1 (6,7)	1 (2,9)
	Ipanema	-	1 (6,7)	1 (2,9)
Sul	Nova República	-	1 (6,7)	1 (2,9)
	Santo André	-	2 (13,3)	2 (5,9)
Total	-	19 (100,0)	15 (100,0)	34 (100,0)

Fonte: Elaborada pela autora.

*Os dois usuários de Santa Clara foram entrevistados no serviço de fisioterapia do Centro de Referência do Idoso e os demais, no exame de Retinografia, ocorrido na unidade de saúde de Fátima.

Quanto à prevalência de DM2, Aguiar, Ramos e Bichara (2018) observaram em 2016, em Santarém, 100% de pessoas com DM2, em seu estudo com 129 usuários atendidas pelo programa Hiperdia. Caldeira *et al.* (2020) também perceberam maior número de pessoas com DM2 (85%) em seu estudo com 92 pessoas com diabetes, em Coari, no estado do Amazonas. Esses dados corroboram com os dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), de que o DM2 representa 90% a 95% dos casos de diabetes, enquanto o DM1, embora esteja aumentando, corresponde a apenas 5% a 10%.

No presente estudo não foi objetivo considerar conceituações de gênero, mas sim o sexo dos participantes. Em consequência dessa percepção, houve predominância do sexo feminino, correspondente a 58,8% dos participantes (Tabela 10). Caldeira *et al.* (2020) encontraram número semelhante, com a população feminina composta por 58,6%. Já em estudo de Aguiar, Ramos e Bichara (2018), no ano de 2016, em Santarém, com 129 pessoas com DM2 obteve-se maior expressão, com 76,6% de usuários do sexo feminino. Neta e Vasconcelos (2020) também perceberam maior prevalência (74%), em pesquisa realizada em Jijoca de Jericoacoara, Ceará, com 70 pessoas com DM. Essa predominância do sexo feminino também foi observada pelo relatório do Vigitel, com 27 unidades federativas, com maior frequência do diagnóstico médico de diabetes na população feminina (7,8%) do que na masculina (7,1%) (BRASIL, 2020a).

Tabela 10 - Distribuição dos participantes do estudo do sexo feminino e masculino quanto às variáveis: faixa etária, raça/cor, escolaridade, ocupação e naturalidade, Santarém, 2020

Variáveis	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	(%)
Faixa etária	n	%	n	%	n	(%)
≤ 26	0	0,0	1	7,1	1	2,9
27 – 37	0	0,0	0	0,0	0	0,0
38 – 48	0	0,0	0	0,0	0	0,0
49 – 59	4	20,0	2	14,3	6	17,6
60 – 70	10	50,0	8	57,1	18	52,9
71 – 81	6	30,0	3	21,4	9	26,5
Total	20	100,0	14	100,0	34	100,0
Média/Desvio Padrão	64,9 ± 7,2		63,4 ± 12,9		64,2 ± 9,7	
Raça/cor	n	%	n	%	n	%
Branco	1	5,0	2	14,3	3	8,8
Pardo	17	85,0	11	78,6	28	82,4
Preto	2	10,0	1	7,1	3	8,8
Total	20	100,0	14	100	34	100,0
Escolaridade	n	%	n	%	n	%
Alfabetizado	2	10,0	3	21,4	5	14,7
Ensino Fundamental Incompleto	8	40,0	4	28,6	12	35,3
Ensino Fundamental Completo	2	10,0	3	21,4	5	14,7
Ensino Médio Incompleto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ensino Médio Completo	6	30,0	4	28,6	10	29,4
Ensino Superior Incompleto	1	5,0	0	0,0	1	2,9
Ensino Superior Completo	1	5,0	0	0,0	1	2,9
Total	20	100	14	100	34	100,0
Ocupação	n	%	n	%	n	%
Aposentados e/ou pensionistas	11	55,0	8	57,1	19	55,9
Atividades do lar	6	30,0	0	0,0	6	17,6
Autônomo	1	5,0	1	7,1	2	5,9
Confeiteira	1	5,0	0	0,0	1	2,9
Revendedor	1	5,0	0	0,0	1	2,9
Sem atividade remunerada	0	0,0	2	14,3	2	5,9
Taxista	0	0,0	1	7,1	1	2,9
Vendedor de madeira	0	0,0	2	14,3	2	5,9
Total	20	100,0	14	100,0	34	100,0
Naturalidade	n	%	n	%	n	(%)
Amazonas	2	10,0	0	0,0	2	5,9
Ceará	2	10,0	3	21,4	5	14,7
Maranhão	2	10,0	0	0,0	2	5,9
Pará	14	70,0	9	64,3	23	67,6
Pernambuco	0	0,0	1	7,1	1	2,9
São Paulo	0	0,0	1	7,1	1	2,9
Total	20	100	14	100	34	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Roteiro de entrevistas (APÊNDICE A).

Diferenças biológicas entre os sexos feminino e masculino podem contribuir com o aparecimento do diabetes. Estudos apontam que mulheres, fisiologicamente, costumam ter maior depósito de gorduras no corpo, favorecendo à resistência insulínica e aumentando o risco de doenças cardiovasculares (MUTSERT *et al.*, 2018; RITTER *et al.*, 2020). Além desses fatores, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2018) destaca que aspectos comportamentais, culturais e sociais afetam a saúde das mulheres, principalmente quando têm diabetes. Alerta ainda que duas em cada cinco mulheres com diabetes estão em idade reprodutiva e que o DM é a nona principal causa de morte em mulheres em todo o mundo.

Além disso, mulheres com DM2 são quase dez vezes mais propensas às doenças coronarianas. Na gravidez podem apresentar quadros de hiperglicemia mesmo nas que não apresentavam diabetes anteriormente, alertando para a investigação de Diabetes Gestacional, já que metade das mulheres com histórico de DMG continuam a desenvolver o DM2 dentro de 5 a 10 anos após o parto. Somado a isso, as mulheres têm, em média, menor renda que os homens, independentemente do nível socioeconômico e desempenham participação importante não apenas no cuidado da sua própria saúde, como atuam diretamente na saúde de toda a sua família. Vale destacar também o estilo de vida moderno e com dupla jornada que a mulher assume, ao ganhar cada vez mais espaço no mercado de trabalho e ainda assim continuar comprometida com as atividades domésticas e cuidados com a família. Esses fatos dificultam a adesão a um comportamento de vida mais saudável e acesso ao tratamento adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

A idade dos participantes do estudo variou de 25 a 80 anos, com média de $64,2 \pm 9,7$ anos e maior predominância de pessoas na faixa etária de 60 a 70 anos (52,9%), tanto no sexo feminino (50%), quanto no masculino (57,1%), seguido da faixa etária de 71 a 81 anos em ambos os sexos, como demonstrado na Tabela 10. Abaixo de 48 anos foi entrevistado apenas um participante, com a idade de 25 anos, do sexo masculino e com DM1. Resultado semelhante foi observado no estudo de Aguiar, Ramos e Bichara (2018) realizado em Santarém, com maior frequência de DM entre indivíduos com 61 a 70 anos (44,19%), seguido da faixa etária de 71 a 80 anos (23,26%) com média de idade de $65,1 \pm 9,4$ anos. O predomínio de pacientes com idade superior a 61 anos demonstra maior prevalência da doença com o avançar da idade, o que já foi demonstrado também pelo Vigitel (BRASIL, 2020a), que ressaltou a maior ocorrência de DM em pessoas com 65 anos ou mais (23%).

Em contrapartida, Caldeira *et al.* (2020), em seu estudo em Coari, encontraram maior número de pessoas com DM entre as faixas etárias de 51 a 60 anos (32,6%) e 30 a 50 anos (23,9%). A ocorrência de diabetes em pessoas abaixo de 60 anos alerta para a transição de

idade que vem ocorrendo em relação ao DM. As pessoas estão adquirindo a doença cada vez mais cedo. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), nos países em desenvolvimento, indivíduos de todas as faixas etárias serão atingidos, principalmente na faixa etária de 20 a 44 anos, em que a prevalência irá duplicar. A *International Diabetes Federation* (2019) destacou, que na América Latina, quase metade das mortes atribuídas ao diabetes ocorrem em pessoas com idade inferior a 60 anos.

Nos dois sexos foi maior a proporção de indivíduos de cor da pele parda (82,4%), posto que 85% da população feminina e 78,6% da masculina se autodenominaram pardos, como demonstrado na Tabela 10. Em 2016, Aguiar (2017) também percebeu maior número de pessoas pardas (79%) em seu estudo em Santarém. Assunção *et al.* (2017) em estudo com 353 pessoas com DM2 atendidas na APS, em Montes Claros, obteve prevalência mais baixa (53,3%). Essa ocorrência concorda com o Censo de 2010, ao revelar que 43,1% da população brasileira se autodetermina da cor parda, com maior percentual (66,9%) na região Norte (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Por outro lado, houve estudos com a maior prevalência da cor branca. Em Sergipe, Barreto *et al.* (2017a) em pesquisa com 13 indivíduos com DM, a predominância foi da cor branca (53,8%). No estudo de Rossaneis *et al.* (2016), com 1.515 usuários com DM cadastrados no Hiperdia, na área urbana de um município de grande porte do sul do Brasil, também observaram maior proporção de indivíduos de cor da pele branca, tanto no sexo feminino (50,6%) como no masculino (58,6%).

Quanto aos níveis de escolaridade a maior parte da população do estudo possuía ensino fundamental incompleto (35,3%), seguido de pessoas com ensino médio completo (29,4%), conforme Tabela 10. Corroborando com esse dado, outros estudos também observaram maior prevalência de pessoas com esse nível de ensino, como o de Barreto *et al.* (2017b), com 57,89% dos 114 usuários, em Boa Vista/RR; Aguiar, Ramos e Bichara (2018), com 44,96% das 129 pessoas com DM2 em Santarém/PA; e Dias *et al.* (2018), com 56,21%, de 169 usuários, em Belém/PA.

Já Caldeira *et al.* (2020) obteve maior número de pessoas com o ensino fundamental completo, 84,7%, enquanto, 10,8% cursaram o ensino médio. Esses achados concordam com a realidade brasileira registrada pelo IBGE (2020c) de que a população acima de 65 anos é composta por pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (69,6%), explicada pela restrição das redes de ensino nas décadas de 1950, 1960 e 1970. Essa ocorrência pode estar relacionada, também, com o perfil dos usuários, que utilizam os serviços da ESF, caracterizado por pessoas idosas, com baixa renda e baixa escolaridade, que têm percepção ruim da própria

saúde e necessitam de mais cuidados por estarem mais suscetíveis ao adoecimento (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; FREITAS; GARCIA, 2012).

Por se tratar de uma população idosa, a maior parte da amostra foi constituída por aposentados e/ou pensionistas (55,9%), dentre eles 11 do sexo feminino. Essa ocorrência foi percebida também por Barreto *et al.* (2017b), com 50% de aposentados e por Barreto *et al.* (2017a), com 61,5%. Dos 34 entrevistados, 23 (67,6%) são naturais do Pará, sendo 10 nascidos em Santarém (Tabela 10).

Quanto ao tempo de diagnóstico, a média entre os participantes foi de $10,4 \pm 7,7$ anos, com o tempo variando de 3 meses a 30 anos. Entre ambos os sexos, o período de 0 a 5 anos foi o mais prevalente, 35,0% e 42,9%, respectivamente, seguido do período de 12 a 17 anos no sexo feminino (30%) e de 6 a 11 anos (28,6%) no masculino, como demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos entrevistados quanto ao tempo de diagnóstico, Santarém, 2020

Tempo de diagnóstico (anos)	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 – 5	7	35,0	6	42,9	13	38,2
6 – 11	3	15,0	4	28,6	7	20,6
12 – 17	6	30,0	3	21,4	9	26,5
18 – 23	2	10,0	0	0,0	2	5,9
≥ 24	2	10,0	1	7,1	3	8,8
Total	20	100,0	14	100,0	34	100,0
Média/Desvio Padrão	12,2 ± 7,7		7,8 ± 6,8		10,4 ± 7,6	

Fonte: Elaborada pela autora.

Resultado semelhante foi obtido, por Aguiar (2017), com maior parte da população do estudo, com tempo de diagnóstico entre 1 e 5 anos (46,5%) de diagnóstico da doença, com média de $8,09 \pm 6,55$. Já Barreto *et al.* (2017a) descreveram predomínio na faixa de 0 a 9 anos e média de $8,28 \pm 7,75$. Assim como outros estudos que revelaram maioria com diagnóstico de DM há menos de 10 anos (ROSSANEIS *et al.*, 2016; CARMO *et al.*, 2019; CALDEIRA *et al.*; 2020). A relação entre o tempo de diagnóstico de DM e o surgimento de complicações vem sendo observada por vários estudiosos, como Cortez *et al.* (2015) ao apontarem que quanto maior o tempo de doença, maior é a possibilidade de aparecimento de complicações. Essa relação pode ser explicada pela exposição por tempo prolongado à hiperglicemia, que pode causar lesões irreversíveis nos tecidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

No tópico seguinte, a relação entre complicações, escolaridade e o tempo de diagnóstico será abordada de forma mais aprofundada com os dados encontrados no estudo atual.

6.2 O CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS SOBRE O DIABETES

Nesta sessão foi avaliado o conhecimento que os participantes têm sobre a doença, desde o sentimento ao receber o diagnóstico de DM; o que sabem sobre prevenção e complicações; até a forma como conduzem suas rotinas convivendo com DM, por meio das suas relações com a dieta e a prática de atividades físicas.

O conhecimento que o usuário tem sobre a doença pode interferir nas escolhas dos caminhos a seguir na busca pelo cuidado. No início da entrevista os usuários foram questionados sobre o sentimento que tiveram ao descobrir que têm diabetes e muitos deles revelaram ter sentido raiva, tristeza, medo, preocupação, nervosismo, como demonstram as falas a seguir:

Muito triste! Na época eu tinha um pavor. Eu fiquei muito triste, eu chorei, por que a gente não esperava né, que na minha família não tem ninguém (P7).

[...] nossa eu fiquei parece que eu não pisei no chão, sabe? Meu Deus, eu tô com diabete, eu vou morrer diz que eu disse. Eu fiquei em choque (P14).

Ah abalado, me senti [...] eu entrei até em depressão por causa disso (P15).

Eu, na época, fiquei muito espantada, eu fiquei muito nervosa [...] por que eu não tinha (P18).

Ah eu me assustei um bucado né, por que a minha mãe ela sempre disse assim: “no dia que eu souber que eu tenho diabetes eu me mato”. Aí eu fiquei com medo né? (P21).

Eu fiquei muito desgostosa, fiquei triste, desgostosa mesmo eu fiquei [...] (P29).

Ah pra gente é como se fosse uma outra doença muito pior né? É muito triste (P33).

Sentimentos como os relatados acima foram identificados também por Ferreira *et al.* (2013), em estudo sobre a história de vida de dez pessoas com DM, em Niterói, Rio de Janeiro. Na ocasião, muitos participantes narraram que o diagnóstico recebido gerou emoções como: choque emocional, tristeza, sensação de limitação, raiva, preocupação, além de medo das complicações e até da morte. Diante disso os estudiosos identificaram que essas repercussões emocionais influenciaram no cuidado de saúde e no itinerário terapêutico.

A tristeza e o medo relatados pelos entrevistados demonstram a consciência sobre a gravidade da doença e suas possíveis repercussões, assim como observado por Gabre,

Sundstrom e Olausson (2018) em estudo conduzido no sudoeste da Suécia, com oito pessoas com diagnóstico recente (2 a 4 meses) de DM2, com idade entre 50 a 69 anos. Os autores realizaram uma análise fenomenológica sobre o autocuidado e perceberam que os indivíduos passam a ter uma consciência repentina de seus próprios hábitos destrutivos e da importância do autocuidado. Com isso vivenciam o momento do diagnóstico, em meio a vários sentimentos, entre esperança e desespero; alegria e tristeza, descritos pelos estudiosos como um “despertar doloroso inevitável” para o paciente.

Ainda referente aos sentimentos que rodeiam a descoberta da doença, a preocupação em desenvolver complicações é presente nas falas de alguns entrevistados:

Eu fiquei com raiva [...]. Era a única coisa que eu num queria na minha vida, por que eu já vi muita gente cega por causa da diabete né? (P2).

Assim, eu fiquei muito nervosa. Tava com medo né, que a diabete né [...] se juntar com a pressão é mesmo que dá aquela doença né (P9).

Eu fiquei meio apavorado né? Fiquei com medo, que o médico me disse que se eu não cuidasse da diabete né levasse a sério eu podia perder uma perna... ir pra cadeira de roda né, aí eu fiquei com medo (P25).

Eu fiquei preocupada né [...] até hoje eu sou muito preocupada [...]. Eu fico olhando aquelas pessoas que já perderam membros essas coisas todas, aí eu fico preocupada de ver. Eu penso em mim né? (P34).

O medo de desenvolver complicações também foi constatado no estudo de Fink, Fach e Schröder (2019), realizado na Alemanha, com 19 pessoas adultas com DM2, ao notarem que os participantes temiam desenvolver as mesmas complicações, que pessoas de seus convívios familiares. Em contrapartida, ao lado negativo dessa emoção, os autores perceberam, que o medo era um motivador que impulsionava os participantes a “moldar a vida”, a adaptarem-se a doença.

Ainda segundo os autores supracitados foi marcante em seu estudo a demonstração do temor de perder os laços sociais ou a independência. No estudo atual a fala de um participante, que relatou viver em situação de rua, também chamou atenção para essa preocupação, ao revelar o medo da exclusão social ao descobrir a doença:

Eu ouvia falar tipo assim [...] ah quem tem diabetes é [...] tipo um cara assim excluído né? (P27).

Grande parte dos estudos, que revelam o medo da pessoa sentir-se excluída, são relacionados ao DM1, em especial, com adolescentes que temem sentir-se diferentes dos outros e serem discriminados por desconhecimento de seus colegas (COLLET *et al.*, 2018). No caso do paciente em questão, identificamos a preocupação com a discriminação, no caso de viver em situação de rua, por já carregar consigo um sentimento de marginalização e exclusão do convívio social, além da possibilidade de sentir-se desamparado por não ter o apoio familiar:

[...] por que eu não tenho família [...]. Eu separei da família quando eu tinha 12 anos de idade. Aí eu fui parar no rumo da rua mesmo [...]. Eu não casei, não tive família e aí fiquei sempre solteiro e nunca tive assim uma pessoa pra cuidar né? (P27).

A *American Diabetes Association* (2021) destaca a importância do envolvimento familiar, como um ponto-chave para a boa condução do tratamento da pessoa com diabetes. A família atua como um sistema de apoio, essencial, para desenvolver o autocuidado, o autoconhecimento e a tomada de decisões.

Outro fator relevante para o aspecto emocional da descoberta da doença, foi o diagnóstico em idade inferior a 40 anos. Alguns participantes ficaram alarmados ao descobrirem a doença ainda jovens:

Foi um baque muito grande né, que a gente nunca imaginou que poderia ter, devido a minha idade (P13).

Ah eu fiquei arrasada né? Eu ainda tinha 35 anos. Muito nova (P10).

Apesar de o DM1 ser encontrado com maior frequência em crianças e adolescentes, pode ser diagnosticado, também, em alguns adultos jovens, como é o caso da primeira fala (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Houve ainda outros três usuários diagnosticados com DM, antes dos 40 anos. De acordo com Lascar *et al.* (2018), a prevalência de diabetes tipo 2, em adolescentes e adultos jovens, com idade inferior a 40 anos, está aumentando dramaticamente, e os principais fatores predisponentes são a obesidade, o histórico familiar de DM e o estilo de vida sedentário.

A seguir apresentamos a Tabela 12, onde distribuimos as respostas positivas e negativas, dos entrevistados, relacionadas aos seus conhecimentos sobre prevenção, complicações, adesão à dieta e a realização de atividades físicas.

Tabela 12 - Distribuição dos entrevistados conforme as respostas positivas, negativas ou sem resposta às questões do Roteiro de entrevistas, Santarém, 2020

Questões da entrevista	Feminino			Masculino			Total		
	Sim	Não	S/R	Sim	Não	S/R	Sim	Não	S/R
Sabia da prevenção	4	13	3	3	10	1	7	23	4
Ouviu sobre complicações	20	0	0	11	3	0	31	3	0
Acredita que tem complicações	10	10	0	6	8	0	16	18	0
Faz dieta*	16	2	0	10	4	0	26	6	0
Pratica atividade física	9	10	1	8	4	2	17	14	3

Fonte: Elaborada pela autora a partir do Roteiro de entrevistas (APÊNDICE A).

*Duas pessoas relataram, que “as vezes” fazem dieta.

S/R: Sem Resposta.

Grande parte dos voluntários afirmou não ter conhecimento sobre a prevenção do Diabetes (67,6%), antes do diagnóstico da doença:

Não. Eu num sabia. Se eu soubesse, eu tinha evitado o açúcar né? [...] todo tempo fui assim, doido por doce, mas ai depois eu parei (P3).

Apenas 7 pessoas (20,6%) afirmaram ter ouvido falar sobre prevenção do diabetes, antes de serem diagnosticados com a doença:

Não. Mas a gente ver só pela televisão que fala muito né [...], mas eu tinha exemplo em casa. A gente num se previne por que não quer, sabe? Ai, por exemplo, agora eu tenho meus netos ai eu fico né: “num tem que tomar muito refrigerante, num sei o que” (P31).

Existem três formas de prevenção para o diabetes, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019): a primária (para não desenvolver a doença), a secundária (quando após instalado o DM, busca-se prevenir complicações agudas e crônicas) e a terciária (quando já existem complicações e tenta-se minimizar suas limitações e incapacidades). Os participantes do estudo foram questionados quanto à prevenção primária, que segundo a *American Diabetes Association* (2021) deve ser feita por meio de uma triagem para identificação de pré-diabetes e risco de DM2 na população. Desse modo, pessoas detectadas com pré-diabetes podem ser direcionadas a um programa de mudança de comportamento e estilo de vida, para modificação dos padrões alimentares e implementação de atividades físicas.

Em contrapartida, 91,2% dos voluntários já ouviram falar sobre possíveis complicações que a pessoa com diabetes pode ter e 47% deles acreditam ter complicações decorrentes do DM. As complicações mais relatadas pelos participantes foram referentes às amputações, problemas renais e à cegueira, como pode ser observado nas falas a seguir:

Já vi muita coisa. Colega meu que perdeu [...] o pé, outro cego da vista [...] (P3).

Ouvi falar sobre a cegueira né, sobre os membros, pé amputado. [...] quando num é tratado né, ai afeta tudo isso (P4).

A pessoa pode amputar uma perna, um dedo, um braço. Pode ficar cega. Ela provoca vários problemas nos órgãos da gente. Pode afetar os rins, pulmão (P7).

Quanto às complicações que os usuários acreditam ter desenvolvido por conta do diabetes, observou-se associação com o tempo de diagnóstico da doença. Dentre os 16 usuários que relataram ter complicações, 75% tinham tempo de diagnóstico igual ou superior a 10 anos, variando de 10 a 30 anos, com média de $18 \pm 6,4$ anos entre eles. Os relatos de alguns desses pacientes estão expostos no Quadro 8, associados às variáveis: sexo, idade e tempo de diagnóstico.

Quadro 8 - Relatos de entrevistados quanto às complicações do diabetes, conforme o sexo, a idade e o tempo de diagnóstico, Santarém, 2020

Usuários	Sexo	Idade	Tempo de diagnóstico (anos)	Relatos
P4	F	57	20	<i>Olha, eu acho que esse problema da minha mão, eu acho que deve... por que nunca descobriram o que que é. Quando eu chego lá no posto: “não isso é da diabete”. Meus pés são dormentes</i>
P9	F	71	16	<i>Eu percebo a visão. Eu dormi, eu tava boazinha, ai eu levantei [...] fui no banheiro. Quando eu voltei [...] ai eu num tava mais enxergando. Num enxergava mais nada... ai me desesperei</i>
P10	F	61	26	<i>Já! Que eu já tô tendo. Os meus rins já funciona 40%, já tenho problema na vista</i>
P16	M	67	15	<i>O problema da minha diabetes é se der uma ferida [...] ela custa sarar [...]. A visão é assim, embaçada [...]. Esse lado aqui é operado de catarata [...] o médico me falou que é dela (diabetes)</i>
P20	M	64	25	<i>[...] não. A única coisa, complicações que eu tenho é só o rim [...] foi da diabetes né</i>
P21	F	61	30	<i>Só no meu olho mesmo [...]. Ai nos rins só deu mesmo assim uma infecção, um pouco de infecção</i>
P25	M	64	15	<i>Eu tô com trinta dias que eu me recuperei [...] me deu uma inflamação, deu uma ferida na minha perna ai inchou, inchou. Eu fui bater na UPA</i>
P26	F	65	15	<i>Eu tenho catarata, mas já me recuperei. Tava enxergando embaçada. Melhorou um pouco. Doutor disse que tinha relação com a diabetes</i>
P33	F	75	20	<i>É por que ataca o rim... [...] eu tô até tomando remédio que ela passou... uma infecção muito ruim</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

Em estudo realizado em Santarém, em 2016, obteve-se prevalência semelhante de pessoas que relataram complicações (43,41%). Nesse estudo, os usuários também relataram maior ocorrência de alterações visuais, doenças renais e pé diabético (AGUIAR, 2017). De forma semelhante foi observado no estudo de Assunção *et al.* (2017), em que as complicações mais informadas pelas 353 pessoas, com DM2, foram as oftalmológicas (15%), seguidas pelas

cardiovasculares (3,7%), neurológicas (1,7%) e renais (2,3%). Nascimento *et al.* (2015) afirmam que o surgimento de complicações, pode estar associado com o tempo de diabetes, o mau controle glicêmico e ainda com a ocorrência simultânea de outras afecções, como a retinopatia e a nefropatia.

A presença concomitante de complicações pode ocorrer, segundo Tesfaye *et al.* (2005) devido a algum mecanismo patogênico comum. Cortez *et al.* (2015) ao estudar os dados de 1.320 pessoas com DM atendidos na ESF, na região centro-oeste de Minas Gerais, verificaram que entre os usuários, que possuíam DM há mais de 10 anos, o percentual de complicações foi de 32,2%, maior que entre os que possuíam o diagnóstico há menos de 5 anos (12,1%).

Segundo Gregg, Sattar e Ali (2016) as complicações do diabetes costumam ser classificadas como distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em nefropatia, retinopatia, neuropatia, além das doenças coronariana, cerebrovascular e arterial periférica. No entanto, o DM tem sido responsabilizado, direta ou indiretamente, por contribuir, também, com outros agravos, como nos sistemas digestório e musculoesquelético, na função cognitiva, na saúde mental e ainda associado aos diversos tipos de neoplasias.

Já Lima *et al.* (2020a), em estudo realizado com 60 pessoas com DM atendidas em um ambulatório de endocrinologia no Distrito Federal, detectaram que a maioria dos usuários com mais de 15 anos de doença, referiram não ter complicações associadas ao diabetes. Os autores atribuíram esse desfecho à falta de conhecimento da própria saúde. No estudo atual, houve usuários, que apesar de relatarem ter conhecimento sobre as possíveis complicações do DM, pareceram não reconhecer, em si, sinais indicativos dessas complicações. Uma paciente ao ser indagada sobre o seu conhecimento referente às complicações do diabetes, afirmou saber sobre isso, mas que acreditava não ter desenvolvido nenhuma complicação ainda, ao queixar-se de sua visão:

É que eu, tipo assim, num enxergo as letrinhas, ai as vezes dói, lagrima (P6).

Sobre isso, Assunção *et al.* (2017) em estudo referente ao conhecimento e atitude diante do DM entre usuários de serviços da APS, no município de Montes Claros, constataram que a escolaridade e a idade estiveram associadas ao pior conhecimento sobre a doença, tendo em vista a relação entre o grau de escolaridade e o autocuidado. Assim, indivíduos com baixa escolaridade, apresentam maior dificuldade no acesso à informação e ao processo de aprendizagem para a realização de cuidados em saúde. Enquanto no estudo de Lima *et al.* (2020b), com 204 idosos com DM2, em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, o bom

conhecimento sobre o diabetes tipo 2 foi associado com a idade maior ou igual a 70 anos.

Além da participante supracitada, outros usuários também relataram ter algum problema visual (73,5%), em sua maioria, não reconhecido, como uma complicação do DM, enquanto, alguns participantes atribuíram ao DM a responsabilidade pela baixa visual, como descrito no Quadro 8. Sobre isso, Hirakawa *et al.* (2019) em estudo com 150 indivíduos com diabetes, em Boa Vista, Roraima, referente ao conhecimento acerca da possível relação entre o diabetes e a ocorrência de problemas visuais, observaram que 94% das pessoas afirmaram que o DM pode causar problemas visuais, entretanto 76,7% desconheciam a principal causa para isso, a Retinopatia diabética.

Apesar de os problemas visuais terem etiologias diversas, a pessoa com DM, em especial, precisa ter, a sua saúde visual, monitorada. Segundo a *American Diabetes Association* (2014), a retinopatia diabética é uma das complicações mais comuns em pessoas com diabetes e está associada ao alto risco de cegueira. É causada por um comprometimento neurovascular específico do diabetes, e quando os sintomas são percebidos, as principais queixas são de visão embaçada, perda da visão e distorção das imagens. É comumente encontrada nos pacientes com longa duração da doença e mais grave naqueles com mau controle glicêmico. No Brasil, estima-se que afete em torno de 35 a 40% de pessoas com diabetes. Outras patologias, como catarata e glaucoma, costumam ocorrer mais precocemente em pessoas com diabetes (BRASIL, 2013b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Ainda sobre isso alguns usuários demonstraram conhecimento sobre a necessidade de detectar precocemente as complicações e de preveni-las, como através da crítica feita ao sistema de saúde, por um participante:

Que não seja tão falho quando a gente precisa né. Quando a diabetes já ta bem avançada, muitas vezes, tem casos que [...] perde algum órgão do corpo [...]. Que esses exames sejam feitos, assim, regularmente pra que a gente evite né [...]. É muito triste a gente ver uma pessoa ser mutilada por conta de uma doença né? [...]. Orientação também, que as vezes você tem, mais não sabe né? Que é uma forma de orientar [...] pra pessoa fazer prevenção né (P31).

O participante demonstrou consciência do que deve ser feito e a importância da realização de exames no paciente com diabetes para prevenir complicações limitantes e incapacitantes.

Além do conhecimento sobre prevenção e complicações, os usuários foram perguntados sobre a adesão à dieta e à prática de atividades físicas. A dieta é considerada um grande obstáculo para o alcance do controle glicêmico do paciente com diabetes. No estudo

atual, 76,5% afirmaram restringir o consumo de certos alimentos para o controle do diabetes. Em estudo realizado por Aguiar (2017), em Santarém, obteve-se número semelhante, 72,09% dos usuários relataram fazer dieta restritiva para controle da glicemia. Apesar disso, nota-se que ainda existe desconhecimento sobre os alimentos adequados e os que devem ser evitados para o controle da doença. Os usuários costumam associar a dieta à restrição de açúcar, refrigerantes e alimentos doces:

Mandaram que eu cortasse todo tipo de açúcar, que eu comia muito açúcar. Comia mel de cana, essas coisa eu gostava muito e ai eu cortei. [...] o meu açúcar que eu tomo é mascavo, eu num tomo refrigerante. Eu procuro evitar né? (P3).

As vezes eu evito o açúcar [...]. Eu só num gosto desse negócio desse adoçante. Eu prefiro tomar amargo café, [...] mas ainda ponho um pouquinho de açúcar sim (P9).

[...] açúcar, açúcar. Pelo menos coisa doce é longe de mim (P17).

Refrigerante eu não tomo. Muito difícil [...] (P18).

Agora eu evito. Desde o tempo que eu soube, eu num como mais assim, refrigerante, porque refrigerante é um troço [...]. Se eu tomar refrigerante, a diabete sobe (P34).

Afirmações como essas trazem reflexões sobre a fragilidade referente ao manejo nutricional da doença. A *American Diabetes Association* (2021) destaca que o cuidado nutricional é um dos maiores desafios no tratamento da pessoa com diabetes e na mudança do estilo de vida e enfatiza que a terapia nutricional deve ser implementada desde o diagnóstico da doença até a prevenção de complicações decorrentes do DM.

A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios para os pacientes com DM2, devido à grande mudança no estilo de vida imposta para o controle da glicemia. Com isto, esses usuários necessitam receber apoio integral de uma equipe multiprofissional de saúde, para que, dessa maneira, possam aderir e manejar adequadamente a doença e, conseqüentemente, melhorar seu estado clínico e qualidade de vida (*AMERICAN DIABETES ASSOCIATION*, 2014).

Outro aspecto relevante é em relação à regionalidade e à cultura dos santarenos. Fica evidente nas falas, de vários participantes, a preocupação com a ingestão de alimentos que costumam ser consumidos, diariamente, durante as refeições dos paraenses, como a farinha. Pacientes relataram a dificuldade em reduzir o consumo desse alimento:

[...] foi a farinha, fui tomar um suco de cupu (cupuaçu), meti a farinha dentro. Não pode. A farinha é pra abandonar, não pode comer. Tu pode até comer daquela branca, mas só um pinguinho (P23).

[...] por que o paraense a senhora sabe que a gente gosta de farinha né? Essa farinha, o médico disse que eu posso comer uma colher. Aí tem dias que eu cumpro com a ordem do médico, mas tem dias que eu ponho umas duas, três, ainda mais quando é peixe né, que paraense a gente come muito peixe aqui na região né? Aí ele me proibiu de comer assim (P25).

O manejo nutricional da pessoa com diabetes deve ocorrer de forma individualizada e não apenas prescritiva, considerando também os aspectos comportamentais, culturais, regionais e as preferências do indivíduo, colocando-o no centro do cuidado e possibilitando uma decisão conjunta (DIABETES UK, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). No Brasil, as recomendações relacionadas à ingestão dietética da pessoa com diabetes são semelhantes às definidas para a população geral, com a adoção de uma alimentação saudável, demonstrada no Guia Alimentar para a População Brasileira, que sugere o consumo de alimentos naturais, menos processados, com redução do uso de óleos, gorduras, sal e açúcar no preparo dos alimentos, com o intuito de combater a obesidade no país (BRASIL, 2014c).

As orientações nutricionais devem ser repassadas e monitoradas por toda a equipe de saúde que cuida do paciente com DM (BRASIL, 2013b) e paralelamente acompanhadas por um profissional especializado, o nutricionista, para promover um acompanhamento personalizado, com ajustes na dieta para alcançar o controle glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). O Nasf é uma das estratégias, que as eSF podem acionar, para obter apoio matricial de nutricionistas, que podem auxiliar na discussão de casos, de consultoria, de educação permanente ou de participação em grupos. Assim, podem ser incrementadas ações planejadas e organizadas de cuidado nutricional para melhorar a resolubilidade e a efetividade sobre agravos e problemas alimentares que acometem a população de determinado território (BRASIL, 2014a).

Dos participantes do estudo, apenas quatro mencionaram atendimento por um nutricionista ao longo do cuidado com o diabetes. Entre eles, um demonstrou insatisfação por ainda não ter conseguido uma consulta com esse profissional:

Só assim, a única coisa que eu acho que num funciona. Ele (médico) passou um nutricionista. Eu agendei. Até hoje num fui chamada [...]. Nunca fiz nutricionista (P31).

Quanto a isso, vale ressaltar, que em Santarém existe apenas uma equipe do Nasf, sendo incipiente para atender toda a população de Santarém revelando ser uma falha estrutural, que gera desigualdade de acesso ao cuidado. A equipe existente é caracterizada como Nasf tipo 1, composta por seis profissionais de saúde: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. São vinculadas ao Nasf, nove equipes de Saúde da Família, sendo elas: três equipes da Floresta, duas do Diamantino, duas do Nova República, uma do Vitória Régia e uma da Interventoria. Percebe-se ainda, que mesmo pessoas atendidas em unidades cobertas pelo Nasf, o acesso ao nutricionista foi obtido por meio do plano de saúde, por uma das participantes, entrevistada na unidade do Diamantino.

Esses dados concordam com Lima *et al.* (2018), ao afirmarem em seu estudo, que o apoio do Nasf contempla pouco mais da metade das equipes, sendo necessário que as unidades da APS ampliem sua atuação, disponibilizando mais serviços, não apenas para atender às questões de saúde, mas também para qualificar o acompanhamento de grupos prioritários, como as pessoas com doenças crônicas. Schenker e Costa (2019) apontam o Nasf, como uma ferramenta que potencializa a integralidade do cuidado e diminui o número de encaminhamentos para a atenção especializada.

Diante disso, constata-se que o acesso ao nutricionista não está ocorrendo como o preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual prevê que o paciente com glicemia alterada ou com diabetes, no momento da consulta médica ou de enfermagem, seja encaminhado ao nutricionista quando observados fatores de risco, como obesidade ou sobrepeso, por meio do cálculo do IMC, ou quando a circunferência abdominal estiver aumentada, na avaliação antropométrica (BRASIL, 2013b).

Em condições ideais, todas as pessoas diagnosticadas com diabetes ou com pré-diabetes, deveriam ser atendidas por um nutricionista, para esclarecimento de dúvidas e mitos sobre a relação dos alimentos com a doença. O guia alimentar, utilizado como referência de alimentação saudável para a população em geral, pode não ser adequado à pessoa com diabetes, visto que mesmo alimentos naturais e sem conservantes, como algumas frutas e legumes, podem interferir no índice glicêmico do paciente. Uma avaliação mais aprofundada sobre o estilo alimentar e a rotina de cada pessoa com DM, pode auxiliar na ressignificação da dieta, adequando-a para que seja prazerosa e não punitiva, favorecendo, assim, a adesão à longo prazo.

Além disso, outro aspecto torna-se relevante no manejo nutricional da pessoa com diabetes, como relatou o paciente que vive em situação de rua:

Por exemplo, [...] a comida adequada. O médico fala pra mim: “olha o senhor tem que comer assim”. Meu amigo, eu não posso, eu não tenho condições. Aí eu [...] vou ter que explicar que eu vou ter que levar como eu posso (P27).

O paciente em questão revelou dificuldade em aderir à dieta por não ter condições financeiras para comprar alimentos e depender de doações para obtê-los. Rosa, Secco e Brêtas (2006), em estudo realizado com pessoas em situação de rua, classificaram como um agravante à atenção prestada a essa população, a falta de autonomia em relação ao cuidado, que lhes é direcionado, ao descrever pessoas com diabetes e hipertensão, que relataram não ter acesso à dieta própria para a doença e não terem a opção de escolher os alimentos por eles consumidos.

Com relação à prática de atividades físicas, 50% dos indivíduos relataram praticar alguma atividade. Rossaneis *et al.* (2016) perceberam uma prevalência menor, de pessoas que praticavam atividade física regular (21,8%). As atividades físicas devem ser recomendadas para todas as pessoas com DM, como parte do controle glicêmico e da saúde, em geral. Para isso, as recomendações e precauções de exercícios devem ser específicas e variar de acordo com as particularidades de cada usuário, considerando o tipo de diabetes, a idade e a presença de complicações de saúde (COLBERG *et al.*, 2016). Destaca-se, ainda, a importância de encorajar a diminuição do tempo de sedentarismo diário, com mudanças de comportamentos que promovam a adoção e a manutenção das atividades físicas ao longo da vida (COLBERG *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Frequentemente, o diabetes está associado a outras morbidades. Estudo utilizando os dados da PNS de 2013 mostrou que, dentre os indivíduos que declararam apresentar diabetes, 26,6% tinham relatos de outra morbidade associada; 23,2%, de outras duas; e 32,0%, de outras três ou mais morbidades associadas, sendo que o diagnóstico de diabetes apareceu, isoladamente, em apenas 18,1% dos indivíduos (RZEWUSKA *et al.*, 2017). No estudo atual, os usuários foram questionados apenas sobre a associação do DM com a Hipertensão Arterial. Confirmaram a presença de HAS, 73,5% da população do estudo. Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), a associação entre Hipertensão e Diabetes é encontrada com frequência. Estima-se que pelo menos 40% das pessoas já possuem hipertensão no momento do diagnóstico de diabetes. Rossaneis *et al.* (2016) também notaram alta prevalência de HAS na população do seu estudo, 81,6% das mulheres e 76% dos homens. A Sociedade Brasileira de Diabetes afirma, ainda, que a HAS é 2,4 vezes, mais frequente nos indivíduos com diabetes, chegando a ser 3,8 vezes maior nos indivíduos com menos de 44 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

No próximo tópico abordaremos os serviços acessados pelos usuários ao longo de seus percursos, na Atenção Primária e Especializada. Com as intercorrências encontradas para a realização de entrevistas na AE, não foi possível descrever as trajetórias assistenciais dos usuários por meio do evento traçador pretendido no projeto, principalmente pela barreira da inexistência do serviço de oftalmologia, pelo município, durante o período da coleta de dados do estudo. No entanto, com a participação dos 34 usuários, foi possível identificar, a partir de seus relatos, os serviços acionados por eles e analisar os caminhos que percorreram na busca pelo cuidado, não apenas oftalmológicos.

6.3 CAMINHOS PERCORRIDOS PELOS USUÁRIOS NA BUSCA PELO CUIDADO

Neste tópico foram abordados e descritos os serviços de saúde acionados e acessados pelos usuários ao longo dos caminhos percorridos na busca pelo cuidado, iniciando com a descoberta da doença, seguindo para os caminhos na busca por medicamentos, pela realização de exames e consultas e também os novos arranjos utilizados pelos usuários para alcançar o cuidado almejado.

Para melhor visualização dos caminhos percorridos pelos participantes do estudo, foram descritos resumidamente, no Quadro 9, informações relatadas por eles, desde a descoberta da doença, até as unidades de referência na APS onde são vinculados e os serviços acionados na Atenção Especializada,

Quadro 9 - Serviços e unidades acessados pelos usuários, conforme o ano e local da descoberta do diabetes, as unidades de referência na Atenção Primária e os serviços acionados na Atenção Especializada, em Santarém, 2020

(continua)

Usuário	Descoberta da doença	Unidades de referência da Atenção Primária	Serviços da Atenção Especializada
P1	2016, em exame de rotina no quartel dos bombeiros	Maracanã	Cardiologista Retinografia-SUS
P2	2010, em consulta médica particular, por mal-estar	Jardim Santarém	Cardiologista particular Retinografia-SUS
P3	2007, em ação de saúde no bairro	Uruará	UPA (pressão e glicose elevadas) Retinografia-SUS
P4	2000, na unidade da APS, do Livramento, por dores nas pernas	Uruará	Oftalmologista particular Retinografia-SUS Pronto-socorro (HMS) UPA (glicose elevada) Médico na UBAM
P5	2010, em unidade da APS, no município de Belterra/PA	Jardim Santarém	Endocrinologista (HRBA) Oftalmologista, pelo SUS UPA (glicose elevada) Retinografia-SUS
P6	2015, na unidade da APS, do Santarenzinho, por fraqueza e dores nas pernas	Jardim Santarém	UPA (glicose elevada) Retinografia-SUS
P7	2009, na unidade da APS, do Tabocal	Santo André	Oftalmologista particular e SUS UPA (glicose elevada) Retinografia-SUS
P8	2017, em farmácia, por mal-estar	Maracanã	Retinografia-SUS
P9	2004, no HMS, por mal-estar	Maracanã	Não acessou serviços especializados
P10	1994, em consulta médica pelo SUS, por mal-estar	Jardim Santarém	Cardiologista, endocrinologista, nefrologista pelo SUS Nutricionista na UBAM Retinografia-SUS
P11	2007, em exame feito no laboratório de um amigo	Santo André	Cirurgia de catarata particular e SUS Retinografia-SUS
P12	2015, na unidade da APS, da Nova República, por mal-estar	Nova República	Pronto-Socorro do HMS (ardência nos rins) Oftalmologista particular Retinografia-SUS
P13	2019, em oftalmologista particular, por visão turva	Matinha	UPA (Glicose elevada) Endocrinologista (HRBA) Exames particulares e pelo HRBA Retinografia-SUS
P14	2016, na unidade da APS, de Aparecida	Aparecida	Oftalmologista particular e pelo SUS Fisioterapia pelo SUS

(continuação)

Usuário	Descoberta da doença	Unidades de referência da Atenção Primária	Serviços da Atenção Especializada
P15	2014, na unidade da APS, do Jardim Santarém	Aparecida, após mudar de bairro	Exames no HRBA
P16	2005, em consulta médica particular	Aparecida	UPA (glicose elevada) Oftalmologista particular Médicos especialistas (particular)
P17	2014, em consulta médica particular	Livramento, depois mudou-se para a do Santa Clara	Fisioterapia e cardiologista no Centro de Referência do Idoso Oftalmologista particular Médicos especialistas (particular)
P18	2005, no pronto-socorro do HMS, após mal-estar	Santa Clara	Médica particular Fisioterapia no Centro de Referência do idoso Consulta médica no HRBA Pronto-socorro (HMS), por mal-estar Acompanhamento de depressão no CAPS
P19	2015, na unidade da APS, Vicente Palloti, em Manaus/AM	Aparecida, depois mudou de bairro, para a do Diamantino	Endocrinologista particular e pelo SUS Exames e nutricionista pelo plano de saúde IASEP
P20	1995, não lembra onde foi o diagnóstico	Diamantino	UPA e HMS (glicose elevada e cálculos renais) Consulta médica particular
P21	1990, na UBAM	Diamantino	Internação no HMS (glicose alterada) e no HRBA Oftalmologista particular Cirurgia oftalmológica pelo SUS Endocrinologista pelo SUS
P22	2010, em consulta médica particular para avaliação da próstata	Fátima	Cardiologista e endocrinologista particular
P23	2008, no pronto-socorro do HMS (infarto e glicose elevada)	Fátima	Internação no HMS (glicose elevada) e internação no HRBA Cardiologista pelo SUS UPA (glicose alterada) Endocrinologista no Centro de Referência do idoso
P24	2004, em consulta médica particular, quando morava no Paraná	Fátima, quando voltou a morar em Santarém	Oftalmologista e outras especialidades médicas, particular Encaminhada para fisioterapia no Centro de Referência do idoso, mas ainda não foi chamada
P25	2005, na unidade da APS, da Floresta, por mal-estar	Floresta	UPA (ferimento na perna e glicose elevada)
P26	2005, na unidade da APS, da Floresta por uma inflamação no dedo	Floresta	Endocrinologista particular

(conclusão)

Usuário	Descoberta da doença	Unidades de referência da Atenção Primária	Serviços da Atenção Especializada
P27	2014, no pronto-socorro do HMS, por uma queda de bicicleta	Floresta	UPA (nova queda e glicose elevada) Oftalmologista particular
P28	2020, na unidade da APS, do Jardim Santarém, por sentir fraqueza, dor no corpo e nas pernas	Jardim Santarém	Fez exames no HMS para retornar com o médico do posto
P29	2015, em consulta médica particular	Jardim Santarém	Pronto-socorro (HMS) após AVE, com pressão e glicose elevadas Cardiologista particular
P30	2019, em consulta médica particular para avaliação da próstata	Jardim Santarém	Faz consultas com o médico do posto
P31	2018, na unidade da APS, do Jardim Santarém, por mal-estar	Jardim Santarém	UPA (glicose e pressão elevadas) Faz consultas com o médico do posto Fez exames oftalmológicos particulares, em Manaus Oftalmologista particular
P32	2016, no Hospital de Mosqueiro, em Belém/PA	Mosqueiro, depois para a do Santa Clara, quando se mudou para Santarém	Cirurgias particulares de Catarata e da retina em Fortaleza/CE Consulta marcada com o cardiologista no HRBA
P33	2000, no HMS	Santa Clara	Cardiologista particular
P34	2004, em consulta com médico do plano de saúde da empresa onde trabalhava	Santana, depois mudou de bairro, para a do Santa Clara	Várias idas ao pronto-socorro do HMS (glicose elevada) Fisioterapia no HRBA Foi ao cardiologista pelo SUS, mas agora só particular Oftalmologista pelo SUS

Fonte: Elaborado pela autora.

APS: Atenção Primária à Saúde. AVE: Acidente Vascular Encefálico; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; HMS: Hospital Municipal de Santarém; HRBA: Hospital Regional do Baixo Amazonas; IASEP: Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Pará; UBAM: Unidade Básica de Atendimento Médico; SUS: Sistema único de Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

Visto os serviços acessados pelos participantes do estudo, descrevemos, na Tabela 13, os recursos técnicos das unidades da Atenção Primária, com o número de equipes e de profissionais de saúde atuantes na Zona Urbana de Santarém, com destaque para as unidades acionadas, pelos usuários, em algum momento de seus percursos.

Tabela 13 - Distribuição das equipes e profissionais de saúde nas unidades da Atenção Primária, em Santarém, quanto à população adscrita e estimativa de população por equipe, Santarém, 2021

Unidades de Saúde	População adscrita*	Número de Equipes de Saúde da Família	Estimativa de população por equipe	Número de profissionais de saúde			
				ACS	Enf.	Téc. Enf.	Méd.
Aeroporto velho	8.267	1	8.267	13	2	2	2
Amparo**	3.700	1	3.700	4	1	2	1
Aparecida/ Caranazal	19.287	3	6.429	26	7	4	3
Área Verde	5.820	1	5.820	5	1	2	1
Conquista	9.711	2	6.706	15	4	6	1
Diamantino	9.828	2	4.914	13	3	4	2
Esperança	4.580	2	2.290	12	2	4	2
Fátima	7.771	3	2.590	15	11	6	3
Floresta	8.254	3	2.751	12	3	4	3
Interventoria	7.264	1	7.264	9	0	5	2
Jaderlândia	3.995	1	3.995	3	1	2	1
Jardim Santarém	9.959	2	4.980	11	6	5	2
Jutaí	1.709	1	1.709	6	1	4	1
Livramento	10.311	2	5.156	17	2	6	1
Maicá	4.249	1	4.249	6	1	2	2
Mapiri/ Liberdade	8.789	2	4.395	12	4	3	2
Maracanã	12.607	3	4.202	22	4	7	3
Mararu	4.711	1	4.711	9	1	2	1
Matinha	6.668	2	3.334	12	2	2	2
Nova República	8.231	1	8.231	9	10	9	3
Residencial Salvação	15.000	1	15.000	6	3	4	1
Santa Clara	5.124	1	5.124	6	1	8	1
Santana	8.682	2	4.341	14	9	5	2
Santarenzinho	10.326	3	3.442	15	3	7	3
Santíssimo/ Prainha	9.068	3	3.023	20	7	4	1
Santo André	7.696	2	3.848	6	2	5	2
Tabocal***	4.200	1	4.200	8	1	2	1
Uruará	9.384	3	3.128	15	3	3	2
Vitória Régia	5.953	1	5.953	11	1	2	1
Total	226.944	50	4.539	320	94	117	50

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 4 mar. 2021.

eSF: equipe de Saúde da Família; Nasf: Núcleos de Apoio à Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde; Aux. Enf.: Auxiliar de enfermagem; Enf.: Enfermeiro; Téc. Enf.: Técnico em Enfermagem; Med.: Médico.

*População estimada em 2016, retirada do estudo de Silva, Silva e Silva (2019).

**Unidade inaugurada em julho de 2020.

***Unidade da Zona rural de Santarém mencionada por um participante.

Foram observadas também outras categorias profissionais, nas unidades, mas optamos por mostrar apenas as previstas para a composição mínima das eSF. Dentre as unidades mencionadas, sete não possuem Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo elas: Fátima, Maicá, Santa Clara, Santarenzinho, Santo André, Santíssimo e Esperança.

Todas as unidades da Atenção Primária, da zona urbana de Santarém, atuam por meio da Estratégia Saúde da Família. No entanto, pelo que pode ser observado na Tabela 13, a maior parte das equipes responsabiliza-se por uma população superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, que prevê, no máximo 4.000 pessoas, sob os cuidados de cada eSF, sendo aconselhada a média de 3.000 por equipe, considerando o grau de vulnerabilidade das famílias de cada território para adequação desse quantitativo (BRASIL, 2012). No estudo atual, não foram coletadas informações quanto à população adscrita à cada equipe, entretanto por meio do estudo de Silva, Silva e Silva (2019), obteve-se o número estimado da população que cada unidade engloba. Na pesquisa em questão, as autoras reconheceram a consolidação da ESF, por meio da diminuição do número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, em 40,7%, entre os anos de 2011 a 2016, em Santarém.

Além disso, a cobertura da ESF, em Santarém está comprometida (61,16%) e com isso é identificada a sobrecarga das equipes ao responsabilizarem-se por população superior ao recomendado. Esse fato se traduz em uma restrição estrutural importante, que dificulta a resolutividade das questões de saúde ao nível primário e compromete a coordenação do cuidado pela APS, que precisa “dar conta” de diversos processos na unidade e no território onde atua. Diante dessas falhas estruturais, os usuários com diabetes agem fazendo caminhos diferentes do preconizado nas linhas de cuidado, conforme previsto na organização da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014b).

Além das unidades da Atenção Primária, foram mencionadas pelos usuários, unidades da Atenção Especializada, na busca pelo cuidado. Para melhor compreensão dos relatos dos usuários ao longo desta sessão, estão brevemente descritos, no Quadro 10, os serviços acionados na AE.

Quadro 10 - Descrição de unidades, serviços e forma de acesso realizados pelos usuários, na Atenção Especializada, Santarém, 2020

(continua)

Unidades	Serviços	Acesso pelos usuários
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Presta assistência ambulatorial psicossocial, sob gestão estadual, com entrega e dispensação de medicamentos e apoio nutricional, da psicologia e do serviço social.	Um único usuário mencionou essa unidade, onde relatou realizar tratamento para depressão.
Centro de Referência de Saúde do idoso	Presta assistência ambulatorial com atendimento de médico geriatra, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social.	Três usuários foram encaminhados para o serviço de fisioterapia e um ainda está aguardando ser chamado. Um foi ao cardiologista, outro ao endocrinologista, mas atualmente essas especialidades médicas não são mais ofertadas nesse local.
Hospital Municipal de Santarém (HMS)	Presta assistência de média e alta complexidade, sob gestão do município e administração pela Organização Social de Saúde (OSS) Instituto Mais Saúde. Possui o pronto-socorro que atende demandas de urgência e emergência, e o Ambulatório de Especialidades, que presta atendimento ambulatorial, através de consultas médicas em prédio próprio localizado próximo ao hospital, com a oferta de consultas das especialidades: cirurgia geral e vascular; infectologia; ortopedia/traumatologia; neurocirurgia; urologia; otorrinolaringologia.	O pronto-socorro foi acionado por vários usuários ao longo de seus percursos. Foi o lugar de descoberta da doença para cinco usuários. O ambulatório de especialidades não foi mencionado pelos usuários na busca pelo cuidado do DM.
Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA)	Hospital de média e alta complexidade, com gestão estadual e administração pela OSS Pró-Saúde. O acesso é totalmente referenciado pela regulação. É um hospital referência em oncologia, na região.	Vários usuários mencionaram a unidade, para atendimento ambulatorial e hospitalar, dos serviços de: – Endocrinologia – Cardiologia – Fisioterapia – Exames – Internações
Unidade Básica de Atendimento Médico (UBAM)	Atualmente é chamada de Unidade de Referência Especializada em Saúde (URES). É uma unidade de ensino gerenciada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Presta serviços ambulatoriais especializados de fisioterapia, nutrição, endocrinologia e pneumologia. É referência em atenção à Hanseníase e à Tuberculose.	Um usuário consultou com um médico e outro acessou para acompanhamento com nutricionista. Uma pessoa procurou a unidade para saber se tinha diabetes.

(conclusão)

Unidades	Serviços	Acesso pelos usuários
Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA)	Unidade de Pronto atendimento de gestão municipal e administração pela OSS Instituto Mais Saúde, para serviços de urgência e emergência.	A unidade foi acessada por vários participantes do estudo ao longo de suas buscas por cuidado, devido às alterações na glicose.

Fonte: Elaborada pela autora com base em informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Santarém e nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 04 mar. 2021.

Além das unidades acima descritas, a Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, também foi um ponto frequentado, por vários usuários, para agendamento de consultas e exames. A SEMSA funciona como um recurso para que o usuário com diabetes alcance o cuidado em serviços ambulatoriais especializados. Em questionamento à secretaria sobre como eram feitos os encaminhamentos dos pacientes com diabetes para a atenção especializada, fomos informadas, que o encaminhamento é realizado obedecendo ao fluxo estabelecido pela Central de Regulação do município e que as requisições para especialistas devem ser entregues na recepção da secretaria. Informaram ainda, que mensalmente os pacientes com diabetes entram na cota de vagas ofertadas para a endocrinologia (em média 95 vagas) e oftalmologia (em média 70 vagas).

Diante dos relatos dos entrevistados, percebe-se que houve diferentes formas e lugares de descoberta do diabetes. Seguindo o caminho preconizado pelo Ministério da Saúde e recomendado pelas linhas de cuidado, apenas 12 usuários viram na APS, o lugar a ser acionado para investigação da sua situação de saúde, como mostram os relatos de alguns deles:

Eu descobri aqui no posto médico aqui do bairro mesmo (P25).

Uns sintomas que apareceram, veio o exame e deu, aqui no posto mesmo (P28).

Lá no posto. Aí primeiro eu fiquei hipertensa, aí depois veio a diabete (P7).

Eu tava me sentindo cum muita fraqueza, muita dores nas perna. Ai eu fui procurar o posto de saúde e descobri que eu tava com diabete (P6).

Segundo Bousquat *et al.* (2017) e Cecílio *et al.* (2012), a Atenção Primária, ainda é pouco reconhecida como lugar de cuidado regular e porta de entrada para acessar os demais recursos de saúde. Em avaliações sobre as experiências dos usuários, prevalece a ideia de que

os serviços primários devem ser acionados apenas para a realização de procedimentos simples.

Apesar de alguns usuários terem iniciado o acompanhamento do DM, através do diagnóstico na APS, notou-se que o momento em que ocorre essa busca pelo cuidado, aconteceu a partir de alguma descompensação da saúde, com sinais e sintomas que os impulsionaram a buscar uma solução para as suas queixas, tanto em unidades da APS, como em serviços de urgência e emergência, além da rede privada.

Sobre essa questão, seis usuários descobriram a doença ao acionar hospitais, como mostram as falas de alguns deles:

Eu tava em casa, aí eu me senti mal, deu uma agonia e me levaram pro hospital. Chegou lá tiraram a pressão, aí verificaram a diabete tava alta demais (P9).

Eu passei mal fui pro pronto-socorro, [...] o doutor me atendeu e ele atestou, disse que só ia confirmar, mas que era diabete (P18).

Eu descobri que eu era diabética foi quando eu levei o infarto. Foi quando eles vieram dizer que o infarto foi por que a diabete tava muito alta (P23).

Por que eu usava bebida alcóolica e eu levei um tombo na bicicleta [...] fui parar no hospital [...] aí o médico mandou fazer uns exame e deu diabete, eu não sabia (P27).

Esses achados corroboram com o estudo de Oliveira, Mattos e Souza (2009) ao constatarem que os usuários do SUS, em suas buscas por assistência médica, vêm demonstrando historicamente preferência por prontos-socorros e hospitais. Esse comportamento, de buscar atenção à medida que surgem sintomas ou quando ocorre uma crise, prevaleceu entre os usuários entrevistados no estudo de Raupp *et al.* (2015). Ao analisarem as trajetórias assistenciais de 12 pessoas com doenças crônicas, com grande parte dos usuários recorrendo aos serviços de média complexidade para lidar com seu problema de saúde. Carmo *et al.* (2019) também deram destaque a essa questão, em seu estudo realizado com 12 pessoas com DM2 atendidos em uma unidade da APS, do Distrito Federal. Os autores apontaram para o fato de o diagnóstico dos usuários não ter ocorrido em ações de rastreamento pela APS, mas a partir da manifestação de sintomas, que os motivaram a buscar atendimento em serviços privados ou nas unidades da APS.

O diagnóstico de DM, a partir da manifestação de sintomas em pontos da Atenção Especializada contraria a proposta da APS de funcionar como a porta de entrada preferencial da RAS e como coordenadora do cuidado. Esse diagnóstico deve ocorrer preferencialmente nas unidades da APS, responsáveis pelo cadastramento da população adscrita à unidade de

saúde, como estratégia para investigação das características das pessoas que envolvem essa área, com o intuito de prevenir agravos (BRASIL, 2014b; 2015a).

Tiveram a descoberta do DM, em serviços privados, 11 entrevistados, através de consultas ou exames para investigar outras patologias, como dos participantes, que descobriram o DM em consultas para a avaliação de problemas na próstata:

Eu fui fazer um exame de prosta, aí o médico perguntou se eu era diabético [...] aí ele disse: “eu vou pedir”. A diabetes tava forte [...] tava alta (P22).

Fui fazer um exame da próstata né, aí pediu um exame mais detalhado de sangue, aí deu alteração (P30).

Outros, tiveram o DM detectado em consultas com os médicos otorrinolaringologista e oftalmologista:

Foi numa consulta [...] no médico de vista, aí ele mediu a minha glicemia e tava muito alta. Pediu pra que eu procurasse um atendimento médico e não poderia passar um óculo pra mim [...] (P13).

Começou a vazar (ouvido), aí eu vim com o doutor [...], que agora é prefeito. Aí ele: “sabe o que é diabetes? Tu é diabético” (P17).

Esses achados assemelham-se aos encontrados por Medeiros *et al.* (2016), em estudo sobre as trajetórias assistenciais de 12 pessoas com doenças crônicas. O estudo evidenciou que os usuários optaram por procurar os serviços privados para investigação imediata de seus sintomas, por considerarem, que o acesso aos resultados é mais rápido em comparação ao SUS. Diante disso, os autores destacaram o quanto esse fluxo, entre o público e o privado, dificulta o estabelecimento de vínculo com as equipes da ESF e consequentemente, o cuidado longitudinal do usuário.

Houve ainda, usuários que receberam o diagnóstico de outras formas. Dois entrevistados expuseram que o diagnóstico foi dado através de ações de saúde itinerantes:

Eu consultei ali no quartel quando era dos bombeiros. Teve um pessoal assim da saúde né, pra ver esse teste, aí eu descobri lá que eu tinha isso. Diabetes (P1).

[...] que veio uma equipe [...] dai de fora pra fazer todo tipo de exame. Aí eu fui fazer exame, aí deu (P3).

Ações como essas são benéficas para rastrear doenças como diabetes. O rastreamento é fundamental para viabilizar a identificação de indivíduos que não têm a doença, mas possuem fatores de risco para desenvolvê-la e também indivíduos que já têm o DM, mas ainda não apresentam sintomas. Na APS, o rastreamento pode ocorrer em encontros clínicos quando o usuário procura a unidade de saúde por alguma necessidade de cuidado ou quando vai à unidade motivado por outras questões não relacionadas ao cuidado, como acompanhar familiares, por exemplo (BRASIL, 2010b).

Uma entrevistada acompanhou o momento em que sua mãe foi diagnosticada com diabetes, no SESI (Serviço Social da Indústria) e preocupou-se em ser examinada também:

Foi quando a minha mãe adoeceu né? Aí, ela foi procurar o médico. A primeira vez que eu fui com uma médica lá no Sesi. Aí ela disse que eu não podia fazer porque eu ainda só tinha 30 anos, naquele tempo só fazia com 40 anos (P21).

Impulsionada pela dúvida, a mesma procurou a UBAM para descobrir se tinha a mesma doença da mãe:

[...] aí eu procurei outro médico, na UBAM. Aí eu contei a situação né, que a minha mãe tinha e coisa, aí ela mandou fazer tudo quanto é exame. Aí deu e ainda deu alto (P21).

Relatos como esse evidenciam a importância de os profissionais de saúde estarem atentos aos sinais, aos fatores de risco da doença, tanto da pessoa alvo do cuidado, quanto dos que a rodeiam, como familiares e acompanhantes. A APS deve agir no intuito de detectar, precocemente, os fatores de risco de pessoas “saudáveis” ou a doença, em sua fase inicial (BRASIL, 2010b).

Além da fragilidade da APS como porta de entrada aos usuários com diabetes na RAS, outro ponto marcante nos discursos dos entrevistados, foi relacionado ao recebimento dos medicamentos nas unidades da APS. Alguns participantes do estudo referiram dificuldades para recebê-los, com relatos sobre períodos em que a distribuição de medicamentos ocorre de forma insuficiente e momentos em que há o desabastecimento de fármacos. Com isso, foram detectados, entraves, em dois pontos de distribuição dos medicamentos pelo SUS. Nas unidades da APS, onde foi constante a falta dos medicamentos:

Só que tem mês assim, que vem os remédio todo e tem mês que não vem né? Esse mês agora num veio (P7).

Aqui falta muito remédio, falta muito remédio. A Metformina, Atenolol nem toda vez tem [...] (P22).

Pego medicamento aqui, mas isso é o que mais me tira de tempo. Esse processo. Eu venho aqui todo mês, mas nunca tem o remédio. [...] aqui eu tô com mais de ano, que eu num pego remédio aqui [...] (P27).

E nas farmácias do Programa Farmácia Popular do Brasil, que os usuários recorreram para obter os medicamentos não disponibilizados nas unidades da APS:

Eu gostaria que [...] você chegasse em qualquer farmácia e toda farmácia atendesse você. Tem as farmácia específica, mas as vezes não tem o remédio. Aí manda você pra outra farmácia. Chega lá, a mesma coisa. Aí você fica uma bolinha de ping pong. E todo remédio pra diabético tem uns que você tem que comprar, por que o SUS não cobre (P20).

Eles passam uma receita pra mim recorrer nas farmácias [...]. Algumas vezes tem que comprar [...]. Chego lá na farmácia, o cara diz: “Não tem. O senhor vai na outra farmácia”. Eu vou na outra farmácia: “Não tem. Vai naquela lá”. Daí eu vou conseguir na terceira, na quarta farmácia. Muitas vezes eu nem consigo naquele dia. Eu vou conseguir no outro dia (P27).

Relatos, como os supracitados, se repetiram com frequência, revelando um percurso comum, na busca por medicamentos, entre alguns usuários. Primeiramente, buscam pelos medicamentos na unidade da APS, onde são vinculados. Quando o medicamento está indisponível, os usuários recebem uma receita médica para retirarem em alguma farmácia do PFPB. Ao chegarem nessas farmácias, por diversas vezes, recebem nova negativa por falta do medicamento, que os leva a última opção restante, de comprar o remédio na rede privada de farmácias. Contudo, houve ainda usuários que optaram por abreviar esse caminho, e na primeira detecção de indisponibilidade do medicamento na APS, já recorreram à compra do fármaco.

[...] quando num tem a gente compra. (P5).

[...] os remédio, que as vezes falta e a gente tem que comprar (P6).

[...] agora esse mês não veio. Eu vou comprar. (P7).

Quando falta eu compro na farmácia (P22).

A deficiência estrutural de oferta de medicamentos, revela um ponto crítico da atenção às pessoas com diabetes, que pode incorrer, até mesmo, no rompimento da relação do usuário, com os cuidados primários em saúde:

[...] eles me dava (receita médica) e eu pegava na farmácia. Só que eu parei, assim, de vim aqui. Aí eu compro na farmácia. Meus filhos compravam, mandavam pra mim (P14).

A participante em questão, foi até a unidade, no dia em que foi entrevistada, para fazer o teste de glicemia, já que o aparelho que tinha em casa não estava funcionando. No entanto, nesse dia, o teste não foi disponibilizado aos usuários. Outros participantes também se queixaram sobre a insuficiência de insumos para a verificação da glicose:

Tipo assim, nem toda vez eu faço coleta da glicose [...] por que não tem material, né (P31).

Muitas vezes você chega lá, num tem fita, num tem aparelho, num tem bateria. Aqui um dia eu enchi o saco deles lá. Eu digo: “olha, vê quanto custa uma bateria do aparelho, que eu vou providenciar e vou comprar. Vou dar pra vocês de presente”. Tem umas coisas que é assim, entendeu? (P32).

Essas informações corroboram com os dados encontrados por Stopa *et al.* (2017), ao perceberem que a região Norte é a que tem menor proporção de pessoas que conseguiram obter todos os medicamentos receitados, segundo a PNS, realizada em 2013. Lima *et al.* (2020a), em estudo com 60 usuários com DM, no Distrito Federal, também destacaram a compra do remédio, com custeio próprio, como uma alternativa para contornar a interrupção do tratamento por falta do medicamento.

Já no estudo de Rocha (2016), com 12 pessoas com DM atendidas em uma clínica de família, no Rio de Janeiro, foi referida boa disponibilidade de medicamentos da Atenção Primária, complementada pelo PFPB. Barreto *et al.* (2017b) também identificaram boa disponibilidade de medicamentos nas unidades da APS de Boa Vista, apesar de 25,44% dos entrevistados apontarem dificuldades para recebê-los.

Vaz *et al.* (2019) fizeram uma análise sobre a participação das esferas do governo no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) em Santarém e detectaram, que entre os anos de 2010 e 2015, houve descumprimento do mínimo exigido para repasse ao CBAF, pela União, Estado e município, levando ao desabastecimento de medicamentos e comprometendo a resolutividade na APS e aumentando a demanda por atendimentos de média e alta complexidade.

Essa dificuldade de acesso aos medicamentos, tanto na APS quanto nas farmácias do PFPB, que grande parte dos usuários referiram, demonstrou ser um fator restritivo na busca pelo cuidado, podendo ser atribuída ao fim das farmácias populares da “Rede Própria”, em 2017 e ao desfinanciamento progressivo que as farmácias do PFPB vêm sofrendo. A compra dos medicamentos foi a estratégia preferencial para contornar esse problema. Essa informação corrobora com o encontrado por Muzy *et al.* (2021), que ao analisarem dados do PNS, de 2013; e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e das farmácias populares, em 2012, perceberam que a obtenção dos medicamentos para DM, na rede privada da região Norte é de 40%, a maior percebida entre as regiões e comparada ao Brasil (33,1%). Os autores revelaram também que em 2013, o PFPB contribuiu com 16,2% no acesso aos medicamentos para diabetes no Brasil, tendo maior contribuição pelo “Aqui tem Farmácia Popular”, com exceção das regiões Norte e Nordeste, aportadas de maneira importante pela “Rede Própria”.

Esses fatos nos remetem à importância do tratamento medicamentoso, que é um recurso estrutural vital para a pessoa com DM, que possibilita maior expectativa e qualidade de vida daqueles que os utilizam (BRASIL, 2007). Apesar, do SUS ser estruturado para garantir atenção à saúde de forma integral à população, com a carência de medicamentos é percebida a fragilidade do princípio da gratuidade do SUS, responsável por garantir a assistência farmacêutica e não gerar custos financeiros para os usuários (SACCO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, Leitão *et al.* (2021), em estudo realizado com dados do Vigitel de 2012 a 2018, perceberam que o SUS financiou mais de 70% dos medicamentos orais para diabetes no Brasil, considerando o fornecimento por farmácias de unidades da APS e por farmácias do PFPB, e manteve-se como a principal fonte de obtenção de antidiabéticos orais no país. Entretanto, observaram que houve migração da obtenção desses medicamentos das unidades de saúde do SUS para as farmácias populares, demonstrando enfraquecimento da APS na oferta desses medicamentos e fragilidade no vínculo e cuidado longitudinal à pessoa com diabetes. Os autores apontaram a dificuldade de obtenção de todos os medicamentos prescritos, na mesma unidade e a baixa escolaridade e renda como possíveis causas para a construção desse cenário. Visto que, pessoas com maior renda e escolaridade apresentaram maior prevalência de obtenção dos medicamentos em farmácias populares e farmácias privadas.

Além disso, Bermudez (2021) alerta para o desfinanciamento que o Programa Farmácia Popular vem sofrendo, com destaque para a proposta do governo atual de Jair Bolsonaro, para reduzir ainda mais os recursos desse programa. O autor lembra ainda, que essa medida teve como principal deflagrador a Emenda Constitucional n.º 95, de 2016, no governo Temer, em

que o teto dos gastos públicos foi congelado por vinte anos. Bermudez salienta, que a redução desse programa, no auge da pandemia de Covid-19, agravada pelo negacionismo dos governantes brasileiros, pode ser caracterizada como um crime contra a humanidade, visto que várias pessoas com doenças crônicas vêm se beneficiando do programa e com isso amenizando a sobrecarga do sistema hospitalar.

Apesar da dificuldade de acesso aos medicamentos, fator que pode levar ao abandono do tratamento, todos os participantes do estudo relataram utilizar algum remédio para controle glicêmico, demonstrando uma boa adesão ao tratamento medicamentoso. Diferente do encontrado por Barreto *et al.* (2017b), em pesquisa realizada em unidades básicas de Boa Vista/RR, com 114 pessoas com DM, onde identificaram baixa adesão ao tratamento medicamentoso, que segundo os autores se deu pela falta de conhecimento sobre a doença e seu tratamento, além da não participação em atividades de educação em saúde.

Os fármacos hipoglicemiantes utilizados pelos participantes do estudo, estão descritos na Tabela 14. Foram mencionados, nove tipos diferentes de fármacos para o tratamento do DM, sendo apenas quatro disponibilizados pelo SUS: Metformina, Glibenclamida, Gliclazida e Insulina. Os demais medicamentos foram, em sua maioria, receitados aos usuários em consultas com médicos particulares, em decorrência da indisponibilidade de medicamentos recebidos nas unidades da APS.

Tabela 14 - Medicamentos hipoglicemiantes utilizados pelos participantes do estudo, Santarém, 2020

Medicamentos	n	%
Gliclazida	5	14,7
Glibenclamida	12	35,3
Glimepirida	1	2,9
Insulina	5	14,7
Invokana	1	2,9
Metformina	27	79,4
Nesina Pio	1	2,9
Nimegon	1	2,9

Fonte: Elaborada pela autora.

O uso contínuo de Insulina foi relatado por cinco usuários. Quatro deles, do sexo feminino, recebiam o medicamento em suas unidades de referência da APS. Rossaneis *et al.* (2016), perceberam pequena diferença na prevalência do uso de insulina, entre pacientes do sexo feminino (23,8%) e masculino (22,8%). No estudo atual, o único participante do sexo

masculino utilizando insulina foi o entrevistado com DM1, de 25 anos, que mencionou o uso da Insulina Glargina e relatou outro caminho para obtenção do fármaco:

É pela SESPA. É encaminhado pra SESPA. Aí tem a espera né, que é de fora que vem [...] do regional (encaminhamento) pra SESPA [...] de 3 em 3 meses (P13).

O usuário em questão, relatou que o medicamento já faltou algumas vezes e que precisou ficar controlando e esperando. A insulina comumente disponibilizada pelo SUS é a Insulina Humana NPH (*neutral protamine Hagedorn*). Já a Glargina é uma insulina análoga de ação prolongada, que não consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de medicamentos gratuitos fornecidos pelo MS (BRASIL, 2020e). No entanto, esse tipo de insulina, foi incorporada para o tratamento de DM1, no SUS, por meio da Portaria n.º 19, de 27 de março de 2019 (BRASIL, 2019b). Visto essa incorporação recente da Insulina Glargina no SUS, a solicitação do medicamento é realizada diferenciadamente, como relatou o entrevistado, que precisa acionar a Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará, com um encaminhamento fornecido pelo endocrinologista no Hospital Regional, a cada três meses para receber a Insulina.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), a frequência de uso da insulina no tratamento do DM2 aumenta progressivamente à medida que se prolonga o tempo de doença, seja em combinação com outros hipoglicemiantes ou isoladamente. No estudo atual os usuários com DM2 que referiram uso de Insulina tinham em média $21,5 \pm 8,7$ anos de doença. O número reduzido de pessoas que utilizam insulina é explicado por Zografou, Strachan e Mcknight (2014), como decorrente do atraso na introdução de Insulina no tratamento de pessoas com DM2 e como resultado, os pacientes são expostos a uma carga glicêmica significativa devido ao mau controle metabólico por tempo prolongado. A isso Linetzky *et al.* (2016), em estudo na América Latina, atribuem à inércia terapêutica dos profissionais médicos e às preocupações dos pacientes, quanto ao ganho de peso e ao risco de hipoglicemia.

Além da precariedade no acesso aos medicamentos, foi percebido como grande entrave no caminho dos entrevistados, pela descontinuidade gerada no cuidado, o acesso às consultas de especialidades médicas, que, por vezes, levaram os usuários a recorrerem ao atendimento na rede privada:

Eu já pedi pelo posto, mas nunca fui chamada. Ai eu paguei particular. Faz tempo já [...]. Botei lá na secretaria de saúde, isso já tem uns 5 anos. Nunca consegui, nunca me chamaram [...] demora bastante (P4).

Essa consulta que é marcada lá pela secretaria, demora mana. Demora muito. Eu fui em agosto [...] coloquei na secretaria, olha, já ta no fim do ano e inda não chamaram (P10).

Foi a segunda. Ai eu to esperando o chamado da secretaria de saúde pra ir pra terceira né? Já ta com 4 meses (P13).

É possível notar pelas falas dos usuários, que não existe uma única forma para encaminhamento da Atenção Primária para a Especializada. A modalidade mais citada foi o agendamento pelo próprio paciente junto à Secretaria de Saúde, seguida da marcação no posto de saúde como descreve um participante:

Tem médico que é pelo posto, mas tem médico que não. Tem médico que é lá pela secretaria. Tem exames, por exemplo, que eu vou levar na secretaria e eles dizem: “Não! Isso aqui é pelo posto. A senhora tem que marcar lá pelo posto” (P10).

Além da dificuldade na marcação de consultas há um grande descontentamento dos usuários com o retorno da consulta médica, em decorrência do atraso no recebimento dos exames solicitados na primeira consulta. Assim, soma-se à problemática, a realização dos exames, que segundo os entrevistados, demoram para ficar prontos acarretando perda do prazo para apresentá-los no retorno.

Cardiologista, ta só com 3 anos que eu tô esperando o resultado. Falta dois exames. O retorno ta com 3 ano que é pra mim retornar. Até agora num veio resultado [...] demora muito, até venceu os exame que eu fiz. [...]. Ai quando eu voltar pro retorno vai ter que fazer tudo de novo. Já é a segunda vez que acontece isso (P1).

Ainda sobre essa questão, outros participantes realizaram reclamações semelhantes, atribuindo à Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade pela demora no recebimento dos resultados dos exames:

[...] mas mana a gente faz o exame, vai entregar com 8 meses. Num adianta nada, custa muito. Chega lá na secretaria, ali parece que o pessoal esquece aquele papel [...]. É ruim por causa que custa a gente entregar o exame pro médico. Eu já reclamei pra ele. Ele disse: “mas num é problema da gente. Caso que aqui num atende só o pessoal daqui né. Atende muito canto [...]”. Nem adianta esses exame. Num vai mais valer. Já ta com 8, 9 meses (P5).

O único defeito que eu acho em Santarém, no SUS agora é por que quando a gente vai pro regional a gente já sai com requisição dos exames. Aí a gente mete na secretaria de saúde e quando eles chamam a gente pra fazer o exame,

que já ta marcado a consulta lá, eles só dão 5 dias e ai tem exames que vai pra fora. Aí num dá tempo. O maior problema ta sendo isso[...]. Tem exames que chega, que dá, tem jeito de fazer no regional, mas tem exame que num dá [...]. O que demora é na secretaria de saúde (P10).

Diante desses impasses na marcação de consultas e exames, vários usuários optaram por procurar serviços privados para suprir a dificuldade de alcança-los pelo SUS:

Aqui, o SUS é aquele negócio né? É muito vagaroso pra gente né? Às vezes eu tenho um trocadinho, aí eu faço logo particular, que eu sou muito agoniado pra saber das coisa (P3).

Eu fazia particular, por que o serviço do SUS a gente vai [...] eles manda ir em tal lugar e vai e não é atendido, volta de novo, ai torna a ir de novo. Até ir embora (P16).

Por que aqui tem que mandar pro coisa né, pra secretaria de saúde, e lá pra atenderem a gente cê sabe (P17).

Não consegui marcar por aqui. Foi tudo particular, tudo particular. Mana, pelo SUS marca hoje, talvez fim do ano, no outro ano (P21).

[...] eles não faziam pelo posto, num era especializado. Tinha que ser encaminhado pro regional e devido à demora né, como foi recente, eu fui fazer logo particular (P13).

Carmo *et al.* (2019) em estudo realizado no Distrito Federal, em que foram entrevistados 12 usuários com DM2, os autores identificaram lentidão para agendar consultas com médicos especialistas e consideraram, um entrave à resolutividade da RAS, o agendamento de exames ou a obtenção de seus resultados, sendo este o motivo, segundo os pacientes, que os levaram a buscar atendimento na rede privada. Da mesma forma, Sacco *et al.* (2020) ao analisarem 14 percursos assistenciais de idosos, em uma região de saúde do Distrito Federal, também obtiveram relatos de experiências negativas com encaminhamentos para níveis especializados de média e alta complexidade, que revelaram dificuldade tanto para realizar exames quanto para retornar ao médico.

Conforme os relatos descritos no Quadro 10, o médico oftalmologista foi o mais demandado pelos usuários ao longo de suas buscas por cuidado, seguido do cardiologista e do endocrinologista. Vale destacar, que a falta de médicos oftalmologistas, na prestação de serviços pelo SUS, em Santarém é uma falha estrutural importante, contornada pela SEMSA através de um evento esporádico para realização de exames de Retinografia em parceria com o CONASEMS, que apesar de ser uma forma importante para enfrentar a insuficiência desse serviço, não supre a falta do especialista para a investigação de problemas visuais na população

com diabetes. Apesar de o serviço de oftalmologia ter ficado suspenso, temporariamente, em Santarém, notou-se que há muito tempo os usuários vêm enfrentando dificuldades para acessar esse serviço. No entanto, em novo contato com a SEMSA, em 2021, fomos informadas sobre a retomada desse serviço no município.

Rocha (2016) também identificou essa fragilidade, em estudo com 12 pessoas com DM em uma clínica da família, no Rio de Janeiro, em que a dificuldade de acesso ao oftalmologista foi relatada por todos os entrevistados que necessitaram ou desejaram ter uma consulta com este profissional. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), para o rastreamento precoce de alterações oftalmológicas, deve haver disponibilidade de acesso aos profissionais oftalmologistas e endocrinologistas na rede pública e privada de saúde. O exame oftalmológico completo deve ser realizado em todos os pacientes com DM por médico oftalmologista, para verificação da melhor acuidade visual corrigida e realização de mapeamento de retina (BRASIL, 2013b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Garnelo *et al.* (2014) em estudo realizado com dados coletados no âmbito do PMAQ, com 134 equipes de saúde do Amazonas; 690 equipes de outros estados da Amazônia (Pará, Amapá, Acre, Roraima, Rondônia e Tocantins); e 13.920 no restante do Brasil, observaram que faltam oftalmoscópios para o cuidado clínico dirigido aos pacientes com diabetes, em mais de 80% das equipes avaliadas e que essa realidade gera demanda de encaminhamento de pacientes para outros serviços. A falta desse equipamento reflete na baixa realização do exame periódico de fundo de olho, recomendado pela Associação Americana de Diabetes e adotado pelo Ministério da Saúde para diagnóstico precoce de retinopatia. No DM1 recomenda-se que o rastreamento seja realizado em adultos ou crianças maiores de dez anos após cinco anos de diagnóstico do diabetes. Já em pessoas com DM2 o rastreamento deve iniciar no momento do diagnóstico e continuar sendo realizado anualmente como forma de intervenção preventiva (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021; BRASIL, 2013b).

Ainda envolto ao emaranhado de questões restritivas relacionadas às consultas e exames, outro ponto tornou-se relevante para a dificuldade de acesso aos serviços da AE. Ao serem questionados sobre a continuidade do cuidado e acompanhamento, pela APS, dos serviços realizados na AE, os entrevistados demonstraram não reconhecer a existência de um serviço responsável por coordenar o seu cuidado na rede:

Não, que nunca me perguntaram né. Num falaram nada, dai eu também não falei né (P7).

Não. E só por conta do regional (P13).

Não, não, não. Meu acompanhamento é com a doutora [...] ela que tem todas as minhas coisas lá, tudo ela (P18).

não, nunca, nenhuma vez. Eles é assim comigo. Uma vez foi aqui que deu alta, aí ela me deu um papelzinho e disse pra eu ir direto pro hospital (P34).

A falta de comunicação entre a APS e a AE também foi identificado como um fator restritivo. Esse achado corrobora com o encontrado na avaliação do 2.º módulo do PMAQ, referente à dificuldade de comunicação entre os pontos da rede. Detectaram que, em Santarém, apenas 15,38% das equipes da APS obtinham retorno dos especialistas acerca dos usuários encaminhados. No relatório é ainda reforçada a importância de fluxos efetivos de comunicação para integrar as ações ofertadas por diferentes serviços a cada usuário (BRASIL, 2015b).

Percebe-se, que os usuários se sentem “perdidos” e “desamparados” quando precisam de serviços além dos ofertados pelas unidades da APS. A busca por serviços especializados inicia uma peregrinação solitária e exaustiva aos pacientes, que não percebem ligação entre o cuidado primário e o especializado, tratando-os como serviços totalmente desvinculados, sem relação entre si, revelando a “quebra” na continuidade do cuidado.

6.4 A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS SOB A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Neste tópico serão abordadas as avaliações dos usuários referentes ao atendimento voltado a pessoa com DM no SUS, em Santarém, por meio do olhar que os participantes tiveram sobre os serviços ofertados; da nota dada para o cuidado recebido e das sugestões feitas pelos entrevistados para melhoria dos serviços prestados no município.

Um dos pontos que chamou atenção durante as entrevistas foi quanto à participação dos usuários nas decisões do seu próprio tratamento. Diante desse questionamento muitos se mostraram confusos e a pergunta foi reelaborada para facilitar o entendimento do que estava sendo perguntado. Ainda assim, a maior parte das respostas foi desconexa demonstrando a não compreensão sobre o que estava sendo dito:

Não, nunca tive isso na cabeça [...] poderia ser né, mas ainda não tinha tido essa ideia. Só que agora quando eu chegar no médico vou procurar saber, eu quero ver, quero ver (P14).

Não não, eu acho que não, por que o meu caso eu que sou é leigo no assunto [...]. Porque eu vou optar por uma coisa que eu não entendo? Eu tenho que colocar na mão de quem entende. O cara como tu, profissional da saúde disser, tem que acatar (P15).

A falta da participação dos entrevistados em relação à própria saúde, fica evidente com o não entendimento sobre a questão e com a demonstração de surpresa relatada pelo entrevistado ao ouvir sobre a possibilidade de fazer parte das decisões sobre o seu tratamento. Já o outro entrevistado justifica a sua não participação por não ter conhecimento técnico-científico que o permita fazer isso. De forma semelhante, observaram Hertroijs *et al.* (2019), através de um experimento de escolha discreta, com 288 pessoas com DM2, no sul da Holanda. Os autores observaram que os usuários tinham preferência por planejar seus cuidados diários, voltado ao diabetes, com algum profissional de saúde e gostariam de dedicar menos tempo ao autogerenciamento de sua saúde.

Mattos (2008) reflete sobre o papel do profissional de saúde e do usuário na condução dos cuidados. O autor destaca, que a ideia de superioridade médica, cujo conhecimento é presumidamente científico em relação às outras formas de conhecimento, sugere que as pessoas não se qualificam mais para as práticas do cuidado, como se os indivíduos não tivessem mais conhecimento sobre como cuidar de si e de sua família. O autor se refere a isso, como a “colonização por um saber médico”, em que o cuidado passou a ser ensinado e acompanhado, sob vigilância do conhecimento profissional, gerando dependência nos usuários por não serem mais capacitados para o próprio cuidado.

No entanto, para que o usuário, com doenças crônicas, tenha autonomia para realizar o autocuidado é fundamental a atuação de equipes multiprofissionais e atividades em grupo, que deem suporte ao controle metabólico. Espera-se que essas equipes operem de forma compartilhada e que o acompanhamento dos pacientes seja pactuado entre os serviços envolvidos, fortalecendo as ações mútuas de apoio ao autocuidado (BRASIL, 2014a).

Além da participação, os usuários foram indagados sobre a possibilidade de substituição de alguma unidade de saúde em que foi atendido por outra de sua preferência, 11 usuários não responderam, de forma clara, ou não souberam responder a essa pergunta. Dos 23 que responderam, 78,3% afirmaram que não fariam essa mudança, pela proximidade da unidade de seus domicílios e por estarem satisfeitos com o atendimento recebido:

Éh. Pra mim ta bom aqui sabe? Que é perto de casa (P19).

Aqui é bom que é pertinho de casa (P22).

Pra mim ta muito bom aqui. Eu gosto muito, pela comunidade né. Eu já sou daqui que venho sempre a missa, eu sou daqui do bairro [...] (P23).

Acho que não né, que ta mais perto de mim, que [...] eu sou bem atendida. Elas são amigas. Vão em casa (P24).

[...] eu sempre usei essa aqui. Eu tô satisfeito. Só existe essa. Eu não conheço outra. Eu acho que eu sou tratado muito bem. Quando eu chego lá, eu acho que eles têm [...] um respeito muito grande por mim, pela minha pessoa (P32).

Esse dado corrobora com o encontrado no relatório analítico do 2.º ciclo do PMAQ, divulgado em 2015, em que 88,46% dos usuários da APS, do município de Santarém; 73,74% do estado do Pará; e 82,31% do Brasil relataram que não mudariam de unidade se tivessem oportunidade (BRASIL, 2015b).

Por outro lado, cinco usuários (14,7%) gostariam de substituir uma unidade se fosse possível. Entre eles, um participante fez uma substituição:

Eu substitui né? Do Livramento pra cá (Santa Clara) [...], pelo meu tratamento aqui né (P17).

Este entrevistado pediu, na unidade do Livramento, bairro onde mora, para mudar para a do Santa Clara, localizada junto ao Centro de Referência do Idoso, onde estava realizando tratamento de fisioterapia no momento da entrevista:

[...] foi, eu mudei. Fui lá, pedi, pedi, pedi de lá pra vim pra cá. Por que eu sabia que o tratamento aqui, é bom! (P17).

A sua justificativa para essa ação é de que a unidade de Santa Clara presta um atendimento melhor enquanto a unidade do Livramento não tem medicamentos:

Duas mil vezes! Olha, lá num tem nem remédio. Lá você acredita que num tem nem remédio? (P17).

O paciente em questão estava sendo atendido no Centro de Referência do Idoso, há dois meses e relatou não ter sido encaminhado pela unidade do Livramento para esse serviço, mas por intermédio da sua irmã, que conhecia uma profissional de saúde de lá e obteve acesso:

Foi direto, direto. Conversaram aqui e já me [...] enviaram pra cá (P17).

Houveram ainda usuários que expressaram o desejo de substituir uma unidade do SUS, mas agora por serviços de assistência privada:

Só se fosse uma consulta particular no caso né? [...] no caso se eu precisasse de um particular né, por que as vezes demora (P30).

Eu acho que, no caso da gente né, só a parte financeira né? Se a gente tivesse dinheiro, fazia particular, que era mais rápido (P10).

Essa valorização, do serviço privado em detrimento dos serviços públicos, também foi percebida entre os usuários entrevistados por Oliveira, Mattos e Souza (2009). Os autores concluíram que a baixa qualidade dos serviços prestados em um hospital, mencionado por um participante, associada à gratuidade do SUS, o levou a pagar por um atendimento particular por acreditar que um serviço pago terá melhor qualidade, será mais confiável, rápido e não incorrerá em dificuldade de acesso.

Mattos (2009b) discorre sobre a concorrência entre os sistemas de saúde público e privado, alertando para o financiamento restrito que o SUS recebe. O autor destaca, que a competição entre os sistemas e o subfinanciamento são coerções estruturais, que geram constrangimentos no sistema. Enquanto na saúde suplementar é injetado financiamento público e privado, no SUS está ocorrendo um desmonte caracterizado pelo desfinanciamento e enfraquecimento de suas estratégias, como a ESF, principal dispositivo de reorganização da APS no Brasil (FAUSTO *et al.*, 2018).

Mesmo diante de todos os percalços vividos pelos participantes do estudo notou-se satisfação com o atendimento recebido para o cuidado do diabetes. Ao serem questionados sobre qual nota dariam, de 0 a 10, ao atendimento recebido pelo SUS em relação ao Diabetes, 41,2% dos participantes afirmaram que dariam nota 10:

Ah dou uma nota boa, nota 10, por que elas cuida da gente muito bem, muito muito bem (P29).

[...] eu dou nota 10 pra eles, pro SUS que me atende muito bem. Sempre eu fui bem atendido (P32).

A média das notas de todos os entrevistados foi de $9 \pm 1,5$, como pode ser observado na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição dos entrevistados quanto à nota dada ao atendimento para a pessoa com diabetes, Santarém, 2020

Nota para o atendimento	n (%)	n (%)
0	0	0,0
1	0	0,0
2	0	0,0
3	0	0,0
4	0	0,0
5	2	5,9
6	1	2,9
7	3	8,8
7,5	1	2,9
8	7	20,6
8,5	2	5,9
9	4	11,8
10	14	41,2
Total	34	100,0
Média/ Desvio Padrão	9 ± 1,5	-

Fonte: Elaborada pela autora.

Isso demonstra que apesar das adversidades no funcionamento da rede assistencial de saúde, em Santarém, os usuários, em sua maioria, estão satisfeitos com os serviços prestados. Sacco *et al.* (2020) também notaram satisfação dos participantes do seu estudo com o atendimento recebido no SUS. Os autores relatam que obtiveram resultados que revelaram divergência entre a trajetória prevista nos protocolos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e a conduzida pelos idosos. No entanto, apesar das fragilidades, por eles apontadas para o funcionamento da RAS, todos eles se mostraram satisfeitos devido a fatores como, acolhimento e vínculo.

Além disso, a fala de vários entrevistados ilustra consciência diante da estrutura disponibilizada pelo sistema público de saúde, posto que não culpabilizam as equipes de saúde e compreendem que há quantidade insuficiente de profissionais para atender à demanda excessiva:

[...] eu num tenho queixa de lá, só tem que ter paciência por que é muita gente né mana. A demanda é muito grande e os profissionais são poucos [...]. É uma questão de tu ter paciência pra esperar [...]. Acho que um 8,5, por causa [...] desse contingente de pessoas. Muitas pessoas precisando. É por isso que a gente tem essa espera enorme né. Eu não culpo a secretaria [...] vem gente de toda região daqui desse nosso baixo Amazonas marcar pro regional [...]. E ali é médio, pesado. Muita doença daquelas perigosa. Mas eu acho eles muito atenciosos (P10).

É bom né, por que o que eles podem fazer só é isso né? Fazer o que? Eu não posso chegar aqui e ficar brigando. Por que vem lá de cima né, as coisas (P19).

Quando questionados sobre o que achavam do atendimento recebido ao longo de todo o caminho percorrido na busca pelo cuidado, a maior parte dos usuários associou o cuidado às unidades da APS, onde eram vinculados, com poucas referências aos serviços especializados. Nota-se ainda, que a satisfação dos entrevistados esteve intimamente ligada às relações estabelecidas com os profissionais de saúde das unidades da Atenção Primária, destacando-as como potencialidades da APS e facilitadoras do acesso ao cuidado.

É bom lá (USF). Atende todo mundo lá. A minha agente de saúde só falta ser santa. Ela é muito boa, boa mesmo. Ela resolve tudo óh (P2).

Esse aqui é bom (USF) [...] principalmente as enfermeira. As médica também que tem aqui, a que tinha aqui era um anjo [...] (P20).

As meninas são umas pessoas muito boa, os rapaz também, umas pessoa muito especial. Todos são ótimo (P29).

Sou muito bem recebido. Todo mundo já me conhece aqui. A assistente social vai em casa avisar o dia do grupão (P32).

Contudo, houve também avaliações negativas, relacionados à falta de estrutura das unidades da APS, como a dificuldade na marcação de exames e consultas e principalmente a falta de medicamentos, que influenciaram na avaliação do atendimento

Pra mim, eu dou nota 8. Eu sempre fui bem atendido né, a não ser por causa dos exames, que são demorados (P1).

[...] eu boto 8, por que falta muita medicação pra nós (P12).

Eu dou nota 5. Devido à demora né, por que é difícil né (P13).

[...] 5 de 10 [...] por causa do medicamento que num tem sempre [...] e nunca tem completo. Sempre falta. Dá um, as vezes não dão a dose completa, por que tem que partir com outro (P15).

Eu vou dar 7.5, por que muitas vezes você não consegue o remédio. [...] aí você fica correndo atrás, aonde que há [...] Esse posto médico aqui né, então é pra ter o remédio, que nós precisamos né? (P27).

Ao finalizar as entrevistas, foram pedidas, sugestões, aos entrevistados, para melhorar o atendimento a pessoa com diabetes, em Santarém. Grande parte das sugestões foram relacionadas às falhas estruturais relatadas pelos usuários, como em relação às dificuldades para obtenção dos medicamentos, inclusive com relatos referentes ao impacto financeiro na vida e no contexto da pobreza.

Eu gostaria que tivesse mais remédio né... por que tem mês que a gente não tem condições de comprar né? Os remédios da gente [...] os meus são muito remédio (P7).

Que eles deem mais atenção pra gente né? Pro povo. Por que o povo é muito sofrido. É muita carência, nem todo tempo tem condição de comprar o remédio caro. Nem todo mundo tem pra pagar uma consulta que ta caríssima (P14).

Houve também sugestões para melhorar o atendimento na Secretaria de saúde para a marcação de consultas e exames, ao queixaram-se da demora:

Era melhor se fosse mais rápido na secretaria de saúde né, pra atender a gente com os exame [...] a única coisa que precisa melhorar pra gente é isso (P4).

[...] o atendimento na secretaria né, por que custa muito pelo SUS [...] a gente queria uma consulta, a gente vai fazer um exame...[...] custa mesmo. De vista, esquece [...] tem vez que demora até mais de ano (P5).

Uma participante recomendou melhorias nos fluxos entre as unidades:

Deveriam pensar de uma outra forma, pra melhorar esse atendimento né. Nesse caso de retorno, junto já com os exames. A gente vai pruma consulta, a gente já sai de lá com os exames, a requisição de exame. É muito exame! No nefrologista tem vez que eu faço dezoito, vinte e poucos exames (P10).

Outros usuários acreditam que as melhorias devem partir dos governantes:

[...] melhoraria se entrasse um prefeito bom né? [...] e o vereador do bairro se interessasse por nós. Se interessa por nada, nunca se interessou pela gente (P12).

Eu acho que falta nossos governantes se interessar por nós né? Por que não é importante nós colocar eles lá e eles só ficarem no bem bom e nós sofrer, o povo sofrer né. [...] eu sempre escuto a propaganda: “a saúde ta boa, ta ótima”. Pra mim não, eu não acho (P14).

Eu acho que tem que melhorar bastante, mas sabe que governo é governo né? É triste. Eu tenho uma filha, que ela trabalha também lá, negócio do SUS, [...] e ela diz, que é muito importante a gente fazer com que esse sistema continue no Brasil, por que só existe no Brasil, canto nenhum tem (P31).

Houve sugestões também para que tenham mais médicos:

Eu acho que mais médico né, pra atender esse povo. Por que ali no regional, por exemplo, é todo tipo de gente. Com câncer, com isso, com aquilo, agora com a COVID né, mais essa [...] agora veio a Covid pra completar (P10).

Seria o endócrino. Pra ter o médico especialista pra diabetes (P22).

Para que haja um atendimento exclusivo aos usuários com diabetes; e para que o acompanhamento nas unidades da APS seja quinzenal e não mensal:

[...] ter um atendimento exclusivo. Por que tem diabetes e pressão alta. É muito né? Então tinha que ter, assim, um médico exclusivo, um atendimento exclusivo de diabético né? Diabético sofre muito [...] nesse ponto [...] que oh, vão fazer uma reforma no pronto-socorro, então, que tivesse uma sala exclusiva pro diabético chegar lá e ser atendido (P18).

[...] esse acompanhamento, uma vez ao mês é pouco né, mas acompanha [...] de 15 em 15 dias [...] que num esperasse, assim, um mês [...] que o SUS ele devia não deixar faltar material. Que ele tivesse um carinho maior e [...] não faltasse esse tipo de material (P31).

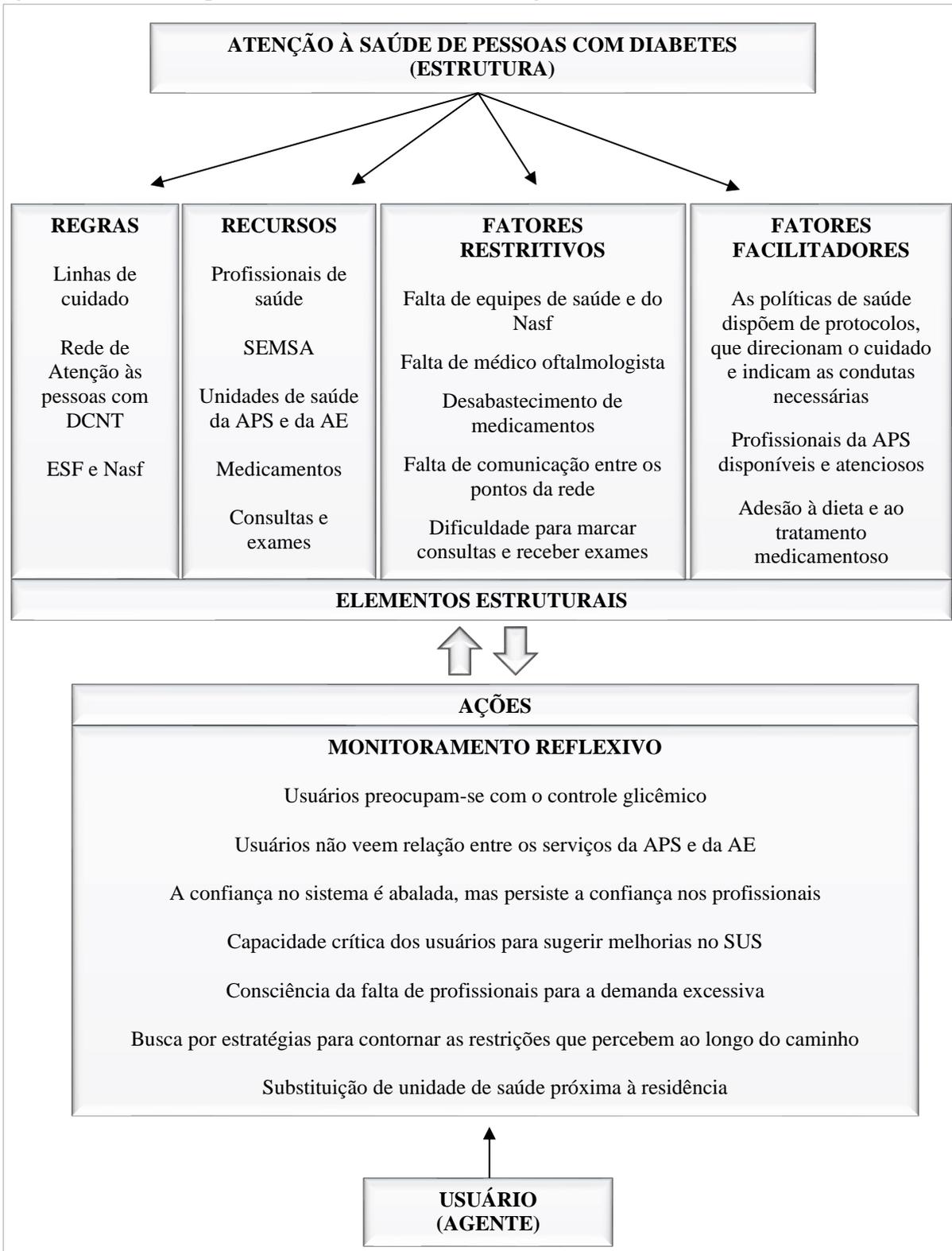
Destaca-se com todas as sugestões supracitadas, a capacidade crítica dos usuários, diante da percepção dos problemas encontrados nos serviços de saúde. Na sessão seguinte, esse fato será melhor abordado por meio do conceito de “monitoração reflexiva” utilizado por Giddens.

6.5 DIÁLOGO DA TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO DE GIDDENS COM OS CAMINHOS PERCORRIDOS PELOS USUÁRIOS COM DIABETES EM SANTARÉM

Sob a luz da Teoria da Estruturação, de Giddens, analisamos, neste tópico, a forma como os usuários interagem com as estruturas que compõem a atenção voltada à saúde das pessoas com diabetes, em Santarém.

Podemos identificar o SUS, como um sistema social, e as unidades, os recursos humanos e materiais, que a compõem em diversos pontos da Atenção Primária e Especializada, como integrantes da estrutura de serviços de saúde regulamentados pelas regras (Linhas de cuidado; Rede de Atenção à Saúde de pessoas com DCNT; organização da ESF e do Nasf) e executados por meio dos recursos disponíveis (profissionais de saúde; secretaria de saúde; unidades da APS e da AE; medicamentos; consultas e exames), como mostra a Figura 3. Nela, está demonstrada uma síntese dos elementos estruturais (regras, recursos, fatores restritivos e facilitadores) e das ações dos usuários, por meio da monitoração reflexiva, observadas no contexto do cuidado e das interações entre agente e estrutura, em que Giddens afirma que: “De acordo com a noção de dualidade da estrutura, as propriedades estruturais de sistemas sociais são, ao mesmo tempo, meio e fim das práticas que elas recursivamente organizam (GIDDENS, 2003, p. 30)”.

Figura 3 - Atenção à saúde de usuários com Diabetes, conforme elementos estruturais e as ações dos usuários, por meio da Teoria da Estruturação, Santarém, 2020



Fonte: Elaborada pela autora.

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; ESF: Estratégia Saúde da Família; APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Especializada; Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; SEMSA: Secretaria Municipal de Saúde de Santarém; SUS: Sistema Único de Saúde.

Ao analisarmos a estrutura do cuidado, por meio do que foi discursivamente expresso pelos participantes do estudo, durante as entrevistas, pudemos destacar os seguintes fatores restritivos: a insuficiência de equipes da ESF e do Nasf para o tamanho da população; a precariedade na oferta de medicamentos; a dificuldade de acesso aos serviços especializados ambulatoriais (consultas médicas e exames); a falta de médico especialista em oftalmologia; e a falha na comunicação entre os níveis de atenção. Diante das restrições costumam surgir estratégias elaboradas no contexto das interações entre estrutura e atores sociais, em que detectamos algumas formas, utilizadas pelos usuários, para lidar com essas barreiras: a busca por atendimento na rede privada de saúde, o custeio do próprio tratamento medicamentoso; a substituição de unidades por outras; a intervenção de conhecidos ou familiares para alcançar o cuidado almejado.

Ainda em meio às restrições, distinguimos as encontradas na Atenção Primária e Especializada. Nas unidades da APS percebemos as falhas estruturais relacionadas: a falta de medicamentos; a existência de apenas uma unidade do Nasf; o enfraquecimento da ESF, observado pela baixa cobertura no município, que reflete em um número elevado da população adscrita por equipes de Saúde da Família; e a falta de um sistema regular de marcação de consultas com especialistas. Já na AE identificamos: a indisponibilidade de médico especialista em oftalmologia; e a falta de comunicação com a APS, tornando o cuidado fragmentado e descontinuado. Contudo, entre esses dois níveis de atenção, houve destaque para outro ponto da rede, visitado por vários usuários, ao longo dos caminhos, a Secretaria Municipal de Saúde. A SEMSA apareceu, como um recurso necessário para obtenção do acesso aos serviços especializados. No entanto, foi evidenciada como um ponto de entrave para o acesso, ao ser apontada como responsável pelo atraso na marcação de consultas e exames. Outro fenômeno gerado pela insuficiência da atenção primária e especializada é a frequente utilização dos serviços de urgência, observado neste estudo.

Observa-se aqui, que essas falhas de estrutura do sistema de saúde, são frequentes e acabam por gerar insegurança nos usuários, que procuram alternativas nos serviços da rede privada ou em unidades que acreditam ter melhor capacidade para o cuidado. Para Giddens, a rotinização das práticas sociais confere segurança às pessoas, pelo seu caráter repetitivo e previsível. Quando o oposto ocorre e há ruptura nessa rotina, com imprevisibilidade das atividades, torna-se possível o ressurgimento da angústia, colocando o ator em situações críticas e confrontando-o, a ponto de questionar o sistema (NIZET, 2016).

Por outro lado, a estrutura não é apenas coercitiva, como defende Giddens (2003, p. 30): “Estrutura não deve ser equiparada a restrição, a coerção, mas é sempre, simultaneamente,

restritiva e facilitadora”. Partindo desse ponto de vista, percebemos, que a estrutura de serviços de saúde voltados ao cuidado da pessoa com diabetes, como as linhas de cuidado, é pensada de modo a garantir que o usuário caminhe na rede assistencial, de forma planejada, contínua e ininterrupta. Isso é um aspecto facilitador, por direcionar e apontar as possibilidades de cuidado na rede, conforme as necessidades dos usuários. Além disso, cabe destacar como fator facilitador ao cuidado, o vínculo de confiança que os usuários estabeleceram com os profissionais da Atenção Primária, vistos por eles, como atenciosos e cuidadosos. Outras situações, como a adesão à dieta e ao tratamento medicamentoso, relatada pelos usuários, também integram mecanismos facilitadores, por serem essenciais para o controle da doença.

Posto isso, apreendemos que o conhecimento dos usuários sobre as regras, como a dieta, por exemplo, ao mesmo tempo que é um aspecto facilitador, para o cuidado e adesão ao tratamento, também é construído através das influências culturais, que dificultam as escolhas alimentares e produzem uma alimentação diferente da normatizada pelo Ministério da Saúde. Sobre isso, Giddens discorre: *“Os nossos corpos são profundamente afectados pelas nossas experiências sociais, bem como pelas normas e valores dos grupos a que pertencemos (GIDDENS, 2008, p. 146)”*. Assim os aspectos culturais devem ser considerados para favorecer o cuidado:

Se compreendermos correctamente o modo como os outros vivem, adquirimos igualmente uma melhor compreensão dos seus problemas. As medidas políticas que não se baseiam numa consciência informada dos modos de vida das pessoas que afectam têm poucas hipóteses de sucesso (GIDDENS, 2008, p. 5).

Seguindo esse pensamento é preciso explicar outras questões que envolvem o “agente”, como o baixo nível de escolaridade e a falta de recursos financeiros relatada por alguns usuários. Esses fatores também restringem o acesso ao cuidado. Com um baixo grau de instrução, a compreensão da doença e dos processos de organização da rede de saúde é comprometida e pode desencadear dificuldades de acesso às práticas de promoção da saúde e aos serviços de saúde. Da mesma maneira, o custo, gerado pelas falhas estruturais no sistema de saúde, impacta na renda dos usuários, que têm no SUS, a única garantia para receber atendimentos de saúde, pela gratuidade de seus serviços.

No entanto, com a demora para obter acesso, a indisponibilidade de alguns serviços, como a oferta de medicamentos e médicos especialistas, muitos usuários acabam precisando custear o tratamento para dar continuidade ao cuidado com o diabetes. Entretanto, isso não é uma possibilidade para todos, na verdade é para uma minoria, como destacou o paciente que

vive em situação de rua, ao relatar que não pode aderir à dieta recomendada pelos profissionais de saúde, por não ter a opção de escolher os alimentos por ele consumidos, já que depende de doações. Esse fato nos leva a entender que a capacidade financeira, possibilita que os usuários não interrompam o cuidado e que tenham maiores oportunidades de controlar os fatores relacionados à doença, quando o sistema falha.

Partindo disso, ao analisarmos os “agentes” percebemos, por meio das consciências prática e discursiva, que estes, demonstraram, tanto entendimento sobre a importância do seu controle glicêmico, como preocupação com a possibilidade de não atingir esse controle, por meio das falhas identificadas, por eles mesmos, em relação à oferta de medicamentos e ao acompanhamento nutricional. Essas barreiras revelaram, ainda, a falta de confiança que os usuários têm no sistema, que os levou, muitas vezes, a recorrerem, em “primeira instância”, à rede privada de cuidados médicos e medicamentosos. Por outro lado, quando avaliaram o cuidado, recebido pelo SUS, voltado ao diabetes, ao longo de todo o percurso de convivência com a doença, os entrevistados revelaram-se satisfeitos, atrelando o “cuidado” aos profissionais da Atenção Primária, pela relação de amizade e confiança cultivada entre eles. Esse fato demonstrou, também, que os usuários não compreendem a relação entre a APS e a AE, vendo-os como serviços desarticulados e independentes, que atuam isoladamente na prestação do cuidado.

Diante do exposto, vale destacar a consciência e a capacidade crítica dos usuários ao perceberem as falhas no sistema e elaborarem sugestões de melhorias para o atendimento voltado a pessoa com diabetes, no SUS. Giddens enfatiza essa capacidade do “agente”, que por meio da sua cognoscitividade faz reflexões sobre o contexto em que vive. Para isso, o autor traz o conceito de “monitoramento reflexivo”:

O monitoramento reflexivo da atividade é uma característica crônica da ação cotidiana e envolve a conduta não apenas do indivíduo, mas também de outros. Quer dizer, os atores não só controlam e regulam continuamente o fluxo de suas atividades e esperam que os outros façam o mesmo por sua própria conta, mas também monitoram rotineiramente aspectos, sociais e físicos, dos contextos em que se movem (GIDDENS, 2003, p. 6).

Diante da capacidade, que os usuários têm, de monitorar o que se passa ao seu redor e dos outros, percebeu-se, ainda, uma certa empatia com os profissionais de saúde, no momento em que notam a sobrecarga de serviços, para poucos trabalhadores disponíveis e não atribuem, a eles, a culpa pelas dificuldades impostas na busca pelo cuidado. Em meio às situações que restringem ou facilitam o cuidado, e por meio da sua capacidade cognitiva e transformadora, o

usuário segue buscando estratégias para contornar as adversidades. Essas, por sua vez, podem ter consequências intencionais ou não, como explica Giddens:

Os agentes humanos sempre sabem o que estão fazendo no nível da consciência discursiva, sob alguma forma de descrição. Entretanto, o que eles fazem pode ser-lhes inteiramente desconhecido sob outras descrições, e talvez conheçam muito pouco sobre as consequências ramificadas das atividades em que estão empenhados. [...] O fluxo da ação produz continuamente consequências que não estavam nas intenções dos atores [...] (GIDDENS, 2003, p. 31-32).

O autor refere-se às “consequências impremeditadas” da ação. Vimos em nosso estudo, algumas ações, cujos resultados foram diferentes do esperado, como a busca por cuidados na rede privada de saúde, em resposta às diversas falhas estruturais do sistema público de saúde. De outra forma, houve usuários, que não expressaram, em palavras, o que fizeram diante da demora para ter acesso às consultas e exames, que precisaram em algum momento, dando a entender que optaram por desistir do atendimento, já que não relataram outro caminho para conseguir o cuidado almejado, a não ser esperar, até que seja chamado.

Para melhor exemplificar o contexto da monitoração reflexiva e das consequências não premeditadas, trazemos o caso do participante, que relatou ter substituído uma unidade da APS por outra. Este usuário atribui o seu impulso para mudar de unidade, à falta de medicamentos na unidade do território onde mora. No entanto, sua ação aparenta remeter também ao interesse pela proximidade que a unidade de Santa Clara tem do Centro de Referência do Idoso, por estarem localizadas no mesmo espaço físico, podendo gerar a ideia de que nesse ambiente há maior oferta de serviços e que os usuários do Santa Clara possam ser beneficiados por isso. Diante disso, vale relembrar o conceito de Giddens sobre o “agente”, tido como o indivíduo que realiza intervenções capazes de transformar um dado curso de eventos de tal forma que o que tenha se desdobrado não teria ocorrido sem que houvesse, tal intervenção (GIDDENS, 2003).

Ao receber o atendimento semanal na fisioterapia e perceber que havia ali uma unidade “conjugada” na mesma localização, o participante visualizou a oportunidade de manter a continuidade do cuidado que estava recebendo e ainda fazer o acompanhamento do diabetes no mesmo lugar, mesmo que fora do território em que se localiza sua moradia. Essa atitude evidencia a constante reflexão realizada pelos agentes diante dos contextos que estão inseridos, que os movem a transformar a realidade que vivem.

Coincidentemente ou não, os dois usuários entrevistados no serviço de fisioterapia do

Centro de Referência do Idoso, eram vinculados à unidade do Santa Clara, incluindo o participante em questão. Pela proximidade geográfica das unidades e o conhecimento que os usuários têm referente aos serviços ali ofertados é possível que os usuários do Santa Clara sejam atendidos, com maior frequência, nesse serviço de referência. Houve ainda, entre os participantes do estudo, outros dois, que também foram encaminhados para os serviços desse centro, agora da unidade de Fátima. Essa unidade é a segunda mais próxima do Centro de Referência do Idoso, reforçando a ideia de que a localização geográfica pode estar favorecendo a desigualdade no acesso aos serviços especializados.

Por outro lado, com base nos conceitos descritos por Giddens podemos entender que a escolha por uma unidade longe de casa, foi uma consequência impremeditada frente ao desabastecimento de medicamentos na unidade do Livramento. A oferta de cuidados primários, por meio da ESF, priorizando a localização próxima às pessoas e suas moradias tem o intuito de facilitar o acesso aos demais serviços da rede, contudo a falta do recurso alocativo (remédios) gerou uma escolha não esperada, pelo usuário. Segundo a TE, o momento da ação é também o momento de expressão dos contextos sociais em que se vive. Dessa forma ao reproduzirem uma ação, os agentes também reproduzem as condições que tornam possível tal ação, tornando visível a indissociabilidade entre a estrutura e o conhecimento que os agentes possuem em relação ao que fazem em suas atividades rotineiras (O'DWYER, 2015).

Esse achado assemelha-se ao encontrado por Oliveira, Mattos e Souza (2009) em seu estudo com 93 usuários do SUS, no município de Juiz de Fora, ao notarem que o usuário não se prende à norma imposta a ele e age com liberdade, ao optar pelo serviço de saúde que atenda aos seus interesses. Os autores relatam, que o usuário deseja ser livre para dirigir-se e ser recebido em qualquer unidade da APS ou até mesmo em prontos-socorros e hospitais, independente da referência territorial ou do caráter de sua demanda. Seguindo essa percepção, ao substituir uma unidade da APS por outra, o paciente em questão mobilizou recursos autoritativos (capacidades que geram o comando entre as pessoas) gerando mudanças sociais, que costumam ocorrer, seja pela liberdade da ação, seja pelo constrangimento estrutural (O'DWYER, 2015). Assim vários arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando procuram superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção através de suas próprias escolhas, caminhos ou estratégias (CONILL *et al.*, 2008).

Por meio da análise empírica sob a luz da TE foi possível compreender que mesmo a estrutura, apresentando muitas deficiências, não permanece estática e é constantemente moldada através das relações dos atores sociais, como os usuários com DM, que interagem por meio dela, culminando em transformações e percursos divergentes do previsto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participaram do estudo 34 pessoas com diabetes, dentre elas uma com o tipo 1. Todos os usuários estavam vinculados às unidades da Estratégia Saúde da Família. A maior parte foi composta por pessoas do sexo feminino (58,8%), na faixa etária de 60 a 70 anos (52,9%), com Ensino fundamental incompleto (35,3%); aposentados ou pensionistas (55,9%), com tempo de diagnóstico variando de 3 meses a 30 anos; e com Hipertensão Arterial associada (73,5%). Apenas sete pessoas (20,6%) relataram ter conhecimento sobre a prevenção da doença antes do diagnóstico, enquanto 91,2% referiram conhecer as possíveis complicações desencadeadas pelo diabetes e 47% acreditam ter complicações decorrentes da doença. Pessoas com complicações tinham tempo de diagnóstico avançado, entre 10 e 30 anos, com média de 18 anos. As queixas mais frequentes foram as relacionadas aos problemas visuais, que resultaram na maior procura por médicos oftalmologistas nos serviços especializados.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi boa, visto que todos os usuários relataram utilizar os remédios prescritos para o controle do diabetes, mesmo enfrentando dificuldades para ter acesso a eles. Quanto à dieta, 76,5% afirmaram restringir a ingestão de certos alimentos para controle glicêmico, mas demonstraram ter conhecimento limitado quanto ao manejo nutricional.

Por meio da análise com a Teoria da Estruturação, percebemos a existência de fatores restritivos e facilitadores convivendo na rotina do usuário com diabetes. Como restritivos identificamos, a precariedade das equipes do ESF e do Nasf, insuficientes para atender toda a população do município; a dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais da Atenção Especializada; a falta de oftalmologista; a oferta deficiente de medicamentos e a falha na comunicação entre os pontos da atenção. Já como facilitadores, vimos as políticas de saúde, como as linhas de cuidado, voltadas às pessoas com diabetes e DCNT, como direcionadoras do cuidado; a atuação afetiva dos profissionais de saúde da Atenção Primária, que cativam os usuários a participar das atividades nas unidades; e a adesão à dieta e ao tratamento medicamentoso, mencionado pelos usuários, mesmo diante das dificuldades de acesso.

O estudo atual corroborou com o que vem sendo destacado na literatura, a respeito das fragilidades da Atenção Primária e Especializada, no âmbito da rede assistencial de saúde. A APS apresenta falhas na sua atuação como porta de entrada do sistema de saúde, evidenciada pela deficiência no diagnóstico precoce dos usuários em seus serviços. Esse fato demonstra que o paciente crônico continua sendo diagnosticado em episódios de agudização da doença, na presença de sintomas ou complicações e que o sistema de saúde ainda não está atuando

conforme a transição no perfil epidemiológico, mas permanece operando de forma reativa.

Além disso, a APS também tem apresentado falhas na sua função de coordenadora do cuidado na rede, visto a irregularidade no encaminhamento para a AE. O acesso aos serviços especializados, que já é considerado difícil, somado a marcação de consultas e exames, indefinida pela APS, torna-se ainda mais incerto e inseguro para os usuários, reforçando a quebra de confiança nos serviços primários, que deveriam atuar como facilitadores do acesso e responsáveis pela condução do paciente na RAS.

Somada a essas questões, ressalta-se a baixa resolutividade da APS, em atender as necessidades dos pacientes com diabetes, como através da oferta insuficiente de medicamentos e insumos, que dispersa os usuários e os impele a buscar novas estratégias, geralmente por meio do custeio próprio do seu tratamento, que pode interromper o cuidado e direcionar o usuário para serviços de maior complexidade. Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais da Atenção Especializada, também, gera mudanças nos caminhos dos usuários, visto que, ao não conseguirem acessar os serviços especializados ou acessá-los tardiamente, e não terem seus problemas investigados e resolvidos, buscam por serviços de urgência e emergência mais do que seria necessário, sobrecarregando-os.

No entanto, esses entraves são acarretados por outras falhas estruturais no sistema, como a baixa cobertura da ESF; a insuficiência de equipes do Nasf; a sobrecarga das equipes de saúde, que precisam atuar com uma população adscrita muito grande. Essas falhas também são consequências de outras, como o subfinanciamento progressivo, que vem estrangulando o SUS, em seus diversos pontos. Todos esses fatores levam ao constrangimento da APS e ao distanciamento da sua missão de atuar na prevenção e no diagnóstico precoce de doenças crônicas, que são graves e produtoras de mortalidade, como o diabetes.

Essa sucessão de falhas, que envolvem a APS, repercute no acesso aos serviços da Atenção Especializada, que ainda é dificultado, pela mediação da Secretaria Municipal de Saúde, apontada pelos usuários, como o local a ser acionado para a marcação de consultas e exames especializados, e onde relataram haver a demora para conseguir as consultas, para receber os resultados dos exames e para retornar à consulta médica. Quando a AE é finalmente acessada, não retorna, à APS, os cuidados prestados ao usuário, expondo a lacuna existente entre os pontos da rede, pela falta de comunicação entre eles.

Em meio a esse cenário, os discursos dos usuários revelaram, consciência das fragilidades do SUS, ao mesmo tempo, em que demonstraram satisfação com o atendimento recebido. Apesar de o modelo de atenção ainda ser fragmentado e estar distante do preconizado pelas políticas públicas, os usuários sentem-se satisfeitos com os cuidados recebidos,

especialmente, pelos profissionais da APS, que demonstraram ter grande potencial para o cuidado, e este é percebido pelos usuários. Entretanto, a organização de seus processos de trabalho e sua articulação com os demais níveis de atenção à saúde precisam ser revistas e adequadas às necessidades dos pacientes com diabetes.

Ao mesmo tempo que os usuários se sentem acolhidos e satisfeitos com os trabalhadores da Atenção Primária, veem-se “perdidos” e “desamparados”, da “porta para fora”, em um universo (AE) que parece paralelo à APS, sem vínculo algum, transparecendo a desintegração entre os pontos da rede. Somado a isso, sem o pleno entendimento de como deve ocorrer seu percurso na rede, o usuário torna-se o principal responsável pelo seu cuidado e busca resolver, à sua maneira, o problema de saúde que o aflige, mudando o curso de seu cuidado.

A adoção da Teoria da Estruturação foi referencial potente para subsidiar a análise dos caminhos percorridos pelos usuários com diabetes, em Santarém e demonstrou ter ferramentas analíticas consistentes para a avaliação das práticas de saúde no âmbito do SUS. Por meio da TE, foi possível identificar aspectos restritivos e facilitadores que envolvem as estruturas, por meio da consciência discursiva dos usuários, que revelaram a capacidade de agência dos usuários, sobre as regras, passível de análise sobre suas ações e a organização dos serviços na rede assistencial de saúde.

Com isso, percebeu-se que a implementação das políticas de atenção às pessoas com doenças crônicas não ocorreu da forma como foi planejada. Contudo, como qualquer estrutura social, envolve restrições e facilidades, que permitem compreender a estruturação que vem sendo reproduzida, no SUS real, por meio das relações constituídas no contexto da atenção à saúde. Assim, a TE, proposta por Giddens nos possibilitou perceber dinâmicas diferenciadas das normas, com o intuito de contornar os problemas cotidianos vivenciados pelos usuários.

Algumas limitações, deste estudo, devem ser consideradas. A ausência de um evento traçador, foi um fator limitante para a construção dos percursos realizados pelos usuários na rede. No entanto, foi possível acessar os serviços por meio das falas dos usuários. Outra limitação encontrada foi a interrupção das entrevistas por conta da pandemia de Covid-19 e também a retomada durante o período pandêmico, que trouxe notável preocupação aos usuários, pelas circunstâncias da doença e medo da exposição na unidade de saúde. Com isso, o tempo das entrevistas foi reduzido, o que pode ter contribuído para respostas mais objetivas sem maiores explicações em torno dos questionamentos.

Neste trabalho, a análise dos caminhos percorridos foi baseada nos relatos fornecidos pelos usuários com diabetes e em nenhuma circunstância foi questionada a veracidade das falas, por considerarmos legítimas as falas sobre as vivências de cada usuário, segundo as suas

lembranças no momento da entrevista. É possível que informações tenham sido omitidas, por esquecimento ou pelo desejo de não falar sobre algo, por mais que a pesquisadora deixasse claro o intuito da pesquisa.

Assim, diante da ausência de um ambiente integrado e continuado das ações voltadas ao cuidado da pessoa com diabetes, em Santarém, vemos como necessária, a potencialização dos aspectos facilitadores identificados no estudo e a minimização das restrições, por meio da construção de espaços de interação, contínuos, entre os atores sociais envolvidos nessa rede de cuidado (usuários e profissionais da Atenção Primária, Especializada e da Secretaria Municipal de Saúde), com o intuito de promover maior conhecimento sobre os fluxos dos serviços e as dificuldades que existem em cada ponto de acesso, para que sejam discutidas estratégias capazes de contornar as adversidades frequentemente vivenciadas pelos usuários, que são a razão para a existência de um sistema público de saúde.

Além disso, com o fortalecimento das interações entre os atores sociais, haverá maior compreensão das ações que os movem, com potencial para reestabelecer os laços de confiança com os serviços ofertados pelo SUS, que continuarão sendo acionados pelos usuários com diabetes, visto que, a cronicidade da doença revela a necessidade de cuidado prolongado nos serviços de saúde e atuação multiprofissional para promover a autonomia dos pacientes e a adesão completa ao tratamento.

Tendo em vista, que a fragmentação dos serviços torna muito difícil a atuação dos pontos da rede conforme o preconizado pelas políticas propostas pelo Ministério da Saúde, pesquisas adicionais sobre a visão dos profissionais e a observação das práticas de cuidado realizadas nos pontos da atenção, sobretudo na regulação dos serviços especializados, pela Secretaria Municipal de saúde, podem aprofundar o conhecimento sobre as relações que estão movendo e moldando as estruturas, com o intuito de implementar transformações emancipatórias, capazes de reduzir as desigualdades de acesso e aumentar as possibilidades de cuidado qualificado aos usuários.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. L. X. S.; RAMOS, L. F. P.; BICHARA, C. N. C. Detection of pain with neuropathic characteristics in patients with diabetes mellitus assisted in primary care units. **Brazilian Journal Of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 15-20, mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180005>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n1/pt_1806-0013-brjp-01-01-0015.pdf. Acesso em: 17 mar. 2019.
- AGUIAR, F. L. X. S. **Diabetes Mellitus tipo 2, a ocorrência de dor neuropática no programa Hiperdia, em um distrito de Santarém, Pará**. Dissertação (Mestrado em Saúde na Amazônia) - Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará. Belém, 2017.
- ALBINO, J. *et al.* Estratégia como prática: Uma proposta de síntese. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 9, n. 1-2, p. 2-14, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642010000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2019.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: standards of medical care in diabetes - 2019. **Diabetes Care**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 13-28, jan. 2019. American Diabetes Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc19-s002>. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S13. Acesso em: 08 ago. 2020.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: standards of medical care in diabetes - 2021. **Diabetes Care**, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 15-33, jan. 2021. American Diabetes Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc21-s002>. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S15. Acesso em: 4 abr. 2021.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 81-90, jan. 2014. American Diabetes Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc14-s081>. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81. Acesso em: 20 mar. 2019.
- ARAÚJO, R. *et al.* Therapeutic itinerary of patients with chronic renal failure under dialytic treatment. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 525-538, 1 abr. 2014. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n2p525>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750622009.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019.
- ASSUNÇÃO, S. C. *et al.* Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0208>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400238&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 jun. 2020.
- BARBOSA, D. S. J.; GUIMARÃES, M. C. L. A regulação assistencial no SUS sob a lente da Teoria da Estruturação. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 22, p. 2-15, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/6855>. Acesso em: 26 jun. 2021.

BARRETO, R. G. A. P. *et al.* Itinerário Terapêutico do Paciente com Diabetes Mellitus na Rede de Atenção à Saúde. **International Nursing Congress**, [S.L], p. 1-5, maio 2017a. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5802>. Acesso em: 3 jun. 2021.

BARRETO, T. M. A. C. *et al.* Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por diabéticos no norte do Brasil. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 16, n. 2, p. 22-30, 2017b. Escola de Saude Publica Visconde Saboia. DOI: <http://dx.doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1174>. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1174>. Acesso em: 1 jun. 2021.

BELLATO R.; ARAÚJO L. F. S.; CASTRO P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. p. 167 – 187. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A.(org.). **Atenção Básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

BERMUDEZ, J. **Farmácia Popular 2021**: mais uma supressão de benefícios sociais. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Informe ENSP, 7 abr. 2021. 2p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/47427/2/Farm%c3%a1ciaPopular2021.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2021.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, jan. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811613>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100162. Acesso em: 30 fev. 2020.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141. Acesso em: 17 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção primária e as redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf. Acesso em 9 maio 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 29 jun. 2011b. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais: Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102000000300018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WmH6wLKd4vXgSC9gnfFkMXG/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. **Nota Técnica – Atualização sobre os Sistemas de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 21 ago. 2013d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_esus_ab.pdf. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 01 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB). Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html. Acesso em: 2 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 95 p. (Série A). Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 24 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 28 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_crnicas.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellituscab

36.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 128 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p. Cadernos de Atenção Básica, nº 35. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 16 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** Relatórios Analíticos. 2015b. Disponível em: http://pmaq.lais.huol.ufrn.br/relat_analiticos?estado=PA&municipio=150680. Acesso em: 22 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria nº 19, de 27 de março de 2019.** Torna pública a decisão de incorporar insulina análoga de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 2019b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69182847. Acesso em: 04 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. **Portaria SCTIE/MS nº 54, de 11 de novembro de 2020.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Diabete_Melito_Tipo_2_29_10_2020_Final.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Mortalidade – Pará.** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). 2019a. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10pa.def>. Acesso em 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil: 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. 122 p. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p--blica.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p. (Série B). Textos Básicos de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 6 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 137 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 05 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação de Hipertensão e Diabetes no Brasil**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/atlas_hipertensao_diabetes.pdf. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 28 set. 2017c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 20 mar 2020.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 31 out. 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 out. 1990.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 jul. 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 set. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1 abr. 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 06 jul. 2019.

CALDEIRA, L. L. *et al.* Perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes diabéticos de 3 unidades básicas de saúde do município de Coari-AM. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8093-8105, ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-070>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13115/11024>. Acesso em: 03 maio 2021.

CARMO, K. S. *et al.* Rede de atenção à saúde na perspectiva de usuários com diabetes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Distrito Federal, v. 18, n. 2, p. 1-7, 14 jul. 2019. Universidade Estadual de Maringá. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i3.45743>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45743/pdf>. Acesso em: 4 abr. 2021.

CECÍLIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2019.

CHIANG, J. L. *et al.* Type 1 Diabetes Through the Life Span: a position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, [S.L.], v. 37, n. 7, p. 2034-2054, 16 jun. 2014. American Diabetes Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc14-1140>. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/37/7/2034>. Acesso em: 3 set. 2020.

COLBERG, S. R. *et al.* Physical Activity/Exercise and Diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, [S.L.], v. 39, n. 11, p. 2065-2079, 25 out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc16-1728>. Disponível em:

<https://care.diabetesjournals.org/content/39/11/2065?fbclid=IwAR2eAvtWVuUakIfmlUMfZ5wq-ViHszeRWVa8GK9t0FZwglTdkkjGy3zQQQ>. Acesso em: 05 abr. 2021.

COLLET, N. *et al.* Self-care support for the management of type 1 diabetes during the transition from childhood to adolescence. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-9, 23 nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017038503376>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100461&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 3 maio 2021.

CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). **Nota Informativa nº18/2017**. Informa sobre o encerramento da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Nota-encerramento-Rede-Pr%C3%B3pria-FPB.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2021.

CONFALONIERI, U. E. C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 19, n. 53, p. 221-236, abr. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142005000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/CgyHLrvH6FxsjYlTY3GdxH/?lang=pt>. Acesso em: 7 mar. 2019.

CONILL, E. M. *et al.* O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, out. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000500015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500015. Acesso em: 03 abr. 2020.

CORTEZ, D. N. *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 250-255, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500042>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/5L8nJ63KVznYB8M39ST7kBs/?lang=pt>. Acesso em: 06 maio 2021.

CRUZ, M. M. A. Teoria da Estruturação e as novas sociologias: provocações teórico-metodológicas a partir de Anthony Giddens. **Revista Relegens Thréskeia**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 111-122, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rt.v9i1.73429>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/relegens/article/view/73429>. Acesso em: 23 jun. 2021.

DIABETES UK. **Evidence-based Nutrition Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes**. 2018. Disponível em: https://diabetes-resources-production.s3.eu-west-1.amazonaws.com/resources-s3/2018-03/1373_Nutrition%20guidelines_0.pdf. Acesso em 01 mai. 2021.

DIAS, S. M. *et al.* Níveis de conhecimento de pacientes diabéticos sobre a Diabetes Mellitus tipo II. **Revista Interdisciplinar**, [s. l], p. 14-21, set. 2018. Vol. 11, nº. 3. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763762>. Acesso em: 5 maio 2021.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 12-14, set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103->

11042018s101. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0012.pdf>. Acesso em: 7 maio 2021.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. *In*: MENDONÇA, M. H. M. *et al* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009005000040>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/7h3V85wnVk7J8LmGHFkXn5G/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FERREIRA D. S. P. *et al*. Repercussão emocional diante do diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. **Revista Enfermagem** 2013, 21(1):41-46. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-743012>. Acesso em: 1 mar. 2021.

FERREIRA, S.R.G; PITITTO, B. A. **Aspectos epidemiológicos do Diabetes Mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade**. Diabetes na prática clínica. Ebook 2.0. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014. Disponível em: <https://ebook.diabetes.org.br/>. Acesso em: 22 mar. 2019.

FINK, A.; FACH, E.; SCHRÖDER, S. L. ‘Learning to shape life’ – a qualitative study on the challenges posed by a diagnosis of diabetes mellitus type 2. **International Journal For Equity In Health**, Alemanha, v. 18, n. 1, p. 1-11, 24 jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-019-0924-3>. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-0924-3#article-info>. Acesso em: 5 maio 2021.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 07-19, mar. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742012000100002>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n.> Acesso em: 5 maio 2021.

GABRE, M.; SUNDSTRÖM, B. W.; OLAUSSON, S. ‘A little good with the bad’: newly diagnosed type 2 diabetes patients: perspectives on self-care. **Nordic Journal Of Nursing Research**, [Suécia.], v. 39, n. 1, p. 20-28, 23 maio 2018. SAGE Publications. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2057158518775319>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2057158518775319>. Acesso em: 04 maio 2021.

GARNELO, L. *et al*. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 158-172, out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j4V6hZVDZBs77VCGF3TqrrR/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2021.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A.(org.). **Atenção Básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 197-214.

GIDDENS, A. **A Constituição da Sociedade**. São Paulo, Livraria Martins Fontes. 2003.

GIDDENS, A. **Dualidade da Estrutura**: Agência e Estrutura. Oeiras: Celta Editora, 2000.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 6. Ed., 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>. Acesso em: 22 maio 2020.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 92 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.

GREGG, E. W; SATTAR, N.; ALI, M. K. The changing face of diabetes complications. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, [S.L.], v. 4, n. 6, p. 537-547, jun. 2016. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)30010-9](http://dx.doi.org/10.1016/s2213-8587(16)30010-9). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27156051/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

HAGGERTY, J. L. Ordering the chaos for patients with multimorbidity. **British Medical Journal**, [S.L.], v. 345, n. 071, p. 5915-5915, 7 set. 2012. BMJ. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5915>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e5915>. Acesso em: 20 jun. 2019.

HERTROUJS, D. F. L. *et al.* Preferences of people with Type 2 diabetes for diabetes care: a discrete choice experiment. **Diabetic Medicine**, [S.L.], v. 37, n. 11, p. 1807-1815, 6 maio 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.13969>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.13969>. Acesso em: 10 jun. 2021.

HIRAKAWA, T. H. *et al.* Knowledge of diabetic patients users of the Health Unic System about diabetic retinopathy. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, p. 107-111, mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20180106>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72802019000200107&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**: População no último censo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>. Acesso em: 08 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades - Pará**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>. Acesso em: 05 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades - Santarém**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/santarem/panorama>. Acesso em: 05 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020c, 148p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Atlas de Diabetes da IDF**. 8. ed. Bruxelas, Bélgica: International Diabetes Federation, 2017. 150 p. Disponível em: https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Atlas de Diabetes da IDF**. 9. ed. Bruxelas, Bélgica: International Diabetes Federation, 2019. 180 p. Disponível em: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf. Acesso em: 4 nov. 2020.

KUSCHNIR R. Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado. *In*: KUSCHNIR, R., FAUSTO M. C. R. **Gestão de redes de atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Educação à Distância, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

LASCAR, N. *et al.* Type 2 diabetes in adolescents and young adults. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 69-80, jan. 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30186-9](http://dx.doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30186-9). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213858717301869>. Acesso em: 2 maio 2021.

LEITÃO, V, B. G. *et al.* Tendência do uso e fontes de obtenção de antidiabéticos orais para tratamento de diabetes no Brasil de 2012 a 2018: análise do inquérito Vigitel. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 24, p. 1-13, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720210008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rZTYq9SCtf59spQGmfd9LdL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 jun. 2021.

LERARIO, A. C. *et al.* Algorithm for the treatment of type 2 diabetes: a position statement of brazilian diabetes society. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 35, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1758-5996-2-35>. Disponível em: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1758-5996-2-35>. Acesso em: 6 maio 2021.

LIMA, A. P. *et al.* Conhecimento e atitude sobre a diabetes tipo 2 em idosos: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 729-740, fev. 2020b.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020252.14662018>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200729. Acesso em: 20 fev. 2020.

LIMA, F. L. T. **Política e atenção ao câncer bucal no Sistema Único de Saúde**. 2020. 153 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46330/2/fernando_lopes_tavares_lima_ensp_dout_2020.pdf. Acesso em: 6 maio 2019.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 52-66, set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s104>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/52-66/>. Acesso em: 20 maio 2021.

LIMA, M. C. S. *et al.* Acesso à insulinoterapia de usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus acompanhados em ambulatório especializado. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], p 120-126, 2020a. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/insulinoterapia-usuarios-com-diabetes-mellitus.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2021.

LINETZKY, B. *et al.* Challenges associated with insulin therapy progression among patients with type 2 diabetes: latin american mosaic study baseline data. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-10, 22 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13098-016-0157-1>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957288/>. Acesso em: 6 jun. 2021.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 34, p. 593-606, 17 set. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832010005000010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

MATTOS, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C., LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 313-352. ISBN: 978-85-7541-505-4. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/v4fx5/pdf/matta-9788575415054-10.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009a. p. 43-68. Disponível em: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, 13 (supl 1) 771-80, 2009b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GCvzrJvLB3rq8cnvRQpPC9H/?format=pdf>. Acesso em: 05

mai. 2020.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Grupo de Estudos em Desenvolvimento de Sistemas de Saúde - GEDESS (Org.). **Histórias de vida e adoecimento**: trajetórias assistenciais de pessoas com doenças crônicas. Lajeado: Univates, 2016. 40 p. Disponível em: https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/158/pdf_158.pdf. Acesso em: 07 maio 2021.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E.; SILVA JUNIOR, A. G. As trajetórias assistenciais revelando a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças cardiovasculares. *In*: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Itinerários Terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2016. p. 421-437. Disponível em: <https://cepsc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/#>. Acesso em: 6 maio 2021.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 16 ago. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 27 jul. 2019.

MUTSERT, R. *et al.* Associations of Abdominal Subcutaneous and Visceral Fat with Insulin Resistance and Secretion Differ Between Men and Women: the netherlands epidemiology of obesity study. **Metabolic Syndrome And Related Disorders**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 54-63, fev. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/met.2017.0128>. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/met.2017.0128>. Acesso em: 5 jun. 2021.

MUZY, J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 37, n. 5, p. 1-18, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00076120>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/B9Fhg54pjQ677YVx9g3mHwL/?format=html>. Acesso em: 01 jul. 2021.

NASCIMENTO, R. T. L. *et al.* Neuropatia diabética dolorosa – aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. **Revista Uningá**. Vol.43, p.71-79, 2015. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1215/837>. Acesso em 18 jun. 2019.

NETA, M. A. L.; VASCONCELOS, M. I. O. Situational diagnosis of older adults with diabetes mellitus in a city in the state of Ceará, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e**

Gerontologia, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-11, jul. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.190286>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/5pbDxDfTXszYSFQkdkbdfB/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2021.

NIZET, J. **A sociologia de Anthony Giddens**. Petrópolis: Vozes, 2016.

O'DWYER, G. Estudos de políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens. *In*: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 173-92.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 609-623, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a15v20n2.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2019.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 5, p. 1929-1938, dez. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000500035>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ptjrQLDPGSjcb3ffsHXLjx/?lang=pt#>. Acesso em: 3 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1219-linhas-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes-9&category_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&Itemid=965. Acesso em: 03 set. 2019.

PARÁ, Governo do Estado. Secretaria de Estado e Saúde Pública. **Plano Estadual de saúde do Pará PES-PA 2016 – 2019**. Belém, 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PA_Plano-estadual-saude-2016-2019.pdf. Acesso em :15 ago. 2019.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. Apresentação. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: outros olhares possíveis. *In*: PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009, p. 9-12. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

POLONSKY, W. H. *et al.* Structured Self-Monitoring of Blood Glucose Significantly Reduces A1C Levels in Poorly Controlled, Noninsulin-Treated Type 2 Diabetes: results from the structured testing program study. **Diabetes Care**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 262-267, 26 jan. 2011. American Diabetes Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc10-1732>. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/34/2/262>. Acesso em: 8 maio 2021.

RAUPP, L. M. *et al.* Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 615-634, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n2/615-634/#>. Acesso em: 5 jul. 2019.

RITTER, R. de *et al.* Sex differences in the risk of vascular disease associated with diabetes. **Biology Of Sex Differences**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-11, 3 jan. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13293-019-0277-z>. Disponível em: <https://bsd.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13293-019-0277-z#citeas>. Acesso em: 05 jun. 2021.

ROCHA, N. R. **Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de diabetes mellitus atendidos pelo TEIAS Escola Manguinhos**. 2016. 146 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20587>. Acesso em: 3 jun. 2021.

ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRÊTAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 59, n. 3, p. 331-336, jun. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pvhjMPGpR5v3C3gNTrpVCMt/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ROSSANEIS, M. A. *et al.* Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-8, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gSXvPfqmgyNfhNjdpWMQGgm/?lang=en>. Acesso em: 8 jun. 2021.

RZEWUSKA, M. *et al.* Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: evidence from the 2013 national health survey (PNS 2013). **Plos One**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 1-13, 9. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0171813>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5300133/>. Acesso em: 07 jun. 2021.

SACCO, R. C. C. S. *et al.* Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 829-844, set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012618>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300829&tlng=pt. Acesso em: 07 fev. 2021.

SAEEDI, P. *et al.* Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the International Diabetes Federation diabetes atlas, 9th edition. **Diabetes Research And Clinical Practice**, [S.L.], v. 157, p. 1-10, nov. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822719312306>. Acesso em: 06 jun. 2019.

SAENZ, A. *et al.* Metformin monotherapy for type 2 diabetes mellitus. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], p. 1-50, 20 jul. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd002966.pub3>. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002966.pub3/epdf/standard>. Acesso em: 6 maio 2021.

SANTARÉM, Prefeitura Municipal. **Lei n.º 20.534, de 17 de dezembro de 2018**. Institui o Plano Diretor Participativo do município de Santarém. Santarém: Diário Oficial dos municípios, 17 dez. 2018. Disponível em: https://sapl.santarem.pa.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2018/1610/lei_n_20_534_de_17_12_2018_plano_diretor_participativo.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

SANTARÉM. Secretaria Municipal de Meio Ambiente. Centro Municipal de Informações Ambientais - CIAM. **Informações Municipais de Santarém SEMMA_CIAM**. Santarém: SEMMA, 2013.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1369-1380, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n4/1369-1380/>. Acesso em: 20 maio 2021.

SCHMIDT, M. I. *et al.* High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Diabetology & Metabolic Syndrome**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 1-9, 18 nov. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1758-5996-6-123>. Disponível em: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1758-5996-6-123.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.

SILVA, L. S.; SILVA, C. D.; SILVA, K.V. Avaliação de eficiência da Atenção Primária em Saúde em um município amazônico. In: SCHWEICKARDT, J. C.; KADR, M. R. E.; LIMA, R. T. S. (org.). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do sus**. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 152-169. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/ED.08-S%C3%89RIE-SA%C3%9ADE-E-AMAZ%C3%94NIA.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000600014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014. Acesso em: 6 jun. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** n. 3, v. 107, s. 3, p.82. 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 17 ago. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Clannad, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de**

Diabetes 2019-2020. Clannad, 2019. Disponível em:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Dia Internacional da Mulher: a mulher com diabetes.** A mulher com diabetes. 2018. Disponível em:

<https://www.diabetes.org.br/publico/dia-internacional-da-mulher-a-mulher-com-diabetes>. Acesso em: 10 mar. 2021.

STOPA, S. R. *et al.* Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 1, p. 1-11, 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/WXYjCqkTjPcd6ngPPrbZtnP/?lang=en>. Acesso em: 18 abr. 2019.

TARRANT, C. *et al.* 'Falling through gaps': primary care patients accounts of breakdowns in experienced continuity of care. **Family Practice**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 82-87, fev. 2015. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmu077>. Disponível em:

<https://academic.oup.com/fampra/article/32/1/82/2964809>. Acesso em: 6 jul. 2019.

TESFAYE, Solomon *et al.* Vascular Risk Factors and Diabetic Neuropathy. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 352, n. 4, p.341-350, 27 jan. 2005.

UNA-SUS/UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de Atenção à Saúde:** rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. São Luis: Edufma, 2017. 86 f. Disponível em:

https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_redes03.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.

VARGAS, I. *et al.* Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of colombia and brazil. **Health Policy And Planning**, [S.L.], v. 31, n. 6, p. 736-748, 13 fev. 2016. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czv126>. Disponível em:

<https://academic.oup.com/heapol/article/31/6/736/1749789>. Acesso em: 6 maio 2019.

VAZ, M. M. *et al.* O financiamento do componente básico da assistência farmacêutica no município de Santarém (PA). **APS em Revista**, [S.L.], v. 1, n. 3, p. 162-172, 7 dez. 2019. DOI:

<http://dx.doi.org/10.14295/aps.v1i3.38>. Disponível em:

<https://apsemrevista.org/aps/article/view/38>. Acesso em: 01 jun. 2021.

VIANA, A. L. D. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1791.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on diabetes.** Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 3 mar. 2019.

ZHONG, V. W.; JUHAERI, J.; MAYER-DAVIS, E. J. Trends in Hospital Admission for Diabetic Ketoacidosis in Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes in England, 1998–2013: a retrospective cohort study. **Diabetes Care**, [S.L.], v. 41, n. 9, p. 1870-1877, 31 jan. 2018. American Diabetes Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc17-1583>. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/41/9/1870?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=Diabetes_Care_TrendMD_0. Acesso em: 6 jun. 2020.

ZIMMET, P. *et al.* Diabetes mellitus statistics on prevalence and mortality: facts and fallacies. **Nature Reviews Endocrinology**, [S.L.], v. 12, n. 10, p. 616-622, 8 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2016.105>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27388988/>. Acesso em: 20 maio 2019.

ZOGRAFOU I.; STRACHAN M; MCKNIGHT J. Delay in starting insulin after failure of other treatments in patients with type 2 diabetes mellitus. **Hippokratia**. 2014;18(4):306-309. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453802/>. Acesso em: 05 Jun. 2021.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Nome (Iniciais): _____ Sexo: _____
 Data de nascimento: _____ Idade: _____
 Naturalidade: _____ Escolaridade: _____
 Raça: _____ Ocupação: _____
 Local da entrevista: _____ Data: ____/____/____
 Bairro onde mora: _____ Tempo de diagnóstico: _____

Roteiro de questões da entrevista

- 1) Como você descobriu que tinha Diabetes? Onde descobriu? O que fez em relação a isso?
- 2) Você foi informado (a) alguma vez sobre a prevenção de Diabetes?
- 3) Você procurou uma unidade de saúde para cuidar do Diabetes? Qual? Onde? Por quê?
- 4) Você faz algum acompanhamento de saúde na USF? Onde? Qual tipo de acompanhamento? Há quanto tempo? Gosta do atendimento na unidade?
- 5) Conte o passo a passo desse quando descobriu que estava com esse problema, até o tratamento e os lugares que foi para buscar cuidar dessa situação.
- 6) Como você cuida do Diabetes? Toma medicamentos? Cuida da alimentação? Faz atividades físicas? Como você lida com essa doença?
- 7) Você já participou de alguma atividade de orientação, reunião ou palestra feita pela equipe desta unidade? Sobre o que falaram?
- 8) Você já ouviu falar sobre complicações em pessoas com Diabetes? O que sabe sobre isso?
- 9) Você já teve complicações por conta do Diabetes? Quais? Se estiver na Atenção Especializada: Você contou para o médico ou outro funcionário da unidade de saúde? O que foi orientado a fazer?
- 10) Você já precisou ser atendido em serviços mais especializados? Se estiver na Atenção Especializada: além deste serviço você já precisou ser atendido em algum outro serviço de saúde especializado? Qual? Onde? Quando? Se não, passar para a questão 18.
- 11) Houve participação dos profissionais da USF durante o tratamento no serviço especializado? Alguém do posto de saúde marcou a consulta para você no serviço especializado?
- 12) Como foi a marcação? Quanto tempo levou para marcar? Quanto tempo esperou para ser atendido neste serviço especializado?
- 13) Você tinha suas consultas de retorno agendadas na mesma hora no serviço especializado

ou tinha que voltar para marcar? Fale como funciona isso.

14) Como foi o seu atendimento e o tratamento? Quanto tempo demorou para ser atendido em cada lugar? O serviço ficava longe de onde você mora?

15) Teve alguma dificuldade para ser atendido no serviço especializado? Quais?

16) Você conseguiu finalizar o tratamento? Ou ainda está se tratando? Por quê?

17) Como se sentiu no serviço especializado? O que achou das consultas, dos profissionais, do tratamento? Teve seu problema resolvido?

18) Que nota você daria para o atendimento recebido ao longo do tratamento de seu problema de saúde? Porque? Fale como se sente com o atendimento e atenção recebidos ao longo do tratamento do seu problema de saúde.

19) Você participou das decisões do seu tratamento? Como isso aconteceu? Qual sua opinião sobre isso?

20) Se você tivesse oportunidade, teria substituído alguma das unidades de saúde que te atenderam durante todo esse tempo que tem diabetes? Por quê? Como faria?

21) Você já utilizou outros serviços de saúde além dos oferecidos pelo SUS? Quais? Por quê?

22) Em sua opinião, o que você gostaria que fosse melhorado nos serviços de saúde ofertados pelo SUS em relação ao Diabetes?

23) Gostaria de acrescentar mais algum comentário ou sugestão sobre o tratamento do Diabetes?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Trajetórias Assistenciais dos usuários com Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, em Santarém-Pará”**, desenvolvida por Francisca Lidiane Ximenes da Silva Aguiar, aluna do Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Gisele O’Dwyer.

O objetivo principal desse estudo é analisar os caminhos que pessoas com Diabetes estão percorrendo na busca pelo cuidado da saúde nos serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para tratamento e cuidado da sua doença.

O convite a sua participação se deve ao fato de você estar em tratamento de Diabetes no SUS, em Santarém.

Sua participação na pesquisa ocorrerá através da realização de uma entrevista que a pesquisadora fará com você, por meio de um roteiro com perguntas sobre os caminhos que você percorreu na procura por cuidado de saúde, com duração de 30 a 60 minutos.

Sua participação não é obrigatória, e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, assim como desistir e retirar sua participação a qualquer momento. A recusa ou desistência não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e com a instituição e você não será penalizado(a) de nenhuma maneira.

Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Os riscos da sua participação são relacionados ao desconforto ou constrangimento em responder determinadas perguntas sobre os caminhos que fez para cuidar do seu problema de saúde. Entretanto, você não é obrigado(a) a respondê-las. Para prevenir e diminuir esse risco, a entrevista será realizada pela própria pesquisadora, de forma tranquila, individual dentro da unidade de saúde que você frequenta, com total sigilo e anonimato para que você se sinta confortável durante a entrevista. Além disso, devido a Pandemia, existe ainda o risco de contaminação pelo novo Coronavírus, no entanto serão adotadas medidas de prevenção para minimizar esse risco. A entrevista será realizada em ambiente aberto e arejado na unidade de saúde, será mantido o distanciamento de pelo menos um metro entre a pesquisadora e você, com o uso de máscaras pelos dois durante toda a entrevista e estará disponível o álcool em gel para que seja utilizado sempre que necessário.

Em compensação, este estudo tem como benefício a possibilidade de contribuir para a melhoria da atenção à saúde das pessoas com Diabetes em Santarém.

Você não será remunerado(a) por sua participação. Este projeto de pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso das suas informações, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes deste projeto de pesquisa. O benefício principal da sua participação é contribuir para a melhoria dos serviços de saúde ofertados para as pessoas com Diabetes em

Santarém.

Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais.

Para compreender melhor a sua fala, a entrevista será gravada com auxílio de um gravador digital e o conteúdo será registrado em forma escrita.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. No roteiro que será utilizado para a realização da entrevista, não haverá qualquer dado que possa identificar você. Serão registradas apenas as iniciais do seu nome, em forma de código para garantir o seu anonimato. Todas as informações colhidas serão analisadas apenas pela pesquisadora e orientadora do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade e não farão uso destas informações para outras finalidades, que não sejam científicas.

O conteúdo da entrevista será armazenado de forma segura e protegida contra revelação não autorizada. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP).

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados por meio da tese de doutorado e da elaboração de artigos científicos. Os resultados serão apresentados às autoridades competentes da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém e poderão ser apresentados ou enviados para os entrevistados, caso seja de seu interesse.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o(a) participante e outra para a pesquisadora.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Francisca Lidiane Ximenes da Silva Aguiar

(Pesquisadora responsável)

Telefone: (62) 98570-2122

E-mail: francisca.aguiar@ufopa.edu.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Trajetórias Assistenciais dos usuários com Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, em Santarém-Pará” e concordo em participar, assinando esse termo em duas vias e rubricando todas as páginas deste documento junto com a pesquisadora responsável.

Autorizo a gravação da entrevista: () SIM () NÃO

Assinatura do(a) participante

Nome do(a) participante: _____

Santarém, _____, _____, _____

ANEXO A – CARTA DE ACEITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTARÉM



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TRAV. SETE DE SETEMBRO 611 – BAIRRO: SANTA CLARA- CEP: 68005-590 – FONE: 2101-0100 – SANTARÉM/PA.

CARTA DE ACEITE

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **“REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL, EM SANTARÉM, PARÁ”**, de autoria da doutoranda em Saúde Pública **Francisca Lidiane Ximenes da Silva Aguiar**, dando-lhe consentimento para realizar o trabalho nesta instituição e coletar dados em nosso serviço, *Departamento da Atenção Básica/SEMSA, Hospital Municipal de Santarém – Dr. Alberto Tolentino Sotelo, Unidade de Pronto Atendimento – UPA/24h, Ambulatório de Especialidades*, após a aprovação do projeto em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o qual é pré-requisito para o início da pesquisa.

Necessário, porém, se faz que antes da publicação dos resultados o trabalho seja apresentado a esta Secretaria Municipal de Saúde com o escopo de analisar e discutir os resultados obtidos, sendo obrigatório citar na publicação o nome da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP e da Secretaria Municipal de Saúde, como locais de realização da pesquisa.

Santarém, 26 de outubro de 2020.


Maria do Desterro Liberal Rego
Coordenadora Divisão Técnica
Portaria 087/2018 - SEMSA

ANEXO B – ACEITE INSTITUCIONAL DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS



Secretaria de
Saúde Pública



ACEITE INSTITUCIONAL

Declaramos em nome do Hospital Regional do Pará Dr. Waldemar Penna, ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado “**Trajetórias Assistenciais dos Usuários com Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, em Santarém - Pará**” de autoria da pesquisadora Francisca Lidiane Ximenes da Silva Aguiar, sob orientação da docente Gisele O’Dwyer, dando-lhe consentimento para realizar o trabalho nesta instituição durante o período preestabelecido pelo cronograma. Estamos cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados.

Ressaltamos que esse parecer é condicionado à apresentação da carta de aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP, vinculado à Plataforma Brasil, para ter seu início no HRBA autorizado. Essa solicitação é devido ao HRBA ser credenciado como Hospital de Ensino, no qual temos que aceitar/liberar projetos que sejam aprovados pela CEP.

Quaisquer dúvidas, estamos à disposição para esclarecimentos e parabenizamos pela iniciativa da pesquisa.

Atenciosamente,

Santarém, 11 de dezembro 2020.

CPBuch
 Claudiléia Pereira Galvão Buchi
 Coord. de Ensino e Pesquisa
 HRBA



ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Trajetórias Assistenciais dos usuários com Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, em Santarém-Pará

Pesquisador: FRANCISCA LIDIANE XIMENES DA SILVA AGUIAR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27694619.7.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.432.705

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à solicitação de emenda 1 com a seguinte justificativa:

"Os documentos modificados foram o cronograma, o TCLE e o projeto detalhado. Em decorrência da Pandemia do Novo Coronavírus, os prazos do cronograma precisaram ser alterados. As entrevistas, que haviam sido iniciadas em fevereiro, logo após a aprovação do CEP, precisaram ser interrompidas em março. Durante esse período de espera, foi mantido contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, com o intuito de obter informações sobre a retomada das atividades voltadas às pessoas com diabetes nos centros de saúde, visto que o projeto prevê que as entrevistas sejam realizadas nas unidades de saúde. Em outubro a Secretaria de Saúde informou que no mês de novembro serão realizadas algumas atividades voltadas aos pacientes com Diabetes e Hipertensão nas unidades de saúde, que até então estavam sendo realizadas em domicílio, e que eu poderia realizar as entrevistas durante essas atividades. Assim, o cronograma prevê retomada das entrevistas em novembro com adoção de medidas preventivas contra a contaminação pelo Coronavírus. Como ainda há incertezas se será possível obter o número de participantes almejados no estudo, mediante o cenário atual, a coleta das entrevistas foi estendida até março de 2021. Acompanhando à etapa de realização das entrevistas foram alterados os prazos da coleta de dados secundários, análise dos dados e redação final. O TCLE foi modificado em relação aos riscos, acrescentando como risco, a possibilidade de contaminação pelo novo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br