

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Lauana Roberta Batista de Souza

**A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA A MULHERES PORTADORAS DE
DIABETES *MELLITUS*: ESTUDO EM DUAS REDES DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

RECIFE

2014

LAUANA ROBERTA BATISTA DE SOUZA

**A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA A MULHERES PORTADORAS DE
DIABETES *MELLITUS*: ESTUDO EM DUAS REDES DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador(a): Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S729c Souza, Lauana Roberta Batista de.

A continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes *mellitus*: estudo em duas redes do Estado de Pernambuco/ Lauana Roberta Batista de Souza. — Recife: [s.n.], 2014.

88 p.: il.

Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Maria Rejane Ferreira da Silva.

1. Diabetes Mellitus. 2. Continuidade da Assistência ao Paciente.
3. Assistência à Saúde. I. Silva, Maria Rejane Ferreira da. II. Título.

CDU 616.379

LAUANA ROBERTA BATISTA DE SOUZA

A continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes *mellitus*: estudo em duas redes do estado de Pernambuco

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em: 26/03/2014

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a): _____

Prof. Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

Debatedor(a): _____

Prof. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

Debatedor(a): _____

Prof. Dra. Maria Beatriz Pragana Dantas
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

*À Luana, minha irmã amada, por ser a
mais orgulhosa das irmãs e vibrar tanto
com minhas conquistas.*

AGRADECIMENTOS

Em todo este processo de aprendizagem, muitos foram os que passaram e deixaram algo comigo, que de alguma forma, deixei que fizesse parte desta dissertação.

Agradeço aos meus pais, por todo o amor incondicional dedicado e a torcida eterna por minhas vitórias.

À Tita, minha segunda mãe, por seu cuidado e carinho.

À Luana, minha amada irmã.

Ao meu cunhado, Marcelo, por ter embarcado nesse sonho comigo e lutado para que eu conseguisse fazer o mestrado. Devo muito a ele.

À minha turma querida, pelo convívio agradável e salutar e por ter transformado este processo de aprendizagem um encontro de amigos. Em especial à Cecília, Juliana e Katlyn, por terem dedicado um pouco do seu tempo lendo e dando “pitacos” no meu trabalho, desde a fase dele ainda projeto até o artigo final.

Aos professores e pesquisadores do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães pelos ensinamentos, em especial à professora Eduarda Cesse.

Às amigas sanitaristas Wanessa, Olívia, Suzany, Francine, Juliana e Roseane, pela torcida. E Silvinha, que além de torcer, dedicou um pouquinho do seu tempo para ler minha dissertação e contribuir com toda delicadeza que lhe é peculiar.

Ao meu querido amigo e mestre da vida, Itamar, simplesmente por estar ao meu lado sempre. Ensina-me muito!

À professora Ana Lúcia, pela disposição em me ajudar e pelas contribuições importantes na construção desta dissertação.

Às usuárias e aos profissionais do Sistema Único de Saúde que se dispuseram a colaborar com toda essa pesquisa.

À minha orientadora, professora Rejane, pela contribuição permanente em todo o meu mestrado. Por confiar sempre em mim, respeitar meus limites, e fazer dos momentos de orientação, momentos também de boas risadas. Agradeço imensamente!

À Fabiana, Andréa, João Paulo, Wagner, Ederline e Carolina, equipe do Equity-LA Brasil, pela colaboração com todas as informações necessárias no meu trabalho. O estudo Equity-LA foi realizado em colaboração entre Consorci de Salud i Social de Catalunya (Espanha), o Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Universidad del Rosario (Colômbia), Universidade de Pernambuco (Brasil), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães FIOCRUZ e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Brasil), com o apoio das Secretarias de Saúde de Pernambuco e dos municípios de Recife, Caruaru e Paulista.

À Comissão Europeia, Programa FP7 e ao Ministério de Assuntos Exteriores de Espanha, cujo apoio financeiro foi imprescindível para a realização do estudo. A pesquisa Equity-LA recebeu fundos do Sétimo programa marco (FP7/2007-2013) contrato número 223123.

SOUZA, Lauana Roberta Batista de. **A continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes *mellitus***: estudo em duas redes do estado de Pernambuco. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a continuidade assistencial a mulheres portadoras de diabetes *mellitus* em serviços de saúde dos municípios de Recife e de Caruaru. O método utilizado foi o estudo de caso em profundidade com abordagem qualitativa, empregando-se a técnica de análise narrativa de conteúdo. Realizaram-se entrevistas com mulheres portadoras de diabetes *mellitus* e, para compor cada caso e aprofundá-los, incluíram-se os profissionais que as acompanharam durante suas trajetórias assistenciais e a análise de seus prontuários. Na continuidade da gestão clínica, percebeu-se a dificuldade em se realizar diagnóstico precoce nas unidades da atenção primária e dificuldades no acesso a especialistas. Os informantes consideraram coerente o tratamento realizado entre profissionais da atenção básica e da atenção especializada, embora não tenha sido mencionada a utilização de planos de cuidados ou protocolos entre esses dois níveis de atenção. Na continuidade da informação, os entrevistados referiram não haver comunicação entre os profissionais da atenção primária e especializada, apontando como principais barreiras para a transferência de informações a não utilização de mecanismos de comunicação, além do mau preenchimento dos prontuários. Na continuidade da relação, as entrevistadas relataram a importância e a existência do vínculo e da confiança entre os profissionais e usuários. Conclui-se que a integração dos serviços do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, dos profissionais de saúde envolvidos na atenção das pessoas que necessitam do cuidado, ainda não foi estabelecida a ponto de possibilitar que a coordenação assistencial seja percebida por seus usuários.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*, Continuidade da assistência ao paciente, Assistência à saúde.

SOUZA, Lauana Roberta Batista de. **Continuity of care for women with diabetes: a study in two healthcare networks in the state of Pernambuco.** 2014. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2014.

ABSTRACT

This study aims to analyze the continuity of care for women with diabetes mellitus in health services in Recife and Caruaru. The method used was a qualitative in-depth case study. Data were reviewed through narrative content analysis. Interviews were held with women presenting diabetes mellitus and to compose each case and deepen them, were included professionals who accompanied them during their care trajectories and review of records. In clinical management continuity, difficulties were perceived in obtaining early diagnosis in primary care and with regard to achieving access to specialists. Interviewees considered that the treatment provided by primary care professionals and specialists were coherent, although they had not been informed of plans or protocols between these two levels of care. In informational continuity, interviewees reported a lack of communication between primary and specialized care professionals. The lack of communicational mechanisms and poor record keeping are among the main barriers for exchanging information. In relational continuity, interviewees reported the importance of maintaining trust between themselves and health care professionals. It may be concluded that the integration health services and consequently, the health professionals involved in the care of people who need professional care, has not been established to the point of providing that care coordination is perceived by its users.

Keywords: Diabetes *mellitus*, Continuity of patient care, Delivery of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tipos e dimensões de continuidade assistencial segundo a classificação de Reid <i>et al.</i> (2002)	23
Quadro 1 - Amostra final do estudo de caso de usuárias portadoras de diabetes <i>mellitus</i> Tipo II em duas redes de serviços de saúde. Pernambuco, 2010-12	30
Quadro 2 - Características das usuárias com diabetes <i>mellitus</i> Tipo II. Recife e Caruaru / Pernambuco, 2010-12.	33
Quadro 3 - Resumo da trajetória assistencial das usuárias com diabetes <i>mellitus</i> Tipo II. Recife / Pernambuco, 2010-12.	37
Quadro 4 - Resumo da trajetória assistencial das usuárias com diabetes <i>mellitus</i> Tipo II. Caruaru / Pernambuco, 2010-12.	40
Quadro 5 - Comparativo da Continuidade da Gestão Clínica entre redes assistenciais de diabetes <i>mellitus</i> . Recife e Caruaru, 2013.	50
Quadro 6 - Comparativo da Continuidade da Informação entre redes assistenciais de diabetes <i>mellitus</i> . Recife e Caruaru, 2013.	54
Quadro 7 - Comparativo da Continuidade da Relação entre redes assistenciais de diabetes <i>mellitus</i> . Recife e Caruaru, 2013.	56

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de saúde
AE	Atenção especializada
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Continuidade assistencial
CAR	Caruaru
CSEM	Centro de Saúde Ermírio de Moraes
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto Materno-Infantil de Pernambuco
MR	Microrregião
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde

REC	Recife
RPA	Região Político-Administrativa
RSS	Redes de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Tb	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
US	Unidade de Saúde
USD	United States Dollar
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 JUSTIFICATIVA	17
4 OBJETIVOS	18
4.1 GERAL	18
4.2 ESPECÍFICOS	18
5 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	19
5.1 CONTINUIDADE ASSISTENCIAL	19
5.1.1 Tipos de continuidade assistencial	22
5.2 DIABETES <i>MELLITUS</i>	24
5.2.1 Programas e protocolos de prevenção do diabetes <i>mellitus</i>	26
6 CONDUÇÃO METODOLÓGICA	28
6.1 DESENHO DO ESTUDO	28
6.2 ÁREA DO ESTUDO	28
6.3 CASOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	29
6.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
6.5 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	30
6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
7 RESULTADOS	33
7.1 TRAJETÓRIA E ASPECTOS CONTEXTUAIS DAS USUÁRIAS	33
7.1.1 Trajetória assistencial das usuárias de Recife	34
7.1.1.1 Usuária 1	34
7.1.1.2 Usuária 2	35
7.1.1.3 Usuária 3	36
7.1.2 Trajetória assistencial das usuárias de Caruaru	37
7.1.2.1 Usuária 1	37
7.1.2.2 Usuária 2	38
7.1.2.3 Usuária 3	38
7.1.3 Aspectos contextuais (econômicos, familiares e emocionais) das usuárias	40
7.2 CONTINUIDADE DA GESTÃO CLÍNICA	42

7.2.1 Acessibilidade entre níveis assistenciais	42
7.2.1.1 Assistência antes do diagnóstico	42
7.2.1.2 Início do diagnóstico	42
7.2.1.3 Apoio diagnóstico	44
7.2.1.4 Consultas de seguimento	44
7.2.1.5 Exames de seguimento	45
7.2.1.6 Acesso à medicação	46
7.2.1.7 Encaminhamentos aos especialistas	48
7.2.1.8 Acesso à internação e acesso a emergências	49
7.2.2 Flexibilidade da atenção	50
7.2.3 Coerência do cuidado	50
7.3 CONTINUIDADE DA INFORMAÇÃO	51
7.3.1 Transferências de informações	51
7.3.1.1 Acesso a informações sobre o tratamento	52
7.3.2 Conhecimento acumulado	53
7.4 CONTINUIDADE DA RELAÇÃO	55
7.4.1 Consistência da equipe	55
7.4.2 Consolidação do vínculo com os profissionais assistentes	56
8 DISCUSSÃO	57
8.1 CONTINUIDADE DA GESTÃO	57
8.2 CONTINUIDADE DA INFORMAÇÃO	61
8.3 CONTINUIDADE DA RELAÇÃO	63
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
Apêndice A – Roteiro de entrevista para analisar o acesso ao contínuo de serviços de saúde: usuárias	73
Apêndice B – Roteiro de entrevista para analisar o acesso ao contínuo de serviços de saúde: profissionais	75
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	77
Apêndice D – Resumos das trajetórias assistenciais das usuárias de Recife	79
Apêndice E – Resumos das trajetórias assistenciais das usuárias de Recife	81
Anexo A – Carta de anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	83
Anexo B – Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife	84

Anexo C – Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru	85
Anexo D – Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa	86

1 APRESENTAÇÃO

A primeira oportunidade de estudar quais fatores influenciam no acesso aos serviços de saúde pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu ainda quando fazia a Residência em Saúde Coletiva. Desde então, o interesse pelo tema cresceu e tentei trilhar um caminho que me levasse a obter respostas às minhas inquietações.

Neste sentido, inseri-me na pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil – *Equity-LA*” e, a partir dela, obtive subsídios para desenvolver esta dissertação. A pesquisa *Equity-LA* teve como objetivo geral analisar como a equidade no acesso e a provisão de atenção à saúde são abordadas nas políticas do setor saúde, utilizando como foco de estudo a saúde da mulher e foi realizada entre 2009 e 2013. Esse projeto combinou métodos qualitativos e quantitativos de investigação adotando assim enfoque inovador, multidisciplinar em investigação de serviços de saúde. No Brasil, os casos desse estudo foram as redes de saúde de Recife, Paulista e Caruaru, municípios de Pernambuco.

Nesta dissertação, utilizou-se os dados qualitativos referentes ao estudo sobre continuidade assistencial de mulheres portadoras de Diabetes *Mellitus* tipo 2, tendo como recorte a rede de Recife, especificamente a microrregião 3.3 do Distrito Sanitário (DS) III, e a rede de Caruaru, especificamente o bairro do Salgado.

O trabalho está dividido em oito capítulos. A introdução contextualiza as políticas de saúde adotadas pelos países da América Latina e a persistência da inequidade e ineficiência nestes sistemas de saúde; a formação e objetivos das redes de serviços de saúde; e descreve o problema abordado nesta dissertação. No segundo capítulo justifica-se a importância do tema e no capítulo seguinte apresenta-se os objetivos do estudo. O próximo capítulo é o marco teórico que aborda a continuidade assistencial, seus tipos e dimensões, além de versar um pouco sobre o diabetes *mellitus*. Em seguida, é descrita a condução metodológica. E, a seguir, são abordados os resultados da pesquisa que estão divididos em: trajetória assistencial das usuárias, continuidade da gestão, continuidade da informação e continuidade da relação. Posteriormente há a discussão de pontos relevantes dos resultados encontrados na pesquisa e as considerações finais do trabalho.

2 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as políticas adotadas pelos países da América Latina têm gerado implicações diretas no que se refere ao direito à saúde e ao acesso aos serviços de saúde (MACHADO, 2011). Dentre as reformas de inspiração neoliberal das últimas décadas, empreendidas em muitos países a partir dos anos 1980/1990, a no setor saúde foi uma das mais enfatizadas neste processo, pois tinha como objetivo melhorar a eficiência da provisão de serviços e fortalecer, ao mesmo tempo, os processos de democratização através da promoção e ampliação da equidade dessas políticas (BIANQUIN, 2008).

No entanto, passados quase 30 anos do início dos programas de ajuste estrutural e das reformas setoriais, a inequidade e a ineficiência seguem constituindo problemas centrais dos sistemas de saúde latino-americanos (VÁZQUEZ *et al.*, 2009b).

As reformas que traziam a proposta de mudança no acesso aos serviços de saúde, antes seletivos nos sistemas nacionais de saúde, passando a ser acesso universal nos sistemas universais, concebiam condições mais favoráveis para a organização de redes assistenciais integradas (SILVA, 2011). Experiências realizadas nos Estados Unidos, na primeira metade dos anos 1990, suscitaram as primeiras propostas de integração em redes. Essas experiências ainda influenciaram as propostas nos sistemas públicos de saúde da Europa Ocidental e do Canadá, além de terem sido adaptadas a sistemas públicos e privados de outros países (MENDES, 2007, 2009), como os da América Latina.

No Brasil, a falta de integração, ou melhor, a fragmentação dos serviços de saúde (MENDES, 2001) se constitui em um problema político e organizacional há várias décadas.

A discussão sobre a formação de redes de serviços de saúde (RSS) esteve presente na agenda da reforma sanitária desde o seu início (SILVA, 2008). O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco da construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro, já referia que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria ser regido, no que tange à organização de serviços, pelos princípios de descentralização da gestão dos serviços; integralização das ações, na perspectiva de superação da dicotomia preventivo-curativo; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população;

fortalecimento do papel do município; e introdução de práticas alternativas de saúde no âmbito dos serviços de saúde.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, ficou definido que os serviços públicos de propriedade da União, dos estados e municípios formariam uma rede regionalizada e hierarquizada. Portanto, a regionalização e a hierarquização das ações e serviços de saúde tornaram-se temas centrais na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e, conseqüentemente, diretrizes fundamentais na consolidação do SUS (SILVA, 2011). A estratégia de formação de redes se tornou elemento primordial para a promoção da universalidade do acesso, equidade na alocação de recursos e integralidade na atenção prestada, além de aprimorar a organização da assistência, articular os serviços e definir fluxos e referências resolutivas (BRASIL, 2002).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que reforça e detalha as diretrizes e orienta como proceder para organização das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010). Em 2011, através do Decreto nº7508, foram definidas as normativas para constituição das regiões de saúde, as quais são definidas como os lugares próprios das redes (BRASIL, 2011).

Não obstante os esforços jurídicos normativos e as diversas experiências de formação de redes de atenção à saúde, no Brasil, as inequidades persistem, particularmente na utilização dos serviços de saúde (PINHEIRO, TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS *et. al.*, 2002).

Segundo Shortell *et. al.* (1994), as redes de serviços de saúde são definidas como organizações que objetivam oferecer acesso e coordenação assistencial através de uma prestação de serviços contínuos a uma população determinada e se responsabilizam pelos custos e resultados em saúde dessa população. Os objetivos finais desse tipo de organização são a melhoria da equidade no acesso, eficiência global na provisão de serviços de saúde e a qualidade dos serviços. Contudo, esses objetivos são alcançados através de objetivos intermediários, sendo eles o acesso, a melhoria na coordenação dos serviços e a continuidade assistencial (VÁZQUEZ *et. al.*, 2009a).

Neste estudo o objeto de investigação foi a continuidade assistencial em duas redes de saúde. Para tanto, optou-se por estudar esta temática utilizando o diabetes *mellitus* como condição traçadora na população feminina. A continuidade assistencial é o resultado da coordenação assistencial a partir da perspectiva do paciente. Implica um sentido de filiação entre os pacientes e os profissionais de

saúde, por vezes, referida como longitudinalidade relacional ou continuidade pessoal, e promove a melhoria da comunicação, confiança e um sentido sustentado de responsabilidade (HAGGERTY *et. al.*, 2003).

No que tange à condição traçadora, esta é definida como técnica avaliativa da atenção à saúde baseada na análise do cuidado oferecido a um conjunto de condições ou doenças de modo a evidenciar a resolutividade da atenção, o uso apropriado de exames complementares, as oportunidades das ações, o acesso à medicação e a serviços de referência, e outros (TAVARES *et. al.*, 2009).

Portanto, este estudo se propõe a responder aos seguintes questionamentos:

- a) Como se dá a continuidade assistencial de mulheres portadoras de diabetes nos diferentes níveis de complexidade, em duas redes do estado de Pernambuco?**
- b) Como ocorre a comunicação entre os diferentes níveis assistenciais em relação à assistência das mulheres portadoras de diabetes a partir da perspectiva das usuárias?**

3 JUSTIFICATIVA

A formação de redes regionalizadas e hierarquizadas que permitam garantir o acesso da população aos serviços de saúde de forma contínua e integral ainda é um grande desafio para o SUS. Estudar a continuidade assistencial é importante, não só porque há escassez de estudos nessa área, mas também porque é possível que sejam identificados limites e oportunidades da continuidade da atenção, na perspectiva dos diferentes atores envolvidos na utilização dos serviços de saúde.

Este estudo teve como foco de investigação a continuidade da atenção a mulheres portadoras de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). O diabetes *mellitus* foi escolhido como doença traçadora por ser prevalente nas mulheres, ser uma condição que requer intervenção dos diferentes níveis assistenciais (atenção primária e especializada) e por existir protocolos e programas para atenção deste problema no país.

Além do mais, a prevalência do diabetes na população tem acarretado impactos no setor saúde, observados a partir da frequência de internações por complicações evitáveis e da elevada letalidade hospitalar nos casos urgentes. O motivo disto ocorrer está atrelado às condições que limitam o acesso e a continuidade assistencial dos pacientes diabéticos, o que determina atenção específica de diversas especialidades, resultando em altos custos emocionais, sociais e econômicos (ZANETTI, MENDES, 2000).

Assim, acompanhar a trajetória assistencial de portadoras dessa doença permitiu que fossem apreciadas as circunstâncias que integram níveis e fluxo de informações entre os serviços. Além disso, os resultados encontrados neste estudo podem contribuir para a consolidação de estratégias que melhorem a continuidade da assistência à saúde da mulher, subsidiar a otimização de recursos e identificar fatores críticos apontados pelos diferentes informantes, a fim de melhorar a coordenação assistencial entre os diferentes níveis de assistência.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar a continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes *mellitus* em duas redes de serviços de saúde no estado de Pernambuco.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever a trajetória assistencial das mulheres assistidas na rede de serviços de saúde;
- b) Analisar a continuidade da gestão do cuidado quanto à acessibilidade, flexibilidade e coerência da atenção; a continuidade da informação quanto à transferência e utilização da informação e; a continuidade da relação quanto ao vínculo paciente e serviços, estabilidade e consistência do profissional;
- c) Analisar comparativamente a continuidade assistencial a mulheres portadoras de diabetes *mellitus* entre as redes de serviços de saúde de Recife e Caruaru.

5 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Neste capítulo, procura-se revisar aspectos teóricos e conceituais que envolvem o objeto de estudo. Serão abordados os seguintes temas relevantes para o desenvolvimento do trabalho: **continuidade assistencial (CA)**, um dos objetivos intermediários da formação de RSS e **diabetes mellitus**, doença traçadora do estudo.

5.1 CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

Vários são os autores que tentam conceituar o termo continuidade assistencial e sua relação com a garantia do acesso aos serviços de saúde. No entanto, a CA não é definida e nem medida facilmente, muitas vezes devido à diversidade de indicadores aparentemente não interligados, refletindo acontecimentos complementares da continuidade (BRITO *et. al.*, 2012).

Saultz (2003) menciona que a CA tem um conceito multidimensional, não existindo consenso entre os autores. Muitas vezes, este conceito é confundido com o conceito de coordenação assistencial. Terraza *et. al.* (2006) afirmam que os termos coordenação, continuidade e integração assistencial são comumente utilizados sem distinção para referir a mesma ideia: a conexão da atenção que recebe um paciente a partir de vários prestadores de serviços de saúde, mediante a transferência de informações. Estes mesmos autores ainda definem coordenação assistencial como acordo de todos os serviços relacionados com a atenção à saúde, de forma sincronizada, com o intuito de alcançar um objetivo comum, mas sem que haja conflitos.

Porém, há quem defenda que continuidade assistencial não é uma característica da gestão ou dos serviços de saúde, mas sim a forma como pacientes vivenciam e apreendem a integração de serviços submetidos a uma coordenação. Portanto, a continuidade assistencial pode ser definida como o resultado da coordenação da assistência através da perspectiva do paciente, diferenciando-se então da coordenação (HAGGERTY *et. al.*, 2003).

E para que haja coordenação assistencial, como passo que antecede a continuidade, são necessários os seguintes elementos: a vinculação dos serviços de saúde ao longo da assistência proporcionada mediante a transferência de

informações; um objetivo comum que promova a criação de um plano unificado de atenção aos pacientes, e a harmonia entre as partes para que a atenção seja prestada no momento e no lugar adequado (TERRAZA *et. al.*, 2006).

A definição de continuidade assistencial trazida por Benachi Sandoval *et. al.* (2012) defende que a continuidade é o grau em que o paciente entra em contato com os profissionais de saúde durante seu processo diagnóstico e terapêutico. Já a confiança é o grau de segurança que tem o paciente sobre o que o médico pode fazer em uma determinada situação.

Todavia, um dos conceitos mais utilizados no que se refere à continuidade assistencial, e que foi utilizado neste estudo, é o proposto por Reid *et. al.* (2002). Estes autores definem a CA como o grau de coerência e união das experiências na atenção, percebida pelos usuários ao longo do tempo, de maneira que sejam coerentes com suas necessidades médicas e contexto pessoal. Ainda segundo o mesmo autor, para que a continuidade assistencial possa existir, é necessária a presença, paralelamente, de cuidados individuais e a assistência prestada ao longo do tempo.

Além disso, a continuidade assistencial demanda a transferência das informações, afora uma relação interpessoal entre os envolvidos e a coordenação da atenção. Nesse sentido, Reid *et. al.* (2002) corrobora com o que diz Haggerty *et. al.* (2003), pois entende que existe continuidade assistencial quando o paciente percebe que sua atenção está coordenada.

Assemelhando-se ao que é definido como continuidade, outros termos são encontrados na literatura, como é o caso de integralidade e longitudinalidade. Para Benachi Sandoval *et. al.* (2012), a continuidade diferencia-se da integralidade no sentido de que esta seria o grau de conhecimento que tem o profissional de saúde sobre o paciente. Ressalta-se que o termo integralidade utilizado por estes autores diferencia-se da integralidade enquanto princípio norteador da política de saúde.

O termo longitudinalidade (BARATIERI *et. al.*, 2012; CUNHA, GIOVANELLA, 2011; PASTOR-SANCHÉZ *et. al.*, 1997) é definido como o estabelecimento de relação de tratamento duradoura entre os usuários e os profissionais de saúde que os acompanham, fazendo nascer familiaridade e confiança recíproca entre eles, constituindo-se de relações interpessoais, nas quais o profissional focaliza sua prática na pessoa, independentemente da existência de doença, desencadeando uma série de eventos de acordo com as necessidades do indivíduo (ROSA FILHO *et. al.*, 2008).

Segundo Cunha e Giovanella (2011), a continuidade informacional é considerada o alicerce da longitudinalidade e está relacionada à qualidade dos registros em saúde, seu manejo e disponibilização, de forma que favoreça a equipe de profissionais de saúde a acumular informações sobre o paciente, orientando a conduta terapêutica e sua avaliação.

Freeman e Hjortdahl (1997) confrontam os termos continuidade longitudinal e continuidade pessoal como duas interfaces da continuidade do cuidado. Uma relação terapêutica mais duradoura com um único médico generalista caracterizaria a continuidade longitudinal. A continuidade longitudinal tem um conceito simples, fácil de medir quantitativamente, mas diz pouco sobre a relação médico-paciente e a qualidade do atendimento. Na continuidade pessoal haveria a relação duradoura com um generalista, mas também poderia haver uma equipe de atenção primária que dividisse responsabilidades.

Pastor-Sánchez *et. al.* (1997) e Starfield (*apud* CUNHA, GIOVANELLA, 2011) não utilizam os termos longitudinalidade como interface da continuidade do cuidado, apesar de também considerarem que a longitudinalidade é o acompanhamento dos diferentes problemas de saúde por um mesmo médico. Para eles, a continuidade do cuidado é o acompanhamento por um mesmo médico ou não, de um problema específico do paciente.

Autores discutem a temática da continuidade no âmbito das reformas organizacionais e gerenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) (FREEMAN, HJORTDAHL, 1997; HAGGERTY *et. al.*, 2003). Achados na literatura sobre CA são remetidos à continuidade na atenção primária (AP) e esta é configurada como a relação entre um médico e um único paciente que se desdobra para além de eventos relacionados à doença. Nesse caso, implicaria em uma fidelização do paciente ao seu médico e uma responsabilização clínica do médico para com o paciente (HAGGERTY *et. al.*, 2003).

Mas para Pastor-Sánchez *et. al.* (1997) e Starfield (*apud* CUNHA, GIOVANELLA, 2011), a continuidade não é um elemento característico da AP, nem exige uma relação pessoal entre o profissional e o paciente, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia.

Fortney *et. al.* (2003) afirmam que a continuidade é um aspecto do atendimento ambulatorial, prestando-se facilmente à avaliação com o uso de dados administrativos. Estes autores selecionaram cinco dimensões conceituais da

continuidade do atendimento ambulatorial que acreditavam, provavelmente, impactar os resultados clínicos, representar dimensões distintas de continuidade, e prestar uma avaliação de rotina usando dados administrativos. As dimensões conceituais são: a oportunidade de utilização do serviço; a intensidade de serviços que são recebidos; a amplitude de serviços que são recebidos; a estabilidade do relacionamento entre o cliente e o profissional e a coordenação da prestação de serviços.

Em suma, a continuidade assistencial resulta do ajuste entre o acesso adequado ao cuidado em saúde pelos indivíduos, o apropriado fluxo de informação entre os profissionais e os serviços de saúde e a coordenação entre os referidos serviços. Na visão dos indivíduos, é a prática do cuidado coerente e integrada ao longo do tempo. Na visão dos profissionais, é a necessidade de ter informação e conhecimento suficientes sobre um indivíduo para melhor atendê-lo, de forma e ser reconhecido e estabelecer um grau de confiança na relação entre profissional e paciente (REID *et. al.*, 2002).

5.1.1 Tipos de continuidade assistencial

A continuidade assistencial recebe classificações de acordo com alguns autores. Segundo Oliveira *et. al.* (2008), a CA é classificada como transversal e longitudinal. A continuidade transversal se refere à capacidade dos serviços permanecerem em contato com o paciente enquanto ele muda de nível de assistência. Já a continuidade longitudinal é a capacidade do serviço manter o paciente em tratamento ao longo do tempo no mesmo serviço de saúde.

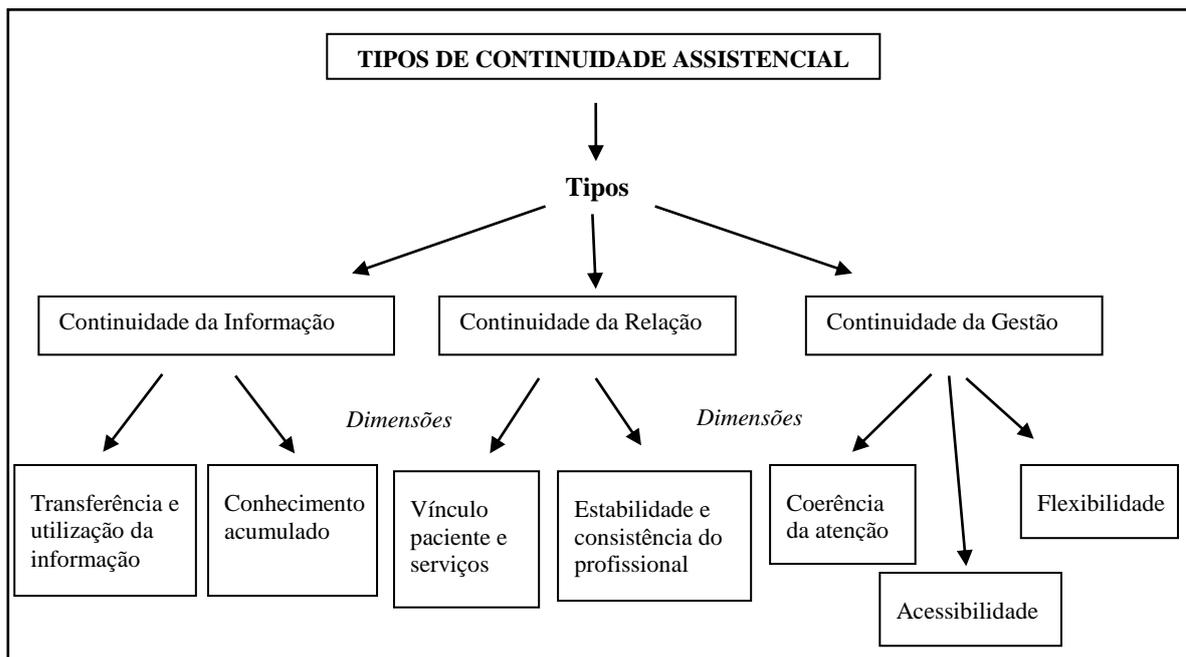
Reid *et. al.* (2002) propõem uma classificação da continuidade assistencial em três categorias:

- a) Continuidade da gestão, relacionada com a coordenação da atenção, com a provisão de diferentes tipos de assistência à saúde, de maneira que se complementem entre si, sem que haja duplicação. Ou seja, aquela em que o paciente tem um local e uma equipe específica que realiza os cuidados em saúde;
- b) Continuidade da informação, cuja característica principal é a disponibilidade das informações de saúde do paciente para o profissional que for prestar o cuidado e;

- c) Continuidade da relação, que se refere a situações em que o paciente conhece seu médico pelo nome e confia nele, ao mesmo tempo em que o profissional assume a responsabilidade do cuidado do paciente ao longo do tempo.

O mesmo autor ainda subdivide cada tipo de continuidade em várias dimensões, mostradas na figura abaixo (Figura 1).

Figura 1 - Tipos e dimensões de continuidade assistencial segundo a classificação de Reid *et al.* (2002).



Fonte: Letelier (2008 *apud* VÁZQUEZ *et. al.* 2009)

A continuidade da gestão inclui três dimensões. A primeira é a consistência do cuidado ou coerência da atenção, que se remete à percepção por parte do paciente de que existe coerência entre os objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços, assegurados a partir de planos e/ou protocolos. A segunda é a flexibilidade nos planos de cuidado, que permite mudanças necessárias nos planos de tratamento de acordo com a necessidade do paciente (BRITO *et. al.*, 2012; REID *et. al.*, 2002). A terceira dimensão é a acessibilidade entre os níveis dos serviços de saúde, imbricada diretamente com a oportunidade e o tempo de espera. Estudos de coorte, qualitativos, destacam a importância e vinculam o acesso dos usuários aos serviços de saúde com a continuidade assistencial (PARKER *et. al.*, 2010).

A CA da informação comporta duas dimensões: a transferência e utilização da informação e o conhecimento acumulado por parte dos profissionais que estão

envolvidos na atenção ao paciente. A primeira aborda a percepção do usuário quanto à maneira que cada profissional tem acesso às informações sobre a atenção que lhe é prestada anteriormente e a evolução de sua doença. Se usa, por exemplo, comunicação informal; comunicação escrita; encaminhamentos; prontuários; prontuário eletrônico; resumos de alta e etc. A segunda trata da percepção do paciente quanto ao conhecimento do profissional sobre os seus valores, preferências e contexto social, influenciando no planejamento do tratamento mais adequado (BRITO *et. al.*, 2012; REID *et. al.*, 2002).

Finalmente, a CA da relação inclui: o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, que dependerá da duração e do tipo de cuidado envolvido, ou seja, existindo forte vínculo haverá uma dependência entre médico e paciente, ou profissional responsável pela atenção, o que beneficia o reconhecimento de problemas, diagnóstico mais preciso e melhor adesão ao tratamento; e a estabilidade e consistência do profissional, caracterizando pela geração de responsabilidade e confiança entre o paciente e os profissionais dos diferentes serviços que o atendem. Ou seja, atendimento pelos mesmos profissionais ainda que existam poucas possibilidades de estabelecer relações em longo prazo (BRITO *et. al.*, 2012; REID *et. al.*, 2002).

5.2 DIABETES MELLITUS

Desde o século passado, as transições demográfica, epidemiológica e nutricional determinaram um perfil de risco à saúde da população em todo o mundo. Seguindo a tendência mundial, o Brasil tem passado pelo processo de transições desde a década de 1960, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de doenças, como o aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MALTA *et. al.*, 2006).

As DCNT causam grande impacto na incapacidade e qualidade de vida dos seus portadores, além de ser a causa principal de mortalidade prematura na população. Também são responsáveis por uma elevada proporção dos custos com os cuidados em saúde (HAM, 2010). O estilo de vida contemporâneo tem colaborado para o crescimento das doenças crônicas em várias faixas etárias (MODENEZE *et. al.*, 2012).

Dentre as várias DCNT, encontra-se o diabetes *mellitus*, grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações,

disfunções e insuficiência de vários órgãos (BRASIL, 2006). Decorre da resistência à ação da insulina, secreção insuficiente deste hormônio pelo pâncreas, ou ambos (FRÁGUAS *et. al.*, 2009).

Segundo Lyra *et. al.* (2006), o DM2 “*é uma doença metabólica complexa, multifatorial e de presença global, que afeta a qualidade e o estilo de vida dos acometidos, podendo levar a uma redução pronunciada na expectativa de vida dessa população*”. Os mesmos autores ainda afirmam que diabéticos tem a possibilidade de ter sua vida reduzida em 15 anos ou mais, além de muitos morrerem devido a complicações cardiovasculares. Portanto, a DM2 traz consequências imediatas e em longo prazo para seus portadores (SILVA *et. al.*, 2012).

A prevalência do DM2 cresce de forma exponencial, tornando-se epidemia em vários países. Nas Américas, no ano 2000, o número de indivíduos com diabetes era em torno de 35 milhões; já a estimativa para o ano 2025, é de aproximadamente 64 milhões (RODRIGUES *et. al.*, 2006; SARTORELLI, FRANCO, 2003). Freitas e Garcia (2012) informam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o número total de pessoas com diabetes no mundo passará de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030. No Brasil, no mesmo período, este número passará de 4,5 milhões para 11,3 milhões, o que o fará ser o oitavo país com o maior número de pessoas com diabetes no mundo (FREITAS, GARCIA, 2012).

Devido ao aumento da esperança de vida e o crescimento populacional, nos países desenvolvidos, as faixas etárias que serão mais acometidas pelo diabetes serão as mais avançadas, enquanto nos países em desenvolvimento, o aumento será observado em todas as faixas (SARTORELLI, FRANCO, 2003).

Além de estar associado ao envelhecimento e crescimento populacional, o aumento na prevalência do DM2 também tem como outros fatores relacionados as altas taxas de sobrepeso e obesidade; alterações do estilo de vida, como baixa ingestão de alimentos ricos em fibras e alta ingestão de gorduras saturadas e açúcares, e vida sedentária (SARTORELLI, FRANCO, 2003).

Estes fatores refletem negativamente sobre a qualidade de vida dos portadores de diabetes *mellitus* e causam sérios impactos aos sistemas de saúde (MODENEZE *et. al.*, 2012). Segundo Lessa (2004), há pelo menos quarenta anos, os brasileiros convivem com o excessivo aumento da mortalidade pelo diabetes.

Pelo fato do diabetes estar associado a maiores taxas de hospitalizações, a maiores necessidades de cuidados médicos, a maior incidência de doenças

cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, pode-se prever a carga que isso representará para os sistemas de saúde dos países latino-americanos, a maioria ainda com grandes dificuldades no controle de doenças infecciosas (SARTORELLI, FRANCO, 2003)

No que se refere à população feminina, Lelário *et. al.* (2008) afirmam que não há uma explicação plausível para o aumento da prevalência do diabetes em mulheres, mas que talvez possa estar atrelado a uma menor proteção hormonal associada ao desenvolvimento da menopausa. Nesse sentido, o acometimento de mulheres pelo diabetes e a relevância dessa enfermidade representam um problema de saúde pública com grandes repercussões sociais.

5.2.1 Programas e protocolos de prevenção do diabetes *mellitus*

Em muitos países, cada vez mais o cuidado para a maioria dos pacientes com diabetes é gerido no âmbito da atenção primária (STENNER *et. al.*, 2011). Programas de prevenção primária do diabetes vêm sendo desenvolvidos em diversos países, cujos resultados comprovam um impacto positivo sobre a qualidade de vida da população (SARTORELLI, FRANCO, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) deixou a cargo do Departamento de Atenção Básica (DAB) organizar as atividades de gerenciamento de todas as ações voltadas para o redirecionamento do modelo assistencial do SUS. Para tanto, algumas áreas programáticas do MS, relacionadas à ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), passaram a ser de responsabilidade desse departamento, dentre elas a de controle do diabetes *mellitus* (MARQUES, MENDES, 2002).

Em 2001, com a finalidade de diminuir a morbimortalidade associada à hipertensão arterial (HAS) e ao diabetes *mellitus*, o MS implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*. O objetivo geral foi estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes no SUS, atualizando os profissionais da rede básica, garantindo diagnóstico e vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento (TOSCANO, 2004).

Em seguida, o MS lançou o sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia), idealizado para permitir o monitoramento dos pacientes com estas doenças atendidas na atenção básica (AB)

através da geração de informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e contínua, a todos os pacientes cadastrados no programa (CHAZAN, PEREZ, 2008).

No ano de 2006, o MS lançou os Cadernos de Atenção Básica, entre eles o de diabetes *mellitus*. Este caderno traz o protocolo atualizado sobre a doença, destinado aos profissionais de saúde da AB, sobretudo os das equipes saúde da família, que poderão, com ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica, inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população (BRASIL, 2006). Este caderno ainda é o protocolo de referência até os dias de hoje para a atenção básica do país no cuidado da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*.

6 CONDUÇÃO METODOLÓGICA

6.1 DESENHO DO ESTUDO

O desenho adotado foi o estudo de caso em profundidade, que tal como proposto por Yin (2005), leva em consideração o problema e o objetivo de estudo, além do elemento contextual, que é marcante nessa proposta de investigação.

Trata-se ainda de um estudo cuja abordagem utilizada foi qualitativa, pois permite compreender a realidade concreta, os fenômenos e os processos sociais em que estão envolvidos os sujeitos (MINAYO, 1998).

5.2 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos municípios de Recife e Caruaru, ambos localizados no estado de Pernambuco, Brasil, sendo selecionados mediante os seguintes critérios: redes que proporcionam continuidade na assistência (atenção básica e especializada) à população adstrita; distinta proporção de titularidade, entendendo titularidade como tipo de gestão (municipal, estadual ou federal) ou forma de inserção no sistema (rede pública ou privada); distinta proporção da população coberta pela ESF. Também foram escolhidos devido a serem sedes de macrorregionais do estado, como descrito no Plano Diretor de Regionalização (2006).

O Recife, capital do estado, tem uma área territorial de 218,498 km² e, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2013, uma população de 1.599.513 habitantes (IBGE, 2013). O território do Recife é subdividido em 94 bairros e, para efeito de planejamento e gestão, a cidade também é dividida espacialmente em seis Regiões Político-Administrativas (RPA) (RECIFE, 2010). Na saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS), sendo cada um desses subdivididos em três microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais e nos indicadores sociais e de saúde. O estudo foi realizado no DS III, mais especificamente na microrregião 3.3 (MR 3.3), área densamente povoada, localizada à noroeste de Recife. Formado por oito bairros, que oferecem serviços de atenção básica, média e alta complexidade, a MR 3.3 constitui-se uma área pobre do ponto de vista socioeconômico.

O município de Caruaru localiza-se na mesorregião do agreste pernambucano e microrregião do Vale do Ipojuca, e está a cerca de 140 km do Recife. De acordo com a estimativa do IBGE para 2013, possui uma população residente de 337.416 habitantes. Ainda segundo o IBGE, o município tem extensão de 921 km² e sua área geográfica de referência é composta por 23 bairros. Nesse município foi selecionado o bairro do Salgado para realização do estudo, com base nos seguintes critérios: ser o mais populoso, apresentar indicadores que revelam baixas condições sociais; e por possuir um módulo de assistência formado por uma policlínica orbitada por quatro Unidades de Saúde da Família (USF).

6.3 CASOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os casos do estudo foram constituídos por seis mulheres com DM2, sendo três de Recife e três de Caruaru. Para compor cada caso e aprofundá-los, incluíram-se os profissionais que as acompanharam durante suas trajetórias assistenciais e a análise de seus prontuários.

As mulheres portadoras de diabetes *mellitus* foram identificadas em unidades de saúde (US), tendo sido considerados os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos; residentes e tratadas no mesmo município; que tenham acessado ou tentado acessar dois níveis de atenção; livres de quaisquer limitações física ou psíquica que dificultassem a coleta dos dados; que estivessem clinicamente estáveis e com diagnóstico confirmado de DM2 há pelo menos três anos.

A amostra dos profissionais foi constituída por quatro profissionais referenciados pelas usuárias, que atuavam nos diferentes níveis de assistência aos quais os pesquisadores tiveram acesso. Além das entrevistas, realizou-se uma pesquisa documental nos prontuários das mulheres com o propósito de se confrontar e checar informações que foram dadas pelos informantes a fim de reconstruir a história e consolidar informações através da triangulação de dados (Quadro 1).

Quadro 1 Amostra final do estudo de caso de usuárias portadoras de diabetes *mellitus* Tipo II em duas redes de serviços de saúde. Pernambuco, 2010-12.

Composição final dos casos de estudo				
Condição traçadora	Caso do estudo	Recife	Caruaru	Total
Diabetes Mellitus Tipo II	Usuária	3	3	6
	Profissional de saúde	2	2	4
	Prontuários dos diversos níveis de atenção	8	4	12

Fonte: A autora.

6.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Cada usuária foi entrevistada individualmente, utilizando-se um roteiro temático semiestruturado, pré-estabelecido, orientado a evidenciar aspectos relacionados à continuidade da assistência (Apêndice A). As entrevistas ocorreram em seus domicílios ou em um espaço escolhido por elas.

Também foram realizadas entrevistas com os profissionais utilizando roteiro temático semiestruturado pré-estabelecido (Apêndice B), e aconteceram em seus locais de trabalho. Os roteiros empregados nas entrevistas foram os mesmos do Estudo Equity-LA . Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e tiveram duração entre uma e três horas.

Para contato e desenvolvimento das entrevistas com as usuárias, foram estabelecidos dois mecanismos: primeiro foi feita uma ligação telefônica para fornecer informações sobre o projeto e convidar as usuárias a participar do estudo; segundo, foram feitas visitas domiciliares, solicitado consentimento às usuárias para participação do estudo, bem como entrar em contato com seus profissionais assistentes e verificar seu histórico médico.

Posteriormente, foi estabelecido contato com os profissionais indicados pela paciente, a fim de apresentar os objetivos da investigação, solicitar o seu consentimento para participar do estudo e acordar as datas e locais para as entrevistas.

A realização das entrevistas e o levantamento documental ocorreram entre setembro de 2010 a abril de 2012. Os dados dos prontuários das pacientes com DM2 foram coletados no período entre fevereiro de 2011 e junho de 2012.

6.5 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram transcritas textualmente e analisadas, inicialmente, com auxílio do Software Atlas-ti 5.0. Depois foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin

(1977, 2004), através de leituras repetidas das entrevistas para o reconhecimento dos aspectos relacionados aos tipos e dimensões da continuidade assistencial, a partir de categorias da classificação de Reid *et. al.* (2002), sendo elas: continuidade da gestão (acessibilidade entre níveis assistenciais, flexibilidade da atenção e coerência do cuidado); continuidade da informação (transferência da informação e conhecimento acumulado) e continuidade da relação (consistência da equipe e vínculo com os profissionais assistentes).

Os instrumentos (planos de coleta de dados e planos de análise) foram consensuados previamente para garantir a qualidade das análises comparativas entre as redes de serviços de saúde.

Para assegurar a qualidade das informações, o estudo adotou como estratégia de triangulação o contraste e verificação dos resultados a partir da análise feita por diferentes pesquisadores do Equity-LA, buscando reduzir o viés de interpretação e, portanto, melhorar a consistência dos resultados.

6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa se desenvolveu dentro dos padrões de ética científica, obedecendo os princípios da bioética registrados na Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi aprovada em 2009 pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 3505 0 000 250-08). As secretarias de saúde dos municípios participantes, bem como a Secretaria Estadual de Saúde permitiram sua realização através da assinatura do Termo de Anuência (Anexos A,B e C).

Toda pesquisa envolvendo seres humanos acarreta riscos. Neste estudo, conforme metodologia proposta, a relação com os sujeitos se deu a partir de sua participação em entrevistas. Os riscos quanto às dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, particularmente quanto a qualquer tipo de constrangimento, foram minimizados garantindo-se o sigilo das informações pessoais dos participantes.

Solicitou-se a todos os entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), ficando cada um deles com uma cópia. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de divulgação dos resultados e, ainda, quanto à confidencialidade dos dados obtidos, à

participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também à possibilidade de retirar-se da pesquisa, sem que isso represente prejuízos para a sua assistência.

7 RESULTADOS

A partir das entrevistas realizadas, observou-se que as condições sociais das usuárias de Recife e de Caruaru eram adversas e configuravam barreiras para a continuidade assistencial, exigindo estratégias de ação específicas para cada caso estudado.

As usuárias de Recife tinham 62, 77 e 78 anos de idade. Duas eram aposentadas e recebiam aproximadamente um salário mínimo (US\$300). A terceira não recebia aposentadoria, mas era beneficiada pelo Programa Bolsa Família com um auxílio mensal de, aproximadamente, R\$200 (US\$100). Duas das usuárias viviam em área coberta pela ESF, em ruas de fácil acesso, próximas à USF.

As usuárias de Caruaru tinham 51, 62 e 62 anos de idade. Todas residiam em bairros periféricos da cidade, o que lhes dificultavam a realização de exames e deslocamento a serviços especializados, apesar de duas das três entrevistadas morarem em área coberta pela ESF. Quanto à renda mensal, duas usuárias recebiam um salário mínimo (US\$300) e a terceira não tinha renda. O Quadro 2 resume as características das usuárias entrevistadas.

Quadro 2 - Características das usuárias com diabetes *mellitus* Tipo II. Recife e Caruaru / Pernambuco, 2010-12.

Usuárias portadoras de Diabetes Mellitus – Recife			
Características	US1	US2	US3
Idade	77	62	78
Cobertura	ESF	ESF	Sem Cobertura
Condição do DM2	Com complicações	Com Complicações	Sem Complicações
Renda	300 USD	100 USD	300 USD
Usuárias portadoras de Diabetes Mellitus – Caruaru			
Características	US1	US2	US3
Idade	62	51	62
Cobertura	ESF	Sem Cobertura	ESF
Condição do DM2	Com Complicações	Sem Complicações	Sem Complicações
Renda	Sem Renda	300 USD	300 USD

Fonte: A autora

7.1 TRAJETÓRIA E ASPECTOS CONTEXTUAIS DAS USUÁRIAS

Neste item serão apresentados os detalhamentos dos perfis e dos aspectos contextuais das usuárias das duas redes estudadas. Em primeiro lugar, são apresentados os três casos de Recife e, em seguida, os três casos de Caruaru.

Logo após serão expostos, mais especificamente, fatores econômicos, familiares e emocionais que interferiram na continuidade da assistência a estas pacientes.

7.1.1 Trajetória assistencial das usuárias de Recife

Nos próximos tópicos serão descritas as trajetórias assistenciais percorridas pelas três usuárias portadoras de diabetes *mellitus* de Recife que participaram do estudo.

7.1.1.1 Usuária 1

MJSS, de 77 anos, viúva, reside em casa própria no Recife com sua família composta por dois filhos. Mora na comunidade de Bola na Rede, onde sua residência está situada em uma rua asfaltada e de fácil de acesso. Era dona de casa antes de ser aposentada por idade, aos 65 anos, e passou a receber um salário mínimo da seguridade social.

Mora próxima ao posto de saúde e a uma parada de ônibus, no entanto é o seu filho taxista que a transporta aos serviços especializados. As consultas da atenção básica ocorrem em sua residência, através de visita domiciliar.

Foi diagnosticada com DM2 em 1982, aos 49 anos, após se consultar no posto de saúde próximo a sua residência. Apresentava como sintomas: fome, sede, muita vontade de urinar e perda de peso.

Dos seus quase 30 anos de tratamento, não foram localizados registros clínicos dos primeiros 10 anos. Nesta época, MJSS relatou ter sido atendida exclusivamente no Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Em 1998, foi acompanhada apenas na endocrinologia, mas apresentou HAS e foi encaminhada à cardiologia.

A partir de 2005, com a implementação da central de regulação no HAM, a paciente relatou dificuldades para marcação das consultas de seguimento com especialista através do telefone. Ainda em 2005, realizou as primeiras consultas na AB, onde passou a ser acompanhada.

MJSS foi internada com pneumonia no HAM em 2006, 2007 e 2008. Na última internação, ficou 2 meses hospitalizada, ocasião em que realizou biópsia do pulmão e teve diagnóstico de tuberculose. Foi tratada e recebeu a medicação gratuitamente na USF. Em 2008, logo após a alta, foi novamente internada, desta vez com

diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) e indicação cirúrgica. Naquela ocasião, ficou internada durante três meses com suspeita de ter contraído uma bactéria resistente. A paciente não apresentou condições para ser operada e passou a apresentar dificuldades para locomover-se.

MJSS relatou que continua com dificuldades para marcar consultas com especialistas, tanto presencialmente como através de encaminhamentos da AB, e, muitas vezes, não conseguiu marcar as consultas solicitadas. Refere não ter condições de pernoitar na porta do HAM como os outros pacientes fazem para poder marcar consulta. A marcação no HAM continua também por telefone, mas a paciente informa que não consegue fazer a marcação por esta via. Ressalta ter gastos com transporte, pois tenta, algumas vezes, ir marcar as consultas pessoalmente no HAM.

Atualmente faz insulinoterapia e recebe todas as medicações do seu tratamento. Refere ter problema em um dos olhos, mas não especificou qual. Ainda relata não fazer exames no posto, fazendo-os mais no HAM e Altino Ventura (ver Apêndice D).

7.1.1.2 Usuária 2

IMS é solteira, dona de casa, tem 62 anos e reside no Recife com seu filho e nora, no bairro da Guabiraba. Sua residência é própria e de fácil acesso. A rua onde está localizada é asfaltada e próxima ao acesso a transporte público. Por ter menos de 65 anos, não tem direito à aposentadoria por idade, mas recebe auxílio Bolsa Família (cerca de US\$100).

Não soube relatar quando foi diagnosticada com diabetes. Contudo, seu prontuário foi aberto em 1987, constando primeiro registro em 2002. Este registro identificava a usuária como diabética em tratamento.

IMS recebe atenção domiciliar da atenção básica e é encaminhada à atenção especializada quando a médica da família julga necessário. Nas situações em que é encaminhada, é acompanhada por familiares, uma vez que a usuária tem dificuldades auditivas e também não sabe circular pela cidade.

A paciente não tem um cuidador fixo responsável por acompanhá-la durante as consultas e aparentou ser uma pessoa muito isolada. Apesar de ter acesso a consultas, exames e encaminhamentos, a usuária não segue rotina de exames e consultas prevista na atenção básica e comumente é visitada para lembrar que precisa ir se consultar ou realizar algum exame de seguimento. Desde 2008, foi

encaminhada para acompanhamento na oftalmologia. Em 2011 realizou cirurgia de catarata (ver Apêndice D).

7.1.1.3 Usuária 3

MFS, viúva, 78 anos, reside no Recife com seu filho, que trabalha no comércio, e neta pré-adolescente no bairro do Córrego do Jenipapo. Sua residência é de alvenaria e de fácil acesso, no início de uma ladeira em rua asfaltada, próxima ao terminal integrado de passageiros da Macaxeira. Sua residência também fica próxima à unidade de saúde, contudo, está situada em um território sem cobertura de agente comunitário de saúde (ACS). Em 2011, começou a receber um salário mínimo de aposentadoria (US\$300).

MFS afirmou que não gostava de frequentar o médico, mas realizou pré-natal em todas as suas seis gestações, que cursaram sem intercorrências. Seu diagnóstico de diabetes foi dado quando fez exames de saúde na rede privada, antes de realizar uma viagem, no ano de 2006. Neste momento, foi observada a alteração na sua glicemia, quando foi logo medicada e informada sobre como proceder com a alimentação. Recebeu a orientação de retornar ao serviço após a viagem. Após retornar de viagem, foi internada com crise hipertensiva e encaminhada para o Centro de Saúde Ermírio de Moraes, onde foi acompanhada pela oftalmologia e endocrinologia.

Frequentou este serviço até 2010, ocasião em que foi mal atendida durante uma cirurgia de catarata e relata que teve como sequela a perda da visão no olho direito. Depois deste episódio, passou a ser acompanhada exclusivamente na unidade de saúde próxima à sua residência. Apesar de sua casa estar situada em área sem cobertura da atenção básica, a usuária tem acesso a consultas na USF mais próxima de sua residência. Frequenta, regularmente, as reuniões do Hiperdia, ocasião em que sua glicemia é medida, a medicação é prescrita e ajustada, os exames são solicitados e, eventualmente, é encaminhada a especialistas (ver Apêndice D).

Quadro 3 - Resumo da trajetória assistencial das usuárias com diabetes *mellitus* Tipo II. Recife / Pernambuco, 2010-12.

Usuárias	Quando descobriu a doença e onde	Acompanhamento	Outras doenças	Observações
MJSS, 77a, US1 REC	1982, Posto próximo de casa	HAM até ter dificuldades em marcar AB; desde 2005, visita domiciliar	HAS	Sem registros nos primeiros anos de tratamento; Histórico de pneumonia, Tb e IAM
IMS, 62a, US2 REC	Não soube relatar, mas prontuário aberto em 1987 e primeiro registro em 2002	Atenção Básica; Especialistas (oftalmo)	Catarata (operada); Dificuldade auditiva	Não segue rotina de consultas e exames previstos pela Atenção Básica
MSF, 78a, US3 REC	2006, realizando exames antes de viagem	Oftalmo e endócrino no Ermírio de Moraes até 2010; Atenção Básica; Especialistas	HAS; Catarata	Perda de visão de olho direito após cirurgia de catarata

Fonte: A autora

7.1.2 Trajetória assistencial das usuárias de Caruaru

Nos próximos tópicos serão descritas as trajetórias assistenciais percorridas pelas três usuárias portadoras de diabetes *mellitus* de Caruaru que participaram do estudo.

7.1.2.1 Usuária 1

MASB, 62 anos, é viúva e reside em Caruaru com seus filhos. Sua residência está situada no bairro do Salgado. Com histórico familiar de diabetes (pai era diabético), o seu diagnóstico foi dado em 1996, quando sofreu com falta de apetite acompanhada de severa perda de peso, sede e dores nas pernas. Nesta oportunidade, a usuária, que já tinha diagnóstico de hipertensão arterial há 20 anos, consultou-se em clínica conveniada ao trabalho do marido.

Na consulta, o médico solicitou exames de sangue, que a usuária realizou em laboratório privado. Na consulta subsequente, apresentou os resultados, quando foi observada alteração na sua glicemia. A conduta médica foi prescrever dieta alimentar restritiva e medicação.

Após o diagnóstico, a usuária passou a ser acompanhada na USF próxima a sua residência. Lá teve a medicação ajustada, além da médica da família ter

receitado vitaminas para que a usuária recuperasse o peso perdido. Foi encaminhada a especialistas a partir da atenção básica (oftalmologia, cardiologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, nutricionista, psiquiatria e psicologia). Seus exames de seguimento são realizados na USF, mas em alguns casos a usuária os realizou em clínicas privadas visando à emissão dos resultados em menos tempo.

Apesar de nunca ter sido internada, MASB acessou algumas vezes a emergência por conta de descompensações do diabetes. Nestas unidades de emergência foi medicada, ficou em observação e foi liberada sem necessidade de internação. Após a morte do marido, a usuária ficou sem renda e depende dos filhos para a aquisição de alimentos, medicação e realização de exames (ver Apêndice E).

7.1.2.2 Usuária 2

MSMS, 51 anos, é casada e reside em casa própria no bairro do Salgado. Sua residência é de fácil acesso e em área descoberta de posto de saúde. Foi diagnosticada com DM2, em 2009, no posto de saúde onde trabalha como agente comunitária de saúde (ACS), com renda mensal de um salário mínimo, equivalente a aproximadamente US\$ 300. Ao sentir os sintomas que outros pacientes e familiares sentiam, realizou o teste da glicemia capilar e relatou à médica o resultado.

A usuária teve acesso ao tratamento na USF em que trabalha e não precisou se afastar do emprego. Como não pertence ao território da USF onde foi atendida, a usuária não tem prontuário formal, mas sim uma ficha onde são registradas suas consultas referentes ao tratamento.

MSMS realizou os exames de seguimento na própria unidade de saúde, de onde também foi encaminhada ao endocrinologista, nutricionista e oftalmologia. A usuária relatou que não encontrou dificuldades em marcar e realizar consultas de seguimento com especialistas na rede de Caruaru. Ela nunca foi internada, contudo já acessou a emergência descompensada, onde ficou em observação e foi liberada após apresentar melhora do quadro clínico (ver Apêndice E).

7.1.2.3 Usuária 3

MDA, 62 anos, é casada e reside em casa própria em uma rua de terra batida no bairro do Salgado, em residência de fácil acesso e próxima ao posto de saúde. Foi diagnosticada com diabetes *mellitus* em 1994, durante consulta de pré-natal. Em

sua entrevista, a usuária relatou que apesar de extenso histórico familiar, não sentia sintomas do diabetes, contudo o resultado dos exames apontaram leve alteração em sua glicemia.

A partir de então, passou a ser acompanhada no posto de saúde próximo a sua residência, onde recebe a medicação para o controle da glicemia. Além do diabetes, MDA referiu dores na coluna, além do diagnóstico de hipertensão arterial, catarata e início de glaucoma.

A usuária realizou os exames de seguimento na própria unidade de saúde, de onde também foi encaminhada à cardiologia, ortopedia e oftalmologia (refere que estas consultas ocorrem no centro de Caruaru ou em Recife, onde uma cunhada consegue fazer marcações para ela). MDA relatou que encontrou dificuldades em marcar e realizar consultas de seguimento na atenção básica por conta da alternância dos profissionais e também encontra dificuldades para marcar consultas com especialistas na rede de Caruaru.

Ela nunca foi internada, contudo relatou que sua glicemia sofre alterações mais intensas quando seu estado emocional é alterado. Nestas ocasiões, chegou a dar entrada em emergências com descompensações metabólicas, sendo medicada e liberada após melhora do quadro clínico.

É importante destacar que todas as informações sobre esta usuária foram obtidas através da entrevista, pois não foram encontrados prontuários para checagem das informações e composição do caso de estudo.

Vale ressaltar ainda que muitos dos prontuários encontrados das outras usuárias de Caruaru continham poucas informações, ou mesmo não seguiam uma ordem cronológica, o que dificultou o trabalho do pesquisador.

Quadro 4 - Resumo da trajetória assistencial das usuárias com diabetes mellitus Tipo II. Caruaru/Pernambuco, 2010-12.

Usuárias	Quando descobriu a doença e onde	Acompanhamento	Outras doenças	Observações
MASB, 62a, US1 CAR	1982, em clínica conveniada ao trabalho do marido	Atenção Básica Especialistas (oftalmo, cardio, endócrino, otorrino, nutri, psiquiatra e psicólogo)	HAS	Acesso à emergência devido descompensação do diabetes
MSMS, 51a, US2 CAR	2009, na unidade de saúde onde trabalha como ACS	Atenção Básica Especialistas (oftalmo, endócrino, nutri)	-	Não tem prontuário formal pois é atendida no trabalho
MDA, 62a, US3 CAR	1994 durante consulta de pré-natal	Atenção Básica Especialistas (cardio, oftalmo, ortopedia)	HAS; Catarata; Glaucoma; Problemas de coluna (sem especificar)	Descompensações do diabetes ligadas a estado emocional

Fonte: A autora

7.1.3 Aspectos contextuais (econômicos, familiares e emocionais) das usuárias

As usuárias sofreram com o impacto econômico em decorrência da doença. Em Recife, observou-se menor impacto econômico com o tratamento, tendo em vista a maior disponibilidade de exames gratuitos e medicações sem interrupções. Em Caruaru, com maior frequência, foram realizados exames ou adquiridos remédios em serviços privados.

Os custos com medicações e exames diminuíram a possibilidade de adequação da alimentação e da realização das atividades físicas recomendadas para portadores de diabetes. As usuárias que possuíam aposentadoria eram mais independentes de seus cuidadores ou familiares. A usuária sem renda de Caruaru apresentou graves restrições quanto à adaptação de sua alimentação e cotidiano à enfermidade.

Quanto ao apoio familiar, foram observadas similaridades e diferenças em Recife e em Caruaru. Em ambos os municípios, a presença dos cuidadores ampliava a chance de realização do tratamento prescrito. Além disto, diante do receio de mal estar em via pública, como também da insegurança quanto à compreensão sobre o tratamento, o acompanhamento de familiares ou amigos

aumentava a segurança das usuárias em seus deslocamentos e durante as consultas.

Vou acompanhada com minha neta. Porque pelo menos ela escuta. Muitas coisas às vezes eu não entendo direito, e ela está escutando e ela está entendendo. E depois ela diz: é assim, assim e assim ela me explica. É às vezes ela pergunta uma coisa assim... Ela diz: “doutor isso assim, assim é para fazer?” É aí o médico responde a ela. **(MJSS, US1, REC)**

Em Caruaru, as usuárias necessitaram de maior aporte financeiro dos familiares para continuidade e de acompanhamento mais intenso. O apoio familiar foi fundamental para a usuária sem renda, uma vez que necessitava de custeio integral para o seu tratamento, subsistência e manutenção de sua residência. Apenas uma usuária em cada rede não contou com a atuação de familiares em seu processo diagnóstico e durante o tratamento. As demais foram acompanhadas por cuidadores em suas consultas e no cotidiano.

Ultimamente eu estou indo com uma pessoa, sabe. Porque quando eu vou é para medir a minha HbA1c aí para eu ir e ficar passando mal porque eu fico sem me alimentar porque tenho que fazer em jejum, aí como eu faço os exames e eu passo mal aí a minha filha sempre vai comigo, sabe, fica lá comigo para eu não ir sozinha. Tenho dois filhos que me ajudam e a Doutora já me proibiu de andar sozinha, eu não posso andar sozinha porque eu tenho vertigem por conta da labirintite e eu caio em qualquer canto. **(MASB, US1, CAR)**

Os fatores emocionais incidindo sobre a condição clínica das usuárias não emergiram com força entre as usuárias de Recife. Entretanto, em Caruaru, os fatores emocionais como ansiedade e depressão motivados por conflitos familiares causaram impacto na trajetória assistencial por potencializar descompensações e acessos à emergência.

Não, só fiz o exame de sangue e até hoje tomo o remédio verifico ela, ontem mesmo eu verifiquei estava em 262, foi que eu tive uma raivazinha aí subiu. **(MSMS, US2, CAR)**

A diabetes só altera mais quando eu fico nervosa, quando eu tenho aporreio. Hoje em dia não a vida não é essas coisas todas para gente viver tranquilo. Principalmente quem tem família, porque são muitos aporreios, aí acaba subindo demais. **(MDA, US3, CAR)**

7.2 CONTINUIDADE DA GESTÃO CLÍNICA

Neste tópico serão apresentados os pontos que se destacaram nas entrevistas no que se refere à continuidade da gestão clínica nas duas redes estudadas. Para este tipo de CA emergiram aspectos, sobretudo, sobre a acessibilidade entre os níveis assistenciais, além de questões sobre flexibilidade da atenção e coerência do cuidado.

7.2.1 Acessibilidade entre níveis assistenciais

No que se refere à acessibilidade entre níveis assistenciais, foram apontados aspectos relevantes observados antes do diagnóstico do diabetes *mellitus* e que implicaram na realização do rastreio da doença nas mulheres do estudo; aspectos que influíram no acesso aos exames de diagnóstico; o processo para consultas e exames de seguimento; acesso a medicamentos; encaminhamentos à atenção especializada (AE) e; aspectos relacionados ao acesso à emergência e internações.

7.2.1.1 Assistência antes do diagnóstico

Ao se avaliar a CA da gestão, percebeu-se que há diferença entre as redes estudadas, no que diz respeito à assistência das usuárias antes do diagnóstico do DM2. No Recife, apenas a usuária da área sem a ESF não frequentava a US antes do diagnóstico de DM2, enquanto que em Caruaru, nenhuma das usuárias frequentavam a US antes desse diagnóstico, apesar de duas das três entrevistadas morarem em área coberta pela ESF. As usuárias que não frequentavam as US's relataram que não realizaram consultas preventivas. Constatou-se que em alguns casos, o diagnóstico de DM2 foi definido tardiamente e em situações de "crise", especialmente na rede de Caruaru.

7.2.1.2 Início do diagnóstico

Em Recife, a usuária sem cadastro na atenção básica não frequentava nenhum serviço de saúde e relatou que não realizava consultas preventivas antes do diagnóstico do diabetes. As demais usuárias realizavam consultas de rotina na USF. Uma delas teve diagnóstico definido na unidade de saúde da família próxima à

sua residência. A usuária sem cadastro teve diagnóstico clínico durante uma consulta médica na rede privada realizada para obtenção de um certificado de saúde para viagem. A última usuária teve definição diagnóstica após várias tentativas fracassadas de esclarecimento de diagnóstico na USF próxima a sua residência. Após apresentar piora em seu estado de saúde, foi levada a clínica do trabalho de seu marido. Naquela unidade, teve definição diagnóstica e foi encaminhada à atenção básica para acompanhamento. Em todos os casos, a capacidade dos serviços de saúde de detecção precoce do diabetes foi insuficiente, e em dois casos as pacientes já foram detectadas em crise.

A citação a seguir retrata bem o exposto. É importante notar que se trata de uma usuária de área da ESF da capital de PE.

O diabetes eu comecei com fome, sede e urinar, eu tinha uma fome, que ninguém controlava, e eu sempre fui ao doutor aqui no posto eu ia, mas tomava remédio, e nada, aí comecei a perder o peso, mas perdi o peso numa violência quando comecei eu estava com setenta e cinco quilos, que quando foi descoberta a diabetes eu já estava com cinquenta, foi num instante que eu perdi o peso. **(MJSS, US1, REC)**

As usuárias de Caruaru não realizavam consultas de rotina antes do diagnóstico, uma vez que as usuárias cobertas não frequentavam a USF e a outra era de área descoberta, portanto tinha acesso limitado aos serviços de atenção básica e não recebia visita do ACS.

Uma das usuárias foi diagnosticada durante grave crise glicêmica quando procurou atendimento em uma clínica conveniada ao trabalho do marido. A segunda era de área descoberta e se consultava na USF sem ter prontuário na unidade, pois era ACS da unidade e não residia no território. A conclusão do diagnóstico foi estabelecida após a realização de um teste de glicemia capilar, cujo resultado foi associado a sintomas e com a história familiar. A última usuária foi diagnosticada ao realizar exames pré-natais na maternidade.

A fala a seguir retrata em que circunstâncias uma das usuárias foi diagnosticada com diabetes.

Faz dezesseis anos que fui diagnosticada. Eu descobri porque eu fiquei com falta de apetite, emagrecendo muito porque eu pesava 68 kg, eu só fui perdendo peso, bebendo bastante água, muita dor nas pernas aí eu resolvi ir ao médico, porque meu marido tinha um convênio lá no sindicato. **(MASB, US1, CAR)**

7.2.1.3 Apoio diagnóstico

Foi observada semelhança entre as redes, no que se refere a atuação da rede de apoio ao diagnóstico. Inicialmente todas as usuárias procuraram realizar seus exames para o apoio ao diagnóstico na rede pública. No entanto, apenas uma usuária, em cada município, realizou seus exames gratuitamente na rede pública. Foram apontados motivos distintos para a realização dos exames de diagnóstico em laboratórios privados. Em Recife, as usuárias atribuíram como causa a demora na emissão de resultados, pois os exames são realizados rapidamente nas USF's, mas demoram até um mês para terem os resultados emitidos. Em Caruaru, as usuárias atribuíram à oferta insuficiente de exames na rede pública.

7.2.1.4 Consultas de seguimento

Todas as usuárias de Recife e de Caruaru realizaram suas consultas de seguimento nas USF's próximas às suas residências. Observou-se diferença entre as redes no que diz respeito ao agendamento das consultas subsequentes.

No caso das usuárias de Recife, destaca-se o fácil acesso geográfico às USF's ou US, bem como foi reconhecido que havia facilidade para o atendimento. Os agendamentos das consultas subsequentes na atenção básica ocorreram em prazo satisfatório, como pode ser visto nas seguintes citações:

Todo mês, ela (*a médica*) marca o mês, tem a agente de saúde para avisar, aí nós chega lá. Agora mesmo, sabe quando é que eu vou? Ou é amanhã ou é quarta porque está em conserto o posto. **(IMS, US2, REC)**

Eu vou ficar aqui (*na USF*) porque é mais perto de casa e qualquer coisa todo mundo me conhece. **(MFS, US3, REC)**

Por outro lado, houve ênfase no tempo prolongado de espera para o atendimento no dia da consulta. Para este fato, foi atribuído como causa as precárias condições de infraestrutura das USF's, associado à subdimensão das unidades para o atendimento da demanda diária da população do território.

Em Caruaru, também se considerou que o acesso geográfico a USF era fácil, pelas mesmas razões atribuídas em Recife. Mas ao contrário de Recife, as usuárias pernoitavam em frente às unidades de saúde para conseguirem as fichas de marcação, conforme relato a seguir. Tanto o tempo de espera para o agendamento

das consultas, como o tempo de espera para o atendimento no dia da consulta foram considerados prolongados.

Às vezes a gente vai e não tem vaga, é muito difícil a pessoa pegar uma ficha, tem que ir muito, muito cedo para conseguir uma ficha na USF. Eu fiquei assim com um problema que eu não podia me levantar muito cedo por conta da frieza, ficava passando mal aí eu tinha que botar minha filha para ficar lá para pegar uma ficha, depois quando pegava a fichinha que eu me alimentava, quando eu ia para lá eu tinha que ir sem me alimentar para fazer o teste do dedo para saber como estava, faz o teste, afere a pressão. Aí eu, mas tenho grande dificuldade chego lá “Preciso de uma ficha para me consultar” “É, mas não tem vaga, não tem vaga”; “A Doutora estabeleceu um negócio assim, toda quarta-feira era dia para os hipertensos na parte da manhã e na parte da tarde, sabe”. Aí vinha uma turma na parte da manhã outra na tarde, hipertenso e diabético. **(MASB, US1, CAR)**

7.2.1.5 Exames de seguimento

Existiram similaridades nas redes quanto ao acesso aos exames de seguimento. Em ambas as redes, não havia necessidade de deslocamento das usuárias para realização de provas. Os exames eram coletados e entregues nas USF's gratuitamente.

Segundo as usuárias, a emissão dos resultados dos exames ocorriam em menos de um mês coletados nas USF's do Recife. Este tempo foi considerado prolongado, e uma das usuárias preferiu realizar seus exames de seguimento em outra unidade pública no centro do Recife, conhecida por emitir os resultados rapidamente. Esses casos são exemplificados nas falas a seguir:

Eu só faço os exames fora. Eu fiz exame aqui no posto uma vez de sangue, até hoje esse exame não chegou. De lá para cá, eu sempre faço lá no HAM ela traz para mim aqui. Sempre quando eu vou para fora assim, eu faço. Quando eu vou no hospital, trago a receita e ela vê. **(MJSS, US1, REC)**

Tem não (*difficuldade para fazer exame*), porque é aqui mesmo no posto, só faz levar, agora passa uns meses sabe, pra poder chegar, aí eu não vou dizer que ela (a médica) é culpada não é, não... Tem vez que passa dois meses, dentro de três estou recebendo o exame pronto. **(IMS, US2, REC)**

Em Caruaru, a emissão dos resultados dos exames ocorria em duas semanas, como apresentado no relato abaixo.

Assim, demora um pouquinho. Quando eu faço o exame de sangue quando chega com quinze dias, na hora que chega o exame eu: “Doutora pode olhar” ela olha logo, fica doidinha.”; “Os exames são

feitos no laboratório daqui da Secretaria de Saúde. O exame é colhido aqui (USF) aí eles levam o exame lá para o laboratório. **(MSMS, US2, CAR)**

Porém, segundo os médicos da família de Caruaru, as usuárias apresentavam mais dificuldades na manutenção dos níveis glicêmicos dentro da normalidade e com frequência descompensavam. Nestas condições, as usuárias relataram que o tempo de emissão de duas semanas foi considerado longo pelos médicos da família, uma vez que para avaliar uma crise os resultados estariam desatualizados. Assim, quando o médico de família identificava a necessidade de avaliação imediata da usuária, os exames eram realizados em clínicas privadas para acelerar a emissão dos resultados e a consulta. As usuárias opinaram que esta atitude gerava gastos com exames que deveriam estar disponíveis na USF. A próxima citação ilustra este achado.

Olhe, eu ultimamente esses exames que eu fiz foram pagos porque a médica queria logo e eu fiz pago. Ah, saiu com dois dias porque no dia que eu fui não me lembrei de levar o sumário de urina. Aí no outro dia foi que eu mandei aí foi por isso que demorou, mas se eu tivesse levado tinha chegado todos os dois juntos. Foram muitos exames de sangue, custou R\$110 reais, aí eu fiz e levei. Mas é assim, tem gente que prefere fazer pago porque demora muito, demora muito mesmo. **(MASB, US1, CAR)**

7.2.1.6 Acesso à medicação

Existiram diferenças, entre redes, quanto à disponibilidade da medicação e insumos gratuita para o controle do diabetes nas farmácias das USF's. Em Recife, os relatos de falta de medicação foram menos frequentes que em Caruaru.

Em Recife, as farmácias da USF contam apenas com a medicação para controle das usuárias sem complicações e, em geral, foram fornecidos gratuitamente.

Tem faltado, quando está faltado, faltando aí a minha doutora, essa loura, que ela tem o cabelinho branco, não é, aí telefona para lá, quando pensa que não chega o carro com o remédio... É quando, não tem aquele dia que eu vá buscar, aí dizem que venha que tal dia que tem. **(IMS, US2, REC)**

As medicações prescritas pelos profissionais da rede especializada não foram disponibilizadas no segundo nível assistencial, o que resultou em gastos para as

usuárias. A fala a seguir, também de uma usuária de área da ESF, ilustra o que foi referido.

Não, eu compro (*colírio*)... Tem, ele está aqui olhe, cadê, numa coisa de tampa, tá aí, está logo aí, eu comprei hoje... É, foi passado pelo Doutor (*oftalmologista*), olhe aí comprei hoje. **(IMS, US2, REC)**

As usuárias relataram receber insumos, agulhas e seringas, além da insulina. Apenas uma usuária recebeu o glicômetro e as tiras reagentes.

A falta da medicação prescrita nos serviços especializados, e que deveriam ser dispensados neste nível de atenção, afetou a continuidade do tratamento prescrito pelos médicos especialistas. Verificou-se que o alto custo da medicação associado à baixa renda das usuárias motivaram a realização de tratamentos seletivos de acordo com a possibilidade de aquisição da medicação em farmácias privadas.

Outro elemento observado em Recife foi que a eventual falta de medicação nas USF's motivou as usuárias a armazenarem a medicação em suas casas. Nas poucas oportunidades em que não puderam armazená-los, compravam os medicamentos em farmácias privadas para não interromper o tratamento.

Eu pego os remédios no posto. Não sei se teria alguma coisa que precise melhorar. Pelo menos para mim, eu tenho data certa pra ir, tiro o meu medicamento, para mim isso é tudo e é aqui pertinho. Às vezes falta, mas ela diz: "Volte e fica anotado na receita que está faltando". Para não perder a receita. Se faltar lá e tiver com dificuldade porque tem, todo canto tem, eu vou na farmácia e compro. **(MFS, US3, REC)**

Para as usuárias de Caruaru a situação identificada é mais preocupante. Os relatos denotaram haver acesso parcial à medicação para o tratamento do diabetes. Ou seja, nem sempre toda a medicação prescrita, estabelecida no protocolo clínico, estava disponível nas farmácias dos serviços de ambos os níveis de atenção frequentados pelas usuárias. A intermitência da distribuição da medicação motivou a aquisição dos medicamentos em farmácias privadas para não haver interrupção do tratamento. Quanto aos insumos, as usuárias relataram receber agulhas e seringas, mas nenhuma recebeu glicômetro e tiras reagentes.

Eu recebo aqui a medicação todos os meses, só se não tiver de jeito nenhum só se tiver faltando, mas tem sempre medicação não tenho do que me queixar, quando não têm elas explicam: "Está faltando Dona Daniele venha tal dia" assim. **(MDA, US3, CAR)**

Eu vou ter que ir pegar comprimido de pressão porque o diabinese eu compro e o de labirintite, também, eu compro porque não dão não, aí eu compro... Aí eu tenho que comprar esses dois medicamentos, compro duas caixas, duas caixas de diabinese e aí é para comprar três porque era para tomar três comprimidos por dia, ela manda tomar antes do café da manhã, mas eu não tomo porque a gente já vai tomar comprimido e eu já estou vivendo com uma dor de estômago, eu vou tomar comprimido sem me alimentar um pouquinho? É no café da manhã, tinha que ser antes do almoço e antes da janta, aí eu só tomo, como só uma coisinha no café da manhã e na janta, no almoço eu não tomo porque tinha que ser três e eu não posso comprar três caixas de comprimido e tem outro que é uma caixa por mês, todo dia é um e quando, às vezes, me dá crise eu tenho que tomar dois. **(MASB, US1, CAR).**

Em ambos os municípios, as usuárias relataram insatisfação e ansiedade devido à incerteza do recebimento gratuito dos medicamentos para o tratamento.

7.2.1.7 Encaminhamentos aos especialistas

Nas duas redes, os encaminhamentos aos especialistas partiram da atenção básica. Nos dois municípios as usuárias relataram dificuldades para o agendamento de consultas de seguimento na atenção especializada. Esse problema também foi evidenciado nas falas dos profissionais.

Em Recife, uma das dificuldades apontadas foi a demora da atenção básica conseguir marcar a consulta.

A gente tem... ela dá um, como é que chama? Um papel e a menina marca. Marca aqui no posto e encaminha. A gente fica indo lá para perguntar se já marcou, pois demora para conseguir marcar. Eu estou com um oftalmologista faz tempo, viu. Está demorando desde Setembro (*quatro meses de espera*). **(MFS, US3, REC)**

Uma outra usuária apontou que as dificuldades de acesso à atenção especializada aumentaram após a implementação da *central de regulação* na referência da atenção especializada, devido ao fato da linha telefônica de marcação de consultas, em geral, encontrar-se ocupada, fazendo com que as usuárias aguardem na linha por muito tempo para serem atendidas, gerando desperdício de tempo para as usuárias e custos adicionais com ligações telefônicas. A extinção das marcações presenciais ocorreu sem uma substituição de estrutura adequada da central telefônica com capacidade para atender a demanda de consultas de seguimento com volta marcada. As citações a seguir, de uma usuária e de um profissional de saúde (P) caracterizam bem o exposto.

Quando chegava lá pra marcar direto era bom, tinha aquele dia só, quando chegava lá e marcava. Sempre marcando. Agora é uma dificuldade. Agora esse negócio por telefone... **(MJSS, US1, REC)**

Demorado (*acesso aos especialistas*), difícil de marcar, não é fácil marcar, é complicado. **(NMSM, P1, REC)**

Outra dificuldade também relatada foi a longa distância entre as unidades de segundo nível e as residências das usuárias.

As consultas de seguimento na atenção especializada são de extrema importância para dar continuidade ao tratamento de um paciente com diabetes. Todavia, em ambos os municípios, a oferta insuficiente de especialistas foi destacada como a principal causa da dificuldade na regulação das vagas, resultando demora nas avaliações com os especialistas, e sendo a razão atribuída para desmotivar a procura por atenção em alguns casos. A demora, na regulação das vagas das consultas subsequentes, ressaltaram as usuárias, resultam na perda de validade dos exames, e algumas vezes, no agravamento da doença.

7.2.1.8 Acesso à internação e acesso a emergências

Houve diferenças entre Recife e Caruaru quanto à frequência e ao acesso à internação e acesso a emergências. Em Recife, apenas uma das usuárias com complicações relatou internações e crises eventuais, enquanto todas as usuárias de Caruaru relataram crises e acessos à emergência.

A usuária de Recife passou por várias crises após a modificação na forma de marcação das consultas. A extinção do agendamento de consultas presenciais através dos cuidadores dificultou seu acesso ao serviço especializado. Para agendar a consulta, a usuária passou a ir presencialmente ao serviço ou realizar a marcação através da central telefônica, arcando com os custos da ligação.

Uma usuária com complicações de Caruaru relatou crises metabólicas, descompensações e acessos repetidos às emergências próximas a sua residência, e, em menor frequência, as usuárias sem complicações. As principais causas das descompensações, atribuídas pelas usuárias, foram a dificuldade de acessar o serviço especializado para consultas de seguimento e os conflitos familiares. Nos serviços de emergência utilizados, houve bom atendimento, com alta após a estabilização.

7.2.2 Flexibilidade da atenção

Quanto a flexibilidade da atenção, o presente estudo evidenciou que a mesma ocorreu de maneira similar em Recife e Caruaru. Em ambos os municípios, as usuárias relataram que em “situações de crises” devido à perda de eficácia do tratamento medicamentoso, suas medicações foram ajustadas ou modificadas no nível de atenção acessado (pelos médicos da família, ou especialistas, ou nas emergências).

Em Recife, a usuária com complicações recebeu adaptações parciais ao seu tratamento durante o agravamento de uma complicação proveniente do diabetes, porque teve acesso ao hospital, aos procedimentos curativos e aos especialistas para recuperação. Porém, após a crise, não conseguiu realizar as consultas de seguimento no mesmo serviço. Após várias tentativas, desistiu de procurar atendimento.

7.2.3 Coerência do cuidado

Apenas uma das usuárias entrevistadas da área coberta pela ESF no Recife relatou que a médica da USF, em eventual ocasião, discordou da conduta adotada pelo profissional da atenção especializada no que diz respeito à modificação da medicação ou de sua dosagem. E que essa discordância teve como causa um “mal estar” provocado pela nova medicação. Segundo essa usuária, a médica recomendou o retorno à medicação anterior até nova avaliação da especialista que modificou o tratamento.

No quadro 3 pode-se observar a comparação da continuidade da gestão clínica entre as duas redes assistenciais de diabetes *mellitus* estudadas.

Quadro 5 – Comparativo da Continuidade da Gestão Clínica entre redes assistenciais de diabetes *mellitus*. Recife e Caruaru, 2013.

Continuidade da gestão clínica – Dimensão: Acessibilidade		
Subdimensões	Recife	Caruaru
Assistência antes do diagnóstico	Apenas uma realizava consulta preventiva. Falta de estratégia de detecção precoce.	Nenhuma realizava consulta preventiva. Falta de estratégia de detecção precoce.
Início do diagnóstico	Apenas uma teve diagnóstico definido na USF. Falta de estratégia de detecção precoce.	Apenas uma teve diagnóstico definido na USF. Falta de estratégia de detecção precoce.
Apoio ao diagnóstico	Apenas uma realizou exames gratuitos. Indisponibilidade de rede de diagnóstico.	Eventualmente pagavam por exames. Indisponibilidade de rede de diagnóstico.

Consultas de seguimento	Todas realizaram consultas nas USF's, disponibilidade de UB'S.	Todas realizaram consultas nas USF's, disponibilidade de UB's.
Exames de seguimento	Todas realizavam exames gratuitos nas USF's. Existência de rede laboratorial.	Todas realizavam exames gratuitos nas USF's - Quando urgente em clínica privada. Fragilidade da rede de emergência.
Acesso à medicação	Todas recebiam a medicação gratuita nas USF's, com poucas faltas. Disponibilidade de medicações para o tratamento.	Todas recebiam a medicação gratuita nas USF's, com eventuais faltas. Na AE faltavam medicamentos. Indisponibilidade de medicações para o tratamento.
Encaminhamento a especialistas	Todas foram encaminhadas da AB à AE e encontraram dificuldades na obtenção da vaga. Vagas insuficientes no segundo nível assistencial.	Todas foram encaminhadas da AB à AE e encontraram dificuldades na obtenção da vaga. Vagas insuficientes no segundo nível assistencial.
Informação sobre intercorrência	Todas foram informadas sobre como proceder em caso de crises, existência de folhetos e campanhas de informação.	Todas foram informadas sobre como proceder em caso de crises, existência de folhetos e campanhas de informação.
Continuidade da gestão do cuidado		
Dimensões	Recife	Caruaru
Flexibilidade da atenção	Após complicações, uma usuária precisou de atendimento hospitalar. As demais tiveram medicações ajustadas.	Todas tiveram medicações ajustadas em crises ou em decorrência da perda do efeito.
Coerência do cuidado	Uma médica da AB eventualmente discordou da conduta da AE.	Não foi relatada discordância.

Fonte: A autora.

7.3 CONTINUIDADE DA INFORMAÇÃO

Neste item serão apresentados aspectos relevantes quanto à continuidade da informação, tanto no que implica a transferência ou não das informações sobre a condição das usuárias entre os profissionais que as assistem, quanto à importância da troca de informações sobre o tratamento entre profissionais e usuárias, além do conhecimento acumulado por parte dos profissionais quanto às características pessoais e históricos clínicos das pacientes.

7.3.1 Transferência de informações

Em ambos os municípios foi consensual a observação da ausência de transferência das informações entre os especialistas e os médicos da atenção primária, e vice-versa.

O encaminhamento foi num papel e eu não sei dos médicos terem entrado em contato não. E se aconteceu, não percebi. Nem mandar recado de consulta ou exame. Nunca soube que os médicos se

falaram ou mandaram bilhetes. (*eles se comunicarem*) Ajudava sim, porque um fica sabendo o que vem acontecendo anteriormente; O prontuário de lá do Ermírio ficou lá, e no posto de saúde abriu um novo, nem eu contei nada que passou lá, o que passou lá passou lá, ficou e acabou-se. **(MFS, US3, REC)**

Contudo, apenas os profissionais da atenção primária apontaram, conforme bem retratam as citações a seguir, o não compartilhamento de informações como problema.

Eu acho que complica um pouco... não vem nenhum laudo para mim do especialista me dizendo como é que ela (*a usuária*) está... para eu saber mais detalhadamente o que pedir de novo, não é? **(NMSM, P1, REC)**

Não tem contrarreferência. Eu mando tudinho no papel. Da mesma maneira que a gente faz o encaminhamento, a gente procura colocar o máximo de informações possível para auxiliar. É um horror a volta das informações. Para começo teria que existir a contrarreferência formal. **(RMC, P1, CAR)**

Para este fato, foram apontados motivos distintos. Em Recife, em nenhum dos casos os médicos especialistas preenchiem o campo de contrarreferência presente no encaminhamento. Em Caruaru, não existia esse tipo de instrumento, não havendo da mesma maneira o estabelecimento de outra forma de contrarreferência (utilização de outros mecanismos de comunicação como telefone, formulários, fichas de encaminhamento etc.).

Como os especialistas não relataram formalmente a conduta adotada para os médicos da atenção básica, as usuárias e cuidadores de Recife e Caruaru tornaram-se os responsáveis pela transferência dessas informações.

As usuárias sem complicações relataram que achavam importante o compartilhamento das informações por escrito entre os níveis assistenciais, para apoiar os profissionais da atenção básica na tomada de decisões. As usuárias com complicações acreditaram que o compartilhamento das informações não faria diferença, pois os médicos da família, mesmo com as informações, não estariam aptos para tratá-las.

7.3.1.1 Acesso a informações sobre o tratamento

No que se refere à troca de informações entre profissionais e pacientes sobre o DM2 e seu tratamento, houve similaridade nas opiniões das usuárias. Em ambos os municípios, foram propiciadas informações às usuárias sobre sua doença, seus

principais sintomas, as formas de controlar sua condição através da mudança de fatores relacionados aos hábitos cotidianos, como dieta alimentar e atividades físicas, e sobre a medicação e formas de avaliação do tratamento, além dos exames de laboratório.

As usuárias relataram que o conjunto de informações ao qual tiveram acesso foi transmitido durante as consultas na unidade de saúde, nas visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e em reuniões promovidas na unidade de saúde. Todas as usuárias tiveram acesso a instruções sobre como proceder em casos de emergências e sabiam quais eram as unidades especializadas que deveriam acessar em situações de “crise”. Para elas, conforme pode ser observado nas citações a seguir, o acesso a informações repercutiu no esclarecimento sobre a enfermidade e sua correlação com os hábitos cotidianos, além de como evitar o agravamento do diabetes.

Ela me ensinou que eu não comesse doce, não comesse nada doce, porque a taxa do meu açúcar estava alta, e a diabete é no sangue, e disse também que a pressão partiu do sal, eu comia coisa salgada, ouviu? Ela mandou eu suspender, “não como coisa salgada não, coma insossa”. **(IMS, US2, REC)**

Tenho orientação, tenho por escrito aqui na minha dieta alimentar. Quando altera qualquer coisa, mudou a alimentação, se mudou diz se não mudou porque às vezes o organismo mesmo rejeita tudo não é?!... Aprendi. A gente não pode comer quem é diabético até as frutas é limitado que ninguém pode comer fruta doce, fico doidinha quando vejo manga e outras frutas doces, não é? Fico doidinha, mas não posso porque se eu comer a única prejudicada vai ser eu. **(MFS, US3, REC)**

7.3.2 Conhecimento acumulado

Em ambos os municípios, quanto à percepção de que os profissionais possuíam conhecimento acumulado sobre as pacientes, as usuárias que relataram ser acompanhadas com o mesmo profissional perceberam que seus médicos (as) conheciam seus históricos clínicos e características pessoais, pois não havia a necessidade de consultar os prontuários.

Nos casos em que houve alternância de profissionais, sobretudo na atenção especializada, as usuárias relataram que os profissionais as desconheciam e era necessária a repetição da história clínica a cada nova consulta. A fala a seguir, da usuária residente em Recife, em área sem a ESF, denota o exposto. E chama atenção reconhecer esse fato como natural.

Quando troquei de médico contei minha história de novo. É normal ter de contar minha história. Como é que ele vai descobrir numa pessoa se não conversa com ele. Não sabe de nada, não vai adivinhar, eu acho normal. (MFS, US3, REC)

Em ambos os municípios, observou-se que a repetição da trajetória assistencial foi causada, não apenas pela rotação dos profissionais, mas também pela pobreza de preenchimento das informações nos prontuários. Havia a necessidade da indagação das usuárias sobre suas trajetórias e condutas anteriores, tendo em vista que os prontuários não representavam fontes de informações densas o suficiente para os médicos conhecerem as usuárias e seu contexto social e de saúde. Observou-se que as usuárias assumiam com naturalidade a necessidade de contar sua trajetória aos novos profissionais, principalmente na atenção especializada, pois, desde quando começaram o tratamento, esta era a prática.

Durante a coleta de dados em Caruaru, notou-se a existência de duplicidade de prontuários. Havia fichas de usuários controladas pelo médico de família e arquivadas no consultório, separado dos prontuários da USF. Ressalta-se que as anotações eram diferentes das que constavam no prontuário da unidade. Esta prática tinha como objetivo evitar que as informações das usuárias fossem perdidas junto com os prontuários da unidade.

O quadro 4 apresenta uma comparação da continuidade da informação entre as redes assistenciais de diabetes *mellitus* em Recife e Caruaru.

Quadro 6 – Comparativo da Continuidade da Informação entre redes assistenciais de diabetes *mellitus*. Recife e Caruaru, 2013.

Continuidade da Informação		
Dimensões	Recife	Caruaru
Transferência de informações	A AE não enviou informações formais para a AB. As usuárias que informaram a conduta da AE a AB. Inexistência de meios formais de transferência de informação entre os níveis assistenciais.	A AE não enviou informações formais para a AB. As usuárias que informaram a conduta da AE a AB. Inexistência de meios formais de transferência de informação entre os níveis assistenciais.
Acesso à informações sobre o tratamento	Receberam informações sobre o diabetes na AB. Existência de programas e políticas focadas para diabéticos	Receberam informações sobre o diabetes na AB. Existência de programas e políticas focadas para diabéticos
Conhecimento acumulado	Ocorreu entre aquelas usuárias sem alternância do médico da AB.	Ocorreu entre aquelas usuárias sem alternância do médico da AB.

Fonte: A autora.

7.4 CONTINUIDADE DA RELAÇÃO

Neste tópico serão expostos aspectos quanto à continuidade da relação no que tange a importância da consistência da equipe no acompanhamento do tratamento das usuárias com diabetes *mellitus*, e consequentes benefícios da consolidação do vínculo com estes profissionais assistentes.

7.4.1 Consistência da equipe

Houve semelhança nos relatos sobre a consistência da equipe e seus efeitos em ambos os municípios. A alternância dos profissionais foi mais evidente nas falas das usuárias de Caruaru. Na atenção básica, foi observado um caso de alternância do médico da família por município. Na opinião, principalmente dos profissionais, a alternância ocorreu pela dificuldade da atenção básica em fixar profissionais, com maior evidência em Caruaru.

Foi a Doutora Sandra saiu aí entrou o médico, mas esse médico eu nem fui quando ele estava, ele passou poucos dias. Depois entrou mais uns dois ou foi três, mas eu nem me lembro do nome deles porque eles ficaram pouco tempo. Aí depois o posto veio para aqui aí foi com Doutora Roseane". **(MASB, US1, CAR)**

A manutenção do mesmo profissional responsável pelo atendimento foi bem avaliada por favorecer a construção do vínculo entre os profissionais e as usuárias. Na atenção básica, as usuárias que permaneceram com os mesmos médicos de família experienciaram o aprofundamento do conhecimento dos profissionais sobre suas enfermidades, além de boa relação e confiança em seus médicos. Na atenção especializada, foi observado que todas as usuárias de Recife e Caruaru sofreram com a alternância dos profissionais que as atenderam. As consultas eram agendadas para os especialistas com disponibilidade no momento da marcação das consultas.

É sempre a mesma médica que me atende no posto. *(Na atenção especializada)* tem um médico da catarata, tem um médico da glaucoma. O da cirurgia é a mesma coisa. Primeiro foi a doutora, me recebeu muito bem, não senti nada na cirurgia, chorei muito porque eu disse assim, não me deixe não, volte para fazer a cirurgia no outro olho, eu gostei tanto da senhora, aí não senti nadinha da sua mão, aí quando foi para fazer o outro foi um doutor, já não foi ela. Mas quem mudou foi eles mesmos, não foi eu não. **(IMS, US2, REC)**

7.4.2 Consolidação do vínculo com os profissionais assistentes

Em ambos os municípios, houve similaridades quanto à consolidação dos vínculos entre médicos e as usuárias que permaneceram com os mesmos profissionais ao longo de sua trajetória assistencial. Não foi observado o aprofundamento da relação com os profissionais da atenção especializada.

As usuárias de Recife e Caruaru que foram atendidas pelos mesmos profissionais na atenção básica demonstraram boa relação e confiança em seus médicos. Em cada rede, as informações de duas usuárias evidenciaram que a consolidação do vínculo e da confiança com os profissionais da atenção básica não resultava apenas do longo tempo de consultas com o mesmo profissional, mas, sobretudo, pelo interesse e atenção demonstrada pelo médico pela usuária e pela segurança e confiança no tratamento que prescrevia. A citação a seguir ilustra o exposto.

(Gosto) Demais dela (médica), ela se interessa pelo paciente. Se interessa muito mesmo... É bom, ela atende bem o paciente e ela se preocupa com o paciente. (MFS, US3, REC)

Apenas uma das usuárias considerou que a mudança de médico foi benéfica na medida em que passou a ser atendida por uma profissional com quem mantém boa relação e comunicação, diferentemente do médico anterior.

Observou-se que alternância do especialista que gerava a falta de consolidação do vínculo, decorria da alta demanda e da baixa oferta de profissionais especializados, motivando a dificuldade de agendamento com o mesmo profissional. Como consequência, as consultas eram pontuais e as pacientes transitórias.

O quadro 5 demonstra um comparativo entre as redes assistenciais de diabetes *mellitus* estudadas no que se refere à continuidade da relação.

Quadro 7 – Comparativo da Continuidade da Relação entre redes assistenciais de diabetes *mellitus*. Recife e Caruaru, 2013.

Dimensões	Continuidade da Relação	
	Recife	Caruaru
Consistência da equipe	Apenas uma sofreu alteração na equipe que a atendia	Nenhuma usuária coberta sofreu alteração recente
Consolidação do vínculo	Todas relataram vínculo na AB, e nenhuma na AE. Insuficiência especialista na rede.	Todas relataram vínculo na AB, e nenhuma na AE. Insuficiência especialista na rede.

Fonte: A autora.

8 DISCUSSÃO

8.1 CONTINUIDADE DA GESTÃO

A respeito da continuidade da gestão, foram analisadas as dimensões acessibilidade, coerência e flexibilidade da atenção. Quanto à primeira, foi observado acesso fácil a visitas à USF na atenção primária, comparado com a atenção especializada, onde o acesso se mostrou com mais barreiras.

Percebe-se no estudo que a atenção primária é a referência para as usuárias na atenção ao paciente diabético. Neste sentido, estes serviços precisam ser resolutivos e desenvolver suas atividades mais eficazmente, pois sendo resolutivo, a maioria das necessidades de saúde da população são atendidas já neste nível de atenção.

Estudos apontam que o serviço de atenção primária à saúde é a principal porta de entrada no sistema (LAVRAS, 2011; TURRINI *et. al.*, 2008) e que seria o mais adequado para coordenar a trajetória clínica do usuário na maioria dos eventos de adoecimento (ALMEIDA *et. al.*, 2010). Além disso, quando o serviço é resolutivo, o número de encaminhamentos para especialistas ou outros serviços é considerado pequeno, assim como encaminhados para internação após a consulta (TURRINI *et. al.*, 2008).

Todavia, apesar dessa assertiva se aplicar ao DM2, a assistência antes do diagnóstico de DM2 nem sempre é realizado eficazmente pela atenção primária.

Realizar diagnóstico precoce de patologias crônicas significa, em um primeiro momento, reduzir danos ao paciente. No diabetes isto é ainda mais significativo, pois evita desfechos desfavoráveis de doenças que podem e devem ser prevenidas e tratadas no início do diagnóstico. O nível de atenção primária é a instância responsável pelo diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, referenciando-os periodicamente aos especialistas conforme preconizado no protocolo estabelecido, ou quando as condições clínicas da(o) usuária(o) exigir (BRASIL, 2006).

Neste sentido, os serviços desse nível de atenção precisam ser resolutivos, ou seja, serem capazes de realizar diagnóstico precoce e atender a maioria das necessidades de saúde dessa população, diminuindo o número de encaminhamentos e desafogando assim os serviços de média e alta complexidade em relação a esses usuários, e reduzindo além dos custos pessoais acima

mencionados, os custos financeiros para os pacientes, seus familiares e para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Manter e melhorar a CA e, em particular, a CA dos cuidados primários de saúde, tornou-se um importante objetivo da política de saúde em muitos países, e motivou uma série de estudos sobre a associação entre a CA e os resultados em saúde relatados (HONG *et. al.*, 2010).

Estudos empíricos em Taiwan sobre a CA de pacientes diabéticos indicaram que a melhor continuidade de cuidados pode conduzir a um diagnóstico precoce, maior satisfação do paciente e qualidade de vida, menor probabilidade de internação hospitalar ou utilização de serviços de emergência e menor despesa com saúde (CHEN, CHENG, 2011; CHEN *et. al.*, 2013).

No que se refere à realização de exames de seguimento nos serviços de saúde, a demora na entrega dos resultados atrapalha o acompanhamento médico e compromete o tratamento das pacientes. Ademais, os recursos utilizados para esse fim também são comprometidos, tendo em vista que há solicitação de novos exames, duplicando-se os gastos, tanto para o SUS quanto para as usuárias. A demora nos resultados de exames nas USF's também foram achados da pesquisa de Souza *et. al.* (2008), realizada no Rio Grande do Norte.

O fornecimento das medicações gratuitas para os pacientes diabéticos nos serviços de saúde fazem a diferença para a realização do tratamento adequado por parte dos pacientes. Este acesso às medicações, como visto nos resultados da pesquisa, geralmente acontece na atenção primária à saúde. Já as medicações prescritas pela atenção especializada não são fornecidas gratuitamente aos pacientes em ambas as redes, tendo as pacientes que arcar com os custos das medicações, o que dificulta, muitas vezes, a continuação do tratamento.

Os resultados encontrados neste estudo se coadunam com os de Paiva *et. al.* (2006), em estudo realizado em São Paulo com pacientes diabéticos e hipertensos, o qual evidenciou que 57,8% dos entrevistados relataram não receber todos os medicamentos prescritos no serviço de saúde, e que destes, 83,8% afirmaram comprar seu medicamento quando necessário.

Autores defendem que uma melhor continuidade do cuidado com pacientes portadores de diabetes está relacionada diretamente com menores despesas farmacêuticas relacionadas à doença (CHEN, CHENG, 2011), além de estar associada com uma maior adesão ao uso de medicação (CHEN *et. al.*, 2013).

Após o diagnóstico do DM2, as consultas de seguimento, para todas as usuárias do estudo, foram realizadas nas USF's ou US mais próximas às suas residências. Segundo Onwudiwe *et. al.* (2011), em estudo realizado com afroamericanos nos Estados Unidos, o DM2 está entre os motivos de saúde que mais fazem os doentes visitarem o médico de cuidados primários. No Brasil, este tipo de atendimento ainda é ainda mais estimulado na atenção primária devido a estes pacientes serem acompanhados e monitorados pelo sistema HIPERDIA. Este sistema garante que sejam dispensados medicamentos para os pacientes portadores desta patologia.

Onwudiwe *et. al.* (2011) ainda afirmam que um dos fatores decisivos mais comuns, que fizeram os pacientes visitarem o seu médico para os cuidados de acompanhamento, foi o compromisso de agendamento de consultas pelo médico da atenção primária.

As consultas de seguimento na atenção especializada são de extrema importância para dar continuidade ao tratamento de um paciente com diabetes. Todavia, em ambos os municípios, a oferta insuficiente de especialistas foi destacada como a principal causa da dificuldade na regulação das vagas, resultando demora nas avaliações com os especialistas, e sendo a razão atribuída para desmotivar a procura por atenção em alguns casos. Este problema se torna ainda mais complicado a partir do momento em que não é a usuária quem faz a marcação. A atenção básica é responsável por este processo, e as consultas são marcadas para o profissional que disponibiliza vaga. Portanto, na maioria das vezes, a paciente não volta a ser consultada pelo mesmo profissional.

Lavras (2011) afirma que o SUS é um sistema fragmentado e que além de apresentar fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema, também são desarticulados os serviços de saúde e as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos.

Já no estudo de Cecílio *et. al.* (2012), apesar dos autores afirmarem que a atenção básica tem o papel de coordenadora dos fluxos assistenciais entre os vários serviços de saúde pelo qual os usuários percorrem, o resultado do trabalho apontou que a atenção básica é percebido como impotente, pois não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) para exercer papel de coordenadora das redes de saúde.

Um outro serviço que é afetado diretamente com a falta de acesso a especialistas são as emergências. Um quantitativo importante dos pacientes sofrem com a descontinuidade do tratamento, não conseguindo se consultar, e, desta forma procuram as emergências clínicas para resolver seu problema. Muitas vezes, no caso de pacientes portadoras de diabetes *mellitus*, já chegam nos serviços de emergência apresentando descompensações metabólicas.

Estudo realizado por Hong *et. al.* (2010), que buscou avaliar a CA de pacientes coreanos idosos, portadores de DM2, hipertensão, asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica, observou que a partir do momento que houve aumento da continuidade do tratamento das quatro doenças citadas, os riscos de hospitalização e entrada em emergências diminuíram, assim como os custos dos cuidados em saúde.

Outros estudos também evidenciaram que uma melhor CA de pacientes diabéticos está associada a uma menor probabilidade de internações e atendimentos em emergências relacionados à doença, resultando em melhores resultados de saúde (CHEN, CHENG, 2011; LIN *et. al.*, 2010).

No que tange à coerência do cuidado, percebeu-se, nos relatos das usuárias, que houve coerência entre os objetivos dos tratamentos propostos, mesmo não havendo relação entre os profissionais da atenção primária e os da atenção especializada, estando possivelmente, a explicação para esse achado, no fato de existir no Brasil protocolo para atenção das pessoas com essa patologia. Ainda que se possa discutir o fato de tratar-se de um dispositivo de coordenação centralizado e alheio aos processos de articulação entre níveis de atenção e profissionais, desejável na constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O presente estudo evidenciou, ainda, que a proximidade entre os profissionais é comprometida, tanto pela falta de integração entre os serviços, como pela não vinculação dos especialistas, por muito tempo, nas unidades de saúde. Essas evidências possivelmente podem ter contribuído para as usuárias do presente estudo não terem percebido a utilização de planos ou protocolos relacionados à sua patologia por parte dos profissionais que faziam sua assistência.

Apesar das usuárias geralmente não fazerem nenhuma queixa neste sentido, seguir planos e protocolos é de extrema importância, pois são instrumentos orientadores que permitem que haja uma padronização e coerência na assistência prestada (WERNECK *et. al.*, 2009).

O estudo de Brito *et. al.* (2012) também identificou coerência entre os objetivos e o tratamento realizado pelos profissionais que atendiam adolescentes diabéticos no Recife. Todavia, diferentemente do que foi encontrado no atual estudo, foi identificada relação de colaboração entre distintos profissionais que faziam o acompanhamento dos adolescentes.

8.2 CONTINUIDADE DA INFORMAÇÃO

O presente estudo evidenciou que não há uma práxis sistematizada na transferência das informações das pacientes entre os profissionais que as assistem. Percebeu-se que não houve transferência das informações de saúde das usuárias entre os profissionais da atenção primária e atenção especializada e vice-versa, sendo o paciente a fonte de informação na comunicação entre os níveis de atenção.

Segundo Allen *et. al.* (2012), a comunicação formal por escrito é uma característica fundamental para a continuidade da gestão. E, McDonald *et. al.* (2012) afirmam que cuidados continuados para doenças crônicas, como diabetes, são melhores fornecidos por uma gama de profissionais de saúde que trabalham em conjunto. Estes autores colaboram, ainda, dizendo que são aspectos importantes da continuidade: comunicação oportuna e troca de informações consistentes que facilitam cuidados complementares ao longo do tempo. Este estudo, realizado na Austrália, ratifica os achados nas redes de Recife e Caruaru, pois também coube ao paciente informar a seu principal fornecedor de saúde sobre outros cuidados que eles estavam recebendo.

Entender que a transferência de informações é essencial para a continuidade do cuidado de qualquer paciente é ainda um dos desafios para os profissionais da saúde, principalmente para os médicos. É necessária a compreensão de que, a partir do momento que informações não são repassadas, haverá perda de informações do paciente, perda de tempo do profissional que atendeu e do paciente que foi atendido, solicitação de novos exames sem que se saiba se foram solicitados anteriormente, e ainda será um fator para o não funcionamento da referência e da contrarreferência.

Agora, levando-se em consideração a transferência de informação entre médico e paciente, necessária para reduzir a assimetria de informação entre eles, o que inclui informações do paciente oferecidas ao médico, e informações de tratamento e educação em saúde providas ao paciente (WEI *et. al.*, 2008a), em

ambos os municípios, as usuárias relataram que receberam informações sobre a patologia nas consultas na unidade de saúde, visitas de ACS e em reuniões promovidas nas unidades de saúde, além de terem recebido orientações de como proceder em casos de emergências.

Gusmão *et. al.* (2008) afirmam que receber informação clara e precisa é ponto importante na relação profissional-paciente para garantir a continuidade assistencial.

A rotatividade de profissionais foi um dos problemas detectados no que se refere ao conhecimento acumulado, principalmente dos profissionais da atenção especializada. Conhecer valores e preferências das pacientes, além de conhecer seu contexto social requer tempo, vínculo, relação de confiança entre profissional e usuária, e isso não aconteceu na atenção especializada. Na atenção primária, a não alternância de profissionais propiciou à maioria das usuárias do estudo a percepção de que os profissionais conheciam o seu histórico clínico e características pessoais, o que contribuiu para a continuidade do tratamento.

É importante que os objetivos entre o profissional médico e o paciente sejam alinhados, de forma que as informações coletadas durante essa relação sejam utilizadas para benefício do paciente, levando em consideração os esforços do médico para suprir as necessidades e preferências do paciente (WEI *et. al.*, 2008a). Os pacientes, conseqüentemente, preferem os serviços onde seus estilos de vida e opiniões são consideradas pelos profissionais de saúde, dentro de uma abordagem de parceria (STENNER *et. al.*, 2011).

Atrelado à rotatividade dos profissionais e conseqüente não conhecimento dos valores e preferências das pacientes, um outro problema percebido pelas usuárias foi o mau preenchimento dos prontuários pelos profissionais. Por não ter as informações completas nestes documentos, as pacientes afirmam a necessidade de repetir suas trajetórias clínicas e condutas seguidas anteriormente, quando recordadas. Desta forma, muitas informações importantes são perdidas, o que faria diferença na continuação do cuidado e tratamento do paciente.

Sampaio e Silva (2010) afirmam que um prontuário preenchido com dados insuficientes ou ilegíveis pode representar uma inadequada relação médico-paciente, que realizada de forma apressada e/ou superficial omite informações, desrespeita o direito dos usuários, nega sua liberdade de ter sua história clínica preservada e documentada.

8.3 CONTINUIDADE DA RELAÇÃO

O vínculo e a confiança aparecem como elementos primordiais na relação entre paciente e profissional, sendo ponto sempre destacado nas falas das pacientes do estudo. Fica claro que a afinidade entre paciente e profissional gera uma boa relação com consequente estabelecimento de confiança entre ambos.

Corroborando com os achados, um estudo realizado na Inglaterra, com o objetivo de explorar os pontos de vista de pacientes com diabetes sobre suas consultas com enfermeiros, destacou a importância da continuidade relacional, pois segundo os seus resultados, essa CA permitiu o desenvolvimento de uma relação mais pessoal, reduzindo a repetição de informações, o maior entendimento mútuo, e ajudou os pacientes a se sentirem à vontade, aumentando sua confiança no profissional de saúde (STENNER *et. al.*, 2011).

O acompanhamento pelo mesmo profissional durante a trajetória assistencial é assunto chave quando se pensa em melhores resultados de saúde para pacientes crônicos (LIN *et. al.*, 2010). A relação interpessoal de longa duração entre paciente e profissional é associada a uma maior satisfação por parte dos pacientes e sensação de confiança no profissional, podendo relatar informações relevantes e seguir melhor as recomendações dadas pelos profissionais (GUSMÃO *et. al.*, 2008; STENNER *et. al.*, 2011).

Achados na literatura corroboram com este resultado, como o estudo realizado por Brito *et. al.* (2012) com adolescentes diabéticos em Recife, e o estudo realizado por Gusmão *et. al.* (2008) com pacientes portadores da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) na Catalunha. Chen e Cheng (2011) relatam que relações de longo prazo entre médicos e pacientes são um importante determinante da confiança mútua e de uma melhor comunicação entre profissionais e pacientes, e que os pacientes com maior continuidade de cuidados são mais propensos a ter melhores resultados de saúde.

Alguns autores citam, ainda, que a construção de relacionamentos interpessoais em serviços de saúde resulta em evidências de benefícios como: melhor relação entre usuários e provedores de serviços; melhor reconhecimento das dificuldades das pessoas; diagnósticos mais precisos e tratamento melhor elaborado; menos prescrição de medicamentos; adoção de condutas preventivas pelos usuários; menor uso de serviços de emergência; menos internamentos (GUSMÃO *et. al.*, 2008; HONG *et. al.*, 2010). E, provável redução dos custos do

cuidado, por prevenir a duplicação dos serviços e tratamentos desnecessários; e ainda um melhor acesso ao sistema de saúde, sendo a CA da relação considerada um indicador da qualidade da atenção (BARATIERI *et. al.* 2012; CUNHA, GIOVANELLA, 2011; ROSA FILHO *et. al.*, 2008).

Destarte, as três dimensões da continuidade analisadas representam aspectos fundamentais da coordenação do cuidado. Nesse sentido, a construção da proposta das RAS, segundo o proposto pelo Ministério da Saúde, atribui à atenção básica, o papel de coordenadora.

Observa-se, de acordo com os achados do trabalho, que esse papel ainda é exercido de forma insuficiente. O trabalho de Cecílio *et. al.* (2012) evidencia essa fragilidade e corrobora com alguns dos pontos aqui tratados.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, a partir dos resultados deste estudo, a existência de diversas barreiras à CA, mais notadamente na rede de Caruaru. Dentre as barreiras identificadas para a CA da gestão tem-se: a baixa resolutividade do trabalho das equipes de saúde da família; a demora na entrega de resultados de exames diagnósticos e exames de seguimento nas USF's e US's; a não garantia de gratuidade de todas as medicações para o tratamento do diabetes na rede pública; e insuficiente oferta de serviços que produz espera prolongada para obtenção de consultas com especialistas.

Este estudo identificou, dentre as dificuldades para estabelecer a CA de informação, o baixo entendimento de que a transferência de informações é essencial para a continuidade do cuidado de qualquer paciente, se constituindo esse fato um dos desafios a ser enfrentado junto aos profissionais da saúde. Conclui-se, também, que a partir do momento que as informações não são repassadas, torna-se fato: a perda de informações do paciente; a perda de tempo do profissional que atendeu e do paciente que foi atendido; a solicitação de novos exames sem que se saiba se foram solicitados anteriormente; e a constituição de um fator para o não funcionamento da referência e da contrarreferência.

No que se refere à CA de relação, o presente estudo percebeu que existe estabilidade das equipes de atenção básica, principalmente na rede de Recife, sendo esse fato favorável à consolidação do vínculo entre as usuárias e os médicos da ESF. Já na atenção especializada, o não atendimento pelo mesmo profissional e número reduzido dos profissionais especialistas impediram o estabelecimento de vínculos e, conseqüentemente, impediram o acúmulo de informações sobre as usuárias e seus contextos.

Assim, além dos problemas relativos às falhas estruturais da rede assistencial, aspectos relativos à percepção e cultura institucional dos profissionais e usuários contribuem fortemente para a atenção primária não realizar o seu papel de coordenadora do cuidado.

Outro aspecto que cumpre ressaltar e reiterar é que a abordagem qualitativa, a partir de uma condição traçadora neste trabalho, traz resultados extrapoláveis a outras situações, como visto na discussão e diálogo com a literatura.

Evidencia-se os problemas no funcionamento da RAS, os quais certamente se repetem em outros contextos, e se amplificam, tomando-se em conta o conjunto

das necessidades e demandas que se colocam no cotidiano dos serviços, cuja abordagem não está prevista nos protocolos e programas específicos.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, D. *et. al.* Continuity of care in the transition from child to adult diabetes services: a realistic evaluation study. **J. health serv. res. policy**, Londres, v. 17, n. 3, p. 140-148, July 2012.
- ALMEIDA, P.F. *et. al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 286-298, 2010.
- BARATIERI, T.; MANDU, E.N.T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 221 p.
- BENACHI SANDOVAL, N. *et. al.* Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 31, n. 1, p. 32-39, 2012.
- BIANQUIN, A.H. As políticas de saúde na América Latina a partir da década de 90: um comparativo entre os sistemas de saúde argentino e brasileiro. **Sociais e humanas**, Santa Maria, v. 21, n. 1, 2008. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/sociaisehumanas/article/view/772/531>. Acesso em: 30 jun. 2013.
- 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 30 jun. 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Ministério da Educação, 1988. 292 p.
- BRASIL. Portaria nº 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 nov. 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em: 30 jun. 2013.
- 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 30 jun. 2013.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006. 64 p. Cadernos de Atenção Básica, n.16.

BRITO, E.S.V.; OLIVEIRA, R.C.; SILVA, M.R.F. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v. 12, n. 4, p. 413-423, 2012.

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? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

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

CHEN, C.C.; CHENG, S.H. Better continuity of care reduces costs for diabetic patients. **Am. j. manag. care**, Old Bridge, v. 17, n. 6, p. 420-427, 2011.

CHEN, C.C.; TSENG, C.H.; CHENG, S.H. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a longitudinal analysis. **Med. care**, Filadélfia, v. 51, n. 3, p. 231-237, 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 03 set. 2013.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

FORTNEY, J. *et. al.* Measuring continuity of care for clients of public mental health systems. **Health serv. res.**, Chicago, v. 38, n. 4, p. 1157-1175, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360938/>. Acesso em: 16 jun. 2013.

FRÁGUAS, R.; SOARES, S.M.S.R.; BRONSTEIN, M.D. Depressão e *diabetes mellitus*. **Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)**, São Paulo, v. 36, supl. 3, p. 93-99, 2009.

FREEMAN, G.; HJORTDAHL, P. What future for continuity of care in general practice? **BMJ**, Londres, v. 314, n. 7098, p. 1870, 1997. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/314/7098/1870>. Acesso em: 17 jun. 2013.

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. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 21, n.1, p. 07-19, 2012.

GUSMÃO, R.C.; VÁZQUEZ, M.L.; MARTÍNEZ, D.M.H. **La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes com Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**. 2008. 99p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2008.

HAGGERTY, J. *et. al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **Br. med. j.**, Londres, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003.

HAM, C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. **Health econ. policy law**, Cambridge, v. 5, p. 71–90, 2010.

HONG, J.S.; KANG, H.C.; KIM, J. Continuity of Care for Elderly Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea. **J. Korean Med. Sci.**, Seul, v. 25, n. 9, p. 1259–1271, 2010.

Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923791/?tool=pubmed>. Acesso em: 17 jun. 2013.

IBGE. **Estimativas de população 2013**. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_tcu.shtm. Acesso em: 13 dez. 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LERÁRIO, A.C. *et. al.* Avaliação da prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 465-472, 2008.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIN, W. *et. al.* Continuity of diabetes care is associated with avoidable hospitalizations: evidence from Taiwan's National Health Insurance scheme. **Int. j. qual. health care**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 3-8, 2010.

LYRA, R. *et. al.* Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 239-249, 2006.

MACHADO, C.V. Proteção social e sistemas de saúde na América Latina: caminhos e obstáculos ao direito à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2686-2696, 2011.

MALTA, D.C. *et. al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 163-171, 2002.

McDONALD, J.; JAYASURIYA, R.; HARRIS, M.F. The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. **BMC health serv. res**, Londres, v. 12, p. 63, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, E.V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso em: 17 mar. 2013.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 80p.

MODENEZE, D.M. *et. al.* Nível de atividade física de portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em comunidade carente no Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 78-86, 2012.

OLIVEIRA, G.L.; CAIAFFA, W.T.; CHERCHIGLIA, M.L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 707-716, 2008.

ONWUDIWE, N.C. *et. al.* Barriers to self-management of diabetes: a qualitative study among low-income minority diabetics. **Ethn. dis.**, Atlanta, v. 21, p. 27–32, 2011.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PARKER, G.; CORDEN, A.; HEATON, J. **Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care**: report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. Southampton: National Institute for Health Research Evaluations, Trials and Studies Coordinating Centre, 2010.

PASTOR-SÁNCHEZ, R. *et. al.* Continuidad y longitudinalidad em medicina general en cuatro países Europeos. **Rev. esp. salud pública**, Madri, v. 71, p. 479-485, 1997. Disponível em: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/continuidad-y-longitudinalidad-en-medicina-general-en-4-paises-europeos.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização**: PDR SUS/PE. Recife, 2006. 71p. Disponível em: http://www.famegpe.com.br/App_Themes/fameg/arquivos/PDR-PLANO_DIRETOR_DE_REGIONALIZACAO.pdf. Acesso em: 8 nov. 2013.

PINHEIRO, R.S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Recife, 2010. 99 p. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2014.

REID, R.; HAGGERTY, J.; McKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

RODRIGUES, T.C.; LIMA, M.L.M.; NOZAWA, M.R. O controle do Diabetes *melittus* em usuários de Unidade Básica de Saúde, Campinas, SP. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 41-49, 2006.

ROSA FILHO, L.A.; FASSA, A.C.G.; PANIZ, V.M.V. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 915-925, 2008.

SAMPAIO, A.C.; SILVA, M.R.F. Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. **Rev. bioét. (Impr.)**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 451-68, 2010.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S29-S36, 2003.

SAULTZ, J.W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Ann. fam. med.**, Leawood, v. 1, n. 3, p. 134-143, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466595/>. Acesso em: 18 jul. 2013.

SHORTELL, S.M. *et. al.* The new world of managed care: creating organized delivery systems. **Health aff.**, Millwood VA, v. 13, n. 5, p. 46-64, 1994.

SILVA, D.M.G.V.; HEGADOREN, K.; LASIUK, G. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 469-477, 2012.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: Idisa: Conasems, 2008.

SOUZA, E.C.F. *et. al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S100-S110, 2008.

STENNER, K.L.; COURTENAY, M.; CAREY, N. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: a qualitative study of patient views. **Int. j. nurs. stud.**, Oxford, v. 48, p. 37-46, 2011.

TAVARES, M.F.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ROCHA, R.M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na

visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p. 1054-1062, 2009.

TERRAZA, R.; VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac. sanit.**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-95, 2006.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

TRAVASSOS, C. *et. al.* A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365-373, 2002.

TURRINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VÁZQUEZ, M.L. *et. al.* **Plan final de la investigación y marco analítico**: Project Impact on equity of access and efficiency of integrated health care networks (IHN) in Colombia e Brazil. Barcelona, 2009. Project acronym: Equity-LA. Project number: 223123. Seventh Framework Programme. Em execução. 2009.

VÁZQUEZ, M.L. *et. al.* Redes Integradas de Serviços de Saúde na América Latina: um quadro para análise. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 26, n. 4, p. 360-367, 2009.

WEI, X. *et. al.* Assessing continuity of care in a community diabetes program: initial questionnaire development and validation. **J. clin. epidemiol.**, Oxford, v. 61, n. 9, p. 925-931, 2008.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Planos de cuidado à saúde e organização do serviço**. CEABSF. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 84 p.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZANETTI, M.L.; MENDES, I.A.C. Caracterização de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 em seguimento terapêutico. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 21, p. 82-99, 2000.

Apêndice A - Roteiro de entrevista para analisar o acesso ao contínuo de serviços de saúde: usuárias

Nome:
 Idade: Sexo
 Data e lugar:
 Hora de início/ de finalização: Duração:
 Seguro privado:

1. RECONSTRUÇÃO DA TRAJETORIA ASSISTENCIAL

- a) Quanto tempo faz que está doente?
- b) Como soube que tinha esta doença? Quem lhe diagnosticou? O que fez quando soube? Por quê?
- c) Como foi sua experiência com os serviços de saúde que utilizou para esta doença?

(Aprofundar na experiência de transição entre níveis assistenciais:

- Encaminhamento ao especialista - consultas externas, atenção urgente – depois de ser consultado pelo médico da atenção básica;
- Solicitação de exames diagnósticos;
- Hospitalização;
- Trâmites para obter os serviços)

2. ACESSO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS

(Aprofundar nos seguintes aspectos à medida que o usuário vá narrando sua experiência com os serviços).

- a) O que lhe facilitou o uso dos serviços? Por quê? Que dificuldades você encontrou quando tentou utilizar os serviços de saúde? O que fez diante destas dificuldades?

(Aprofundar na opinião sobre localização dos serviços, tempo de espera, solicitação marcação de consultas, trâmites nos serviços, custos dos serviços)

- b) O que teria que melhorar para poder ter acesso e fazer uso dos serviços?
- c) Qual foi para você a porta de entrada aos serviços?

3. CONTINUIDADE DE RELAÇÃO, GESTÃO E INFORMAÇÃO

- a) Você sempre foi tratado pelos mesmos profissionais para esta doença ou houve trocas? Por quê? O que acha disto?
- b) Como é a relação com estes profissionais? (confiança, interesse) O que teria que melhorar? Foram feitas perguntas sobre sua situação socioeconômica, seu estado de ânimo? Você recebeu apoio psicológico?
- c) O que acha da informação que os profissionais lhe dão quando o atendem? (compreensão, quantidade) O que teria que melhorar?
- d) O médico lhe entende quando você fala sobre sua doença? Por quê?
- e) Você acha que o médico do PSF e os especialistas que lhe atenderam colaboram entre si? Por quê? O que teria que melhorar?

(Explorar contradições não tratamento, informação, exames diagnósticos)

f) O que acha da qualidade da atenção recebida? O que teria que melhorar?

g) O que você entende por coordenação /colaboração entre os médicos que atendem a um doente? Por que acredita que é importante? O que teria que melhorar?

Apêndice B - Roteiro de entrevista para analisar o acesso ao contínuo de serviços de saúde: profissionais

Nome: Idade: Sexo:
 Data: Hora de início: Hora de finalização:
 Titulação: Cargo:
 Instituição:
 Tempo trabalhando na instituição:
 Lugar de realização da entrevista:

1) RECONSTRUÇÃO DO CASO E ADEQUAÇÃO DA ATENÇÃO

a) Qual foi o profissional que fez o diagnóstico do (a) paciente? Quando? O que opina do diagnóstico que foi feito? Houve atraso não diagnóstico? Por que motivo?

b) Quais os serviços (exames diagnósticos, cirurgias/terapias, medicamentos, etc.) ofereceram os diferentes níveis assistenciais? O que acha dos serviços que foi oferecido? O que melhoraria? O paciente recebeu outros serviços (social, psicológico)?

(Aprofundar se houve algum serviço necessário que não foi proporcionado e/ou algum que foi proporcionado e que era desnecessário)

c) Acha que houve alguma duplicidade de exames diagnósticos?

d) Que função tem a atenção básica (médico do PSF) na atenção do (a) paciente? E a especializada? O que acha de como exercem esta função? O que melhoraria?

e) O que acha da qualidade da atenção que recebe o (a) paciente? O que teria que melhorar? Houve complicações evitáveis? Efeitos secundários de medicamentos?

2) ACESSO AO LONGO DO CONTINUO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

a) O que acha sobre o acesso da paciente aos serviços de saúde (exames, consultas do médico de família e do especialista, hospitalizações, etc.)?

b) Que fatores acha que facilitam este acesso? Que fatores o dificultam? Por quê?

(Se não mencionam dar exemplos: serviços disponíveis, acesso geográfico, horários de atendimento, tempo s de espera para obter um serviço e na sala de espera, e trâmites (agendamento médico, exames, cirurgia), custo dos serviços, prestações nos planos de saúde).

c) Que elementos relacionados com a população influenciam no acesso adequado a atenção? Como influenciam? Por quê?

(Se não os mencionam, dar exemplos: recursos e apoio comunitário, necessidades de saúde, conhecimento sobre os direitos e formas de ter acesso, etc.)

d) Que sugestões têm para melhora o acesso?

e) Acha que o (a) paciente procurou a consulta oportunamente para sua doença? Por quê?

3) COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

a) Que faz o seguimento deste (a) usuário (a)? Com que periodicidade? O que acha do seguimento que se faz ao usuário (a)?

b) O (a) usuário (a) foi sempre tratado pelos mesmos profissionais ou houve trocas? Por quê? O que acha?

c) O que acha da informação que os profissionais proporcionam aos pacientes? (compreensão, quantidade) O que teria que melhorar?

d) O que acha da coordenação entre os diferentes níveis assistenciais que atendem ao (a) paciente? E dentro do mesmo nível assistencial? O que melhoraria?

e) Que elementos facilitam a coordenação assistencial? Que elementos a dificultam? Por quê? Como influi na qualidade da assistência?

f) O que acha da comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais que atendem ao (o) paciente? E dentro do mesmo nível assistencial? O que melhoraria?

g) Que informação clínica do (a) paciente é compartilhada pelos diferentes níveis assistenciais que o (a) atende? O que acha desta informação? O que melhoraria?

h) Que mecanismos se utilizam para coordenar a prestação de serviços entre os diferentes níveis assistenciais que atendem o (a) paciente? O que acha? Como contribuem estes mecanismos a coordenação assistencial?

(Se não respondem, dar exemplos: circuitos de referência e contrarreferência, protocolos, planejamento da alta hospitalar, guia farmacológico compartilhado, grupos de trabalho inter níveis, postos de ligação entre níveis)

i) O que dificulta a utilização destes mecanismos? O que os facilita? Por quê? O que melhoraria?

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil

Instituições: Universidade de Pernambuco/UPE-FESNG/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira / IMIP.

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a igualdade no direito à assistência completa à saúde e sobre a qualidade dos serviços de saúde para conhecer melhor o Sistema Único de Saúde - SUS. Sabemos que há um esforço para melhorar cada vez mais a assistência à saúde da população, porém ainda desconhecemos muitos problemas que dificultam a entrada das pessoas nos serviços, bem como a continuidade da atenção prestada.

A assistência à saúde é um direito garantido por lei, e para assegurá-lo é necessário que o SUS esteja funcionando bem, desde unidades de saúde da família até os hospitais onde se pode ter uma assistência mais complexa. Portanto, é necessário que sempre haja pesquisas que procurem informações sobre o funcionamento da rede de serviços do SUS.

Os resultados de nossa pesquisa poderão ajudar as autoridades a melhorar o SUS. A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde, e/ou participar de uma reunião onde serão debatidos temas importantes sobre a assistência em saúde, além de responder a um questionário. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa bem como a reunião será filmada para posterior análise.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde no Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, _____, RG nº _____, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do Entrevistado:

Assinatura do Pesquisador:

Endereço e telefone para contatos futuros:

Maria Rejane Ferreira da Silva. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600; 21012613; Cel 81 94357517.

Idê Gomes Dantas Gurgel. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012616.

Giselle Campozana. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012616.

Itamar Lages. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600.

Fernando Antonio Gusmão. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Rua dos Coelho, Boa Vista. Recife/PE. Fone: 21224100.

Garibaldi Gurgel. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012500.

Assinatura do pesquisador:

Raphaela Delmondes. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600.

Ederline Vanini. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600.

Alexsandra Nascimento. Universidade de Pernambuco – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Rua Arnóbio Marques, 300, Santo Amaro, Recife/PE Fones: 81 31833600.

OBSERVAÇÕES:

-

Apêndice D – Resumos das trajetórias assistenciais das usuárias de Recife

Resumo da trajetória assistencial de MJSS (U1, RECIFE)

Mês/Ano	Ocorrências	Serviços de Saúde	Conduta	Desfecho	Evento relativo a acesso ou continuidade
1987	Início do diagnóstico	Clinica privada	Solicitação de exames, dieta alimentar e Diagnóstico Encaminhamento o HAM	Diagnóstico DM2 Controle da diabetes	A usuária teve dificuldade em ser diagnosticada
1987	Início do tratamento	HAM	Consultas de seguimento com especialistas	Controle da diabetes	Início do tratamento no hospital especializado
1987 – 1998	Falta de Informação em prontuário	HAM			Perda de 10 anos de história clínica no hospital HAM
2001	Problemas vasculares – HAS	HAM	Encaminhamento à especialista	Prescrita medicação para hipertensão arterial sistêmica	Encaminhamento a especialistas no mesmo serviço assistencial
2005	Consultas de seguimento	USF + HAM	Solicitação de exames e ajuste da medicação	Controle da diabetes	Acompanhamento na atenção básica e na atenção especializada
2006	Central de regulação	HAM	Acesso aos serviços através da USF	Recebe encaminhamento da USF, mas têm dificuldades em marcar as consultas	Início das dificuldades em seguir o protocolo de atendimento com especialistas
2006	Internação Pneumonia	HAM – IMIP	Internação HAM encaminhada ao IMIP	Recebeu alta	Acesso à emergência – internação – tratamento
2007	Internação Pneumonia	IMIP	Pneumonia – internação e tratamento no Hospital Oscar Coutinho – IMIP	Recebeu alta	Acesso à emergência – internação – tratamento
03/2008	Internação Pneumonia	IMIP	Pneumonia – internada – biopsia de pulmão		Acesso à emergência – internação – tratamento
05/2008	Internação infarto agudo do miocárdio	HAM	Infarto agudo do miocárdio (IAM) com indicação cirúrgica	Ficou internada por três meses, mas não teve condições físicas de ser submetida à cirurgia	Acesso à emergência – internação – tratamento
2009	Cardiopatia isquêmica – Tuberculose não tratada -	HAM – USF	Encaminhamento à especialistas – Tratamento de tuberculose	Recebeu medicação da USF – Cura da tuberculose	Acesso à medicação gratuita para o tratamento da tuberculose
2009	Não consegue marcar no CS Ermírio de Moraes	USF – CS EM	Encaminhamento do PSF à especialistas	Diminuição da proteção da usuária	Dificuldades de marcar consultas nas unidades especializadas e acessa os especialistas através da emergência
2010	Não conseguiu marcar a consulta com especialista	USF – HAM	Não consegue marcar endocrinologista nem cardiologista no HAM	Não conseguiu atendimento	
2011	Não conseguiu marcar a consulta com especialista	USF – HAM	Encaminhamento cardiologista	Não conseguiu atendimento	
USF – Unidade de saúde da família, Barros Lima 2 nível; CS EM – Centro de Saúde Ermírio de Moraes; HAM – Hospital 3 nível com Pneumologia; Oscar Coutinho – IMIP – Hospital 3 e 4 níveis.					

Resumo da trajetória assistencial de IMS (U2, RECIFE)

Mês/Ano	Ocorrências	Serviços de Saúde	Conduta	Desfecho	Eventos relativos a acesso ou continuidade
Indefinido	Diagnóstico	USF	Prescrição de medicação e dieta	Controle da diabetes	Acesso ao tratamento
2008 – 2011	Consultas de seguimento	USF	Consultas de acompanhamento, medicação e exames de acompanhamento	Controle da diabetes, ajuste da medicação e provimento de informações à usuária	Acesso ao tratamento e a informações e educação em saúde
2008 – 2011	Encaminhamento à especialistas	EM e FAV	Consultas preventivas	Diagnóstico de catarata e glaucoma	Acesso ao tratamento e cirurgia oftalmológica

2010	Cirurgia de catarata	FAV	Cirurgia de catarata	Recuperação parcial da acuidade visual, sessões de laser foram prescritas	Acesso ao tratamento na atenção especializada
2010	Início de tratamento glaucoma	FAV	Prescrição de colírios e consultas de seguimento	Não recebeu medicação para o glaucoma	Acesso ao diagnóstico e tratamento parcial na atenção especializada
2010	Internação crise hipertensiva	HAM	Internação hospitalar	Controle do pico glicêmico e alta	Acesso à atenção emergencial

USF – Unidade de saúde da família, 1 nível de atenção; EM – Ermírio de Moraes, 2 nível de atenção; FAV – Fundação Altino Ventura, 2 e 3 níveis de atenção; HAM – Hospital Agamenon Magalhães, 3 nível de atenção

Resumo da trajetória assistencial de MFS (U3, RECIFE)

Mês/Ano	Ocorrências	Serviços de Saúde	Conduta	Desfecho	Evento relativo a acesso ou continuidade
2007	Início do diagnóstico	Clinica privada	Solicitação de exames, dieta alimentar, prescrição de medicação e Diagnóstico Encaminhamento à policlínica Barros Lima	Diagnóstico DM Controle da diabetes	A usuária teve facilidade em ser diagnosticada e foi encaminhada ao centro de referência para diabéticos
2007	Crise hipertensiva	BL HBL HE	Internada para controle da crise hipertensiva	Controle da crise e encaminhada ao CS Ermírio de Moraes	Encaminhamento ao CS Ermírio de Moraes especializado em diabetes
2007	Início do tratamento	CS EM	Consultas de seguimento na endocrinologia, cardiologia e oftalmologia	Controle da diabetes	Início do tratamento e acompanhamento
2009 – 2012	Acesso ao hiperdia	USF	Solicitação de exames encaminhamento à endocrinologia	Medicação	Acesso à atenção básica, a farmácia do posto e encaminhamento à especialistas
2010	Cirurgia oftalmológica	CS EM	Catarata	Perda da visão	

USF – Unidade de saúde da família; BL – Barros Lima 2 nível; CS EM – Centro de Saúde Ermírio de Moraes; HAM – Hospital 3 nível; HE – Hospital Evangélico – Hospital 3

Apêndice E – Resumos das trajetórias assistenciais das usuárias de Caruaru

Resumo da trajetória assistencial de MASB (U1, CARUARU)

Mês/Ano	Ocorrências	Serviços de Saúde	Conduta	Desfecho	Evento relativo a acesso ou continuidade
06/1997	Mal-estar, tontura e náuseas	USF	Dieta e exames de rotina	Profissional da HD de diabetes insipidus	Paciente encaminhada para realizar novos exames
07/1997	Consulta de retorno	USF	Prescrição de medicação para DM e dieta; citologia oncológica; USG pélvica	Realização de exames preventivos; Continuação de acompanhamento	Paciente encaminhada para realizar novos exames
09/1997	Consulta de controle da HAS	USF	Glicemia em jejum	Continuação de acompanhamento	Paciente encaminhada para realizar novos exames
1998	Consultas de seguimento	USF	Avaliação do estado de saúde da usuária e solicitação de exames para acompanhamento de HAS e DM	Ajuste da medicação da usuária e seguimento na USF	Paciente encaminhada para realizar exames de seguimento
1999	Consultas de seguimento	USF	Avaliação do estado de saúde da usuária e solicitação de exames para acompanhamento de HAS e DM	Ajuste da medicação da usuária e seguimento na USF	Paciente encaminhada para realizar exames de seguimento
04/2000	Consultas de seguimento	?	Paciente encaminhada à médica	Paciente não estava fazendo uso de hipoglicemiante há +- 2 meses. G=332	Paciente não está fazendo uso de medicação por estar em falta no posto e não tem condições de comprar
05/2001	Paciente com queixa de lapsos de memória e cefaleia	?	Paciente medicada e mantida condutas anteriores	Paciente medicada	?
08/2001	Paciente com tosse produtiva, astenia, tonturas e inapetência	?	Paciente medicada	Paciente medicada	?
02/2002	Paciente refere mal-estar pós-alimentação, dormência em MMII e mãos, taquicardia e "fôlego curto"	?	Prescrição de medicação e orientações dietéticas	?	?
03/2002	Astenia, inapetência, cansaço fácil e desmaios	?	Prescrição de medicação; Encaminhamento ao especialista (neurologista)	?	?
10/2002	?	USF	Encaminhada ao cirurgião	?	?
2004	Consulta de seguimento	USF	Manutenção de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes; prescrição de medicação; orientações	?	Paciente apresentou resultado de exames
2005	Consulta de seguimento	USF	Prescrição de medicação	?	Paciente apresentou resultado de exames
2006	Dores pelo corpo, astenia, calafrios, otalgia, dores orbitárias, "amargor de boca", cefaleia, febre e náuseas	?	Prescrição de medicação; solicitação de exames	Paciente retornou para apresentar resultados de exames	?
2007	Consulta de seguimento	USF	Solicitação de exames de rotina; orientação dietética; readequação de medicação para HAS e DM	Retorno do paciente com apresentação de resultados	Paciente encaminhada para realizar exames de seguimento
08/2008	Paciente refere astenia acentuada e tremores pelo	?	? e manteve conduta	Retorno do paciente com apresentação de resultados de exames	Paciente apresentou resultado de ECG (normal)

	corpo				
10/2008	Mal-estar intenso, tonturas, sudorese fria	?	Prescrito insulina e alterações nas medicações	?	Paciente apresentou resultados de exames
2009	Consulta de seguimento	?	Prescrito insulina e alterações nas medicações; prescrição de medicação para colesterol	?	Paciente apresentou resultados de exames
2010	Mal-estar ao ingerir medicação oral, razão pela qual parou de tomar os mesmos	USF	Orientação dietética; prescrição de medicação para colesterol	Retorno do paciente com apresentação de resultados de exames	Paciente apresentou exames de seguimento
03/2011	Elevação acentuada de glicemia	USF	Prescrito insulina e alterações nas medicações; orientação dietética; solicitação de exames	Retorno do paciente com apresentação de resultados de exames	Paciente apresentou exames de seguimento
06/2011	HGT=349	USF	Encaminhada para emergência; solicitação de parecer clínico	?	?
10/2011	HGT=300	USF	Encaminhada para emergência; solicitação de parecer clínico	?	?
12/2011	HGT=480	USF	Encaminhada para emergência; solicitação de parecer clínico	Retornou à USF 10 dias depois sem queixas	?
01/2012	Consulta de seguimento	USF	Orientação dietética; manter conduta	Apresentou resultados de Rx de tórax	Apresentou resultados de exames
USF – Unidade de saúde da família; Clínica da Mulher 2 nível; São Francisco 1 2 nível; Policlínica do Vassoural 2 nível					

Resumo da trajetória assistencial de MSMS (U2, CARUARU)

Mês/Ano	Ocorrências	Serviços de Saúde	Conduta	Desfecho	Evento relativo a acesso ou continuidade
2009	Mal estar	USF	Realizou o teste da glicemia capilar	O teste apontou alta glicemia	A usuária procurou a médica da família e relatou o que sentiu e o resultado do teste
2009	Início do diagnóstico	USF	Solicitação de exames complementares, dieta alimentar e diagnóstico	Diagnóstico DM Controle da diabetes	A usuária teve facilidade em ser diagnosticada
2009	Início do tratamento	USF	Consultas de seguimento com médica da família	Controle da diabetes	Início do tratamento na USF
2009	Falta de Informação em prontuário	USF	A usuária não tem prontuário na USF	A médica da família mantém ficha de acompanhamento com os dados das consultas da usuária	Usuária de área descoberta acessa o serviço informalmente
2009 – 2012	Consultas de seguimento	USF + Clínica da Mulher	Solicitação de exames e ajuste da medicação	Controle da diabetes	Acompanhamento na atenção básica e na atenção especializada
	Central de regulação		Acesso aos serviços através da USF	Recebeu encaminhamentos da USF e não teve dificuldades em marcar as consultas	Facilidade em se consultar preventivamente com especialistas
USF – Unidade de saúde da família, Clínica da Mulher 2 nível; São Francisco 1 2 nível; Policlínica do Vassoural 2 nível					

Anexo A – Carta de anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco



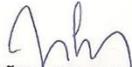
GABINETE DO SECRETÁRIO

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e autorizo o acesso aos dados necessários a realização da pesquisa **“Impacto na equidade de acesso e eficiência de Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e no Brasil”**, a ser realizado sob a coordenação da Dra. Ma. Rejane Ferreira da Silva, docente da Universidade de Pernambuco e pesquisadora colaboradora da FIOCRUZ/Recife. O referido projeto de pesquisa conta com o financiamento da Comissão Européia/SICA-FP7.

Recife, 30 de setembro de 2009.

Atenciosamente,



JOÃO LYRA NETO
Secretário Estadual de Saúde

mnn/09

PRAÇA OSWALDO CRUZ, S/N - BOA VISTA - RECIFE/PE - CEP: 50.050-210
TELEFONE: (81) 3181-6433 / FAX: (81) 3181-6602
e-mail: apoio.gab@saude.pe.gov.br

Anexo B – Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que estou ciente e autorizo o acesso necessário a realização da pesquisa **“Impacto na Equidade de Acesso e Eficiência de Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e no Brasil”**, a ser realizado sob a coordenação da Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva, docente da Universidade de Pernambuco e pesquisadora colaboradora da FIOCRUZ/Recife. O referido projeto de pesquisa conta com o financiamento da Comissão Européia/SICA-FP7.


TIAGO FEITOSA
Assessor Executivo

Recife, 30 de junho de 2009.

Anexo C – Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru



Caruaru, 01 de novembro de 2011

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e autorizo o acesso aos dados necessários à realização da pesquisa **“Impacto na equidade de acesso e eficiência de Redes Integradas de Serviços de Saúde na Colômbia e no Brasil”**, a ser realizado sob a coordenação da **Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva**, docente da Universidade de Pernambuco e pesquisadora colaboradora da FIOCRUZ/Recife, projeto de pesquisa que conta com o financiamento da Comissão Européia/SICA-FP7.



Maria Aparecida de Souza
Secretária de Saúde

Anexo D – Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

01 04 09 10:39

MS

33153701

P. 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 088/2009

Registro CONEP: 15207 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 3505.0.000.250-08

Processo nº 25000.222449/2008-13

Projeto de Pesquisa: "Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil."

Pesquisador Responsável: Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva

Instituição: Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – Universidade de Pernambuco (UPE)

CEP de origem: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM / UPE

Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira

Patrocinador: Programa FP-7 - Comunidade Européia

Sumário geral do protocolo

Essa pesquisa enfoca os diferentes tipos de Rede Integrada de Cuidados à Saúde (RICS), que emergiram como consequência de uma das reformas – seguro saúde ou provisão descentralizada. Esse tipo de organização é amplamente promovido pelo governo e organização internacional da América Latina como estratégia para melhorar o acesso, eficiência da assistência à saúde, apesar da carência de evidência disponível sobre seu impacto no sistema como um todo. Nesse contexto, a pesquisa vai abordar o impacto da RICS na equidade do acesso e eficiência e particularmente sua implicação para a assistência materno-infantil, analisando as experiências de dois países latino-americanos – Colômbia e Brasil – com sistemas de saúde que apresentam princípios similares, porém estrutura organizacional diferente.

O objetivo político da pesquisa é contribuir com os esforços institucionais para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) na saúde da mulher e da criança, reduzindo desigualdades no acesso ao cuidado de saúde, através da melhoria de organização do setor público de saúde. Foi aprovada dentro do marco do Seventh Framework Programme (FP7)/Specific International Cooperation Actions – (SICA/SAÚDE. 3.5.2), Programa Internacional de Fomento de Pesquisas da União Européia. Ela envolverá dois Países Parceiros de Cooperação Internacional (PPCI). Será conduzida por um consórcio composto por quatro entidades acadêmicas e de pesquisas de quatro diferentes países: dois Latino-Americanos (Brasil e Colômbia) e dois Europeus (Espanha e Bélgica).

Conforme consta no projeto, a pesquisa tem como objetivo analisar o impacto dos diferentes tipos de RICS quanto ao acesso aos serviços de saúde e a provisão eficiente do cuidado à saúde, com referência particular para a saúde da mulher e da criança em dois países latino-americanos: Colômbia e Brasil.

Para alcançar este objetivo, os procedimentos metodológicos constarão de dois eixos: um estudo de caso do país, baseado na associação de um estudo qualitativo e um estudo quantitativo de corte transversal e um estudo comparativo com múltiplas fontes de evidência.

Na fase 1, a equipe irá comparar a atual performance de RICS relacionada ao acesso aos serviços, continuidade do cuidado e eficiência, de acordo com o modelo de

Cont. Parecer CONEP 088/09

análise e do ponto de vista de usuários e potenciais usuários. Em particular, a equipe irá analisar os cuidados à saúde da mulher e da criança. Na fase 2, comparações entre os países serão conduzidas para determinar os fatores e os atores que afetam o desempenho das RICS em cada contexto particular. Serão utilizados métodos qualitativos como análise documental, entrevista individual em profundidade e grupo focal.

Como sujeitos de pesquisa, serão envolvidos os Gestores da RICS e suas unidades operacionais, Profissionais de saúde da atenção primária e secundária, Usuários e potenciais usuários do sistema de saúde, representantes das organizações da sociedade civil formuladores de política.

Gestores e o pessoal da saúde serão recrutados para os grupos focais a partir das RICS selecionadas como estudos de caso.

Os grupos de usuários e potenciais usuários serão formados de acordo com o seguinte critério: idade, sexo, e afiliação ao sistema (público/privado; subsidiado/contributivo).

Os participantes serão identificados através dos registros das RICS e provedores.

O convite para participação no grupo focal será feito por telefone e visita domiciliar. Todos os que concordarem em participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Local de realização

No Brasil, a pesquisa será realizada nos municípios de Moreno, Goiana, Belo Jardim e Salgueiro, que pertencem ao estado de Pernambuco. Os dois primeiros municípios localizam-se na macro-região Recife (I GERES), e os dois últimos pertencem as macro-regiões Caruaru (IV GERES) e Petrolina (IX GERES) respectivamente. Os critérios de escolha para selecioná-los foram: 1) todos provêm ou se responsabilizam pelo provimento de cuidados contínuos de serviços, incluindo pelo menos cuidados primários e secundários em saúde; 2) eles provêm serviços para uma população definida; e, 3) a cobertura das RICS inclui áreas urbanas e rurais.

Apresentação do Protocolo

O Projeto de pesquisa encontra-se muito bem estruturado. Possui relevância social ao se propor contribuir para reduzir iniquidades no acesso aos cuidados à saúde, melhorando as organizações de saúde orientadas para o público usuário neste setor. Além disso, a pesquisa desenvolverá e irá testar métodos apropriados para abordar os provedores de serviços de saúde.

A folha de rosto encontra-se preenchida e assinada. O cronograma prevê um período de quatro anos de duração, com início previsto para fevereiro de 2009.

O orçamento apresentado estima um investimento no valor de R\$ 4.225.638,40 (quatro milhões, duzentos e vinte e cinco mil, seiscentos e trinta e oito reais e quarenta centavos), a ser financiado pelo Programa FP7 da União Européia.

Como provável benefício para a população envolvida está prevista, além da produção de conhecimento, uma melhor percepção acerca das ações de saúde desenvolvidas no nível local e as conseqüências das políticas implementadas. Outras populações também serão beneficiadas a partir da divulgação de seus resultados.

Quanto aos riscos, particularmente qualquer tipo de constrangimento são admissíveis, mas serão minimizados pela adoção de medidas preventivas.

O modelo de TCLE apresentado está redigido em linguagem clara e objetiva e o conteúdo contempla as informações essenciais sobre a pesquisa, portanto atende os requisitos éticos previstos na Resolução CNS 196/1996.

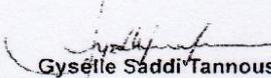
Acham-se anexados ao projeto os seguintes documentos: Parecer do CEP de aprovação do projeto de pesquisa; Termo de compromisso assinado pela pesquisadora responsável e os demais pesquisadores envolvidos; cópias das cartas de anuências

Cont. Parecer CONEP 088/09
assinadas pelos (as) dirigentes das Secretarias de Saúde dos Municípios participantes da
pesquisa.

**Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de
acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela
aprovação do projeto de pesquisa proposto.**

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 06 de março de 2009.


Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS