

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

MARÍLIA SANTANA DA SILVA

**TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE UM EVENTO SENTINELA: AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DIABÉTICO NO SUS A PARTIR DA
RETINOPATIA DIABÉTICA GRAVE**

RECIFE

2015

Marília Santana da Silva

**TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE UM EVENTO SENTINELA: AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DIABÉTICO NO SUS A PARTIR DA
RETINOPATIA DIABÉTICA GRAVE**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Coorientadora: Dr^a Keila Silene de Brito e Silva

Recife

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586t Silva, Marília Santana da.
Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no SUS a partir da Retinopatia Diabética Grave / Marília Santana da Silva. — Recife: [s.n.], 2015.

136 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse; coorientadora: Keila Silene de Brito e Silva.

1. Avaliação em Saúde. 2. Integralidade em Saúde. 3. Diabetes Mellitus. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Retinopatia Diabética. 6. Vigilância de Evento Sentinela. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Silva, Keila Silene de Brito e. II. Título.

CDU 614.2

MARÍLIA SANTANA DA SILVA

**TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE UM EVENTO SENTINELA: AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DIABÉTICO NO SUS A PARTIR DA
RETINOPATIA DIABÉTICA GRAVE**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 06/ 04/ 2015

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Alessandro dos Santos Machado

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**À Dona Culpa, Seu Esperteza, Dona
Resignação e Dona Perspicácia.**

Que falhas na atenção à saúde não mais permitam que as pessoas deixem de ver a luz do sol e a beleza do mundo.

AGRADECIMENTOS

À minha querida **Mãe**, a quem dedico todas as minhas vitórias como sendo vitórias dela;

Ao meu amado **Preto**, pelo suporte, pelo carinho, pelo incentivo e pela confiança;

À **minha família e amigos**, pelo apoio e pela presença em minha vida;

À minha orientadora, **Eduarda**, que me acolheu de braços abertos e topou traçar comigo essa trajetória;

À minha coorientadora, **Keila**, que com a sua leveza me ajudou a (re) construir esses caminhos e a contar essas histórias;

Aos meus **amigos de mestrado**, com os quais dividi angústias e alegrias, construindo laços que já extrapolaram as paredes do CPqAM;

Aos **colegas do Laboratório de Avaliação e Monitoramento (LAM)** do CPqAM, pela colaboração nessa dissertação;

À equipe do Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes, especialmente à **equipe do Projeto Bom Dia**, pela receptividade, acolhimento e apoio ao desenvolvimento dessa pesquisa;

À **Dona Culpa, Seu Esperteza, Dona Resignação e Dona Perspicácia**, por compartilharem suas experiências, possibilitando a realização dessa dissertação;

Aos **professores do CPqAM**, pelos conhecimentos compartilhados, que engradeceram essa minha trajetória de aprendizados;

Aos **profissionais do CPqAM**, especialmente Glauco e Mácia, sempre disponíveis a ajudar, que facilitaram a realizam desse curso;

Aos **membros da banca examinadora**, os professores Dr. José Luiz do Amaral, Dr. Alessandro dos Santos, Dr Eduardo Freese e Dr^a Giselle Campozana, cujas contribuições permitirão aperfeiçoar esse trabalho.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando **o sonho pelo qual se
pôs a caminhar**”

Paulo Freire

SILVA, M. S. **Trajetória Assistencial de um Evento Sentinela:** Avaliação da atenção integral ao usuário diabético no SUS a partir da Retinopatia Diabética Grave. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

A prevalência das condições crônicas cresce vertiginosamente na população. Dentre elas, destaca-se o diabetes, sendo o agravo responsável por incapacidades e mortes, com elevados custos financeiros e sociais. Os muitos casos de complicações do diabetes evidencia a existência de falhas na atenção à saúde dos usuários. Diante desse contexto, se faz necessário a mudança na organização da atenção à saúde, com vistas à atenção integral, intencionando transcender a racionalidade estritamente biomédica e oferecer respostas efetivas às suas necessidades de saúde. Esse estudo se propôs a avaliar a atenção integral ao usuário diabético no município de Recife, a partir das trajetórias assistenciais dos diabéticos complicados com retinopatia diabética grave, considerada como uma complicação evitável do diabetes e, portanto, um indicador de monitoramento de emergência ou evento sentinela. Foram identificados 4 usuários com retinopatia diabética no Centro Médico, serviço de referência para o portador de diabetes, que foram entrevistados através da técnica em profundidade. As trajetórias dos usuários foram reconstruídas, sendo que os mesmos foram renomeados com termos que melhor expressam o sentimento mais explícito em cada um dos caminhos. As entrevistas foram analisadas a partir da Técnica da História de Vida, com foco nas categorias pré-estabelecidas: acesso e utilização de serviços; atendimento humanizado: vínculo, responsabilização e acolhimento; e coordenação e ordenação do cuidado. Identificaram-se fragilidades na atenção dos usuários, destacando-se ainda a quase inexistente relação entre os entrevistados e a atenção básica, o que prejudica ainda mais a garantia da assistência integral. As evidências encontradas embasam a afirmativa de que os usuários diabéticos não são assistidos de forma integral, mantendo-se a assistência fragmentada e focada nas “agudizações” da doença. Uma atenção à saúde não adequada possibilita o surgimento de complicações evitáveis, como a retinopatia diabética e outras. Faz-se necessário uma mudança na organização da atenção à saúde do diabético, a fim de alcançar uma assistência integral e resolutiva para o mesmo, que se traduza em redução da prevalência das complicações do agravo e de seu impacto social.

Palavras chave: Avaliação em saúde; Integralidade em Saúde; Diabetes Mellitus.

SILVA, M. S. **Trajectory of a Sentinel Event Assistance:** evaluation of a full diabetic user attention in SUS from Severe Diabetic Retinopathy. Dissertation (Master in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

The prevalence of chronic conditions grows dramatically in the population. Among them, there is diabetes, which is responsible for disability and death and also for high financial and social costs. The many cases of diabetes complications shows the failures in the health care system. In this context, is necessary a big change in the health care organization, in order to integrality care, intending to transcend the strictly biomedical rationality and offer effective answers to their health needs. This study aimed to evaluate the integral care for diabetics user in the city of Recife, from the care trajectories of complicated diabetes with severe diabetic retinopathy, regarded as a preventable complication of diabetes and therefore an emergency monitoring indicator or sentinel event . Four users were identified with diabetic retinopathy at the Medical Center, referral service for patients with diabetes, who were interviewed by the depth technique. The trajectories of the users have been rebuilt, and they were renamed with terms that best express the most explicit sense in each of the paths. The interviews were analyzed from the Technical Life Story, focusing on pre-set categories: access and use of services; humanized care: link, accountability and host; and coordination and ordering of care. We identified weaknesses in users attention, highlighting the still almost non-existent relationship between respondents and primary care, which further undermines the guarantee of comprehensive care. The evidence underpin the assertion that diabetics users are not assisted fully, keeping the fragmented and focused assistance in "exacerbations" of the disease. An attention to inadequate health enables the emergence of preventable complications, such as diabetic retinopathy and other. A change in the diabetic health care organization is necessary in order to achieve a comprehensive assistance and problem-solving for the same, which would result in reducing the prevalence of complications of this disease and its social impact

Keywords: Health evaluation; Integrality in Health; Diabetes Mellitus.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Trajetória Assistencial de Seu Esperteza	64
Figura 2 - Legenda da Trajetória Assistencial de Seu Esperteza	64
Figura 3 - Trajetória Assistencial de Dona Resignação	76
Figura 4 - Legenda da Trajetória Assistencial de Dona Resignação	76
Figura 5 - Trajetória Assistencial de Dona Perspicácia	91
Figura 6 - Legenda da Trajetória Assistencial de Dona Perspicácia	91
Figura 7 - Trajetória Assistencial de Dona Culpa	104
Figura 8 - Legenda da Trajetória Assistencial de Dona Culpa	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
PBD	Projeto Bom Dia
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Retinopatia Diabética
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	15
2.1 Condições Crônicas e Doenças Crônicas	18
2.2 Diabetes Mellitus	22
2.2.1 Retinopatia Diabética	25
2.3 Atenção Integral ao Usuário Diabético: o cuidado na perspectiva de redes	28
2.4 Trajetórias Assistenciais: Experiências dos Usuários como Ferramenta Avaliativa	39
3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo Geral	43
3.2 Objetivos Específicos	43
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	44
4.1 Caracterização do Estudo	44
4.2 Local e Período do Estudo	45
4.3 Sujeitos do Estudo	46
4.4 Coleta de Dados	49
4.5 Análise de Dados	50
4.6 Aspectos Éticos	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1 Trajetórias Assistenciais: Histórias de Vida e de Adoecimento	53
5.1.1 Trajetória Assistencial do Seu Esperteza	54
5.1.2 Trajetória Assistencial da Dona Resignação	65
5.1.3 Trajetória Assistencial da Dona Perspicácia	77
5.1.4 Trajetória Assistencial da Dona Culpa	92
5.2 Os descaminhos da Atenção Integral nas Trajetórias Assistenciais	105
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110

REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	132
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	133
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE	135
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS	136

1 APRESENTAÇÃO

Trajетórias lembram caminhos, construções e histórias. Remetem às lembranças. Por vezes estão impregnadas de resiliência, superações e alcance dos objetivos. Tantas outras, apenas de resignações, sofrimento e frustrações.

Pensar em trajetórias na saúde é pensar nos percursos e nos percalços vivenciados em busca de atenção e de cuidado. É descobrir, (re)vivenciando junto com os usuários, quantos serviços foram acessados a fim de se obter um atendimento ou construir um vínculo ou apenas realizar um exame ou uma consulta.

(Re)construir trajetórias assistenciais permite, ao se analisar uma vida, ou parte dela, identificar debilidades ou sucessos nos processos de cuidado, fornecendo-se, assim, subsídios para modificar ou fortalecer o funcionamento dos sistemas de saúde.

Ao se desenvolver esse estudo, pensou-se na possibilidade de reconstrução de histórias e trajetórias. Ao se apontar possíveis falhas na atenção à saúde, pretende-se, a partir das mudanças necessárias, evitar as dificuldades nos caminhos que, nos casos dos entrevistados dessa pesquisa, tornaram-se literalmente escuros e sem brilho. Dessa forma, nosso desejo com esse estudo é a melhoria da atenção aos usuários diabéticos, com consequente melhoria em suas vidas.

Deseja-se, pois, que as trajetórias assistenciais sejam traçadas diferentemente a partir dessa mudança: que a *culpa* e a *resignação* se ressignifiquem nesse processo de eterno cuidado. Que, com a *esperteza* que nos é própria, consigamos fortalecer a *perspicácia* que existe dentro de cada um de nós.

Que entendamos que os cuidados vêm em redes: de atenção, de integralidade, de amores. Que a saúde seja construída como um tudo para um todo!

2 INTRODUÇÃO

A ascensão das condições crônicas e, especialmente o diabetes mellitus, resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas. Estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta dessa transição epidemiológica, que está em curso (SCHRAMM et al., 2004).

A organização da atenção e da gestão dos sistemas de saúde ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2012). O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há aumento da prevalência das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (BRASIL, 2010).

A fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Em contraposição a esse modelo, Mendes (2009) apresenta o conceito de redes de atenção à saúde, que são definidas como “organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma única missão, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população”. Malta e Merhy (2010) propõem que o cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral, transpondo o modelo de atenção às condições agudas. Através das redes de atenção à saúde, se torna possível a integração dos serviços de saúde com vistas à superação dos modelos de atenção fragmentados, pois nenhuma organização de saúde reúne todos os recursos necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população, o que remete a necessidade de organização em uma rede de serviços de saúde (CECÍLIO, 1997).

Dessa forma, a atenção integral seria fundamental para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, considerando que a integralidade na assistência possibilita transcender a racionalidade estritamente biomédica e caminhar na compreensão do processo de saúde-doença em sua multidimensionalidade, valorizando as singularidades de cada sujeito demandante de ações de saúde (OLIVEIRA, 2011).

A integralidade é um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). A Lei nº 8.080 de 1990, em seu artigo 7º, diz que “a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Na Constituição Cidadã, de 1988, tem-se a abordagem do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Ambas as legislações ressaltam a importância da integralidade como condutora do cuidado dos usuários.

Segundo Mattos (2001), a integralidade está relacionada à visão integral do usuário, atendendo a todas as suas necessidades de saúde, às práticas e processos de trabalho em saúde, que deveriam articular as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, assim como à integração entre os diferentes níveis de atenção e a estruturação de sistemas de referência e contrarreferência, objetivando o atendimento integral dos usuários.

Políticas e ações voltadas aos diabéticos vêm sendo reformuladas, incentivando a integralidade das ações em saúde e a integração dos serviços. A atenção à saúde dos diabéticos passou a reforçar a necessidade de ações integrais, que proporcionam o acesso e o cuidado integral a esses indivíduos, como maneira mais eficaz de controle do agravo e prevenção de suas complicações.

Nesse sentido, pode-se citar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001), a partir do qual se propôs a atualização dos profissionais da atenção básica, buscando a garantia do diagnóstico e da vinculação desses usuários com às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, com a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de (OLIVEIRA, 2011); a Portaria nº 371/2002, por meio da qual estabeleceu-se o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão Arterial (HAS) e o Diabetes Mellitus; e as diretrizes para a atenção às pessoas com doenças crônicas a

partir de linhas de cuidado prioritárias, que objetiva definir as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos sistemas de apoio, desenhando o itinerário terapêutico dos usuários na rede (BRASIL, 2013a).

Contudo, estudos mostram as dificuldades de atendimento integral, enfrentados pelos diabéticos que buscam atenção às suas necessidades de saúde, especialmente relativo ao acesso, ao vínculo, à responsabilização, à coordenação e ordenação do cuidado e ao atendimento humanizado nos serviços de saúde (CABRAL, 2013; FARIA, 2007; GONÇALVES et al., 2013; MALTA; MERHY, 2010; MONTENEGRO Jr. et al., 2004; THAINES et al., 2009).

Diante dessa situação, se faz necessário a realização de estudos que busquem avaliar a atenção à saúde dos diabéticos, considerando a ascensão dessa doença como um imperativo que exige mudanças profundas na organização dos Sistemas de Saúde. Dessa forma, esse estudo se propõe a avaliar, a partir da análise das trajetórias assistenciais, a atenção integral aos usuários diabéticos complicados com retinopatia diabética grave.

A retinopatia diabética grave foi utilizada como o evento sentinela, que orientou a busca por falhas assistenciais do sistema de saúde que proporcionaram o estabelecimento dessa complicação considerada como evitável, tendo em vista que o evento sentinela pode ser definido como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente.

O estudo foi conduzido a partir da investigação das trajetórias assistenciais percorridas pelos portadores de retinopatia diabética grave em busca de cuidado, sendo que a avaliação da trajetória foi realizada na perspectiva da atenção integral ao usuário diabético no SUS.

Acredita-se que, ao concluir o estudo, será identificado que a prevalência de retinopatia diabética na cidade do Recife é alta e que os diabéticos complicados com retinopatia diabética grave percorreram trajetórias diversas, muitas vezes diferenciadas dos percursos previstos nas linhas de cuidado. Ainda que as trajetórias assistenciais explicitam falhas no processo de coordenação do cuidado, de responsabilização dos usuários por parte das equipes de saúde e de referência e contra referência entre os serviços de saúde e que o acesso aos serviços de saúde não se dá de maneira facilitada, sendo que os usuários não enxergam a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde e buscam cuidado apenas nos momentos de agudização da doença. Por fim, pressupõe-se que a atenção à saúde

do diabético não é realizada com vistas à integralidade do cuidado, o que pode, de forma cíclica, resultar no agravamento do quadro de saúde desses usuários.

Diante do exposto, buscaram-se considerações teóricas que pudessem embasar e apoiar as discussões propostas nesse estudo, relacionadas à atenção integral aos diabéticos. Para tanto, realizou-se uma revisão das bases bibliográficas, que corroboram com a definição do diabetes mellitus como um sério problema de saúde pública, devido seu crescimento epidemiológico e seu impacto para o sistema de saúde e também que integralidade deve ser eixo primordial na atenção à saúde dos diabéticos.

2.1 Condições Crônicas e Doenças Crônicas

As doenças crônicas, geralmente estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, com prognóstico usualmente incerto, tendo longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013a).

Segundo Mendes (2012), as doenças crônicas se caracterizam por ter início e evolução lentas. Ainda de acordo com o autor:

usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos e normalmente faltam padrões regulares ou previsíveis para seu desenvolvimento. Ao contrário das condições agudas, nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica (MENDES, 2012, p.33).

O grupo das condições crônicas contempla as doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, entre outras), as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos), as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura), os distúrbios mentais de

longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.), as doenças metabólicas, as doenças bucais e as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (illnesses) em que há sofrimento, mas não se caracterizam como doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos (MENDES, 2012).

Previsões indicam o aumento e o agravamento dessas enfermidades nas próximas décadas, particularmente, nos países em desenvolvimento onde parcelas da população ainda vivem em estado de pobreza, persistindo grande desigualdade social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Estima-se que 80% das mortes por doenças crônicas ocorrerão nesses países motivadas pelas grandes mudanças no estilo de vida decorrentes dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico, crescente globalização e, ainda, alterações demográficas com conseqüente envelhecimento populacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Como a principal causa de morte no mundo, as doenças crônicas foram responsáveis por 38 milhões (68%) das 56 milhões de mortes em 2012, sendo que mais de 40% delas (16 milhões) foram consideradas como mortes prematuras por acontecer em idade inferior aos 70 anos. Aproximadamente três quartos de todas as mortes por doenças crônicas (28 milhões), e a maioria dos óbitos prematuros (82%), ocorreram em países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Em tendência semelhante à realidade mundial, as doenças crônicas se apresentam como a primeira causa de morbidade e mortalidade no Brasil. Em 2007, aproximadamente 72% das mortes ocorridas no país foram atribuídas a essas enfermidades (SCHMIDT et al, 2011).

A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). A predominância relativa das mortes por doenças crônicas manifesta-se em todas as regiões do País, representando: 65,3% no Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul (MALTA, 2011).

No que tange a carga de morbidade da população devido às doenças crônicas, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 identificou que 79,1% dos

brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de doenças crônicas. Ainda, que 31,3% da população geral, o que corresponde a 60 milhões de pessoas, têm doenças crônicas e 5,9% dessa população é portador de três ou mais doenças crônicas (IBGE, 2010), o que explicita o impacto delas para o Sistema Único de Saúde. Agrava esse quadro o processo de transição demográfica pelo qual a sociedade brasileira está submetida, com um expressivo aumento da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, a expansão do quantitativo de idosos. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2012).

Um importante estudo sobre a carga de doença no Brasil (OLIVEIRA et al., 2009) que utilizou estatísticas de saúde de 1998 e empregou *Disability Adjusted Life Years* (DALYs – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), mostrou que as doenças crônicas foram responsáveis por 66% de DALYs. Os DALYS, anos de vida perdidos ajustados por incapacidades, é uma metodologia utilizada para estimar o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde na qualidade de vida de uma população, tendo demonstrado, nesse caso, a grande carga de incapacidade gerada pelas doenças crônicas.

Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três doenças crônicas (diabetes, cardiopatias e acidente vascular cerebral) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. No que diz respeito à oferta e à produtividade do trabalho, não faltam evidências de impactos negativos dessas doenças e de seus fatores de risco no âmbito do mercado de trabalho, mostrando que as mesmas acarretam a redução da participação na força de trabalho, o quantitativo de horas trabalhadas, a maior rotatividade de empregos e as aposentadorias precoces, bem como o comprometimento dos salários, ganhos e posição alcançada (GOULART, 2011).

Considerando que as doenças crônicas se tornaram a maior prioridade em saúde do Brasil e do mundo, tendo em vista o impacto que representam para a sociedade e para o sistema de saúde, se fazem necessários esforços contínuos, sustentáveis e de longo prazo, a fim de tentar reduzir a prevalência e as complicações decorrentes dessas enfermidades (SCHMIDT et al., 2011).

Diante dessa realidade, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das doenças e seus fatores de risco (BRASIL, 2011a).

Em consonância com o proposto por alguns autores (MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2011), o Ministério da Saúde propôs a organização da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas a partir da construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e de Linhas de Cuidado Prioritárias, a fim de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Dessa forma, possibilita-se a oferta de uma atenção continuada e qualificada ao usuário com doenças crônicas, sendo que um dos eixos do programa é o cuidado integral (BRASIL, 2013a).

Segundo Malta e Merhy (2010), a atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns desses desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (MENDES, 2008).

Assim, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo dessa rede é promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014b).

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas objetiva fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas, garantir o seu cuidado integral, impactar positivamente nos indicadores

relacionados, contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento dessas doenças e suas complicações (BRASIL, 2014b).

2.2 Diabetes Mellitus

Entre as doenças crônicas, o Diabetes Mellitus (DM) se destaca pela sua morbimortalidade e como fator de risco para doenças do aparelho circulatório (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012). O DM vem aumentando sua importância para a saúde pública devido a sua crescente prevalência e está habitualmente associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013b).

O termo “diabetes mellitus” refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999). É uma doença metabólica relacionada com o acúmulo excessivo de glicose na corrente sanguínea devido a algum distúrbio na produção e/ou ação da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas (FARIA, 2007). Pode-se caracterizar também pelo aumento da resistência a ação do hormônio, o que pode ocasionar complicações a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

A insulina é um hormônio secretado no pâncreas, mais especificamente pelas ilhotas de Langherans, que tem como função promover a entrada de glicose nas células. De acordo com a sua etiologia, fisiopatologia, evolução clínica e tratamento, o diabetes mellitus é classificado em tipo I e tipo II, sendo que este último pode ser associado a outras condições e síndromes (FARIA, 2007).

A apresentação do diabetes tipo I é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo I é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O termo “tipo I” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de

insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (BRASIL, 2013b).

O DM tipo II costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo II. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. O termo “tipo II” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção (BRASIL, 2013b).

O diabetes está associado ao surgimento de complicações, que podem ser agudas ou crônicas, e ocorrer tanto no tipo I como no tipo II. As complicações agudas estão relacionadas à hipoglicemia e hiperglicemia e se associam ao desajuste no segmento terapêutico proposto (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012). As complicações crônicas podem ser a nefropatia, a retinopatia diabética, as doenças cardiovasculares, a neuropatia periférica, o pé diabético, as lesões com dificuldade de cicatrização, dentre outras, que podem ocorrer por conta da progressão do agravo, ou por falhas na terapia proposta (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012). O DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2009).

Segundo dados da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em 2003, cerca de 177 milhões de pessoas tinham diabetes no mundo, sendo que se estimou que a prevalência global fosse dobrar, entre 2000 e 2030, atingindo aproximadamente 366 milhões de pessoas no mundo (MATTOS et al., 2012).

De acordo com a sexta edição do Atlas da Federação Internacional de Diabetes (2013), cerca de 387 milhões de pessoas vivem com o diabetes no mundo, o que corresponde a 8,3% da população mundial. A prevalência atual já superou a estimativa do estudo referido anteriormente, que seria atingida apenas em 2030. Ainda segundo o Atlas, 77% dos diabéticos estão nos países em desenvolvimento e houveram 4,9 milhões de mortes no mundo decorrentes da doença em 2013 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul é de aproximadamente 8,1, o que corresponde a 26 milhões de pessoas. Segundo a Federação Internacional do

Diabetes (2013), os casos de diabetes estão em pleno crescimento. Contudo, estima-se que nos países europeus e Estados Unidos este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida, enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, com a prevalência triplicada no grupo de 45 a 64 anos e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos, o que tem impacto direto na produtividade da população.

Estudo da Organização Mundial de Saúde (2003) estimou que o Brasil passe da 8ª posição no ranking dos dez países com maior número de pessoas com diabetes mellitus, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (BRASIL, 2013b).

De acordo com os dados do Atlas da Federação Internacional do Diabetes (2013), no Brasil tem-se cerca de 12 milhões de diabéticos, o que representa uma prevalência de 8,7%, superior àquela identificada no Vigitel, como dito acima. O estudo estima, ainda, que aproximadamente 3 milhões de brasileiros vivem com diabetes, mas não possuem o diagnóstico da doença, o que dificulta uma atenção adequada às suas necessidades de saúde. No relativo à mortalidade devido ao DM, aproximadamente 116 mil pessoas morreram no país em 2013 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). O estudo de Klafke et al. (2014), ao analisar o Sistema de Informação de Mortalidade, verificou uma taxa de mortalidade de 2,45 óbitos por 100 mil habitantes, representando 6,8% do total dos óbitos.

No que se refere à distribuição geográfica do diabetes no Brasil, o Vigitel 2011 identificou que a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011a). Segundo dados oficiais, em Pernambuco, no ano de 2007, a prevalência de diabetes mellitus na população acima de 40 anos era de 11%, o que correspondia a cerca de 250 mil diabéticos tipo II (PONTES, 2011).

Em 1998, Harris já destacava o crescente número nas hospitalizações por diabetes no Brasil. O autor observou que as hospitalizações por diabetes se apresentavam em proporções superiores às por todas as causas, o que de certa forma, se justifica devido ao aumento na sua

prevalência. Corroborando com Harris, o estudo de Santos et al. (2014) analisou a tendência de hospitalizações por DM entre 2001 e 2012 e verificou o incremento no número de internações decorrentes de complicações do diabetes.

O impacto econômico do diabetes é expressivo e as hospitalizações consomem parcela importante dos recursos da Saúde Pública (SANTOS et al., 2014). Seus custos estão relacionados principalmente com uma alta frequência de complicações agudas e crônicas, que são causas de hospitalização, incapacitações, perda de produtividade de vida e morte prematura.

Junto com a hipertensão arterial, o diabetes é responsável por muitos casos de mortes e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise (BRASIL, 2006). Além de elevar os custos dos serviços de saúde, o diabetes mellitus pode levar a pessoa à perda parcial ou total de sua capacidade funcional, com sérias repercussões na sua vida, na família e nos gastos com a Seguridade Social, dentre outras (BARSAGLINI, 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Entretanto, as complicações da doença podem ter seu aparecimento retardado ou até mesmo prevenido caso os pacientes portadores de DM possuam um controle e um cuidado adequado no manejo da enfermidade, com melhoria substancial na qualidade de vida (GUIDONI, 2009).

2.2.1 Retinopatia Diabética

Dentre as complicações crônicas do diabetes mellitus, a retinopatia diabética (RD) se destaca por constituir a maior causa de cegueira não infecciosa no Brasil e no mundo (ESCARIÃO et al., 2008), caracterizando-se com um sério problema de saúde pública.

A retinopatia diabética se caracteriza por uma microangiopatia dos vasos da retina e determina algumas alterações típicas da RD (ESTEVES et al., 2008). Os vasos sanguíneos lesionados nutrem a retina e estas lesões podem causar hemorragia. Na retinopatia diabética também podem se desenvolver novos vasos sanguíneos na superfície da retina, que sangram facilmente, aumentando o risco de hemorragias (CORRÊA; EAGLE Jr, 2005). A hipóxia

tecidual, acompanhada pela perda de autorregulação dos vasos retinianos, é o fator desencadeante da RD (BOELTER et al., 2006).

De acordo com relato do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, o diabetes causa um depósito de material anormal nas paredes dos vasos sanguíneos da retina, na região conhecida como "fundo de olho", causando estreitamento e às vezes bloqueio do vaso sanguíneo. Proporciona também um enfraquecimento da sua parede, gerando deformidades conhecidas como microaneurismas. Frequentemente, estes microaneurismas rompem ou extravasam sangue, causando hemorragia e infiltração de gordura na retina. Têm-se duas formas de retinopatia diabética: exsudativa ou não proliferativa e retinopatia proliferativa (CONSELHO FEDERAL DE OFTALMOLOGIA, 2014). A não proliferativa pode ser graduada em leve, moderada ou grave (CIULLA; AMADOR; ZINMAN, 2003). Em ambos os casos, a complicação pode levar a perda parcial ou total da visão.

A retinopatia é assintomática nas suas fases iniciais, não sendo possível detectá-la sem a realização de fundoscopia (exame de fundo de olho). Após 20 anos do diagnóstico, estima-se que quase todos os indivíduos com DM tipo I e mais do que 60% daqueles com DM tipo II apresentam alguma forma de retinopatia (ESCARIÃO et al., 2008). Estudo de Silva et al. (2005) revela que a prevalência de RD após 15 anos de diabetes varia de 97% para diabéticos insulíndependentes e 80% nos diabéticos não insulíndependentes.

De forma geral, as complicações oftalmológicas são de alta frequência e severidade no paciente diabético, sendo a retinopatia a complicação crônica mais comum do diabetes e a primeira causa de cegueira adquirida após a puberdade (RAMOS, 1999).

Segundo o estudo *UK Prospective Diabetes Study* de 1998 (BRASIL, 2013b), 4% dos indivíduos com DM tipo II apresentam retinopatia no momento do diagnóstico, sendo que de 4% a 8% já apresentam perda de acuidade visual.

Embora a cegueira seja um evento raro (aproximadamente 20/100.000/ano) (GENZ et al., 2010), a perda de acuidade visual é comum após dez anos de diagnóstico do diabetes, acontecendo em 20% a 40% dos pacientes mais idosos (ESCARIÃO, 2008). Bittencourt et al. (2011) identificou em sua pesquisa que 33,3% das pessoas com cegueira adquirida, tinham a deficiência devido a retinopatia diabética. Um estudo que realizou uma revisão sistemática

nas bases de dados entre 1980-2008, identificou que a prevalência média da RD no mundo era de 34,6%, o que corresponderia a 93 milhões de pessoas (YAU et al., 2012).

No Brasil, estima-se que metade dos portadores de DM tenham retinopatia, tornando-a responsável por 7,5% das causas de incapacidade para o trabalho em adultos (ADLER et al., 2000) e por 4,5% das deficiências visuais (BOELTER, 2006).

Pesquisa realizada no estado de Pernambuco verificou uma prevalência de RD que variava entre 24,2% em usuários diabéticos residentes em Recife e sua região metropolitana e, 39,4% em usuários do interior do estado (ESCARIÃO et al., 2008). Os valores das prevalências corroboram os achados de estudos anteriores (ENGELGAU; NARAYAN; HERMAN, 2000; RAMOS et al., 1999).

A Associação Americana de Diabetes (2013) refere que a melhor maneira de evitar a retinopatia diabética é através da prevenção, a partir do controle glicêmico e pressórico adequados e do acompanhamento e rastreamento do diabético, com o objetivo de diagnosticar precocemente quaisquer perda de visão, evitando, assim, o estabelecimento da doença em sua forma grave e, em última instância, evitando a cegueira. O controle metabólico reduz a taxa de progressão subclínica da retinopatia leve em 54% e previne em 76% o surgimento de retinopatia em pacientes com DM tipo I (BRASIL, 2013b).

O diagnóstico precoce da RD, através de um exame de fundo de olho, pode evitar, com medidas terapêuticas sistêmicas e oculares, a progressão da referida doença para formas mais graves, prevenindo, desta forma, a redução da visão (SILVA et al., 2005). Apesar de ser improvável, como verificado nas estatísticas, o não desenvolvimento da complicação após algumas décadas do diagnóstico do diabetes, o agravamento da RD pode ser evitado, através de um acompanhamento sistemático do usuário. A detecção precoce é ainda importantíssima para a eficácia dos tratamentos, pois quanto maior sua gravidade pior é o resultado da terapia (BOSCO et al., 2005).

Em caso de progressão da complicação, dois estudos amplos e bem controlados, o “Diabetic Retinopathy Study” (D.R.S.) e o “Early Treatment Diabetic Retinopathy Study” (E.T.D.R.S.), demonstraram os benefícios da fotocoagulação a laser (laserterapia), que previne a perda visual progressiva, mas não é capaz de reverter a acuidade visual já comprometida (SILVA et al., 2005). O tratamento a laser é utilizado para desfazer os vasos

sanguíneos anormais e evitar novo crescimento. Em casos raros, pode proceder-se à cirurgia, se o sangramento for severo, o que pode acontecer se a retinopatia proliferativa for diagnosticada tardiamente (GUEDES, 2009).

A maioria dos casos de cegueira devido à retinopatia diabética poderia ser evitada com medidas adequadas para o diagnóstico precoce e tratamento adequado da glicemia. A RD é um grave problema de saúde pública e exige uma abordagem multidisciplinar para a prevenção de outras complicações e consequentes efeitos na qualidade de vida dos pacientes. A complexidade do diabetes e de suas complicações evidencia a necessidade do estabelecimento de cuidados integrais, a partir de uma rede de atenção à saúde, guiada por ações multidisciplinares e de prevenção e promoção da saúde.

2.3 Atenção Integral ao Usuário Diabético: o Cuidado na Perspectiva de Redes

A ascensão das condições crônicas resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas. Estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso (SCHRAMM et al., 2004).

A organização da atenção e da gestão dos sistemas de saúde ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2012). O modelo de atenção vigente não supre as necessidades de saúde que surgem com a mudança no perfil epidemiológico da população. Esse se mostra insuficiente para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2011), os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar essa tendência de mudança do quadro epidemiológico. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. O paradigma do tratamento agudo, entretanto, é dominante e, no momento, ainda prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com ascensão das condições crônicas é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo.

A crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Essa desorganização dos sistemas de saúde identifica-os como sistemas fragmentados. O Sistema Único de Saúde, apesar de esforços na tentativa de reorganização, ainda se apresenta de forma fragmentada (MENDES, 2012).

A fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Essa fragmentação se fortaleceu como consequência do estabelecimento de um serviço de saúde regionalizado e hierarquizado, característica do modelo piramidal, com os níveis de atenção primária na base, configurando-se como porta de entrada do sistema; a assistência ambulatorial, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e os serviços de urgência e emergência, como nível intermediário; e no topo da pirâmide os serviços hospitalares de alta complexidade (CECÍLIO, 1997).

Para Cecílio (1997), esse modelo não tem funcionado no SUS, o que é evidenciado pelos seguintes fatos: a rede básica não tem se configurado como “porta de entrada do sistema”, tendo a população recorrido a outros níveis como primeiro contato para a solução de seus problemas de saúde; as urgências e emergências continuam sendo buscadas para equacionamento de problemas de saúde considerados de fácil resolução na atenção primária; o difícil acesso aos serviços especializados, pois apesar das medidas rigorosas de exigência de referência pela atenção primária esses serviços mantêm uma clientela cativa que poderiam estar sendo acompanhada pela atenção primária e, ainda, o difícil acesso aos serviços que demandam procedimentos tecnológicos mais sofisticados.

O modelo não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada tem a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Em contraposição a esse modelo, Mendes (2012, p. 47) apresenta o conceito de redes de atenção à saúde, que são definidas como:

organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma única missão, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Corroborando com Mendes, Malta e Merhy (2010) propõem que o cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral, transpondo o modelo de atenção às condições agudas. Através das redes de atenção à saúde, se torna possível a integração dos serviços de saúde com vistas à superação dos modelos de atenção fragmentados, pois nenhuma organização de saúde reúne todos os recursos necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população, o que remete a necessidade de organização em uma rede de serviços de saúde (CECÍLIO, 1997).

Para Malta e Merhy (2010), a partir da organização do cuidado em rede, se faz possível o alcance da atenção integral, sendo cada serviço repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

A atenção integral seria, portanto, fundamental para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, considerando que a integralidade na assistência possibilita transcender a racionalidade estritamente biomédica e caminhar na compreensão do processo de saúde-doença em sua multidimensionalidade, valorizando as singularidades de cada sujeito demandante de ações de saúde (OLIVEIRA, 2011). Segundo Cecílio (2001), a integralidade só será alcançada a partir da apropriação e reconceitualização das necessidades de saúde da população pelos profissionais de saúde e pelos gestores, sendo imprescindível o atendimento das mesmas para que a integralidade se realize na prática.

Dessa forma, entendendo a integralidade como princípio norteador de uma adequada atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, nesse caso, especialmente dos diabéticos, se faz imprescindível abordar nesse estudo o seu conceito e seus desdobramentos para a saúde.

O conceito de integralidade é polissêmico e amplo, existindo diversas reflexões que o abordam (CECÍLIO, 2001; GIOVANELLA et al., 2002; MATTOS, 2001;). A partir de uma consulta a um dicionário (FERREIRA, 2010) tem-se que a integralidade é uma derivação do verbo *integrar* e refere-se a aquilo que é total, inteiro, global.

Diante da complexidade semântica do termo integralidade, fez-se necessário determinar o conceito abordado nesse estudo, a fim de evitar possíveis equívocos na compreensão. Dessa forma, optou-se por utilizar o conceito de Mattos (2001), que diz que a integralidade poderia ser definida em três conjuntos de sentidos. O primeiro estaria relacionado à visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário do serviço. O segundo seria referente às formas de organizar as práticas e processos de trabalho em saúde, que deveriam articular as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. O terceiro estaria relacionado às políticas especiais de saúde, com o estabelecimento de integração entre os diferentes níveis de atenção e a estruturação de sistemas de referência e contrarreferência, objetivando o atendimento integral dos usuários.

A visão integral do usuário pelos profissionais de saúde se baseia na abordagem integral do indivíduo, na qual o usuário é visto a partir de todos os seus sistemas fisiológicos, bem como a partir de seus aspectos psicológicos, e do contexto familiar e social no qual está inserido (BRASIL, 2014a). Esse primeiro conjunto da integralidade refere-se ao momento entre profissional e usuário e está relacionado à capacidade do profissional em desenvolver uma abordagem integral e biopsicossocial do usuário, para além do que está manifesto ou explícito, de modo a apreender as necessidades que se revelam parcialmente (OLIVEIRA, 2011). A integralidade deve ser um valor a ser defendido nas práticas dos profissionais de saúde e deve ser expresso na forma como respondem aos pacientes que os procuram (MATTOS, 2001).

Tradicionalmente, os trabalhadores e os serviços de saúde estão estruturados para atender as pessoas em um momento ou instante de sofrimento, quando este ocorre de forma aguda, demandando respostas imediatas ou com grande chance de solução rápida. No entanto,

quando se abordam as doenças crônicas, trata-se de quadros de sofrimento que se prolongam por muito tempo, que alteram a vida cotidiana do sujeito e suas relações e requerem medicamentos de uso continuado e mudanças nas formas de viver (BRASIL, 2008).

No que tange a organização do processo e das práticas de trabalho em saúde, Mattos (2001) afirma que os serviços devem estar organizados não só para atender a doença, mas para apreenderem ampliadamente as necessidades de saúde dos usuários. Deve-se pensar nas ações integrais, que são aquelas nas quais são compreendidas práticas de promoção de saúde, de prevenção de agravos e de tratamento de doenças e recuperação da saúde.

A terceira dimensão da integralidade remete a ideia de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a resolução dos problemas de saúde de uma população por diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Complementando a ideia de Mattos, tem-se a abordagem de Cecílio (2001) sobre a integralidade enquanto resultado de uma ação integrada em um espaço micro de cada serviço (integralidade focalizada) e quanto à integração desses serviços em uma lógica de redes, em uma perspectiva macro (integralidade ampliada).

Retoma-se, dessa forma, a proposta das redes, entendendo-se que a integralidade só é possível a partir de um sistema integrado de serviços, o qual oportunize a atenção integral dos seus usuários. Assim, torna-se importante abordar o conceito de Hartz e Contandriopoulos (2004) de sistema integrado, aquele que tem como imagem ideal um “sistema sem muros”, no qual se elimine as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado. Nele, os serviços são ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais, com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados.

A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a

assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Assim, a partir de um sistema integrado, possibilita-se a criação de redes de cuidado na perspectiva da integralidade, caracterizadas por malhas de cuidados ininterruptos e progressivos, que englobam a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos indivíduos na busca dos recursos para solução dos seus problemas nos diversos níveis de atenção (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Práticas como referência e contrarreferência baseadas apenas em aspectos normativos, transferindo aos usuários a responsabilidade pela busca dos recursos, são duramente criticados nessa perspectiva (SILVA; ALVES; ALVES, 2005).

Entendendo a necessidade de modificar o cuidado em saúde e reorganizar a saúde dos usuários com doenças crônicas, através de práticas que incentivem a integralidade da atenção e a integração dos serviços, o Ministério da Saúde lançou algumas iniciativas, entre leis, portarias, programas e ações, que redefiniram a atenção aos diabéticos. Essas políticas e programas passaram a reforçar a necessidade de ações integrais, que proporcionam o acesso e o cuidado integral a esses indivíduos, como maneira mais eficaz de controle do agravo e prevenção de suas complicações.

Assim, com o propósito de reduzir a mortalidade associada ao DM, a partir da melhoria da atenção aos portadores de doença e do estabelecimento de diretrizes e metas para a reorganização da atenção a estes indivíduos no SUS, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001). A partir dele se propôs a atualização dos profissionais da atenção básica, buscando a garantia do diagnóstico e da vinculação desses usuários com as unidades de saúde para tratamento e acompanhamento (OLIVEIRA, 2011). Objetivava promover, assim, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de (BRASIL, 2001).

Através da Portaria nº 371/2002, estabeleceu-se o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. Esse programa teve como objetivo implantar o cadastro nacional de portadores de HAS e DM (HIPERDIA), além de garantir a oferta de medicamentos na atenção básica (BRASIL, 2002).

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou as diretrizes para a atenção às pessoas com doenças crônicas a partir de linhas de cuidado prioritárias. As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede. Ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita (BRASIL, 2013a).

As linhas de cuidado normatizam todo o processo da condição de saúde ao longo da sua história natural, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença (FRANCO; FRANCO, 2012; MENDES, 2011). Nessas linhas de cuidado prioritárias, a atenção primária recebe atenção especial, sendo a porta de entrada prioritária dos usuários nos sistemas de saúde.

As iniciativas do MS fortalecem o papel da atenção primária no cuidado ao portador de diabetes, ratificando-a como a responsável pelo acompanhamento longitudinal dos usuários, assim como pela coordenação e ordenamento do cuidado dos mesmos dentro da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013b). O Ministério da Saúde define a atenção primária, através da estratégia saúde da família, como locus privilegiado para a prevenção do diabetes, bem como de suas complicações e também do seu tratamento (BRASIL, 2006).

A atenção primária à saúde (APS) torna-se central na atenção à saúde dos diabéticos, visto que o DM é considerado uma condição sensível à APS, ou seja, é um problema de saúde para o qual a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações devido a suas complicações evitáveis. Atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce, além do controle e acompanhamento das patologias devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas (ALFRADIQUE et al., 2009). As condições sensíveis à atenção primária são indicadores de saúde, que auxiliam no monitoramento e avaliação da qualidade da atenção oferecida.

Assim, os usuários diabéticos deveriam ter vínculos construídos com as unidades da atenção primária, entendendo-as como suas referências de cuidado. A APS, por sua vez, deveria

se responsabilizar pelos usuários diabéticos, coordenando as suas necessidades de saúde dentro da rede de atenção à saúde.

Todavia, a existência de altas taxas de internações por diabetes podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009; ANSARI; LADITKA; LADITKA, 2006; NEDEL et al., 2008)

Corroborando, assim, com os achados dos estudos mencionados acima, Cabral (2013), Faria (2007), Gonçalves et al. (2013), Malta e Merhy (2010), Montenegro Jr. et al. (2004), Thaines et al. (2009) mostram as dificuldades de atendimento integral, enfrentados pelos diabéticos que buscam atenção às suas necessidades de saúde, especialmente relativo ao acesso, ao vínculo, à responsabilização, à coordenação e ordenação do cuidado e ao atendimento humanizado nos serviços de saúde.

A experiência mostra que a excessiva fragmentação dos serviços de saúde gera dificuldades no acesso, entrega de serviços de baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, além de um incremento desnecessário dos custos de produção e de uma baixa satisfação dos cidadãos com os serviços recebidos (MENDES, 2009).

Os usuários ficam, muitas vezes, “perdidos” na rede de saúde, desconhecendo os serviços recomendados para responder à sua necessidade de saúde, traçando por conta própria seu caminho em busca de cuidado. Segundo Teixeira Junior (2010), os usuários dos serviços de saúde buscam diferentes e diversos modos para atender as suas necessidades e/ou problemas, percorrendo não somente os serviços ofertados, mas também procurando possibilidades de atenção que respondam aos seus anseios e respostas para o enfrentamento da doença.

Analisando esse panorama, entende-se que há muito a se evoluir na organização do sistema de saúde, a fim de oferecer uma atenção adequada ao indivíduo com DM, considerando a complexidade exigida em seu cuidado.

A atenção à saúde dos diabéticos deve ser feita a partir de intervenções e interações entre atores que superem a fragmentação, a hierarquização e a rigidez dos limites, com vistas a construção de um projeto de trabalho comum e que tenha como fim último a melhor assistência possível aos usuários (PEDUZZI, 2007).

Em se tratando o DM de uma condição crônica, ela exige em seu curso cuidados contínuos, integrados e completos, sob o risco de sérios prejuízos à qualidade de vida de quem porta uma doença dessa natureza (OLIVEIRA, 2011).

Um sistema de atenção integral é construído a partir de práticas que integrem os serviços e que garantam assistir a integralidade das necessidades de saúde dos usuários. Para tanto, alguns mecanismos, como acolhimento, vínculo, responsabilização e atendimento humanizado são imprescindíveis para a garantia da resolubilidade e da integralidade da rede de serviços. Ainda, a garantia do acesso e a adequada coordenação do cuidado são fundamentais para o alcance da atenção integral (SILVA et al., 2010). Assim, definiu-se que, objetivando avaliar a atenção integral, serão analisados o acesso, o atendimento humanizado, a presença de acolhimento, de vínculo, de responsabilização e a coordenação e a ordenação da atenção na rede. Dessa forma, se faz necessário conceituar brevemente cada um desses pontos.

O **acesso** é considerado central em discussões que têm o intuito de qualificar a organização do serviço de saúde, de forma a contribuir para a adoção de modelos de atenção à saúde que sejam adequados às necessidades da população e às especificidades e características locais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Contudo, seu conceito é considerando complexo, sendo muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde (ALBUQUERQUE, 2011). O conceito do termo varia entre alguns autores, sendo que alguns optam por utilizar o substantivo acessibilidade para designar o caráter do que é acessível (DONABEDIAN, 2003), outros preferem o termo acesso para designar o ingresso e a entrada nos serviços (GULLIFORD, 2009). Outros, ainda, utilizam ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O presente estudo aborda o acesso a partir da perspectiva da relação entre usuário, suas necessidades de saúde e os serviços de saúde. O conceito de acesso utilizado engloba, assim, as noções de oferta, de organização dos serviços e dos recursos tecnológicos disponíveis para a atenção. Também, as dificuldades enfrentadas para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas e possibilidade de agendamento prévio (RAMOS; LIMA, 2003).

No que se refere ao conceito de **utilização dos serviços de saúde**, entende-se, nesse estudo, que ele pode ser uma medida do acesso, mas que não se reduz a isso. Considerou-se, dessa forma, a utilização dos serviços como o uso **efetivo** dos serviços de saúde (ANDERSEN, 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O usuário terá utilizado o serviço quando, além de ter conseguido marcar a consulta, conseguiu efetivamente ser atendido, por exemplo.

Concernente ao vínculo, responsabilização pelo usuário e acolhimento, elas são diretrizes para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; SCHIMITH, 2002).

Segundo Campos (2002), **vínculo** é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente constituir-se-á vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando estes dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando destes pedidos de socorro (VIEGAS; PENNA, 2012).

Segundo Santos et al. (2008, p. 465), o vínculo pode ser:

uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.

A **responsabilização** está relacionada à existência de um compromisso da equipe de saúde ou profissional com a saúde do usuário. Para o usuário, a responsabilização pode ser identificada como a equipe ou profissional referência do seu cuidado. Para a equipe ou profissional, responsabilização diz respeito com o compromisso assumido em oferecer cuidado em saúde, objetivando melhoria da qualidade de vida do usuário (ASSIS et al., 2010).

A responsabilização é abordada por Silva Júnior e Mascarenhas (2004) como o atar, o comportamento de se ligar, de se enlaçar, de se comprometer com os outros, de responder a suas necessidades, de forma responsável, com a ampliação dos laços relacionais e, conseqüente, o desenvolvimento de afetos e potencialização do processo terapêutico. Segundo Campos (1997) responsabilizar-se, enfim, é reinterpretado como o contrato embutido no conceito de vínculo, certo contrato em que se explicita um determinado projeto terapêutico que se quer trabalhar, um “contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde” (ASSIS et al., 2010), considerando os elementos técnicos, o acesso, o intercâmbio possível usuário/serviço e o potencial de produção destes.

Já o **acolhimento** consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários (MERHY et al., 1994). O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço interseçor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde (MERHY, 1997). O acolhimento está relacionado à postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas (ARRUDA; SILVA, 2012; SCHIMITH, 2002). Santos e Assis (2006) reforçam que o vínculo estreita-se com o acolhimento, com conseqüente ampliação dos laços relacionais e desenvolvimento de afetos.

A **coordenação do cuidado** pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de forma que, independente do local onde sejam sendo prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). A essência da coordenação para Starfield (2002) é a disponibilidade de informações a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas

informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da Atenção Primária e especialistas.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Dessa forma, segundo Meira (2013), a coordenação está relacionada e é o elemento central da gestão do cuidado, fundamental para a continuidade e qualidade da atenção à saúde.

Já a **ordenação da atenção** diz respeito ao reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando essas necessidades em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades dos usuários (BRASIL, 2011b).

2.4 Trajetórias Assistenciais: Experiências dos Usuários como Ferramenta Avaliativa

Há uma carência de processos de avaliação que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam avaliar, também, o desenvolvimento de políticas e a qualidade das práticas e dos resultados (MEDEIROS, 2013). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) têm proposto abordagens que levam em consideração a integralidade e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários.

Segundo Uchimura e Bosi (2002), há premência em se considerar a participação dos usuários na avaliação. Para tanto, afirmam que se impõem a utilização de um método de pesquisa apropriado para análise, partindo das experiências dos atores sociais em determinado programa ou serviço. A adoção de novas abordagens analíticas em avaliação em saúde enfatiza o uso de metodologias avaliativas centradas no usuário, cuja apresentação e análise da experiência de adoecimento e de busca por cuidado em saúde nos oferecem contribuições importantes para estudos avaliativos sobre a gestão social da saúde (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008).

Pinheiro e Silva Júnior (2008) definem como práticas avaliativas amistosas à integralidade os diferentes modos de avaliar que tomam como base as ações exercidas cotidianamente, na medida em forjam acoplamentos dos saberes e práticas dos sujeitos implicados (gestor, profissionais e usuários) na produção do cuidado em saúde, subsidiando sua avaliação como intervenção. O desafio das práticas avaliativas é tornar-se, em si, uma prática capaz de produzir efeitos no contexto em que se realiza e, mais do que isso, pretender-se uma prática de intervenção afirmativa do direito à saúde (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006).

A formação de uma cultura avaliativa no cotidiano dos serviços de saúde (ACIOLI, 2006), visando ao aperfeiçoamento das ações, pode resultar em uma aproximação do conhecimento científico ao senso comum (CONILL, 2004; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). A ampliação do olhar avaliativo, considerando a integralidade como eixo, traz outros aspectos para as categorias de análise, como acesso dos usuários aos serviços, articulação entre níveis assistenciais, regulação da rede, participação social, vínculo e responsabilização dos profissionais de saúde (SILVEIRA et al., 2009).

Hartz e Contandriopoulos (2004), no debate sobre metodologias que estudam a articulação da rede de cuidados nos níveis de atenção à saúde, levanta a possibilidade de acompanhamento do percurso do usuário no sistema de saúde, possibilitando perceber os pontos críticos do sistema. Esse estudo se faz necessário considerando que são os usuários que desenham os trajetos a serem percorridos, apesar dos técnicos e gestores tentarem determiná-los a partir de normas pré-estabelecidas, conseguindo, no máximo, estabelecer fraca regulação (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008).

Assim, esse estudo faz uso das trajetórias assistenciais como metodologia para avaliar a atenção integral oferecida aos usuários diabéticos. A trajetória assistencial tem sido considerada uma tecnologia analítica, que permite a avaliação de como os serviços conseguem ou não atender aos princípios da integralidade e da resolutividade na atenção à saúde às pessoas em condição crônica, e de que forma essas respondem à oferta e à acessibilidade aos serviços de saúde, ao buscarem resolutividade para os seus problemas de saúde (FARIA, 2007). Os trajetos assistenciais em uma rede de serviços ampla e diversa é uma necessidade social, pois as práticas assistenciais limitadas ao encaminhamento para serviços de emergência e hospitalizações têm reproduzido uma lógica compartimentalizada do

cuidado, que somente aumenta as distâncias das reais necessidades do usuário (TEIXEIRA JUNIOR, 2010).

As trajetórias assistenciais são uma ferramenta importante para a compreensão das reais necessidades em saúde dos pacientes e fornecem subsídios para uma adequada organização dos serviços que atenda aos princípios da integralidade e das necessidades de saúde dos indivíduos (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008).

Estudos que abordavam a análise do fluxo de pacientes buscando atendimento de saúde em unidades do Sistema Único de Saúde, já apontavam a importância do conhecimento sobre a trajetória percorrida pelos usuários para utilizar esses serviços de saúde, como forma de contribuir para identificação das fragilidades na organização das ações de saúde, de forma a auxiliar os gestores públicos em intervenções visando a melhoria da oferta e o aumento da resolutividade da rede de saúde (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000; SOUZA, 2010).

Os pacientes, na busca pela cura, constroem trajetórias na procura por serviços com qualidade e resolutivos. Dessa forma, um dos aspectos que se destacam quando se fala em organização de serviços de saúde são as trajetórias ou caminhos percorridos pelos pacientes na tentativa de resolver seus problemas de saúde (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008).

Explicita-se, contudo, que a busca por cuidados pode se estender para além dos sistemas formais de saúde, composto pelos serviços e pelas relações estabelecidas por eles. Alguns estudos, chamados de itinerários terapêuticos, incluem alternativas de cuidado que extrapolam os serviços de saúde, como apoio religioso e busca por curandeiros. O presente estudo, contudo, limita-se a abordar as trajetórias assistenciais, ou seja, os percursos traçados na busca por cuidado entre os serviços de saúde, na conhecida rede formal de atenção.

Ainda, considerando a realidade encontrada no estudo de Cabral et al. (2013), no qual realizou-se uma revisão em bases de dados sobre essa metodologia, observou-se que o principal foco de interesse das trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos é a percepção do paciente sobre a doença e tratamento e que poucos são os estudos que nessa discussão associam aspectos sobre o acesso e utilização dos serviços, como será realizado na presente pesquisa.

Dessa forma, o presente trabalho se propõe a avaliar, a partir das trajetórias assistenciais, a atenção integral. Dessa forma, objetiva-se proporcionar subsídios para repensar e qualificar a organização e funcionamento das redes de atenção em saúde, conduzida a partir da garantia da integralidade na atenção ao usuário diabético.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a atenção integral ao usuário diabético no SUS, a partir das trajetórias assistenciais de usuários diabéticos complicados com retinopatia diabética grave.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Desenhar as trajetórias assistenciais percorridas pelos usuários diabéticos complicados com retinopatia grave na busca pelo cuidado, descrevendo a rede de serviços acionada;
- b) Identificar as facilidades e limites encontrados nas trajetórias assistenciais dos usuários;
- c) Analisar a trajetória assistencial quanto à integralidade do cuidado, a partir do acesso e da utilização dos serviços; do vínculo, da responsabilização e do acolhimento; da coordenação e da ordenação do cuidado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterização do Estudo

Em consonância com os objetivos propostos, o presente estudo se caracteriza como uma pesquisa avaliativa, de caráter exploratório e metodologia qualitativa, utilizando a estratégia das **trajetórias assistenciais**.

A avaliação de serviços de saúde é definida como um instrumento de gestão e planejamento baseado em um julgamento explícito e dinâmico que, ao seu fim, desencadeia um movimento de transformação nas práticas e serviços de saúde, na direção de uma qualidade previamente almejada (DONABEDIAN, 1980; TANAKA; MELO, 2001). Para tanto, pode ser delimitada a partir da análise dos recursos humanos, dos recursos materiais e do cuidado dispensado ao usuário (DONABEDIAN, 1980).

A pesquisa avaliativa foi realizada a partir do estudo de um evento sentinela para avaliar a atenção à saúde dos diabéticos. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 59), o evento sentinela se constitui como um dos indicadores para o monitoramento das ações desenvolvidas, sendo definido como “[...] a ocorrência de situações evitáveis – doenças, complicações, incapacidades e mortes – visando avaliar as repercussões das ações realizadas”. Essas ocorrências, infelizmente não pouco frequentes, possibilitam que seja analisada a eficácia e a resolutividade do sistema de serviços de saúde à disposição da população e, por consequência, o grau de alcance da integralidade na atenção à saúde.

No processo de avaliação da qualidade da assistência prestada, o evento-sentinela surge como um monitoramento de emergência, caracterizando-se, **como um evento evitável e que merece a devida atenção por parte dos gestores locais nos serviços de saúde** (HARTZ et al., 1996; PENNA, 2006).

O estudo de agravo evitável como evento sentinela, tem um caráter exploratório, pois se entende que o resultado é uma medida indireta da qualidade (SCOCHI, 1996). A análise das causas evitáveis é “uma maneira de se aproximar das inadequações [...] e a partir dessas análises de tendência poder-se-iam buscar explicações mais localizadas, principalmente em relação aos fracassos” (SCOCHI, 1996). Dessa forma, entendendo a retinopatia diabética grave como uma complicação evitável do Diabetes Mellitus, considerando a possibilidade de

prevenir seu surgimento a partir de medidas simples, como o controle glicêmico, essa complicação foi definida como o evento sentinela desse estudo.

A metodologia conhecida como trajetória assistencial se caracteriza pela reconstrução do caminho percorrido pelo usuário em sua busca pelo cuidado. Embora se reconheça que a busca por cuidados em saúde pode incluir alternativas que extrapolam os serviços de saúde, esse estudo optou por abordar os momentos de decisões e escolhas do usuário no seu percurso por cuidado nos serviços de saúde, método chamado de Trajetória Assistencial. Nesse sentido, optou-se por utilizar os relatos dos percursos traçados pelos usuários diabéticos complicados com retinopatia grave na rede de serviços de saúde.

Apesar das pesquisas avaliativas terem metodologia preponderantemente quantitativa (BOSI; UCHIMURA, 2007), optou-se nesse estudo por fazer uso de técnicas qualitativas, considerando a necessidade de apreensão de fenômenos singulares e complexos (MEDEIROS, 2013), a partir das práticas e do olhar dos sujeitos implicados no cuidado em saúde, a fim de abarcar aspectos subjetivos que não estariam contemplados em dados estatísticos (CAVALCANTE, 2011).

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa permite a obtenção de dados descritivos que fazem emergir aspectos subjetivos relevantes quando se busca compreender as percepções e entendimento sobre a natureza geral de um fenômeno. Dessa forma, possibilita-se a compreensão de como o usuário organiza suas representações, seus sistemas de classificações, suas decisões sobre cuidados e seu modo próprio de avaliar a ação em saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

4.2 Local e Período do Estudo

A pesquisa foi realizada em um Centro Médico, unidade municipal que presta atenção especializada em oftalmologia, sendo também referência para o portador de Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial.

Localizada no Distrito Sanitário III da cidade do Recife – PE, a unidade oferta consultas ambulatoriais das especialidades médicas de endocrinologia, oftalmologia, cardiologia, angiologia e nefrologia, além de nutrição, psicologia, odontologia, fisioterapia,

educação física e acupuntura e é referência para toda a rede municipal. O serviço foi inaugurado em agosto de 1998.

O Centro é a principal unidade de saúde da rede municipal que presta atenção especializada ao diabético e, por dispor de numerosa equipe multiprofissional, tem potencial para realizar ações coerentes com a atenção integral, da qual o usuário diabético necessita. Segundo Oliveira (2011), a implantação desse serviço surgiu da iniciativa política para qualificar a assistência ao diabético e ao hipertenso e para equacionar a demanda reprimida por serviços oftalmológicos na cidade.

Analisando brevemente a importância e dimensão do serviço para a rede de saúde, de acordo com os relatórios do serviço de marcação de consultas, em 2010 foram realizados cerca de 105.000 (cento e cinco mil) atendimentos, com uma média mensal de 8.750 consultas (OLIVEIRA, 2011). O Centro Médico dispõe de aproximadamente 220 profissionais, sendo a maioria (cerca de 60 trabalhadores) médicos, o que expressa a especialização do serviço para o atendimento dos usuários diabéticos. Contabiliza-se que o serviço conta com 83 profissionais de nível superior, destacando-se o quantitativo de 30 médicos oftalmologistas.

As coletas dos dados foram realizadas no período entre Outubro e Dezembro de 2014.

4.3 Sujeitos do Estudo

A unidade de análise do presente estudo foram usuários diabéticos complicados com retinopatia diabética grave. O processo de busca por esses indivíduos foi realizado de forma ativa na unidade de referência.

Para acessar o serviço, traçou-se um caminho extenso, que teve início com a apresentação e sensibilização do diretor do Centro para a relevância da pesquisa. Com isso, obteve-se o consentimento do serviço e, a partir dele, a anuência da Secretaria Municipal de Saúde para a realização do estudo (ANEXO A).

Para identificação dos usuários diabéticos com retinopatia diabética grave, realizou-se inicialmente uma visita ao Serviço de Arquivo Médica e Estatística (SAME) do Centro, local onde se armazenam os prontuários dos pacientes. Verificou-se, contudo, a impossibilidade de

realizar uma busca em todos os prontuários existentes, com o objetivo de identificar usuários diabéticos com retinopatia diabética grave, tendo em vista o imenso quantitativo de prontuários e a ausência de um sistema informatizado de buscas.

Buscou-se, portanto, o auxílio da equipe médica do Centro, especialmente dos especialistas em oftalmologia e endocrinologia, no sentido de obter informações acerca dos pacientes diabéticos complicados com retinopatia diabética grave. Conforme orientação da direção do Centro, a abordagem aos médicos foi realizada em seus consultórios, onde realizam atendimento ambulatorial.

A identificação dos pacientes pelos médicos se fazia necessária pela exigência do estadiamento da retinopatia diabética, visto que esse estudo tem foco nos casos graves. Contudo, apesar dos esforços e das inúmeras tentativas da pesquisadora, não se obteve adesão dos profissionais médicos à pesquisa. Todos aqueles que foram convidados, rejeitaram o convite, alegando falta de tempo e disponibilidade e/ou desinteresse em participar do estudo.

Na tentativa de superar esse impasse, buscou-se outra estratégia: foi identificada no Centro Médico a existência do Projeto Bom Dia (PBD), uma intervenção realizada a partir da parceria entre o centro, a Gerência de Atenção à Pessoa com Deficiência e o Programa Academia da Cidade (PAC) da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR).

O Projeto Bom Dia, segundo sua Norma Técnica (RECIFE, 2013):

se apresenta como um serviço de Reabilitação Cardiovascular Pulmonar e Metabólica (RCPM). O serviço é conceituado como um conjunto de ações multidisciplinares, visando restabelecer a saúde em todas as suas facetas, social, psíquica, orgânica e laborativa do ser humano e faz parte das políticas de saúde pública voltadas para ações não farmacológicas, que não admitem deixar sem o benefício da reabilitação os portadores de [...] doenças metabólicas, como [...] Diabetes Mellitus.

O PBD se destaca no Centro como uma iniciativa diferenciada que faz uso da promoção da saúde com incentivo às práticas de atividade física e de bons hábitos de vida, a partir da ação de uma equipe multiprofissional, composta por educadores físicos, fisioterapeuta e nutricionistas.

Através da participação nas atividades e de conversas com os profissionais e usuários do projeto, verificou-se que se tinha grande potencial em identificação dos sujeitos a partir do PBD.

Os usuários frequentam as ações três vezes por semana, tornando o Projeto Bom Dia e seus profissionais uma referência do seu cuidado. O grupo de usuários é separado em duas turmas, de acordo com o seu estágio de reabilitação cardiovascular, ficando àqueles que não têm condições de realizar exercícios com grande carga cardiovascular com o atendimento fisioterápico e àqueles que já têm condições de realizar essas atividades com o suporte dos profissionais da educação física. A receptividade dos profissionais e dos usuários do PBD foi favorável ao projeto de pesquisa.

Os usuários do projeto possuem prontuários próprios com informações relativas aos progressos na reabilitação cardiovascular, além de acompanhamento sistemático dos níveis de glicemia, da pressão arterial e dos hábitos alimentares. Apesar de serem prontuários específicos do Projeto Bom Dia, constava neles também o número do registro geral de cadastro do serviço, o que permitiu posteriores buscas direcionadas no SAME do Centro.

A partir da busca nos prontuários do Projeto Bom Dia e da identificação dos profissionais, foram identificados seis usuários diabéticos complicados com retinopatia diabética. Com os dados dos pacientes, buscaram-se os prontuários de cada um no SAME, a fim de estadiar a retinopatia diabética e iniciar as coletas dos dados da pesquisa.

Antes da busca final nos prontuários, consultou-se uma médica oftalmologista especialista em retina, que trabalha em uma fundação filantrópica, credenciada ao SUS, especializada em atendimentos oftalmológicos, com o objetivo de receber orientações sobre as técnicas de diagnóstico e tratamento da RDP grave. A profissional informou que o uso da fotocoagulação ou laserterapia é o tratamento mais comumente utilizado para os casos de pacientes com retinopatia diabética grave e, por isso, poder-se-ia considerar que aqueles usuários que tem retinopatia diabética e que fizeram o tratamento com laser, já teria a complicação estadiada em sua forma grave.

Com essas informações, foram realizadas buscas nos prontuários dos seis usuários previamente identificados, na tentativa de verificar o diagnóstico da retinopatia diabética grave ou ainda anotações médicas, que referissem os procedimentos aos quais os pacientes foram submetidos, possibilitando o estadiamento da retinopatia. Através dessas buscas, quatro usuários foram confirmados com retinopatia diabética grave e foram definidos como os sujeitos dessa pesquisa. Entre os usuários não confirmados, um possuía a retinopatia diabética

leve e o outro, não possuía a complicação. Os quatro usuários identificados com retinopatia diabética grave frequentavam a turma de fisioterapia do Projeto Bom Dia.

4.4 Coleta de Dados

As trajetórias assistências foram obtidas a partir da técnica da História de Vida, mais especificamente a história de vida focal, tendo em vista, que se busca um recorte da história de vida do sujeito, que é o processo de adoecimento por diabetes mellitus e, mais ainda, o trajeto traçado em sua busca por cuidado. Haguette (1997) afirma que a história de vida permite um mergulho no mundo do sujeito, possibilitando entender as variadas formas e arranjos eleitos para a execução de um determinado plano.

A entrevista não estruturada em profundidade foi utilizada como base para obtenção de dados, visto que a história de vida trabalha com o relato das experiências vividas pelo sujeito ao longo de sua história. Segundo Minayo (2008), a entrevista em profundidade é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um determinado tema. Para Boni e Quaresma (2005), a entrevista em profundidade permite que o pesquisador interaja constantemente com o colaborador e sua principal função é retratar experiências vivenciadas por pessoas, grupos ou organizações. Assim, ela permite que o entrevistador e o colaborador ajustem o direcionamento do diálogo livremente no decorrer da entrevista, sendo possível, inclusive, a realização de questionamentos com o objetivo de buscar mais profundidade às reflexões.

As entrevistas foram pautadas a partir da pergunta norteadora “Me conte como foi sua busca por cuidado desde que descobriu que tinha diabetes e, depois, quando descobriu o problema de visão”. Apesar de consistirem em entrevistas não estruturadas, a pesquisadora utilizou um roteiro (Apêndice A) de apoio à condução da entrevista. As coletas dos dados foram registradas com o auxílio de um gravador digital e, posteriormente, transcritas e analisadas.

Os usuários foram entrevistados após encontros semanais com a entrevistadora, com o objetivo de estabelecer um vínculo antes da realização do momento, fato considerado positivo para o uso dessa técnica. As entrevistas foram realizadas na sala do Projeto Bom Dia, após o

término dos exercícios, e posteriormente foram analisadas de forma preliminar, tendo sido verificada a necessidade de realizar uma segunda entrevista com cada um dos usuários, a fim de esclarecer situações importantes das suas trajetórias. Este segundo momento também aconteceu na sala do Projeto Bom Dia, com exceção de uma das usuárias, que foi entrevistada em sua residência.

Além das entrevistas com os usuários diabéticos foi realizada, como estratégia de complementação da coleta de dados, a análise dos prontuários, buscando identificar anotações referentes ao processo de referência e contra referência dos usuários e dos procedimentos realizados.

4.5 Análise de dados

Todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital e, posteriormente, foram ouvidas diversas vezes para compreensão do significado do relato. Depois se procedeu a transcrição, na íntegra, sendo mantidas as inadequações linguísticas, perguntas e respostas, bem como repetições e sons para preservar a fidelidade do material.

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados a partir da metodologia da História de Vida que, segundo Gibbs (2009), se destaca dentre a metodologia das narrativas. De acordo com o autor, a partir dela, o usuário dá sentido às suas experiências passadas, ao compartilhá-las com outros.

A História de Vida objetiva apreender as articulações entre a história individual e a história coletiva, sendo uma ponte entre a trajetória individual e a trajetória social (SILVA et al., 2007). Gaulejac (2005) aponta que o objetivo da história de vida é ter acesso a uma realidade que ultrapassa o narrador. Isto é, por meio da história de vida contada da maneira que é própria do sujeito, tenta-se compreender o universo do qual ele faz parte.

Relatar e analisar uma história de vida possibilita uma ressignificação do percurso dessa história, possibilitando a construção de um sentido frente a este relato endereçado. Possibilita-se, dessa forma, que o sujeito refaça sua trajetória, reconstruindo e ressignificando seu caminho (SILVA et al., 2007).

Dessa forma, realizou-se uma análise rica e aprofundada das narrativas, com articulação dos dados concretos a uma fundamentação teórica bem estruturada. Na etapa de exploração do material foram feitas leituras mais aprofundadas, sendo assinalado tudo que era significativo. Na fase de tratamento e interpretação dos resultados, as passagens das trajetórias foram analisadas a partir das categorias pré-estabelecidas, que foram acesso e utilização dos serviços de saúde; vínculo, responsabilização e acolhimento do usuário; e coordenação e ordenação do cuidado.

As trajetórias assistenciais foram reconstruídas a partir da leitura e da análise do conteúdo das entrevistas, sendo representadas a partir de figuras.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 196/96, bem como do Termo de Resolução nº 466/2012, os quais estabelecem as Diretrizes e as Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Executora (CEP - CPqAM/Fiocruz), tendo sido aprovado a partir do parecer número 834.025 (Anexo B). A aprovação pelo Comitê se faz necessária considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos acarreta riscos. Contudo, estima-se que os riscos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais serão minimizados. Considera-se ainda que, conforme a Resolução 196/96 (inciso V-1a), os riscos são admissíveis quando oferecem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), após esclarecimento da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos que seriam utilizados. O modelo proposto de TCLE foi submetido à apreciação do CEP/CPqAM. Em relação ao processo de obtenção e de registro do TCLE, foi assegurada a leitura em voz alta e explicação do texto pela equipe de pesquisa para os sujeitos envolvidos. O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma com o usuário e a outra com a pesquisadora.

É importante ressaltar que foram garantidos o anonimato e a privacidade dos usuários e, desta forma, eles foram identificados inicialmente por números e, posteriormente, por nomes criados pela pesquisadora, com base no dado empírico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo foi dividido em duas partes: na primeira, serão apresentadas as trajetórias individuais de cada usuário entrevistado. Na segunda, considerando as ponderações que foram feitas nas trajetórias assistenciais, faz-se uma discussão acerca da integralidade da atenção aos diabéticos, identificada nesse estudo.

As trajetórias, além de relatos de uma história de vida, foram discutidas a luz da bibliografia, construindo as intersecções entre os achados dessa pesquisa e as discussões já existentes. Dessa forma, se avaliou a atenção integral oferecida aos usuários diabéticos, a partir do acesso, do vínculo e da responsabilização, da coordenação e da ordenação do cuidado e do cuidado humanizado.

5.1 Trajetórias Assistenciais: Histórias de Vida e de Adoecimento

Serão descritas, a partir desse momento, as trajetórias assistenciais de cada entrevistado. Com o objetivo de manter o sigilo e respeitando a confidencialidade que foi assumida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os nomes dos usuários foram substituídos para evitar que suas identidades fossem reveladas. Cada usuário passou a ser chamado por termos que expressam sentimentos.

Entendendo que as trajetórias representam os cursos de um indivíduo durante sua vida, elas se apresentam entremeadas dos sentimentos vivenciados pelos usuários nesse percurso. Os caminhos traçados estão repletos das emoções que acompanharam cada etapa de suas histórias de vida e de adoecimento.

Durante as entrevistas, cada um dos usuários externalizou, ao revisitar em suas memórias as experiências em busca de cuidado e atenção à saúde, um *mix* de sentimentos, vivenciados em cada “etapa” de suas trajetórias. Analisando as entrevistas e os percursos construídos a partir dela, foi possível identificar o sentimento que melhor representava ou mais se destacava em meio a essa miscelânea de emoções. Esses sentimentos foram explicitados em algumas das trajetórias através das falas dos usuários. Em outras, contudo, se

fez necessário identificar a emoção que mais coadunava com as práticas e experiências expressas nas trajetórias.

Dessa forma, as palavras escolhidas remetem ao sentimento que, a partir da análise da pesquisadora, cada trajetória mais expressa. Serão, portanto, apresentadas as trajetórias de Seu Esperteza, Dona Resignação, Dona Perspicácia e Dona Culpa. Em cada um dos caminhos são explicitados trechos ou falas que ratificam os seus nomes escolhidos.

5.1.1 Trajetória Assistencial do Seu Esperteza

O usuário denominado como S. Esperteza é um homem de 66 anos, aposentado como técnico de edificações e arquitetura. É casado pela segunda vez, tendo ficado viúvo de sua primeira esposa, com quem teve sete filhos. Uma de suas filhas havia falecido de câncer há pouco tempo, tendo S. Esperteza expressado, durante a entrevista, profundo sofrimento com a perda. S. Esperteza reside próximo ao Centro Médico com a esposa.

O usuário é portador do Diabetes Mellitus tipo II, tendo recebido o diagnóstico há quatorze anos. Referiu que mesmo antes de descobrir a doença, tinha queixas de polidipsia e poliúria, as quais associava à grande ingestão de bebidas alcoólicas: “eu pensava que era a cerveja que eu tomava”. S. Esperteza também é portador da Hipertensão Arterial e tem retinopatia diabética. Faz uso de cinco medicamentos diários, além do controle glicêmico com insulina. As duas entrevistas foram realizadas na sala do Projeto Bom Dia, ao final das atividades fisioterápicas do usuário.

A trajetória de S. Esperteza apresenta uma particularidade: o usuário recebeu todo o seu tratamento para o diabetes, desde o diagnóstico da doença até o momento das entrevistas, no Centro Médico. Foi encaminhado ao Centro por uma amiga, que à época era enfermeira-chefe de um Hospital Estadual e, suspeitando de seus sintomas, referenciou-o ao serviço. Contudo, para realizar esse encaminhamento, não foram utilizados os procedimentos formais de referência ou marcação de consultas, mas sim a rede de contatos da profissional, conforme pode ser explicitado na frase a seguir: “aí ela telefonou para uma colega dela que trabalha aqui e trabalhava lá também”.

O diabetes foi diagnosticado por um médico endocrinologista do Centro, através de um exame de glicemia em jejum. Segundo S. Esperteza, o profissional informou-o sobre os riscos de complicações por causa do diabetes e o orientou a realizar uma mudança dos hábitos de vida, com a adoção de um “regime” e a prática de “muita física”. O usuário disse que, pelas restrições recomendadas pelo médico, “ficou desgostoso” e, conseqüentemente, não aderiu completamente ao tratamento.

Durante anos, S. Esperteza realizou consultas com especialistas no Centro, sem que houvesse maior esforço na mudança de hábitos de vida. Até que há aproximadamente três anos, durante exames oftalmológicos, nos quais se descobriu a existência de catarata, identificou-se também “raios de sangue” em seus olhos. Foi encaminhado a um médico oftalmologista especialista em retina, que diagnosticou a retinopatia diabética e o informou que “se ele não tivesse ido logo [ao especialista], iria cegar”. No próprio Centro, fez a cirurgia da catarata e, posteriormente, fez seis sessões de fotocoagulação em cada olho, para controlar o agravamento da retinopatia diabética. Uma das sessões foi realizada em um Hospital Privado especializado em olhos e conveniado ao SUS. Contudo, segundo S. Esperteza, alguns pacientes estavam cegando ao realizar o procedimento no local e, por isso, ele preferiu não retornar mais lá. O encaminhamento para o Hospital Privado foi realizado pelo próprio serviço. As demais sessões foram realizadas no centro de especialidades e relatadas como um sofrimento, pois o tratamento foi feito sem a aplicação de anestesia. Depois da realização dessas sessões, não precisou fazer outras, realizando, apenas o acompanhamento semestral com o especialista em retina. S. Esperteza reiterou que, após a descoberta da retinopatia diabética, “ele criou juízo, deixou a boemia, deixou tudo para cuidar da vida”.

S. Esperteza realiza todo o seu acompanhamento de saúde há 14 anos no Centro Médico. Além da médica endocrinologista, que ele indica como sua referência de atenção à saúde, o usuário é acompanhado por médicos oftalmologista especialista em retina, cardiologista, angiologista, nefrologista, além de fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. O acompanhamento psicológico, de acordo com o S. Esperteza, é necessário para conseguir lidar com o sofrimento pela morte da filha. Todos os profissionais citados são do Centro Médico. A partir do entendimento do usuário, os atendimentos ofertados pelo centro são suficientes para dar conta de suas necessidades de saúde: “estamos completos aqui. A equipe toda”.

O usuário identifica o processo de marcação de consultas no serviço como seu único problema. Referiu também que muitas vezes, apesar de haver vagas para as consultas, elas

não são disponibilizadas no sistema, o que acaba gerando longas esperas desnecessárias para os atendimentos. Questiona, portanto, sua capacidade de regular a demanda, visto que os profissionais ficam ociosos e, apesar disso, há longas filas de espera.

Buscando contrapor essas dificuldades, “apela pro encaixe”, situação na qual vai ao serviço no dia do atendimento do profissional que deseja consulta e permanece aguardando por uma vaga surgida a partir da falta de outro usuário ou ainda devido a falhas no sistema. Caso não surja, S. Esperteza perde todo o seu dia na espera pela consulta e volta para casa sem o atendimento.

Devido às falhas vivenciadas nas ofertas das consultas e exames no Centro, o usuário não crê na resolutividade do sistema de marcação de consultas. Por isso, busca prioritariamente a oferta de serviços através dos encaixes, conforme pode ser verificado na fala que se segue: “eu chego no dia. No mesmo dia ela (atendente) me inscreve, pega o meu número de prontuário, o SUS e tinha vaga. Tá vendo? Tinha vaga. Então o sistema daqui tá errado em alguma coisa”.

Agindo assim, S. Esperteza sobrepuja o sistema formal de regulação e marcação, acessando e utilizando o serviço de saúde através de uma via alternativa. Essa prática é comum no Centro Médico, conforme pode observar Oliveira (2011), que também realizou seu estudo no serviço. Segundo a autora, havia no Centro uma determinação da gerência para que fosse feita a substituição do usuário que faltou à consulta marcada por outro que esteja necessitando de atendimentos, o já referido mecanismo conhecido como encaixe.

O encaixe de pacientes é entendido como um procedimento que pode ser usado de forma eventual no gerenciamento de um serviço, a fim de evitar a ociosidade dos profissionais e oferecer com maior presteza o atendimento necessário a outro usuário (FONTOLAN, 2003). Contudo, essa prática, se realizada de forma habitual, pode estimular a busca prioritária, como visto na trajetória de S. Esperteza, por encaixes, reduzindo o acesso via marcação de consultas e regulação. Ainda, ao se avaliar a grande utilização dos encaixes, observa-se a existência de uma demanda reprimida no sistema, o que deveria orientar a oferta de mais consultas.

Outra possibilidade para superar os problemas identificados no acesso e na utilização dos serviços de saúde e que S. Esperteza também faz uso com frequência é a busca por atendimentos mediados pela sua rede de contatos com profissionais de saúde. Em muitos

momentos, a rede de contatos também se sobressai ao processo de regulação formal e marcação de consultas da rede de serviços. Inclusive, a entrada no Centro Médico foi mediada através de seus contatos. S. Esperteza acessa sua rede de contatos quando encontra dificuldades no acesso, especialmente quando há necessidade de buscar atendimento fora do Centro.

Eu tenho um contato de lá (no Hospital Estadual), aí minha colega botou logo pra um médico.

Eu fui (ao Hospital Estadual) e a moça disse: ‘então, eu vou levar tu pra uma especialidade. Levar você pro Centro Médico’. Pronto, a salvação foi ela. Falou com a enfermeira chefe daqui (do Centro). Porque, assim, tinha que ser encaminhamento, mas eu fui encaixado.

Ela era enfermeira-chefe do Hospital Estadual. Aí ela telefonou para uma colega que trabalha aqui (no Centro Médico). Aí quando eu vim aqui [...], me mandou para Dr. Endocrinologista, um grande endocrinologista.

Quando eu preciso de atendimentos de urgência e emergência, vou pra Maternidade e Pronto-socorro Municipal, ou então pro Hospital Estadual, que eu conheço muita gente lá, sabe?

Ela (nefrologista) passou um bocado de exame. Aí eu perguntei: ‘eu tenho que ir no posto mesmo (para marcá-los)? E se eu falar com José, que é colega meu?’

As falas do usuário explicitaram que, a fim de acessar os serviços de saúde, o mesmo fez uso de sua rede de contatos, objetivando facilitar a entrada nesses serviços e obter o cuidado almejado. Identifica-se também que as redes de contatos são utilizadas inclusive pelos profissionais, que contatam outros profissionais conhecidos, em detrimento do uso do sistema de encaminhamentos, referência e contrarreferência.

Impulsionado pelas dificuldades de acessar e de utilizar os serviços de saúde e, mediante o imperativo de suas necessidades de saúde, o usuário traça suas próprias trajetórias assistenciais, reconstruindo as linhas de cuidado pré-definidas, a partir dos caminhos identificados como possíveis. Nesse percurso, como pode ser verificado na história de S. Esperteza, lança mão de todos os recursos que podem disponibilizar a fim de receber assistência adequada e resolutiva.

A preferência por acessar os serviços a partir de uma rede informal é um indicativo de que os meios formais e constituídos de regulação das vagas não dão conta de atender às demandas dos usuários. Aponta-se ainda que a possibilidade dos encaixes frequentes e da

mediação através da rede de contatos, como verificado nessa trajetória, permite o questionamento da universalidade, equidade e integralidade do sistema de saúde, visto que os usuários que possuem redes de contatos ou disponibilidade e condições físicas para aguardar pelos encaixes, acabam por ter suas necessidades atendidas mais brevemente do que aqueles que não possuem (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Corroborando com o que já foi dito, Cecílio (2001) afirma que não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade do acesso garantida.

Semelhante situação foi identificada por Oliveira (2011), que verificou evidências de usuários que acessam o serviço do Centro Médico por vias fora do fluxo previsto. Problematizando esses achados, remete-se a Cecílio (1997, p. 473), que questionou se “a população está entrando no sistema pela porta errada, ou se não seria mais correto afirmar que as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível?”.

Um estudo realizado em uma cidade do agreste pernambucano, que avaliou as opiniões dos usuários sobre o acesso à atenção primária e à especializada, identificou que o acesso da população é facilitado pela marcação das consultas por conhecidos que trabalham nas unidades de saúde, que a autora denominou de mecanismo informal (ALBUQUERQUE, 2011).

Os resultados dos estudos que seguem abaixo também corroboram com achado na trajetória de S. Esperteza e indicam que os usuários utilizam os serviços de saúde mais facilmente quando solicitam a intermediação de profissionais de saúde e/ou conhecidos. Uma pesquisa sobre a fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos de saúde demonstrou que na impossibilidade de se conseguir marcar uma consulta pelas vias regulares, os que têm a possibilidade procuram os parentes, amigos ou funcionários, que trabalham nos serviços públicos de saúde para facilitarem o acesso dos pacientes (SARMENTO JÚNIOR; TOMITA; KOS, 2005). Outro estudo, que buscou analisar a percepção dos usuários sobre o acesso universal aos serviços de saúde no SUS, identificou a existência desse privilégio garantindo o acesso da população aos serviços e às ações de saúde, sem levar em consideração a “igualdade de oportunidades”, podendo prejudicar os usuários que buscam os serviços pelos trâmites legais (PONTES et al., 2009).

Outra queixa do usuário está relacionada à necessidade de buscar marcação para suas consultas no Centro Médico a partir da regulação da atenção primária. O usuário entende isso

como uma complicação desnecessária da regulação do acesso às consultas. Relatou que, devido à necessidade de ir à Unidade de Saúde da Família, não mais frequenta o médico oftalmologista do serviço, se consultando agora em uma ótica de um amigo. No dia da segunda entrevista, S. Esperteza informou que iria, a contra gosto, à USF para solicitar a marcação de alguns exames passados pelo médico nefrologista.

Apesar de residir em área com cobertura de uma Unidade de saúde da família, não é acompanhado pela ESF. Refere que “graças a Deus, não preciso não [do acompanhamento]”. Quando questionado quanto à razão do alívio por não precisar do atendimento da atenção primária, relatou que certa vez solicitou ao Agente Comunitário de Saúde que marcasse uma consulta com o médico da equipe, mas após oito meses aguardando o atendimento, desistiu da consulta. S. Esperteza disse também que não entende a função de um ACS e que acredita que “deve ser cargo comissionado. Não serve de nada como agente de saúde”.

O usuário expressa descrença na resolutividade dos serviços da atenção básica, assim como incompreensão do processo de trabalho dos mesmos. No fragmento transcrito acima, identifica-se também um alívio por ser acompanhado no Centro Médico, o que, em seu entendimento, torna desnecessário a assistência e o acompanhamento na atenção primária. Reforçando ainda mais esse sentimento de insatisfação com o contato esse nível de atenção, S. Esperteza abandonou o acompanhamento com o oftalmologista, devido à obrigatoriedade das marcações das consultas a partir da regulação da unidade de saúde.

O estudo de Oliveira (2011) também identificou as dificuldades da atenção primária em acompanhar usuários assistidos por serviços de especialidades. Segundo a autora esses serviços mantêm clientelas cativas que, por desejo dos profissionais médicos e dos usuários, permanecem nesse nível, muitas vezes desnecessariamente. Cecílio et al (2012) menciona que frequentemente os serviços mais complexos “sequestram” os usuários, estabelecendo circuitos próprios de circulação e gestão do cuidado, construindo a ideia de satisfação total das necessidades de saúde. Ao criar uma “clientela cativa”, os serviços de atenção especializada preenchem sua capacidade de assistência com usuários que já poderiam ser atendidos na atenção primária, tornando cada vez mais difícil o acesso a usuários novos.

No estudo de Oliveira (2011), a ausência de contra referência à atenção primária esteve relacionada à desconfiança da qualidade da atenção ofertada nesse nível de assistência e também da qualificação técnica dos profissionais que o compõe. Esses achados foram

identificados nas falas dos profissionais e dos usuários do Centro Médico, que relataram ainda que, ao retornar à atenção primária, os usuários tendem a piorar o quadro da doença, devido a falhas na continuidade do tratamento, retornando ao serviço com complicações evitáveis do diabetes, como a retinopatia diabética avançada ou a amputação de membros.

A rejeição de S. Esperteza à atenção primária pode estar relacionada a esse senso comum veiculado dentro do Centro Médico, de que aquele nível do sistema não dispõe da devida qualidade para assistir seu caso de saúde, sendo, portanto, uma “perda de tempo” retornar à unidade, inclusive para solicitar a marcação de consultas. O usuário ratifica, como mencionado anteriormente, que todo o seu cuidado é completo no Centro, descartando a necessidade de acompanhamento em outros serviços. Segundo Cecílio et al (2012), devido às dificuldades, o acesso aos serviços especializados é o grande desejo dos usuários na rede de atenção, o que pode também justificar o posicionamento de S. Esperteza que, receoso por perder a “vaga” já conquistada, opta por não buscar outros serviços.

Coadunando com o dito pela trajetória, Cecílio et al. (2012) identificou que a atenção básica é vista pelos usuários com o lugar de “*coisas simples*”, na qual se tem um médico generalista com pouca resolutividade e que trabalha como um “*encaminhador*” para o especialista, o que reforça a ideia da baixa qualificação técnica da equipe e, conseqüentemente, do cuidado. A rede básica estaria composta por profissionais que não podem garantir o que os usuários efetivamente desejam: o consumo de tecnologias, em tempo adequado, que julga necessárias para se sentir bem cuidado.

Verificou ainda que os usuários eram obrigados a incluir a atenção básica nas suas estratégias para conseguir cuidado devido à necessidade de fornecimento de guias de encaminhamento para acessar os serviços de maior complexidade, assim como pedidos de exames e solicitação de inclusão em benefícios sociais (CECÍLIO et al., 2012).

Segundo a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde tem um papel chave nas redes de atenção à saúde, atuando como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, por constituir o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (BRASIL, 2010).

A Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011c) destaca a atenção primária como principal porta de entrada no sistema de saúde e centro de comunicação na rede de atenção à saúde. Caberia, então, a esse nível de atenção o papel de ordenador da atenção, fundamentada a partir da avaliação da gravidade de risco individual e coletivo e do critério cronológico, assegurando ao indivíduo a continuidade do cuidado em todas as suas modalidades. Segundo Meira (2013), Atenção Primária deve integrar os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, a atenção básica deve se responsabilizar pelo cuidado dos usuários em qualquer ponto através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Deve também articular com outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, seria necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros (BRASIL, 2012).

As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade (BRASIL, 2012).

Identifica-se que, contrariamente ao previsto na construção das Redes de Atenção à Saúde e na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2010, 2012; MENDES, 2012), a atenção primária não exerce a função de coordenadora do cuidado dos usuários, com os quais deveria estabelecer um vínculo e um acompanhamento longitudinal, mesmo quando fossem referenciados para outros níveis de atenção. Faz-se necessário uma pesquisa mais aprofundada para identificar as razões pelas quais essa coordenação não vem sendo realizada pela atenção básica.

Contudo, diante da realidade da atenção primária, caracterizada por sucateamento da estrutura das unidades, por desconfiança da rede na qualidade e capacidade técnica de sua

assistência e pelo sentimento de impotência de seus profissionais (CECÍLIO et al., 2012), é imprescindível a problematização da atual capacidade da atenção básica em coordenar uma rede de atenção à saúde. Assim como defendido por Cecílio et al. (2012, p. 2900), acredita-se ser de primordial importância “investimentos na atenção primária para que ela possa, progressivamente, ampliar sua capacidade de intervir ativamente nos processos regulatórios, consolidando gradualmente sua legitimidade perante os usuários como centro de comunicação com os demais serviços”.

Refletindo ainda sobre a assistência ofertada ao S. Esperteza, questiona-se como, apesar de ser acompanhado há anos no Centro Médico por especialistas com a devida capacidade técnica, o usuário desenvolveu complicações graves do Diabetes Mellitus, comuns a pacientes que não possuem qualquer acompanhamento, coordenação ou ordenação do cuidado. Ressalta-se que uma das complicações surgidas foi exatamente a retinopatia diabética grave, mencionada em outros estudos (ESCARIÃO et al., 2008; ESTEVES et al., 2008; GUEDES, 2009) como uma das consequências da ausência de acompanhamento e da qualidade da atenção primária. Aparenta, assim, que o usuário é atendido de forma fragmentada no Centro, unicamente através de consultas especializadas, nas quais sua situação de saúde não é vista de forma holística, recebendo apenas o tratamento para partes segmentadas e adoecidas de seu corpo.

S. Esperteza relatou que há seis meses foi atendido na Maternidade Municipal, que também é um Pronto-Socorro, localizada próxima à sua residência, com uma hipoglicemia, que pode estar relacionada a uma dose excessiva de insulina. O usuário referiu ser atendido constantemente em unidades de urgência e emergência devido a complicações agudas do diabetes (hipo ou hiperglicemia). Nega informar esses atendimentos aos médicos que o acompanham, justificando nunca ter sido questionado. O desconhecimento dos atendimentos de urgência buscados pelo usuário podem ser evidências que corroborem a ausência de um atendimento integral, com um acompanhamento longitudinal do usuário e estabelecimento de vínculo e responsabilização pela saúde do indivíduo.

No que tange o acesso aos remédios necessários para seu tratamento, todos são retirados na rede pública de saúde, sendo alguns recebidos no próprio serviço e outros através do Programa Farmácia Popular, do Ministério da Saúde, em farmácias privadas.

O acesso a remédios de uso contínuo é um dos pilares das políticas de atenção à saúde do diabético, sendo, portanto, a garantia de uma adequada assistência farmacêutica fator influenciador do estabelecimento de um cuidado integral (BRASIL, 2002, 2006, 2008). Na trajetória de S. Esperteza a assistência farmacêutica não se constituiu em uma dificuldade, coadunando com os apontamentos de Oliveira (2011), que identificou que não havia demanda reprimida para a dispensação de medicamentos no serviço, o que pressupunha que o fornecimento de remédios contemplava os usuários assistidos no Centro.

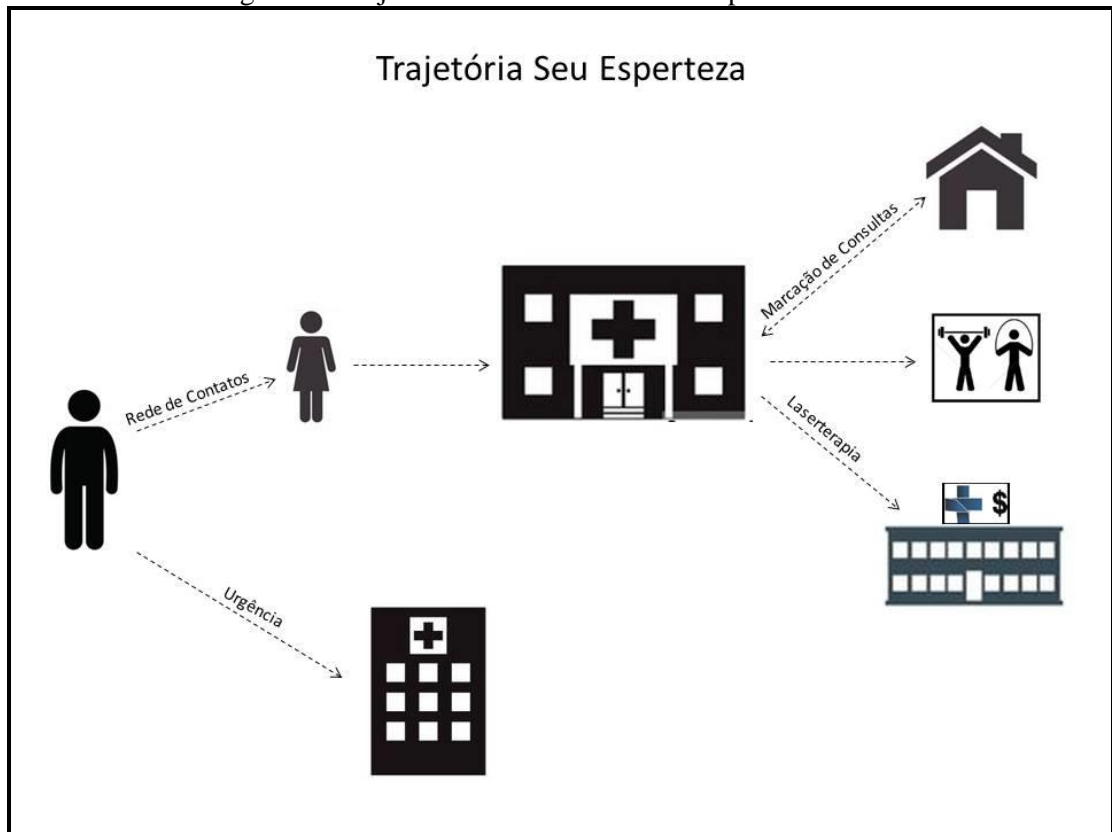
S. Esperteza foi, portanto, assim denominado, considerando que o usuário construiu sua trajetória a partir do acesso aos serviços de saúde, mediado por estratégias que substituíram a regulação formal, tantas vezes falha e pouco efetiva. A sua rede de contatos e os encaixes garantiram celeridade nos momentos em que precisou de assistência.

Cecílio et al. (2012, p. 2900) relata que o “usuário real é aquele que move-se na ordem dos significados, que vão sendo socialmente produzidos, e almeja conseguir tal consumo (de saúde)”. Para realizar esse desejo, diante do engessamento, do desvirtuamento e da lentidão do sistema de saúde, ter outras possibilidades de acesso, além daquelas formalizadas, pode ser oportuno e sábio.

Ter a astúcia de identificar essas lacunas no sistema de saúde e aproveitá-las para garantir o seu cuidado não faz do usuário um corruptor do sistema, mas sim um sobrevivente. A **esperteza** foi o que guiou o usuário na sua busca pelo cuidado, quando a regulação formal dos serviços não atendeu às suas necessidades e desejos.

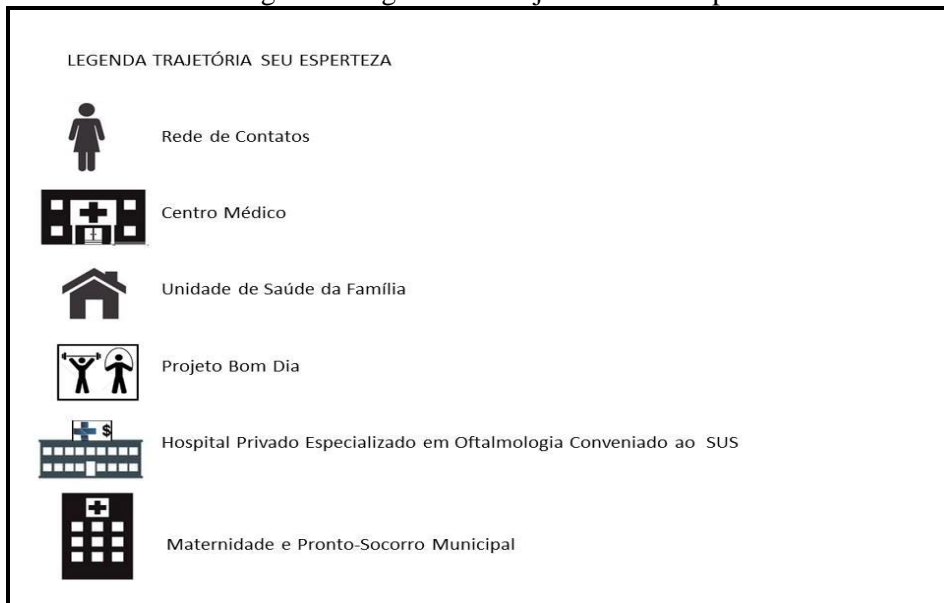
Segue a figura com o esquema que representa a trajetória assistencial de S. Esperteza:

Figura 1 - Trajetória Assistencial do Seu Esperteza



Fonte: a autora

Figura 2: Legenda da Trajetória de S. Esperteza



Fonte: a autora

5.1.2 Trajetória Assistencial da Dona Resignação

D. Resignação é uma mulher de 71 anos. É técnica de enfermagem, aposentada e mora sozinha há três anos, desde que o marido faleceu de apendicite. Sua residência fica na zona sul da cidade, distante do Centro Médico, que é localizado na zona norte. Faz seus trajetos de taxi, pois alega não ter forças para subir em ônibus.

A usuária diagnosticou o Diabetes Mellitus tipo II há aproximadamente 20 anos, mas não se recorda em qual serviço de saúde soube que era portadora da doença. Suspeita que o tenha descoberto ao realizar consultas e exames no Hospital Universitário da Universidade Federal. Relatou que tinha queixas constantes de polidipsia, porém explicou que a sede excessiva cessava ao tomar um “café pequeno”. Por isso, nunca associou o sintoma ao diabetes.

Tem artrite e artrose há 40 anos. Iniciou a entrevista relatando que faz acompanhamento fisioterápico há 37 anos, devido às doenças reumatológicas. D. Resignação disse que, como consequência dessas enfermidades, possui deformidades nos pés e nas mãos, que dificultam a realização de atividades cotidianas, como caminhadas. Devido a complicações do diabetes, tem retinopatia diabética, neuropatia diabética e foi submetida a procedimento para remover parte de um dos dedos do pé. Perdeu a visão do olho direito, após um acidente vascular que se seguiu a realização de uma cirurgia para corrigir catarata. Segundo D. Resignação, o médico endocrinologista que a acompanhava a época informou que seu problema de visão já era decorrente do diabetes. Atualmente faz uso de insulina para controlar a glicemia e retira a maioria dos remédios no Centro.

Considerando que D. Resignação não recorda o local do diagnóstico do diabetes, sua trajetória será iniciada a partir do Hospital Universitário, que ela referiu ter acesso. A usuária passou aproximadamente dez anos fazendo acompanhamentos no hospital de alta complexidade, dentre os quais consultas de endocrinologia. Realizou também alguns procedimentos de urgência e emergência, como a cirurgia de remoção da vesícula biliar, negada pelo plano de saúde privado. Esse acesso foi facilitado pelo irmão que, à época, era funcionário do hospital. Como já discutido na trajetória de S. Esperteza, a sua rede de contatos facilitou a utilização do serviço, a partir da possibilidade de acesso não regulado pelo sistema formal.

No trecho que segue, D. Resignação menciona ter utilizado o Hospital Universitário como porta de entrada da rede de saúde, além de ter criado um vínculo de clientelização com o serviço.

Ah! Passei muitos anos acompanhada lá (no Hospital Universitário)! [...] Passei mais de 10 anos lá. [...] Era acompanhada pelo Dr. Endocrinologista e pelo Dr. Gastroenterologista. Quando eu descobri o diabetes, era tratada lá. [...] Quando eu precisava, ia pra lá.

Também fui me operar de urgência, que meu plano não atendeu [...] Meu irmão tava de plantão, e disse: ‘amanhã tu vem, que eu te mostro ao médico’. Por sorte, ele disse que ia me operar de urgência.

Os serviços de alta complexidade são definidos como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (MENDES, 2012). Dessa forma, por se entenderem como serviços de grande densidade tecnológica e, conseqüentemente, por onerarem consideravelmente o sistema de saúde, a alta complexidade deve ser acessada a partir de encaminhamentos regulados pelos demais níveis de atenção (BRASIL, 2007). Assim, possibilita-se o uso racional de seus procedimentos, garantindo a disponibilidade, quando necessário.

Considerando o que foi dito, o acesso informal e não regulado a um serviço de alta complexidade, como no caso de D. Resignação, pode acarretar em ocupação desnecessária de um serviço, prejudicando toda a rede de atenção. Contudo, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007), os serviços de especialidade e a atenção hospitalar tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto na qualidade do atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS.

A fidelização de atendimentos, que poderiam ser realizados na atenção primária ou secundária, em um serviço de alta complexidade é consequência de um processo de regulação ineficiente, assim como é responsável pelo aumento dos custos (MENDES, 2012). Situações como essa acabam por justificar o difícil acesso aos serviços de alta complexidade, definido por alguns autores como pontos de estrangulamento no sistema de saúde (SILVA, 2011).

Torna-se necessário uma melhor integração da rede, com melhor organização dos fluxos, para que situações como a de D. Resignação sejam evitadas e, assim, melhore o processo de cuidado dos usuários, com vistas a garantia da atenção integral.

Faz-se importante ressaltar também que não é característica dos serviços de alta complexidade o estabelecimento de um vínculo longitudinal com o usuário, o que pode ter prejudicado o acompanhamento integral de D. Resignação.

A usuária foi convidada há 10 anos pela fisioterapeuta, que a atendia em uma clínica particular e também é uma das profissionais do Projeto Bom Dia, a participar do referido projeto. Diferentemente dos outros usuários entrevistados, que traçaram o caminho inverso, foi inserida nos atendimentos do Centro Médico a partir do PBD. Passou a realizar consultas com alguns médicos e refere que optou ser atendida no Centro e deixou de frequentar o Hospital Universitário, pois o serviço oferecia mais opções de consultas, além de dar a medicação: “lá também não davam medicamento e nem nada e aqui a gente, além de ter a consulta, tem a medicação e tem outras opções: psicólogo, dentista, vascular”. D. Resignação também se consulta no Centro Médico com o endocrinologista e com o oftalmologista de retina.

D. Resignação tem plano de saúde privado e também paga uma associação de saúde dos militares, que tem direito por seu marido ter sido do exército. A usuária traça em seus caminhos trajetórias mistas, nas quais constam atendimentos públicos e privados, sendo sua escolha definida pelas melhores condições:

eu venho aqui nas datas marcadas. Mas vou pelo plano de saúde pelas melhores condições. Atualmente eu tô com ginecologista, cardiologista e oftalmo (pelo plano). [...] Os exames que preciso aqui, faço tudinho no Laboratório Particular. [...] As sessões de laser foram só nessa clínica (particular).

D. Resignação, conforme pode ser verificado no trecho acima, realiza exames, consultas a outras especialidades médicas e procedimentos pelo plano privado de saúde. Apesar de não possuir problemas cardiológicos, realiza acompanhamento com o cardiologista, o qual, a usuária define como o profissional de saúde de sua referência, “o seu tutor”. É assistida também por um oftalmologista em uma clínica particular, na qual ela já realizou sessões de laser terapia, totalizando 10 sessões de laser, quando somadas as feitas no Centro e na clínica particular.

Ainda através do plano de saúde privado, se consulta com um médico geriatra e com um médico neurologista, para realizar acompanhamento à neuropatia diabética. O diagnóstico da neuropatia foi realizado na rede privada, a partir de queixas de muitas dores. Foi aconselhada a buscar uma consulta com um neurologista, em um Hospital privado. Realizou alguns exames que identificaram a complicação, recebendo o diagnóstico há cerca de 10 anos. O tratamento é realizado com a ingestão de dois medicamentos por dia. Contudo, D. Resignação disse que, por conta própria, suspendeu a medicação. “Hoje não tomo mais não. Faz uns três meses que eu não tomo. Tomo quando tá doendo muito”. Por causa da neuropatia, a usuária sente fortes dores nos membros inferiores, especialmente nas pernas. O endocrinologista que a acompanha tem conhecimento da neuropatia diabética, sendo ele que fornece, atualmente, a receita dos medicamentos.

A característica de utilização mista de atendimentos nos sistemas público e privado de saúde, segundo Conill et al. (2008, p. 1501), não é exclusiva de D. Resignação. Segundo a autora:

o uso combinado dos serviços públicos e de assistência suplementar aparece no cuidado. Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano dos usuários quando procuram superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção através de suas próprias escolhas, caminhos ou estratégias.

D. Resignação mantém e recorre ao plano privado de saúde sempre que o sistema público não dá conta de suas necessidades. Traça, dessa forma, um percurso misto, no qual a escolha dos serviços a serem acessados é mediada pela qualidade oferecida e pela velocidade na qual suas demandas são atendidas. Apesar do direito constitucional de acesso universal ao SUS, a rede mista de atendimentos de D. Resignação acaba por se caracterizar como uma situação de desvantagem para o serviço público e seus usuários exclusivos, que diminuem suas chances de atendimento por “competirem” o acesso com uma usuária que tem a disposição outra rede de serviços.

Bahia (2008) cunha as expressões “SUS dependente” e “SUS não dependente” explicitando a existência de um segmento populacional que possui apenas uma alternativa assistencial e de um outro estrato que dispõe de ambas, como é o caso de D. Resignação. Essa situação é incoerente com o princípio da equidade, que deveria reger o Sistema Único de Saúde e garantir acesso facilitado a uma população primordial, nesse caso os SUS dependentes (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Corroborando com o achado desse estudo, Santos, Ugá e Porto (2008), verificaram que, devido a característica suplementar do segmento de planos e seguros de saúde no Brasil, tem-se uma situação de desigualdade no acesso a serviços de saúde na população, com a duplicação de cobertura dos seus beneficiários, assistidos tanto pelo SUS quanto pelo serviço privado. Os autores relatam que está evidenciado que os detentores de esquemas privados de asseguração continuam utilizando serviços públicos e que o seguro privado tem frequentemente adicionado gasto à despesa total em saúde (e não substituído o financiamento público). Os segurados usam o sistema público de saúde, geram despesas e dificultam ainda mais o acesso daqueles dependentes do sistema público.

Considerando esse apontamento, questiona-se também a execução da Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), que prevê como obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde a restituição das despesas do Sistema Único de Saúde, no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos. O caso de D. Resignação poderia ser estudado, pois a estratégia de cuidado construída pela usuária, beneficiária de um plano de saúde, é realizada a partir de atendimentos no SUS. O Sistema Único de Saúde deveria, pois, estar sendo ressarcido a cada atendimento recebido por D. Resignação. Dentre os atendimentos no serviço público, ressalta-se, especialmente, a cirurgia de emergência realizada no Hospital Universitário, após o procedimento ter sido negado pelo seu plano privado da saúde em sua rede conveniada.

Apesar das dificuldades enfrentadas com o plano privado de saúde, D. Resignação avalia o sistema público como uma negação, no qual se tem muito descaso com o usuário, conforme pode ser verificado no trecho extraído abaixo:

O SUS? Rapaz, eu acho uma negação. Eu acho que a gente deveria ser tratado com melhores condições. [...] É muita dificuldade pra gente. É muito descaso com a sociedade. Porque nós pagamos nossos impostos, nada é de graça. Mas é muito descaso com o usuário.

Para solucionar essas dificuldades, D. Resignação acredita que todos os indivíduos deveriam ter cobertura de um seguro privado de saúde, como pode ser verificado na fala seguinte: “eu realmente acho que todo mundo deveria ter um plano de saúde, mesmo que fosse ruim. Mesmo que não fosse atendido, como eu não fui diversas vezes”.

Um plano privado de saúde (no regime suplementar brasileiro) surge a partir da premissa de ofertar assistência ao seu cliente, para além daquela garantida pelo Sistema Único

de Saúde. A usuária, embora tenha vivenciado diversas negativas de suas solicitações de cuidado, defende a ideia de que todos deveriam ter o mesmo direito que ela: duplicação de cobertura e acesso a serviços de saúde. D. Resignação, apesar de suas experiências negativas nas quais foi “salva” pelo serviço público, idealiza e deseja um sistema privado de cobertura universal, com uma garantia questionável de serviços. O estudo de Farias (2001) tece algumas discussões que podem auxiliar a compreensão do achado. O autor identificou que a adesão ao plano de saúde gera segurança de acessar os serviços de saúde aos usuários enquanto que a condição de usuário do sistema público de saúde está relacionada a insegurança. Dessa forma, o desejo de D. Resignação da “cobertura universalizada” dos planos de saúde pode estar relacionado a essa segurança, que em seu caso, considerando as várias negativas de assistência do plano, não poderia ser mais equivocada.

Ainda, de acordo com Farias (2001), existe muito forte no senso comum a ideia de que somente as pessoas impossibilitadas de pagar um plano de saúde não aderem a este sistema, sendo, conseqüentemente, a adesão um desejo compartilhado por todos. Esse senso comum pode também sustentar a ideia de D. Resignação, entendendo-a como uma garantia de oportunidades iguais para todos.

Apesar dessas colocações, a usuária relata em sequência algumas bem sucedidas experiências no sistema público, que são, entretanto, associadas, novamente, a existência de uma rede contatos e de conhecimento, conforme pode ser verificado: “para um leigo, que não tem conhecimento, é muito difícil. Mas a gente que tem certo conhecimento, sabe botar a boca pra funcionar, tem uma certa amizade com alguém, porque isso, você sabe que influencia.”

Seria necessário um maior aprofundamento nas concepções e razões de D. Resignação que fazem com que ela, apesar de constante usuária do SUS, se sinta segura apenas com a existência de um plano privado de saúde, desejando que essa cobertura fosse universalizada para toda a população.

A usuária refere que nunca precisou buscar atendimentos em serviços de urgência e emergência para realizar controle glicêmico. Contudo, foi internada de urgência no Hospital Universitário para realizar a amputação do dedo, como já referido. D. Resignação referiu que, há dois anos durante uma consulta ambulatorial com um médico dermatologista no Hospital, o profissional identificou que um dos seus dedos do pé estava com a cor arroxeadada e a levou

imediatamente para uma consulta com o médico ortopedista do serviço. Após avaliar, o profissional a informou que seria necessário amputar o seu dedo e solicitou sua internação.

D. Resignação passou oito dias internada, aguardando o procedimento. Não realizou nenhum exame, apesar de referir que já estaria com os exames de ressonância e laser marcados. Faltando dois dias para a data em que a cirurgia estava marcada, solicitou que uma amiga, que era enfermeira do hospital, avaliasse a ferida de seu dedo. Segundo D. Resignação, a profissional disse que “aquele dedo não era para ser amputado, pois estava bom”. Contudo, permaneceu internada até a data marcada para o procedimento, quando a equipe médica realizou uma visita, avaliou novamente o estado do seu dedo e a deu alta, sem a realização da amputação. A usuária contou ainda que seu dedo estava com a coloração arroxeadada, devido a um medicamento cicatrizante de cor roxa, que havia aplicado no pé, com o intuito de curar a ferida. Porém, ela refere que se esqueceu de mencionar essa informação aos médicos, que a atenderam. Referiu, inclusive, que havia sido a primeira vez em que contou a informação relativa ao medicamento no dedo, omitida até o momento. Quando questionada porque não havia relatado aos médicos o uso do cicatrizante, alegou ter esquecido do fato. D. Resignação não realizou uma amputação, mas foi submetida, contudo, a um debridamento, no qual a falange distal de seu dedo foi removida. A usuária relata que o procedimento foi realizado na cama da enfermaria e nele foram removidos a ponta do dedo e a unha.

Ao ouvir esse relato, a pesquisadora questionou a usuária qual o seu sentimento em quase amputar um membro desnecessariamente. D. Resignação apenas concordou que não havia precisão da perda do dedo e remeteu sua “*salvação*” a uma graça divina. Avaliando essa passagem da trajetória da usuária para além de dádivas, verifica-se uma situação marcada por falhas assistenciais, que iriam culminar na mutilação dispensável da mesma.

Identificam-se lacunas no diagnóstico da usuária que, apesar de atendida por um especialista em um hospital de alta complexidade, provavelmente não teve sua anamnese realizada com a devida atenção. Ainda, apesar de estar em um serviço de alta densidade tecnológica, não se fez uso de exames diagnósticos, que corroborariam ou não com as suspeitas do profissional. D. Resignação foi apenas internada e permaneceu por lá aguardando sua amputação desnecessária e ocupando desnecessariamente uma vaga em um serviço de difícil acesso.

De acordo com Pedrosa e Couto (2014), atualmente, um dos maiores desafios das organizações de assistência médico-hospitalar é implementar ações para reduzir a frequência de erros humanos e de falhas nos processos, e estabelecer formas de garantir a segurança assistencial. Ainda segundo as autoras, os erros nos processos da assistência potencializam os riscos de complicações, com consequentes aumentos da morbimortalidade e dos custos assistenciais. No caso de D. Resignação, seria estabelecida uma situação de incapacidade irreversível e desnecessária.

Ressalta-se que, de acordo com o procedimento que foi realizado, a usuária tinha sim uma ferida no dedo do pé, que possivelmente exigiria uma maior atenção do profissional. Contudo, indaga-se se ouve, por parte do médico, uma escuta de D. Resignação, que poderia ter informado o uso do cicatrizante de cor arroxeadada, talvez modificando a conduta do caso.

Ainda relativo à remoção de parte de seu dedo, a usuária recebeu, algum tempo depois, uma ligação de seu plano privado de saúde, questionando-a sobre a realização do procedimento de debridamento no Hospital Universitário e cobrando-a os custos da intervenção. A usuária se negou a pagar, pois “estava em hospital público”. Relatou que foi informada posteriormente que o plano de saúde iria custear a cobrança do hospital público. Ressalta-se que, de acordo com a Lei nº 9.656/1998, supracitada, a obrigatoriedade de ressarcimento do Sistema Único de Saúde, quando seus beneficiários são atendidos pelo SUS, é do plano privado de saúde, não devendo ser repassada à sua clientela. A cobrança do plano de saúde foi, portanto, ilegal (BRASIL, 1998).

No que se refere à qualidade do atendimento que recebe no Centro Médico, a usuária mencionou que o endocrinologista que a acompanha há cinco anos nunca havia avaliado seus membros inferiores e nem sequer questionado a presença de feridas em seus pés.

Considerando que o pé diabético é uma das principais complicações do diabetes, com prevalência das ulcerações estimada em 60% dos diabéticos acima de 60 anos (PÉREZ-RODRIGUES et al., 2013; SILVA et al., 2015), a triagem das lesões e a prevenção de seu surgimento devem fazer parte do cotidiano do acompanhamento do diabético (MORAIS et al., 2009).

Pérez-Rodrigues et al. (2013) e Silva et al. (2015) estimam que o pé diabético é responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo

que aproximadamente 20% das internações de indivíduos com diabetes ocorrem por lesões nos membros inferiores. Oitenta e cinco por cento das amputações de membros inferiores no DM são precedidas de ulcerações, sendo que os principais fatores associados são a neuropatia periférica, deformidades no pé e os traumatismos (BRASIL, 2013b). É importante ressaltar que D. Resignação tem neuropatia diabética, estando, portanto, submetida a alto risco de amputações.

Contudo, e apesar do internamento recente para quase amputar o dedo, o endocrinologista apenas questionou-a sobre o assunto em sua penúltima consulta:

Quem me acompanha é Dr Endocrinologista, mas ele nunca fez pergunta a mim, nem nunca disse nada (sobre os pés). Na penúltima vez que eu vim pra ele, ele disse: A senhora tem alguma ferida na perna? Eu não, tenho nada. Ele não fala não, nem olha pra você.

A usuária afirmou que, como o médico nunca a questionou sobre a realização de procedimentos, como a remoção de uma parte de seu dedo, ela nunca relatou o acontecido. Ressalta-se que, ao se referir à sua relação com o profissional, D. Resignação disse que “durante as consultas o especialista não fala e nem olha para você”, explicitando a ausência de vínculo e de acolhimento na relação profissional-usuário.

O vínculo pode ser compreendido como uma relação interpessoal entre usuário e profissional de saúde estabelecida ao longo do tempo, caracterizada por confiança e responsabilidade (VIEGAS; PENNA, 2012). Para Campos (1997), o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes. Não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Pode ser visto também como:

uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde (SANTOS et al, 2008, p. 465).

Acredita-se que as ações acolhedoras e vinculares são portadoras de substrato capaz de alimentar as práticas, tornando-as eficazes e eficientes. Estas edificam valores afetivos e de

respeito com a vida do outro, possibilitando às práticas tradicionais, curativas e preventivas, ganharem uma nova dimensão, pautada no interesse coletivo, transpondo o caráter prescritivo que orientou essas ações ao longo do tempo (SANTOS et al., 2008; VIEGAS; PENNA, 2012).

Entendendo, então, o vínculo entre profissionais e usuários e o acolhimento como eficientes mecanismos do cuidado, a relação expressa por D. Resignação entre ela e o médico endocrinologista, que há muito a acompanha sem se quer olhá-la, demonstra fragilidades no processo de atenção integral. A usuária, que não é vista ou escutada pelo profissional, acaba impossibilitada de dividir suas angústias e dúvidas no processo do seu cuidado. O profissional, a partir da imagem construída por D. Resignação, aparece como um ser inalcançável, sendo impossível compartilhar trocas de saberes entre médico e usuário.

A relação entre usuária e profissional se caracteriza, pois, como uma prática fragmentada, centrada em produção de atos e intervenções de natureza médico-curativa (VIEGAS; PENNA, 2012), predominando a desarticulação com as queixas de D. Resignação.

A superação dessa forma de assistência deve ser estimulada, com vistas à busca da atenção integral desses usuários. Para tanto, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados. Faz-se imprescindível a mudança do papel do profissional no processo de atenção à saúde dos usuários, migrando da posição de “dono do saber” (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014; SOARES; OLIVEIRA, 2014).

Acolhimento e vínculo são, portanto, decisivos na interrelação profissional/usuário na atenção à saúde em busca de novos modos de produzir saúde. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Ambos favorecem o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde (JORGE et al., 2011). São necessárias intensas mudanças na forma como esse profissional se relaciona com os usuários no Centro Médico.

No relativo ao contato da usuária com a atenção primária, D. Resignação relatou que nunca precisou ir à Unidade de Saúde da Família, inclusive para solicitar a marcação de

consultas, a partir da regulação da atenção básica, pois tem uma vizinha que é agente comunitária de saúde e que, quando é necessário, realiza as marcações, sem que ela precise ir à USF. Não há, portanto, vínculo ou acompanhamento da usuária pela Equipe de Saúde da Família da região onde mora e a rede de contatos exerce novamente um importante papel na mediação de acesso a serviços.

D. Resignação foi assim denominada, como pode ser verificado durante a trajetória, por expressar conformação quanto à sua situação de saúde, sem que, durante a entrevista, refletisse ou questionasse sobre as causas de seu adoecimento.

Em um trecho da entrevista, ao mencionar as fortes dores que tem devido às doenças reumatológicas e também a neuropatia diabética, refere que o sofrimento é normal da idade e que em “um dia melhora, outro dia piora”. Coadunando ainda mais com seu estado de conformação, disse ainda que sabe que “no dia que amanhecer boa, é que tá morta”.

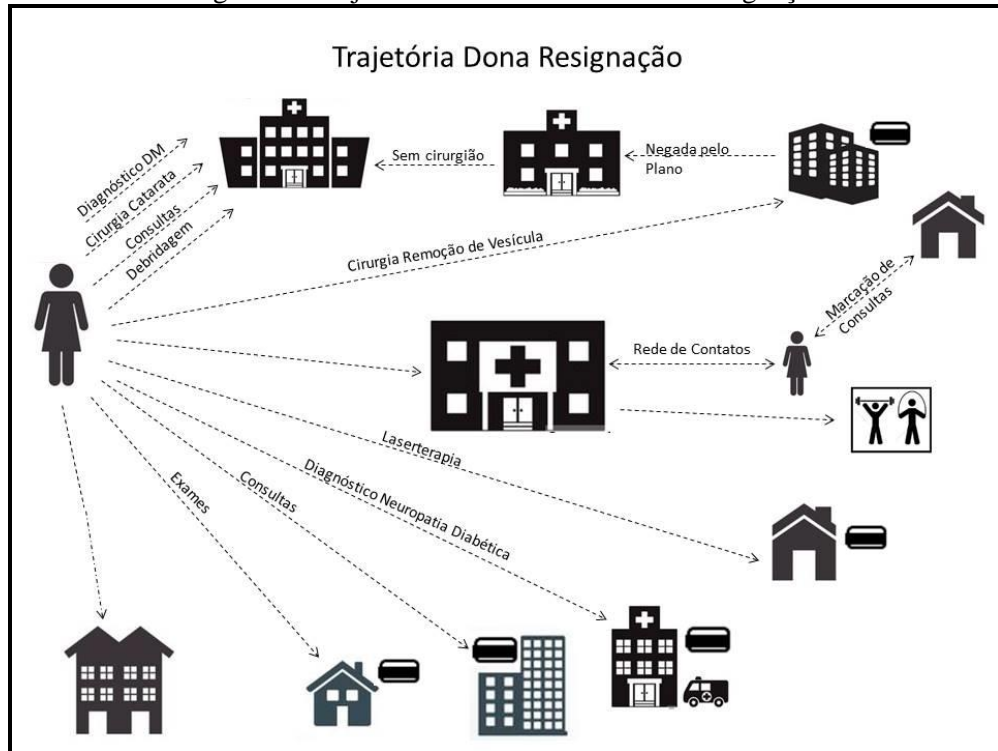
A usuária se posiciona como uma mera espectadora no seu processo de cuidado e adoecimento. Remete a responsabilidade de agravamento ou melhoria às intervenções divinas. No seu relato sobre o cancelamento da cirurgia para amputação de seu dedo, referiu ter sido Deus o responsável pela cicatrização da ferida, sendo desnecessária a amputação.

D. Resignação pode ser bem definida pelo adjetivo *paciente*, que pacientemente espera pelo desenrolar de sua situação, independentemente de qual será o desfecho. Em uma das passagens da entrevista, ao se referir às suas doenças, afirmou que “tem tudo que merece”, explicitando, com a fala, certa desistência na busca por processos de cuidado e cura. Atrelado a esse sentimento, exprime-se também o sentimento de culpa associado a uma punição. Subentende-se que, devido a possíveis erros cometidos, hoje merece sofrer com as mazelas que surgiram.

Resignada, D. Resignação demonstra que o adoecimento é uma sina, um fardo, que a acompanhou a vida toda, tendo ela se acostumando ao padecimento. **D. Resignação conformou-se em estar doente.**

Segue abaixo representada a trajetória assistencial de D. Resignação:

Figura 3 - Trajetória Assistencial da Dona Resignação



Fonte: a autora

Figura 4 - Legenda da Trajetória de D. Resignação



Fonte: a autora

5.1.3 Trajetória Assistencial da Dona Perspicácia

D. Perspicácia é uma mulher de 62 anos, aposentada por invalidez, devido a um problema no joelho. Estudou até o primeiro grau e desenvolveu o ofício de doceira, fazendo doces e bolos para vender. É casada e reside com o marido e uma filha em bairro próximo ao Centro Médico.

A usuária tem Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão Arterial, diagnosticada aos 18 anos, cardiopatia e insuficiência vascular periférica. Diagnosticou o Diabetes Mellitus há aproximadamente 12 anos, em uma consulta com uma médica em um Centro Municipal de Saúde. Buscava um parecer cardiológico para poder iniciar exercícios de hidroginástica e, ao realizar alguns exames, identificou-se que sua glicemia estava acima de 400 mg/dl. A médica informou-a que sua “diabete estava altíssima”, receitou um medicamento para início imediato e recomendou a procura por um médico especialista em endocrinologia em uma policlínica municipal. Nesse período, relatou que tinha queixas constantes de muita sede e de dificuldades visuais: seus óculos, apesar de novos, não davam conta de melhorar sua visão.

D. Perspicácia buscou consulta com uma médica endocrinologista na policlínica, mas foi informada que a médica só estaria no serviço na semana seguinte. Considerando a necessidade urgente da consulta com o especialista, a usuária procurou, iniciando seus traçados por conta própria, atendimento no Centro Médico, onde tinha uma consulta marcada com um médico oftalmologista para o mês seguinte. Apesar de ter sido informada que não era o dia de marcação de consultas, insistiu para conversar com algum profissional, tendo sido atendida pela enfermeira chefe do serviço, que solicitou a realização do teste de glicemia capilar. Segundo a usuária, diante da elevada taxa de glicose sanguínea, a enfermeira solicitou que a mesma retornasse dentro de dois dias e se responsabilizou por “encaixá-la” em uma consulta com a endocrinologista. O acesso de D. Perspicácia ao Centro foi, pois, garantido a partir da informalidade e mediado por um dos profissionais do serviço, constituindo um acesso informal conforme já discutido nesse estudo.

É acompanhada pela mesma médica endocrinologista há aproximadamente doze anos, tendo realizado tratamento com insulina regular por oito meses. Hoje, realiza o controle glicêmico com dois medicamentos antidiabéticos. No Centro Médico realiza também atendimento com médicos cardiologista, oftalmologista e nutricionista. É acompanhada no Projeto Bom Dia há dez anos. Referiu que a fisioterapeuta do PBD é o profissional de saúde

de sua referência, sendo ela quem busca quando tem dúvidas sobre seus tratamentos e de seus familiares. D. Perspicácia se refere a fisioterapeuta como seu suporte no processo de cuidado: “Dra. Fisioterapeuta é tudo. Se hoje eu vivo bem firme aqui eu agradeço a ela, porque no início da caminhada eu comecei com ela e até hoje é assim, ela me conhece melhor do que eu”.

A partir de queixas de incapacidade para realizar alguns exercícios, foi encaminhada há nove anos pela fisioterapeuta do PBD para consulta com um cardiologista do Centro. O mesmo, suspeitando de problemas vasculares, encaminhou-a a um médico vascular em um Hospital Estadual. Realizou alguns exames e iniciou uma medicação. Ao retornar ao cardiologista, descobriu ter duas ateroscleroses, localizadas em uma artéria no pescoço e na perna. Manteve o tratamento com o remédio por alguns anos, até que há três anos apresentou novamente dificuldades em desenvolver atividades, com comprometimento de ações do cotidiano.

Teve uma dor muito forte, durante a realização de exercícios no Centro, tendo sido assistida pela fisioterapeuta, que buscou atendimento com o cardiologista que a acompanhava. Negligenciando os sintomas e as queixas da usuária, o médico informou que “ela não teria nada” e referiu ser desnecessária maior investigação. Insatisfeita com o atendimento, D. Perspicácia buscou consulta com outra médica cardiologista do Centro, que solicitou exames mais especializados e, segundo a usuária, destacou-se por tratá-la de uma forma diferente. A médica demonstrou um interesse maior pelo seu caso, tendo lido todo o seu prontuário, apesar da “grossura dele”, apropriando-se do seu histórico de consultas e exames e “passou bem uma hora explicando” sua situação de saúde e os procedimentos pelos quais ela seria submetida. D. Perspicácia, destacando a diferença de atendimento entre os profissionais, disse que a médica “era daquelas que você fica bem a vontade com ela. (Porque) tem médicos que você entra de frente e sai de ré e ele já tem passado sua receita”. A médica a encaminhou para realizar uma cintilografia e um cateterismo, tendo explicado como ela deveria proceder para marcar o exame e o procedimento.

A filha da usuária ficou responsável por conseguir a marcação do exame e do procedimento, tendo conseguido em menos de dois meses, a partir de regulação da Fundação de Saúde do Estado. Realizou o exame em uma clínica particular conveniada ao SUS e o cateterismo foi realizado em um Hospital Universitário especializado em Cardiologia. Durante o procedimento do cateterismo, apesar de estar submetida a uma anestesia e em um

momento de grande vulnerabilidade, D. Perspicácia foi questionada pela equipe médica se permitia a realização de mais um procedimento, uma angioplastia, com implantação de dois stents coronários. A usuária atônita, segundo referiu, assentiu a realização da angioplastia, pois foi informada pelos médicos das dificuldades que teria que enfrentar para conseguir acessar novamente aquele serviço. Ao retornar ao Centro Médico, conseguiu um encaixe para a consulta com sua cardiologista, que a receitou o uso de um medicamento por um ano, que não era fornecido pelo serviço. Foi orientada pela fisioterapeuta em como conseguir o remédio através da Farmácia Central do Estado, pois o medicamento tinha um elevado preço, o que dificultaria sua aquisição. Contudo, para obter o remédio via farmácia estadual, precisava de um formulário preenchido pela sua médica, justificando o uso da medicação e orientando a posologia. A profissional, alegando não gostar de preencher o documento, questionou o procedimento da usuária, constringendo-a e dificultando a obtenção dos remédios.

Ela disse: ‘a senhora é muito piranguera, a senhora é piranguera, Dona D. Perspicácia, porque dava pra comprar esse medicamento. Porque eu não gosto de preencher isso aqui. O remédio sai por menos de cinquenta por cento, que a senhora ia pagar’. [...] Aí minha filha foi, e ela preenchia errado, voltou umas três vezes, porque ela não gostava, preenchia e faltava umas besteirinhas.

A usuária, ainda envergonhada e pouco ciente de que, por ser uma obrigação da profissional fornecer esse documento, ela não estava lhe fazendo “um favor”, disse que não tinha condições de comprar o medicamento na época. “Talvez se fosse hoje, que eu já tenho meu benefício, eu até nem ia reclamar”.

Referências a atendimentos desrespeitosos e desumanizados de profissionais dos serviços, como o citado acima, foram referidos em outros trechos da entrevista de D. Perspicácia:

ai, quando eu cheguei na marcação, não vou lhe dizer que fui bem atendida assim, [...] de procurarem saber não. Só disseram que não tinha (consulta). Não era dia de marcação e não tinha como.

tem uns médicos aqui que muito mal olha pra você. ‘É o que? Sobre o que? É esse remédio aqui! Passe lá na farmácia e pegue esse remédio!

Atendimentos, como os mencionados, nos quais não se constroem relações recíprocas de respeito e de atenção, sem escuta ativa das queixas e necessidades de saúde do usuário, acabam por enfraquecer a possibilidade de criação de vínculos entre usuários e profissionais.

Os indivíduos, ao procurarem serviços de saúde, estão fragilizados pelos processos de adoecimento e buscam conforto e acolhimento de suas demandas, assim como informações sobre sua situação de saúde. A ausência de um atendimento humanizado pode dificultar a adesão ao tratamento, com rejeição da continuidade do mesmo, assim como prejudica a construção do empoderamento do usuário.

Os atendimentos em saúde são marcados pelo forte desrespeito aos direitos dos usuários e tem como características o processo de trabalho conduzido pela relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde (BRASIL, 2004b).

Como relatado na relação de D. Perspicácia com médica endocrinologista, as ações de cuidado se apresentam, algumas vezes, como atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor” dos profissionais, descaracterizando, portanto, o direito à saúde. O usuário do sistema, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional, sem o direito de questionar ou interferir no processo de cuidado (BRASIL, 2004b).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o caderno conhecido como HumanizaSUS, no qual propunha a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde. A humanização surge, então, como uma política transversal, que supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. A humanização deveria, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2004b).

A humanização deve perpassar a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis, acarretando um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades (ARRUDA; SILVA, 2012). O compromisso ético e político da humanização assenta-se no fortalecimento dos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade nos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

A humanização dos serviços de saúde implica transformar o próprio modo como se concebe o usuário do serviço, de objeto passivo a sujeito; de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. O enfoque à saúde apresenta-se numa dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico (MARQUES; SOUZA, 2010).

No que tange o atendimento específico ao usuário diabético, de acordo com Dias, Santana e Santos (2006), por encontrar-se na iminência de complicações inerentes de sua patologia, o diabético está sujeito a ansiedades, medos e expectativas de recuperação ou incapacidade. Esse aspecto emocional pode ser amenizado com a prestação de um cuidado humanizado que priorize o ouvir, o dialogar, o compreender e o orientar, suplantando um tecnicismo exclusivo. É imprescindível que o cuidado humanizado se sobreponha à mecanização para um adequado acompanhamento do usuário.

Contudo, apesar do longo tempo em que a Política Nacional de Humanização foi lançada, a trajetória de D. Perspicácia, assim como a de D. Resignação, explicitam que não houve completa adesão dos profissionais e dos serviços a essa mudança de prática, sendo ainda muito comum os atendimentos fragmentados e pouco comprometidos com a escuta e o compartilhamento do saber.

Nesse contexto, faz-se importante ressaltar o destaque dado por D. Perspicácia à médica cardiologista, que despendeu maior atenção ao seu caso, explicitando a raridade do comportamento da profissional. A usuária disse, ao se referir ao comportamento da profissional, que “pelo menos a gente via uma humanidade nela”. Durante o atendimento, a médica, além de buscar o histórico de procedimentos, através do prontuário, explicou sobre o seu adoecimento e os tratamentos que seriam realizados. Ainda, mobilizou profissionais conhecidos para garantir a continuidade do atendimento da usuária.

As ações da profissional, que despertaram a atenção de D. Perspicácia, não se distinguem ou excedem, contudo, o que se espera de um profissional de saúde responsável pelo cuidado dos profissionais que acompanha. A responsabilização é um atributo dos profissionais e serviços de saúde e está relacionada à existência de um compromisso com a saúde do usuário (ASSIS et al., 2010). A responsabilização diz respeito, então, ao compromisso assumido em oferecer cuidado em saúde, objetivando a melhoria da qualidade

de vida do usuário. Para tanto, deve-se construir uma relação profissional-usuário, marcada pelo vínculo, acolhimento, humanização, com vistas a uma clínica ampliada, resolutiva e comprometida (CARRIJO; RASERA, 2013). A necessidade de responsabilização dos profissionais, especialmente os médicos, que acompanham os diabéticos é urgente, considerando a importância da melhoria no acompanhamento desses usuários.

D. Perspicácia se refere ao Centro Médico como sua casa, pois “hoje ela sabe quase tudo”. Disse que, desde que recebeu o diagnóstico do diabetes, não parou mais de ir ao serviço e que “briga para não sair” de lá. Semelhante ao dito por S. Esperteza, refere-se ao Centro como um local completo, onde resolve todos os seus problemas de saúde e indica a busca por encaixes em consultas como uma prática comum, sempre que não consegue a marcação em um curto período de tempo.

Identifica como um único problema do serviço a necessidade de buscar marcação para consultas específicas, como oftalmologia, a partir da regulação da USF. Alega que a marcação de consultas a partir do centro de saúde tornou o processo mais lento e menos resolutivo, sendo algumas vezes encaminhada para serviços, nos quais não é acompanhada, o que prejudica a continuidade do seu cuidado. D. Perspicácia questiona ainda a qualidade dessa marcação, visto que os profissionais do Centro ficam algumas vezes ociosos, apesar da longa fila de espera para as consultas:

Se eu preciso ir pra um oculista, normal [...], eu tenho que ir no posto, pedir um encaminhamento, marcar um clínico, pra depois esse clínico passar um encaminhamento pra eu poder marcar um oculista. E no caso, como eu tenho tudo aqui, eu quero vim pra cá. Aí eu demoro ainda mais do que se eles escolherem o local. Eles ligam e dizem que tem uma consulta marcada, pra eu ir lá. Aí chega lá: ‘É a consulta do oftalmologista. A senhora vai pra tal canto.’ Aí eu digo: ‘Ah, pra tal canto, eu não quero não, quero é ir pro Centro, porque lá onde eu já tenho tudo.’ ‘Ah, pro Centro vai demorar mais, viu?’. Aí vai marcar, e eu vou ter que ficar esperando, se eu quiser vir aqui pro Centro. Não tenho a opção de dizer que vou pro Centro. E eu já ouvi falar que às vezes os médicos aqui ficam sem paciente. Entendeu? Os médicos aqui ficam sem paciente e lá no posto dizem que aqui no Centro tá lotado.

A usuária argumenta que, antes da regulação pela atenção primária, as marcações eram mais rápidas, porque os usuários se responsabilizavam por consegui-las de qualquer forma: “Porque a gente indo, a gente corre atrás. A gente dorme uma noite, passa o dia, mas consegue. Mas desse jeito, fica lá, minha filha. E a gente ainda corre o risco de tá lá toda semana: ‘Cadê? Chegou?’”.

Exemplificou a situação comparando as duas solicitações para realizar o exame de cintilografia. Na primeira vez, quando sua filha conseguiu a marcação, demorou menos que dois meses para realizar o exame. A partir da regulação da atenção primária, encaminhou a solicitação há sete meses e até agora o exame não foi marcado. A usuária já retornou à médica solicitante do exame, mas não tinha o resultado do exame para apresentar. Terá que marcar nova consulta para apresentar o resultado. D. Perspicácia aguardava, à época da entrevista, a marcação de uma consulta com o oftalmologista, com o reumatologista, além de dois exames, todos regulados a partir da atenção básica.

Reiterando a discussão realizada na trajetória de S. Esperteza sobre a coordenação da rede de atenção à saúde a partir da atenção primária, verifica-se também nos relatos de D. Perspicácia a fragilidade do processo de coordenação na atual conformação dos níveis de atenção, resultando em baixa resolutividade às necessidades de saúde dos usuários. Ressalta-se a comparação apresentada pela usuária entre o tempo gasto para acessar um serviço quando se tem a regulação da atenção primária e quando não há regulação e os usuários traçam seus caminhos de forma independente, sem apoio dos sistemas formais. Infelizmente, a busca individual de D. Perspicácia se mostrou mais resolutiva do que a atenção primária, fornecendo ainda mais subsídios para seus questionamentos sobre a efetividade real da atenção básica em seu papel regulador.

Faz-se imprescindível ratificar que não é objetivo desse estudo discutir o papel da atenção primária como coordenadora e ordenadora das redes de atenção à saúde. Contudo, a problematização, diante dos achados identificados nas trajetórias, de sua capacidade na atualidade de exercer essas funções é fundamental, inclusive para induzir as reformulações necessárias para que possa desempenhar com eficiência essas importantes funções.

Feita essa observação, é fundamental apontar que D. Perspicácia relatou que muitos de seus trajetos foram traçados por sua conta, sem a presença de um serviço ou profissional que se responsabilize pela coordenação e ordenamento do seu cuidado na rede.

A coordenação do cuidado, relacionada com a articulação entre os diversos serviços e ações, prevê que os cuidados prestados estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA et al., 2010). A coordenação reflete-se na existência de uma rede integrada, desde a Atenção Primária à Saúde aos prestadores de maior densidade tecnológica, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e

experienciadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais (ALMEIDA et al., 2010) . Logo, a coordenação seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário.

A fragilidade no processo de coordenação do cuidado, expressa na trajetória de D. Perspicácia e também dos outros usuários entrevistados, pode estar relacionada a ainda presente fragmentação do sistema de atenção à saúde. Os sistemas fragmentados são caracterizados por não haver uma comunicação entre os níveis de atenção, o que prejudica a garantia da integralidade do cuidado do usuário (MENDES, 2012).

A fragmentação da atenção se expressa na trajetória de D. Perspicácia a partir da necessidade de buscar pessoalmente e repetidamente acesso nos serviços, apesar da existência de uma central de regulação, que deveria intermediar as marcações de consultas. O acesso aos serviços é obtido, segundo relatos da usuária, através de busca ativa. D. Perspicácia, cansada de esperar pelas marcações do sistema de regulação, bateu à porta dos serviços, muitas vezes desmunida de encaminhamentos, mas cheia de esperança de encontrar atendimento e resolução para seus problemas. A caminhada por conta própria na rede pode resultar em satisfação das demandas do usuário, quando se alcança o desejado atendimento, ou em grande frustração, ao se deparar com dificuldades maiores do que ele sozinho pode superar.

A falta de integração na rede de serviços de saúde, expressa pela independência e isolamento de cada um dos serviços que a compõe, prejudica a assistência integral ao usuário, que, apesar de estar acessando o sistema em um dos seus pontos (serviços) e ter a comprovada necessidade de ser assistido por um serviço de maior densidade tecnológica, não consegue ser referenciado a outros serviços, devido a existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 332):

a integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Conforme já mencionado nesse estudo, a imagem ideal “é um sistema sem muros, no qual se eliminariam as barreiras de acesso entre os diversos pontos de atenção interligados por

corredores virtuais” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332). Assim, para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias dispõe da totalidade dos recursos necessários para o cuidado integral do usuário (ALMEIDA et al., 2010).

A fim de reduzir essa desintegração da rede, Cecílio (2009) propõe a gestão do cuidado, que, em uma perspectiva mais sistêmica, é caracterizada como um conjunto de serviços de saúde, com diferentes funções e graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Assim, para definição de fluxos de referência e contrarreferência, devem ser definidos protocolos e centrais de marcação de consultas, com o objetivo de garantir o acesso ao usuário às tecnologias de cuidado de que necessita. As trajetórias relatam, contudo, que apesar de existirem alguns mecanismos para a gestão do cuidado os usuários, não verificam benefícios na coordenação de seus cuidados, relatando, inclusive, ser mais eficiente a busca por conta própria pelos atendimentos.

Outra importante questão relativa aos traçados de D. Perspicácia diz respeito à necessidade da usuária relatar sua história de adoecimento e cuidados quando é consultada, especialmente nos atendimentos fora do Centro, explicitando uma fragilidade na continuidade do seu cuidado.

Para Starfield (2002), a essência da coordenação do cuidado é a disponibilidade de informações a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados, podendo ser facilitada a partir de instrumentos, como os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados. Os prontuários no Centro Médico não são eletrônicos e acumulam informações de anos de assistência dos usuários, extremamente importantes para seu acompanhamento, mas disponíveis de forma pouco acessível aos profissionais do serviço. Quanto aos profissionais de fora do Centro, as informações não são disponíveis, sendo os relatos feitos exclusivamente pelos usuários, que nem sempre estão empoderados para relatar na íntegra seu histórico de atenção.

Nos países europeus, é reconhecido que a gestão da doença crônica, com o acompanhamento contínuo por anos ou até mesmo décadas dos indivíduos que apresentem essas enfermidades, é um dos mais importantes desafios que enfrentam os sistemas de saúde

atualmente (SCHELLER-KREINSEN; BLÜMEL; BUSSE, 2009). Na região da América Latina ainda são incipientes reformas centradas na coordenação dos cuidados, sendo caracterizadas por territorialização dos serviços e adscrição de clientela, informatização de histórias clínicas, centrais de marcação de consultas, equipes de especialistas como apoio para a Atenção Primária à Saúde, criação de redes com gestão regional e/ou municipal (ALMEIDA et al., 2010).

Entendendo a importância da coordenação e da ordenação do cuidado para a garantia de uma atenção integral, é fundamental que haja um estímulo para seu fortalecimento, visto que sem elas a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa (STARFIELD, 2002).

Estudos apontam que a capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados mais coordenados ao minimizar barreiras de acesso entre níveis assistenciais, oferecer atenção em saúde mais sincronizada e em tempo oportuno pode ser otimizada pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial (CONILL; FAUSTO, 2007; HAGGERTY et al., 2009; HOFMARCHER et al., 2007; SISSON et al., 2011). Os serviços de Atenção Primária à Saúde, como já discutido nessa dissertação, pelos atributos que os caracterizam (STARFIELD, 2002), seriam os mais adequados para assumirem a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento. Contudo, caso não seja possível, devido ao seu enfraquecimento e desintegração junto à rede, segundo Cecílio (2012), a coordenação pode ser assumida a partir de múltiplas configurações, a depender do contexto locorregional do sistema de saúde.

As experiências relatadas nessa dissertação indicam frágeis mecanismos de coordenação e ordenação nas trajetórias, agravados pela dificuldade de acesso a assistência especializada e a ausência de vínculo com a atenção básica. Situação semelhante foi identificada no estudo de Almeida, Giovanella e Nunan (2012), que verificou que a insuficiente oferta de atenção especializada é barreira quase intransponível para a coordenação entre níveis, acarretando em longos tempos de espera e impossibilidade de cuidado oportuno, por mais desenvolvidos que estejam os mecanismos de integração da rede. Ainda, e em semelhança a esse estudo, que a APS ainda não seja a coordenadora do ciclo de cuidados, devendo ser fortalecida para que possa assumir tal papel.

Considerando, portanto, que a coordenação é compreendida como atributo necessário para responder aos problemas de saúde da população de forma integral (HAGGERTY et al., 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), é imperativa a necessidade de reorganização dos processos de coordenação e ordenamento da atenção dos diabéticos na rede de saúde, com vistas a garantia de um cuidado longitudinal e de qualidade.

Em concordância com as dificuldades de coordenação discutidas acima, a usuária, por entender que a completude da sua atenção é fornecida pelo Centro Médico, não faz acompanhamento no Centro de Saúde da atenção básica, que cobre a região em que sua casa está localizada.

D. Perspicácia, assim como os usuários anteriores, não constituiu vínculo com os profissionais da atenção primária e, apesar de alegar que compreende a importância desse serviço, exemplificando a partir do cuidado da equipe com os seus vizinhos, questiona a resolutividade dos profissionais da atenção primária, especialmente dos agentes comunitários de saúde (ACS): “nunca perguntava nada pra ela saber informar. [...] ela dizia ‘ah, sei não, sei nem te dizer, vai no posto”.

Atualmente, houve mudança do profissional e o novo ACS não faz visitas à sua casa há mais de um ano, o que a fez novamente questionar a importância desse profissional na assistência à saúde.

No que tange à retinopatia diabética, a usuária relatou que sempre teve problema de visão, mas a endocrinologista a informou que sua dificuldade estava relacionada ao diabetes:

Não é o óculos, D. Perspicácia. Isso aí é o açúcar que está muito alto e uma das primeiras coisas que atinge é a vista. Se eu passar a senhora pra ir pra um oculista agora, quando sua glicose estabilizar a senhora vai perder o óculo porque o grau vai ficar muito alto.

Continuou o acompanhamento oftalmológico no Centro, contudo em sua última consulta o médico visualizou alguns raios de sangue na retina e cogitou a necessidade de realizar tratamento com laser. Encaminhou-a para realização de exames de retinografia e consulta com especialista em retina. A usuária está aguardando atendimento com o médico, visto que o mesmo “não pega encaixe” e ela, explicitando o seu desagrado em buscar a atenção primária, disse que teve que ir “no bendito posto” solicitar a marcação.

Em relação ao acesso aos medicamentos necessários para o controle do diabetes, D. Perspicácia não consegue todos os medicamentos que precisa usar no Centro e refere que precisa comprar três, sendo dois para controle pressórico e um para controle do colesterol sérico.

A usuária afirmou que nunca precisou ser atendida em serviços de urgência e emergência para controle glicêmico e refere ter conhecimento sobre a atenção à saúde que recebe. D. Perspicácia foi a única usuária entrevistada que referiu processos de autocuidado e de protagonismo no seu cuidado em saúde. Relatou que: “guardar doença num adianta. Depois que descobri que doença tem tratamento... porque eu nunca me tratava certo. Depois da diabetes [...], quando entrei aqui nesse posto, e comecei a ouvir palestra, eu comecei a me cuidar”.

Uma parte fundamental de qualquer processo terapêutico é o esforço para aumentar a capacidade de autonomia do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida (CAMPOS, 1997). A mudança no comportamento do paciente diabético em relação ao seu estilo de vida é influenciada pelo conhecimento que esses possuem acerca de sua doença e, também, por outros fatores tais como o significado da doença, os riscos e os métodos de controle além do autocuidado (MAIA et al., 2013).

Medidas de autocuidado que propiciem um controle glicêmico adequado devem ser priorizadas, sendo que ações educativas configuram-se como ferramentas resolutivas para a diminuição da ocorrência das complicações do diabetes (PEREIRA; TORRES; CANDIDO, 2009; OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008). Evidências mostram que usuários que participaram de atividades educativas sistematizadas tiveram diminuição estatisticamente significativa dos níveis de hemoglobina glicada, assim como o aumento do conhecimento sobre o gerenciamento da doença (TORRES et al., 2011).

Por ser uma doença crônica e de complexo tratamento e controle, as abordagens curativas e tradicionais direcionadas a usuários com diabetes baseadas na transmissão de informações e no cumprimento de prescrições não alcançam as reais necessidades desse público em atingir o adequado controle metabólico da doença (COSTA, 2014; CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009). É fundamental a adoção de práticas educativas como a

educação em grupo que realmente alcancem as necessidades do usuário, considerando o contexto de vida e a complexidade do adoecer e do viver com uma doença crônica que exige do usuário uma série de condutas em benefício de sua própria saúde, ou seja, prática de autocuidado relacionadas a adoção de uma alimentação saudável e a prática de atividade física regular (CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009; OLIVEIRA; ZANETTI, 2011; TORRES et al., 2009).

Apesar da importância da responsabilização e empoderamento dos sujeitos pelo seu cuidado em saúde, apenas D. Perspicácia mencionou a realização de ações de autocuidado, fortalecidas a partir de atividades de educação em saúde, realizadas no Centro. A ausência de diálogos entre os profissionais e seus pacientes acaba por enfraquecer a autonomia dos usuários, tornando-os pouco empoderados para gerirem sua atenção à saúde. Nas entrevistas foram referidas algumas ações de educação em saúde realizadas pelo Projeto Bom Dia, porém relatos demonstram pouca valorização por parte dos profissionais na promoção da saúde e no estímulo à autonomia do usuário.

Nesse sentido, ressalta-se que o fator mais relevante na dinâmica atual da relação profissional-paciente diz respeito à autonomia e busca do conhecimento por parte do usuário (ROCHA et al., 2011). Faz-se necessário que, além do suporte técnico-diagnóstico, os profissionais necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença e também fortaleçam os vínculos entre médicos e usuários (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

A educação em grupo, conforme verificada nas ações do PBD, tem potencial para melhorar a qualidade de vida do usuário com diabetes, pois o considera agente transformador de sua realidade e colabora para que ele seja capaz de se responsabilizar por seu autocuidado (TORRES et al., 2009). A prática de educação em grupo para o empoderamento em diabetes é baseada no diálogo entre o profissional de saúde e o usuário para desenvolver a reflexão crítica sobre as barreiras que os impedem de realizar as práticas de autocuidado; descobrir a capacidade para cuidar de sua saúde e ser responsável por si próprio; é um processo em que o usuário é educado a tomar as decisões que afetam sua saúde, (COSTA, 2014). O trabalho com usuários com diabetes, fundamentado na abordagem do empoderamento tem se mostrado efetivo em encorajá-los a realizar as práticas de autocuidado alcançando melhor controle metabólico, em oferecer auxílio na identificação e superação de barreiras, em colaborar para

que se conheçam melhor, em auxiliá-los na elaboração de metas realistas para o autocuidado (ANDERSON et al., 2009; TOL et al., 2013)

Aponta-se como urgente o fortalecimento das ações de educação em saúde no Centro Médico, voltada ao estímulo ao autocuidado e ao fortalecimento da autonomia dos diabéticos para o manejo das suas situações de saúde. Situação semelhante já havia sido identificada por Oliveira (2011, p. 76), que referiu não ter verificado no Centro um processo bem estabelecido de educação em saúde e que essa deveria:

ser assumida como uma prioridade na organização de um serviço especializado e revelada como um dos pilares do tratamento, oferecendo aos usuários competências para lidar com a condição de portadores de uma doença crônica com importantes repercussões em suas vidas.

D. Perspicácia foi denominada assim por ter expressado em sua trajetória uma compreensão da organização do sistema de saúde, tendo, inclusive, feito análises críticas dos processos de acesso dos serviços e de fluxo dentro da rede de atenção à saúde.

Por entender a rede de saúde, verificou-se que a usuária resolve suas necessidades com maior facilidade do que os outros usuários entrevistados, buscando serviços a partir de traçados próprios, quando verifica que o sistema formal de regulação não lhe fornecerá a assistência necessária com presteza e resolutividade. Ao reconstruir seus percursos, D. Perspicácia desvela falhas na rede de atenção à saúde e busca os caminhos que permitirão satisfazer suas necessidades em saúde.

Ao ter ciência da necessidade de entender sua situação de saúde e desenvolver práticas de autocuidado, se transpõe da posição de paciente para a de sujeito ativo no seu processo de cuidado. Empoderada de conhecimentos sobre o manejo da sua doença, evita o surgimento de outras complicações e melhora sua qualidade de vida. Ciente das possibilidades de cuidado que o Centro Médico tem a lhe oferecer, “finca os pés” no chão do serviço e esbraveja que dali ninguém a tira.

D. Perspicácia compreende o seu processo de cuidado dentro da fragmentada rede de saúde e percorre com seus próprios pés, sempre que necessário, novos caminhos em busca da desejada atenção integral.

A trajetória assistencial da D. Perspicácia está representada na **figura 5** a seguir:

5.1.4 Trajetória Assistencial da Dona Culpa

D. Culpa é uma mulher de 67 anos, comerciante, dona de um pequeno estabelecimento em sua residência e que estudou até o ensino fundamental, não o tendo concluído.

É portadora do Diabetes Mellitus tipo II, tendo diagnosticado a doença há 25 anos. Além do DM, tem hipertensão arterial, artrite e artrose. Fez uma cirurgia de revascularização miocárdica há dois anos. Tem retinopatia diabética grave, com sério comprometimento da visão, não enxergando mais com o olho direito e com apenas 50% da visão do olho esquerdo.

A primeira entrevista foi realizada na sala do Projeto Bom Dia, no Centro Médico, após D. Culpa concluir os exercícios fisioterápicos. Nesse momento, estava acompanhada de sua cunhada. Ao analisar os dados obtidos com a entrevista, verificou-se a necessidade de esclarecer algumas informações e marcou-se uma segunda entrevista, que foi realizada na residência da usuária, na presença de sua filha.

No momento em que a primeira entrevista foi realizada, D. Culpa havia ficado viúva há dois meses, tendo seu marido falecido em uma crise de enfisema pulmonar. Reside em sua casa com uma filha, um genro e um neto adolescente. Sua residência fica próxima ao centro médico, contudo D. Culpa refere não ter mais condições de se locomover sozinha para o serviço de saúde, devido sua perda de visão. Por esse motivo depende das filhas e da cunhada para frequentar o PBD. Atualmente não possui mais plano privado de saúde, mas possuiu o seguro por cinco anos.

Iniciou a entrevista contando que recebeu o diagnóstico de DM quando tinha 42 anos e foi internada, devido a uma paralisia intestinal, em um hospital particular, que já não mais existe. Ao fazer alguns exames, verificaram que sua glicemia estava muito elevada. D. Culpa disse que já havia sido aconselhada antes por parentes, devido ao risco de ser diabética: “Então minha família tendo diabete, minha mãe principalmente, minha avó, eu certamente seria mais uma portadora do diabete [...]. É como se fosse hereditário [...]”.

Ao receber o diagnóstico, foi orientada a realizar exames adicionais e a se consultar com especialistas, como endocrinologista e nutricionista. Marcou uma consulta com um médico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e recebeu dele a confirmação da doença. O médico lhe informou que ela “não estava uma pré-diabética, não. Tava diabética! E

não faz pouquinho tempo não, viu? Porque está altíssima!”. O profissional receitou um medicamento e a encaminhou a um nutricionista, além de recomendar a prática de atividade física: “a senhora vai pra nutricionista, vai tomar esse medicamento e a senhora vai, no mínimo, caminhar 30 minutos por dia”. Segundo D. Culpa, o médico usou de “toda aquela arrogância dele” para mostrar que ela estava errada em suas atitudes, hábitos e conhecimentos.

D. Culpa referiu que, ao receber o diagnóstico de DM, realizou algumas mudanças de hábitos, frequentando academias de ginástica. Disse, contudo, que apesar de ter se consultado com um nutricionista, nunca seguiu a dieta que lhe foi passada. Porém, com a adoção da prática de atividade física, houve uma redução significativa dos níveis de glicose sérica e a usuária achou que tivesse curada do diabetes, o que explicita a falta de informação e o desconhecimento sobre a doença que possui.

Entrei na academia, entrei na hidroginástica e quando voltei a fazer o exame, estava 114. Então aí eu pensei que eu estava muito bem e que a diabete não existia mais. Parei com tudo, assim, parei de procurar médico, parei de tomar o medicamento, voltei a comer o que eu queria e o que eu gostava.

A fragilidade do conhecimento da usuária sobre o diabetes evidencia as debilidades da educação em saúde e de autocuidado e autonomia do sujeito frente ao processo de adoecimento e cuidado, ao qual está submetida, conforme discutido na trajetória de D. Perspicácia. O conhecimento sobre a fisiopatologia, o curso clínico e o tratamento da doença são imprescindíveis para o devido empoderamento da usuária como centro da sua atenção à saúde. Entender o diabetes como uma doença crônica, com tratamento, mas sem cura deveria ser uma das primeiras informações fornecidas ao indivíduo, considerando que trazem consigo a necessidade imperativa da mudança de hábitos de vida de forma permanente. É possível deduzir que o profissional que a informou sobre o diagnóstico da doença e a estimulou a adotar hábitos mais saudáveis, como mudanças alimentares e prática de atividade física, negligenciou a informação sobre as características da doença.

D. Culpa refere que passou anos sem realizar consultas médicas, sem tratamento medicamentoso e sem mudanças no estilo de vida. “Não tinha nada, né? Tudo o que comia naquele momento não me fazia mal!”.

Passados alguns anos, contratou um plano privado de saúde, empresa que segundo D. Culpa fechou por falência. Permaneceu com o plano por aproximadamente cinco anos.

Através dele realizava consultas periódicas a uma médica endocrinologista. Através do plano de saúde privado fez também exames e consultas em médicos oftalmologistas que, à época, já referiam a necessidade de realizar exames mais especializados, a fim de verificar a existência de possíveis comprometimentos na retina. Com a falência do plano de saúde, ela passou mais um período sem acompanhamento médico.

Após anos desassistidos, D. Culpa marcou, há aproximadamente 12 anos, uma consulta com endocrinologista no Centro Médico. Desde então, é acompanhada pela mesma médica endocrinologista. Segundo D. Culpa, a médica é a profissional responsável pelo seu cuidado, sendo ela quem a usuária busca quando tem dúvidas sobre sua saúde. Além do acompanhamento de endocrinologia, realiza no Centro também consultas com os médicos especialistas em angiologia, cardiologia e oftalmologia (geral e especialista em retina).

Uma cardiologista do serviço diagnosticou a necessidade urgente em realizar uma revascularização miocárdica. Os procedimentos foram realizados há dois anos em um hospital particular conveniado ao SUS. O acesso ao serviço foi mediado através da rede de contatos da médica que “escreveu uma cartinha ao doutor”, em situação semelhante à trajetória de S. Esperteza. D. Culpa e sua filha reiteraram a boa qualidade do atendimento que a usuária recebeu no referido hospital e a atenção que a equipe médica dispensou para a paciente. “Os procedimentos dos médicos com ela, independente de ser do SUS, só vendo o tratamento. Mas é coisa rara!”.

D. Culpa foi submetida à revascularização, na qual foram realizadas duas pontes com a veia safena e uma com a veia mamária. A usuária relatou que sentiu melhora significativa do seu estado de saúde após os procedimentos, sendo possível retomar algumas de suas atividades normais, como descer as escadas, tomar banho em pé e retornar ao Projeto Bom Dia.

D. Culpa é acompanhada há cinco anos no PBD, realizando atualmente exercícios fisioterápicos, para o condicionamento cardíaco. Ela ressalta, porém que, após o primeiro ano no projeto, recebeu alta para que desenvolvesse seus exercícios em um polo do Programa Academia da Cidade (PAC), próximo à sua residência. Contudo, por não ter se adaptado, não aderiu às atividades e abandonou o PAC. Retornou posteriormente ao PBD. Expressa relação de carinho com os profissionais do Projeto Bom Dia e com os demais usuários do projeto. O

trecho em sequência descreve a relação estabelecida pela usuária com o projeto e suas profissionais:

Ali (no PBD) é feito com muito amor, as meninas (profissionais do projeto) são um amor. Você mede pressão, você mede a glicose [...] As meninas tão sempre em cima de você, elas não deixam você fazer um procedimento sozinha. Super bem acompanhado. Eu, sendo prefeito, uma pessoa que tivesse um poder ‘requisitivo’ maior, político, não deixava aquilo ‘de mão’ de jeito nenhum. Porque aquilo ali é uma mãe. Uma criatura como Dr^a Fisioterapeuta, existem poucas.

Além de D. Culpa, todos os outros usuários expressaram forte vínculo com a equipe do Projeto Bom Dia, conforme pode ser verificado nas entrevistas. O PBD os oferece um acompanhamento sistemático e semanal de suas necessidades de saúde e é construído a partir do estímulo à prevenção de agravos e complicações e da promoção da saúde. As suas ações vão além das práticas assistências limitadas à doença do usuário e estimulam a construção de um sujeito não-paciente, a partir da educação em saúde.

Os usuários relatam o estabelecimento de forte vínculo com os profissionais que compõem o serviço. Houve relatos de responsabilização da equipe do PBD pelos usuários, como pode ser verificado na fala de D. Culpa. O atendimento humanizado é uma constante nas falas, além dos processos de acolhimento e do cuidado longitudinal. A equipe multiprofissional possibilita um olhar mais holístico ao usuário, sem que haja uma segmentação em especialidades.

As ações do Projeto Bom Dia aparentam ter a integralidade como diretriz norteadora, sendo desempenhada a partir do trabalho em equipe. Segundo Bastos (2008), através do trabalho em equipe, no qual se ouve, vê e percebe as necessidades dos usuários, buscando a resolubilidade para suas necessidades de saúde, a partir da responsabilização. Urge, dessa forma, a ampliação das ações oferecidas aos usuários, superando a fragmentação da assistência e o reducionismo focado na doença.

O PBD se caracteriza como um “oásis” de atenção integral inserido em um serviço caracterizado pela assistência fragmentada, curativa, focada no doente, médico-procedimento-centrada e sem efetiva integração com o restante da rede de atenção. Contudo, é imprescindível ressaltar que o serviço tem uma “estreita porta de entrada”, só sendo possível ser acessado por usuários assistidos no Centro Médico e encaminhados pelos especialistas do serviço. Diante do importante papel que exerce no cuidado dos usuários entrevistados nesse

estudo, destaca-se a necessidade de expansão de suas atividades para o restante da rede ou a multiplicação de projetos com ação semelhante.

Com relação ao acompanhamento oftalmológico, D. Culpa o faz no Centro Médico. Durante uma consulta, verificou-se um comprometimento em sua visão, tendo sido encaminhada a um especialista também dentro do serviço. Foi diagnosticada com retinopatia diabética e o médico a aconselhou buscar um especialista em retina de fora do Centro. Considerando a gravidade da situação, recomendou-se que a consulta fosse realizada urgentemente, para evitar maiores prejuízos à sua acuidade visual. Não houve, contudo, um encaminhamento formal do médico solicitante, o que gerou grande dificuldade para conseguir o atendimento, conforme dito pela usuária: “demorei muito a conseguir, quase dois anos”.

Devido ao longo tempo de espera para a consulta, D. Culpa foi submetida à terapia de fotocoagulação, para evitar maior agravamento do caso. A usuária realizou sessões no próprio centro de especialidades, em um Hospital Privado conveniado ao SUS e em um Hospital Filantrópico conveniado ao SUS. No último, contudo, ao se queixar de dor devido ao procedimento, o médico se negou a concluí-lo. Segundo D. Culpa, “ele (o médico) gritou comigo assim: ‘se é pra ficar assim, não vou prosseguir o tratamento’”. O procedimento foi interrompido sem maiores explicações à usuária, que teve o atendimento suspenso. Esse é mais um exemplo de atendimento sem humanização e acolhimento aos quais os usuários foram submetidos, conforme já discutido.

Após dois anos de espera, nos quais D. Culpa e sua filha foram várias vezes no consultório ou tentaram contato telefônico, conseguiu a vaga para o especialista de retina. O médico, ao examiná-la, verificou a necessidade urgente da realização de um procedimento cirúrgico para evitar o agravamento do quadro, solicitando o encaminhamento para realizar exames adicionais e já marcando a cirurgia para os próximos dias. Aparentava que tudo aconteceria conforme o desejado e que as dificuldades em acessar o serviço seriam minimizadas, pois D. Culpa seria submetida à cirurgia necessária para evitar a perda da visão.

Entretanto, ao buscar informações sobre como deveria proceder em relação a uma sessão de fotocoagulação que tinha marcada para o dia antes do procedimento cirúrgico, se surpreendeu com a reação do médico, que negou a continuidade de sua assistência:

Perguntei a ele porque sou leiga no assunto. Eu não sei e ele era quem podia me dar a resposta. Era só ele responder a senhora vai ou a senhora não vai.

[...] ‘A senhora não vai fazer a cirurgia? Deixe o laser para quando a senhora ficar boa da cirurgia’. Mas ele me respondeu bruscamente. Ele falou que eu procurasse por meu médico: ‘a senhora tem onde se tratar e está tomando o lugar de quem não tem!’. [...] Eu disse a ele que Dr Oftalmologista, do Centro Médico, me mandou procurar o especialista e por isso estava ali. Ele disse: ‘volte pro seu médico e diga a ele que mande por escrito uma requisição pra mim.

D. Culpa relatou essa história chorando e disse que o médico se dirigiu a ela aos gritos. Solicitou ao seu assistente que arquivasse o prontuário dela e a informou que em sua clínica, ela não seria mais atendida. A usuária relatou que o médico disse que ela estava “tomando o lugar de um outro paciente que precisava mais que ela e que ela fosse lá nesse doutor que passou o laser e se resolvesse com ele”.

Após dois anos de espera e muitas tentativas traçadas individualmente para enfim conseguir o acesso a essa consulta especializada, D. Culpa ficou sem o atendimento do especialista. A usuária relata o acontecido, expressando um sentimento que mistura a perplexidade e a incompreensão com o que ocorreu, considerando que ela estava apenas buscando orientação quanto aos procedimentos aos quais seria submetida, com a insatisfação pelo atendimento desrespeitoso, pela minimização dos seus problemas de saúde e por ter lhe sido negada a continuidade de um tratamento, que ela batalhou bastante para conseguir.

Com muito pesar e mais choro, D. Culpa disse que acha que vai ter perdido a visão dos dois olhos, quando conseguir novamente uma consulta com um especialista em retina. Como já mencionado, a usuária perdeu a visão do olho direito, e enxerga apenas 50% com o esquerdo. Na tentativa de dar continuidade à sua assistência oftalmológica, tentou marcar uma consulta para Dr Oftalmologista, mas devido ao processo de marcação de consultas no Centro Médico, só conseguiu agendá-la para o semestre seguinte. Esse fato a aflige ainda mais, pois o longo período de espera pode significar ausência de tempo hábil para a realização de procedimentos que estacionem a progressão da retinopatia e evitem a cegueira completa.

Ao avaliar essa passagem da trajetória de D. Culpa é possível, sem grandes dificuldades, elencar algumas falhas assistenciais às quais a usuária foi submetida nesse trecho de sua história: ausência de encaminhamentos formais, dificultando o acesso ao serviço buscado; fragilidade na integração entre os serviços na rede de saúde; longo período de espera para acessar um serviço; acesso possibilitado devido a busca incessante da usuária, sem a mediação da regulação; não ter conseguido o acesso ao serviço em tempo hábil para evitar o agravamento da complicação; atendimento desumanizado, sem acolhimento, sem respeito às

necessidades da usuária; ausência de coordenação do cuidado, com a usuária “vagando” na rede, tentando receber o cuidado pretendido; negação da assistência e estabelecimento claro da relação de poder médico-paciente.

Considerando que os problemas identificados já foram discutidos nas trajetórias anteriores, faz-se necessário abordar a relação assimétrica claramente estabelecida entre o médico e D. Culpa. Infelizmente, outros trechos da trajetória de D. Culpa são marcados pelo desrespeito dos profissionais com a usuária, evidenciando a existência de relações de poder assimétricas, especialmente em suas vivências com os profissionais médicos, conforme pode ser verificado abaixo:

Mas como esse Dr. Especialista em retina é uma pessoa muito grossa e ignorante, ela perguntou pra ele. Ele não teve a educação de explicar a ela que não seria necessário. Só deu os gritos dele e disse que tirasse a ficha, que lá morreu, e que ela corresse pro médico, e visse com ele o que é que ia fazer. Porque com ele, Dr. Especialista em retina, D. Culpa não ia ter mais procedimento nenhum. (Filha de D. Culpa e sua acompanhante ao se referir ao atendimento do Dr Especialista em retina à sua mãe)

E eles são pagos pra isso. Recebem bem, porque médico recebe bem. Não tem só um emprego. Tem obrigação de tratar o ser humano bem, independente de estar calçado ou com o pé no chão. É uma obrigação tratar bem, mas não somos bem tratados. (D. Culpa ao se referir ao tratamento dos profissionais médicos com os usuários)

Eu disse: ‘Doutora, ele tá passando mal’. Ela me deu um grito: ‘A médica aqui sou eu. Eu pedi sua opinião?’. (D. Culpa ao se referir à uma médica que atendia seu marido, enquanto ela o acompanhava na consulta)

A trajetória de D. Culpa é marcada pelos profissionais que não valorizaram as experiências e seus conhecimentos e, por isso, tiveram os vínculos da relação profissional-usuário enfraquecidos. Estabeleceu-se entre eles uma relação assimétrica, caracterizada por desproporcionalidade de poder, na qual o profissional exerce o papel de “dono do saber” e o usuário, de depósito de informações (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014). O estabelecimento de relações assimétricas é contrário a constituição de vínculos, visto que evidencia relações de poder entre profissional e usuário.

O problema da relação hierarquizada entre médicos e usuários foi objeto da revisão realizada por Caprara e Rodrigues (2004), na qual foi identificado que o desenvolvimento da medicina contribuiu para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo, assim, o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade. As novas

e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre médico e paciente (PEREIRA; AZEVEDO, 2005). Segundo Merhy (1997), a relação profissional-usuário é um desafio para a construção de um novo modelo de trabalho em saúde.

Além disso, a especialização demasiada dos médicos leva a avaliações cada vez mais segmentadas (ROCHA et al., 2011), conforme pode ser visualizado na entrevista de D. Culpa: “ele (Dr. Especialista em retina) se preocupou em saber de nada não. Ele só se preocupou com a visão mesmo.”

Segundo Caprara e Rodrigues (2004) atualmente existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade. Rámirez-Duque et al. (2010) relatam, ainda, que o crescimento das especialidades médicas pode trazer consequências econômicas e sociosanitárias negativas, como o aumento dos custos, a repetição desnecessária de exames complementares, a duplicidade de tratamentos e ausência de um médico de referência que coordene os diversos processos que envolvem o paciente.

A relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação, tratados através de temas como o grau de satisfação do usuário do serviço de saúde, o counselling – o aconselhamento, a comunicação médico-paciente, e o sofrimento do paciente (CAPRARA; FRANCO; 1999; ROCHA et al., 2011).

Uma melhor relação médico-paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação do usuário e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

De acordo com Caprara e Rodrigues (2004), observa-se uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre profissionais e usuários, possibilitando uma melhor qualidade na relação. Também é conduzida uma reflexão sobre a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente, para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente. Para tanto, urge a necessidade de mudanças na formação desses profissionais, que adquirem conteúdos e

técnicas que consideram apenas as queixas físicas dos pacientes (GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004).

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários dos serviços de saúde é essencial para a qualidade da clínica e do controle social efetivo e deve cumprir os objetivos de ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na sua condição de sujeito.

Assim, a importância do estabelecimento de relações horizontais entre profissionais de saúde e usuários, se faz necessário a institucionalização e o fortalecimento de mecanismos que punam os profissionais que tenham essas práticas. Por outro lado, é imprescindível também mudanças na formação na área de saúde, tendo a humanização como diretriz que guie esse processo.

Uma das queixas de D. Culpa quanto ao funcionamento do Centro Médico, diz respeito ao longo período de espera para realização de consultas e exames. Ela referiu que, apesar da médica ter solicitado exames com urgência, a requisição passou um ano no serviço e o exame não foi marcado. O mesmo ocorre para marcação de consultas, como no caso da cardiologista. Apesar da usuária ser cardiopata, só conseguiu marcar consulta para junho de 2015, ou seja, mais de dez meses entre a marcação e a consulta.

Semelhantemente aos outros entrevistados, uma grande dificuldade está relacionada à necessidade de procurar uma Unidade de Saúde da Família para marcar alguns exames e consultas, que antes eram agendadas no próprio centro. Segundo D. Culpa, a regulação pela Atenção Básica “piorou demais” as marcações. “Piorou muito, porque você não tem como chegar lá e conversar nada. É: ‘me dê o requerimento e pronto! E aguarde a ligação! E pode aguardar, que é pro resto da vida’”. A queixa se estende ao serviço de marcação por via central telefônica que, segundo a usuária, também não funciona.

Quando questionada se buscava cuidado na USF, D. Culpa disse que só procura a unidade de saúde para entregar as requisições vindas do centro. Não há vínculo e nem acompanhamento da D. Culpa ou de sua família pela equipe de saúde da família, conforme pode ser verificado na frase em seguida:

O lado de cá não tem privilégio de nada. Se passar um agente de saúde agora e for lá perguntar ele vai dizer: ‘Vai ter que ir lá (no posto). Porque eu não posso fazer nada’. Já no outro lado, na mesma rua, tem um atendimento totalmente diferente. A médica vem até em casa em caso de necessidade.

D. Culpa e sua filha relataram que o acesso à atenção em saúde de qualidade é um direito. Contudo, relataram na entrevista que procuram formas complementares de cuidado, quando a rede de serviços públicos não lhes oferecem o atendimento e o tratamento que buscam. Atualmente a família tem custeado alguns exames e consultas em médicos especialistas, quando não conseguem a marcação em tempo hábil. O mesmo vem acontecendo com um tratamento de acupuntura, que procurou diante de um quadro de dor intensa. “E durante esses intervalos todos [...], é uma consulta ou outra particular, um exame, essa acupuntura mesmo”.

Esse custo adicional, pago na busca da resolutividade que não foi encontrada na rede pública de saúde, acaba por onerar as finanças da família, representando custos que não haviam sido planejados. Como resposta às dificuldades de atendimentos para seus problemas de saúde, D. Culpa planeja acessar outros serviços da rede, o que explicita a reconstrução de caminhos, traçados por conta própria, em busca de cuidados. Esse planejamento é descrito nessa fala: “(Vou) entrar pelo Hospital estadual, referência em endocrinologia (localizado próximo à sua residência), ver se consigo alguma coisa”.

D. Culpa busca constantemente atendimentos de urgência na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) próxima à sua residência. Os atendimentos são para situações de hipoglicemia ou hiperglicemia, o que explicita um descontrole comum nos seus índices glicêmicos. A hipoglicemia ou hiperglicemia podem estar relacionadas à baixa adesão ao tratamento ou a ineficácia do mesmo em estabilizar a taxa de glicose da usuária.

Esse fato poderia ser minimizado se D. Culpa tivesse um cuidado longitudinal, que a acompanhasse, garantindo um ordenamento do seu cuidado e fornecendo-a informações que estimulasse o autocuidado (BASTOS, 2008). A filha relatou que recentemente a mãe passou mal e que a família optou por medicá-la em casa, questionando a qualidade do atendimento dos prontos socorros. D. Culpa referiu ainda que não informa à sua médica quando é atendida nas UPAs, pois nunca foi orientada da importância de fazê-lo, o que acaba por caracterizar esses procedimentos como pontuais e desconectados com o processo de cuidado da usuária.

No que tange ao recebimento das medicações necessárias para seus tratamentos, D. Culpa retira-as todas na farmácia do Centro Médico, não sendo necessário comprá-las. Contudo, ressalta a necessidade de esperar um dia inteiro no serviço para consegui-las. Por não ter condições físicas, busca auxílio das filhas: “se ela vai pegar uma medicação minha, tem que passar o dia todinho”.

D. Culpa foi assim denominada, conforme pode ser verificar em algumas passagens da trajetória, por se identificar como culpada e única responsável pelo agravamento do diabetes, o surgimento da retinopatia e a perda da visão. A culpa por sua atual situação de saúde permeia várias de suas falas:

Eu nunca fui uma pessoa controlada, nunca. Se hoje estou com a diabete, com a glicose no estado que estou, eu não culpo a ninguém. [...] Então se eu hoje tenho o problema da glicose, [...] não foi falta de conselho, não foi falta de tratamento, mas foi falta de juízo, de cabeça mesmo. [...] E com minha teimosia, minha ignorância, eu sem querer saber de nada, to com a visão super abalada, um olho praticamente perdido.

Essa semana, [...] ela (irmã de D. Culpa) veio fazer uma visita, e ela me disse: ‘Minha irmã, eu lhe dizia tanto que você não fizesse isso. Hoje você tá desse jeito, mas você procurou’. E eu fico calada, porque eu sou ciente e consciente.

Alguns estudos retratam que pacientes costumam referir sentimento de culpa pela instalação de processos de adoecimento (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004; CARVALHO; GALVÃO, 2012; LACERDA; VALLA, 2003; ROSSI; SANTOS, 2003). D. Culpa se entende como responsável pelo seu quadro de saúde, visto que ela era “ciente e consciente” e havia recebido informações de seus familiares de quais práticas não poderia ter para evitar o agravamento do DM.

O que Dona Culpa não compreende, porém, é que o surgimento do diabetes, assim como o seu agravamento também é causa de falhas nos processos assistenciais, como da ausência de cobertura pela Estratégia Saúde da Família, ausência de uma atenção resolutiva e longitudinal, que acompanhasse suas necessidades de saúde, identificando precocemente sinais de instalação de complicações. Além disso, é de conhecimento a prática entre os profissionais e instituições de saúde, que tendem a responsabilizar os sujeitos, famílias e grupos sociais pelo seu sofrimento e adoecimento, por não terem acesso a recursos, não serem pró-ativos, tratando-os como desprovidos de poder e capacidade para controlar a si próprio e ao seu entorno (VALLA, 1993). Esse processo de culpabilização das vítimas, segundo

(VALLA, 1993; 1996), está intimamente relacionado à desqualificação do saber popular, a desconsiderar que esses sujeitos têm ideias próprias e conhecimentos consolidados quanto à sociedade e os fatores determinantes quanto aos agravos de saúde. Privá-los de participar e decidir sobre as questões referentes à sua saúde acentua a falta de esperança e de confiança em si próprio (LACERDA, 2002).

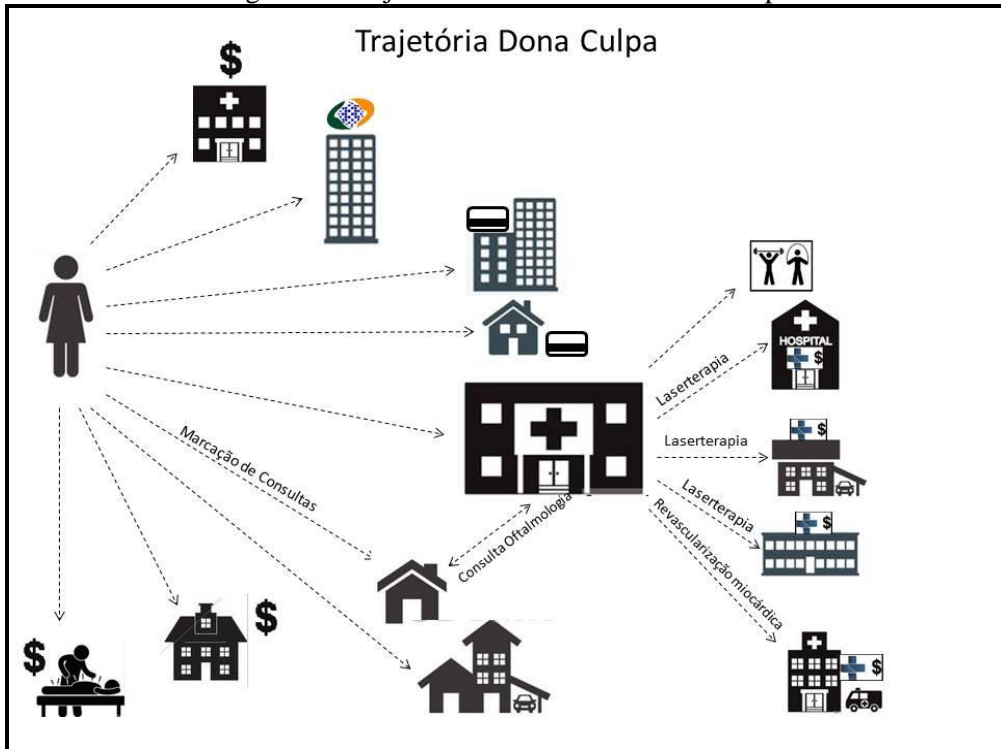
Ainda, conforme assinala Lacerda (2002), os pacientes ao aceitarem o papel do doente e se submeterem ao tratamento sem questioná-lo são percebidos, por parte dos profissionais, como racionais e coerentes, porém, ao questionarem as condutas médicas e não seguirem exatamente as regras, os pacientes são definidos como irracionais e culpados pelo insucesso do tratamento. Esta postura afasta o paciente do profissional e impede que o mesmo se expresse livremente.

O estímulo da autonomia e do autocuidado dos pacientes são contrários a essas posturas e identificam os usuários como centrais nos processos de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2011). Cavinatto (2003) identificou que o conhecimento sobre a doença é de extrema importância, quando são esperados ganhos à autonomia do paciente diabético e melhoria de sua qualidade de vida.

Contudo, durante a trajetória de D. Culpa expressam-se ações incipientes de promoção do autocuidado e de estímulo à autonomia, acontecendo, normalmente, nas atividades do Projeto Bom Dia. No que diz respeito ao compartilhamento dos saberes por parte dos profissionais de saúde, normalmente não acontecem, sendo que a usuário menciona que “eles não pode ter a paciência de esperar que a gente converse”.

A trajetória assistencial da D. Culpa pode ser descrita na **figura 7** a seguir:

Figura 7 - Trajetória Assistencial de Dona Culpa



Fonte: a autora

Figura 8 - Legenda da Trajetória de D. Culpa



Fonte: a autora

5.2 Os Descaminhos da Atenção Integral nas Trajetórias Assistenciais

A avaliação das trajetórias assistenciais dos usuários diabéticos tornou evidente o questionamento sobre a efetiva existência de um cuidado integral, que guie a atenção à saúde ofertada a esses usuários.

S. Esperteza, D. Resignação, D. Perspicácia e D. Culpa traçaram tortuosos caminhos, como foi verificado, em busca de cuidado. Ao se reconstruir suas trajetórias, verificou-se a fragilidade da integralidade de sua atenção à saúde.

De acordo Brito-Silva (2013), o princípio da integralidade está entre os mais difíceis de serem efetivados no âmbito do SUS e, apesar de garantido constitucionalmente, na prática seu alcance transita entre a limitação e a inexistência. As dificuldades impostas à concretização do direito a uma atenção integral perpassam vários aspectos do sistema de saúde, desde a organização da rede de serviços (BRITO-SILVA, 2013; SILVA, 2011; SOUZA et al., 2008;) às práticas dos profissionais de saúde (CAMPOS, 2003; BASTOS, 2008; OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, é de fundamental importância avaliar sua real implicação na atenção à saúde oferecida à população, pois como dito por Oliveira (2011, p. 112), a integralidade é o:

princípio do SUS com maior potência para revelar a qualidade das respostas do sistema às necessidades assistenciais dos indivíduos e dos grupos populacionais, por sintetizar a questão do acesso, da equidade e da resolutividade. É a integralidade que confere a ‘cor e forma’ à saúde enquanto uma política pública.

Dessa forma, a avaliação das trajetórias dos usuários permitiu identificar que, apesar de normativas indicarem a necessidade da integralidade como condutora do cuidado aos portadores de doenças crônicas (SILVA; 2011; MENDES, 2012), a atenção à saúde ofertada à esses usuários ainda é construída a partir de ações fragmentadas, dentro de uma rede desconexa de serviços de saúde.

Segundo Silva (2011), a Organização Pan-Americana da Saúde destacava as seguintes causas para a intensa fragmentação da atenção: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo de atenção centrado na enfermidade, nos casos

agudos e com ênfase na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração.

No presente estudo foi possível identificar também que a assistência ofertada foi fragmentada, com o cuidado conduzido a partir do modelo biomédico e centrado na queixa-doença-procedimento. As ações ofertadas eram, em sua maioria, de cunho assistencial-curativo, com ausência de ações de prevenção e promoção da saúde, necessárias para um efetivo manejo do diabetes. As intervenções desenvolvidas a partir da educação em saúde e do estímulo ao desenvolvimento do autocuidado e da autonomia dos usuários foram incipientes, tendo pouco impacto no empoderamento dos sujeitos como pontos centrais dos seus processos de cuidado.

A integralidade só será alcançada quando as práticas de saúde expandirem seus olhares para os sujeitos além de suas enfermidades e adoecimentos e enxergando-os como indivíduos completos e complexos, sendo necessária a adoção primordial de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. A integralidade, conforme o conceito de Mattos (2001) adotado nesse estudo, será alcançada pela primazia das ações de prevenção e promoção da saúde e pela articulação dessas suas com as ações de recuperação. A integralidade na assistência à saúde significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionando o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita (BASTOS et al., 2011).

Entende-se que a garantia da atenção integral exige profundas mudanças estruturais na rede de serviços de saúde, com a condução do cuidado amparada pela efetivação do acesso e da utilização dos serviços de saúde. Souza et al. (2008) aponta o acesso e o acolhimento como dimensões que desafiam a construção cuidado integral

Identificou-se nesse estudo graves falhas no acesso dos usuários aos serviços de saúde, que por vezes não conseguiram suprir suas necessidades de saúde por não conseguirem utilizar os serviços e outras, nas quais foi necessário fazer uso de mecanismos informais para acessar os serviços.

O estudo de Albuquerque (2011) tem achados semelhantes aos da presente pesquisa e a autora indica que a realidade vivenciada pelos usuários evidenciou o distanciamento dos princípios constitucionais que conformam a política nacional de saúde. Pois, apesar da

conquista legal da universalidade do acesso, o que se observou na prática foi a existência de diversos obstáculos que impossibilitam a utilização dos serviços de saúde por todos que necessitam. Identificou-se também que integralidade da atenção não é garantida, uma vez que os usuários nem sempre conseguem ascender em todos os níveis assistenciais para resolver o seu problema de saúde.

Ainda, a utilização de mecanismos informais fere o princípio da equidade, que prevê o acesso facilitado àqueles que mais necessitariam. Contudo, como já abordado, os usuários do Centro que dispõem de uma rede de contatos, que medeia o acesso ou que tenham condições físicas de aguardar por encaixes, tem respostas mais ágeis da rede de serviços, conseguindo suprir mais rapidamente suas necessidades.

Os usuários entrevistados são “cativos e fidelizados” do Centro Médico, com praticamente nenhum acompanhamento e vínculo com a atenção primária. A responsabilidade pelo cuidado dos usuários. Cecílio et al. (2012) menciona que frequentemente os serviços mais complexos “sequestram” os usuários, estabelecendo circuitos próprios de circulação e gestão do cuidado, construindo a ideia de satisfação total das necessidades de saúde. Não se conforma, assim, o fluxo de referência e contrarreferência junto à atenção primária, ocupando o serviço com usuários talvez não necessitem mais de sua assistência.

Os usuários entrevistados entraram no sistema a partir de um serviço de média complexidade e, por entenderem que sua assistência é completa nesse serviço, não sentem necessidade de buscar assistência em outros pontos da rede. Contudo, o Centro Médico não fornece a coordenação e a ordenação do cuidado que são necessárias para a garantia da atenção integral.

Entretanto, considerando a densidade tecnológica e a ampla gama de profissionais disponíveis no Centro, os usuários optam por serem acompanhados no serviço em detrimento dos serviços da atenção básica. Buscam uma resolutividade, que muitas vezes não é alcançada, e perdem por não estabelecer vínculos com as equipes ou terem construída a coordenação de seus cuidados.

De acordo com Azevedo e Costa (2010), a responsabilidade pelo tratamento da doença passa para outro nível da atenção, juntamente com a responsabilidade pelo cuidado com o sujeito em questão, que, a partir de então, desvincula-se da relação profissional-usuário

estabelecida na atenção básica. Como consequência tem-se a ausência do acompanhamento longitudinal do usuário, que passa a ter sua assistência garantida a partir de consultas esporádicas com especialistas. A atenção primária, no caso dos usuários entrevistados, era apenas o local de marcação das consultas da atenção especializada, quando não era possível acessá-las a partir do próprio serviço ou de mecanismos informais.

O pouco contato com a atenção básica também gera falhas no processo de coordenação e ordenamento do cuidado desses usuários na rede de saúde. Dessa forma, seus caminhos são traçados por conta própria, sem que haja um acompanhamento desse processo.

A coordenação do cuidado se torna ainda mais complicada pela complexidade da trajetória que os usuários traçam, acessando serviços através da rede privada e também mediados por planos de saúde. Ainda, por não compreenderem a necessidade de informar aos profissionais que os acompanham sobre a realização de procedimentos externos ao centro médico, omitem a informação. Os profissionais, por outro lado, por não se responsabilizarem integralmente pelos seus pacientes, não buscam essas informações. Entendendo que a essência da coordenação é a informação, constitui-se, assim, uma rede de cuidados paralela e completamente fora dos prontuários clínicos dos usuários.

No que tange a atenção ofertada aos entrevistados, verificou-se que ela foi marcada pela centralidade nas escolhas, decisões e saberes dos profissionais, especialmente os médicos, subjugando o conhecimento dos usuários. Nas trajetórias não se identificou valorização das queixas ou dúvidas dos entrevistados. A realidade identificada se distancia da prática recomendada para o alcance da integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática deve ser fundamentada no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde. “Isto porque a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à sua saúde” (JORGE et al., 2011, p. 3052). A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES; PINHEIRO, 2000).

Em contrapartida, o PBD pode ser considerado como um dos únicos cuidados integrais ofertados aos usuários. Evidenciou-se a realização de ações de assistência, de prevenção de

agravos e complicação e da promoção da saúde, com estímulo ao desenvolvimento do autocuidado e da autonomia.

A partir da análise das trajetórias assistenciais dos usuários, verificou-se que as falhas no processo de atenção integral permeiam o cuidado dos mesmos. Contudo, encontraram-se debilidades especialmente ao que tange o acesso e a utilização dos serviços de saúde, o vínculo e a responsabilização pelos usuários na rede de serviços, a coordenação e a ordenação de seus cuidados e, ainda, o cuidado humanizado em seus processos de atenção à saúde. O estabelecimento de complicações evitáveis e suas complicações, como a retinopatia diabética grave e a perda da visão, a neuropatia diabética, o pé diabético e amputação de membros são consequências dessa atenção fragmentada, que ainda precisa galgar muitos degraus, e passar por algumas mudanças, antes de ser chamada de atenção integral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve início a partir da premissa de que, por terem uma complicação evitável do diabetes, entendida como um evento-sentinela, esses usuários foram sujeitos à falhas assistenciais durante o percurso da sua atenção à saúde.

Ao avaliar a atenção integral que esses indivíduos recebem do sistema de saúde, observaram-se fragilidades que justificam o surgimento da retinopatia diabética, explicitando a distância que se tem a percorrer em busca da integralidade da atenção.

Identificaram-se debilidades no acesso e na utilização dos serviços, no atendimento humanizado, avaliado a partir da criação de vínculos, da responsabilização e acolhimento, e na coordenação e ordenamento do cuidado dos usuários. Além disso, ficou explícita a ausência de vínculo e acompanhamento dos usuários pela atenção básica, tendo todas as suas necessidades de saúde supridas (ou não) pela assistência secundária.

A quase inexistência de relacionamento com a atenção básica evidencia a fragilidade da organização da rede de atenção à saúde dos indivíduos com condições crônicas, que deveria ter nesse nível de assistência seu principal ponto de cuidado, assim como ter seu acesso aos outros níveis mediados por ela, a partir de mecanismos de coordenação e ordenação do cuidado.

Os usuários rejeitam atenção primária e, algumas de suas falas, indicam o questionamento da capacidade de resolução de suas necessidades por esses serviços. Indica-se a urgência na reorganização da atenção primária, para que a mesma possa tornar-se, de fato, a principal porta de entrada da rede de serviços, referência do cuidado dos diabéticos e possibilitando seu papel de coordenadora da rede de atenção à saúde.

A ausência de vínculo entre atenção primária e usuários implica na fragilidade do acompanhamento longitudinal do usuário, reforçando ainda mais a ideia da atenção fragmentada e pontual, ofertada no Centro, o que dificulta o acompanhamento sistemático e necessário para o diabético. Em contrapartida, ressalta-se a relação construída entre os usuários e o Centro Médico, serviço de atenção especializada, e que deveria se constituir em um ponto de apoio na rede, articulado com os demais serviços e com fluxos de referência e contrarreferência e o acesso coordenados pela atenção primária. Contudo, verificou-se uma

fidelização (ou “sequestro”) dos usuários, que se negam a ser assistidos por outros serviços. Como resultado, os entrevistados são acompanhados de forma segmentada, tendo cada parte de seu corpo assistida por um especialista e nenhum profissional responsável pela integralidade do seu cuidado. Também como consequência da manutenção dos usuários “cativos”, o acesso ao Centro Médico se mantém como um ponto de estrangulamento na rede, sendo muito difícil novos usuários acessarem o serviço a partir da regulação da atenção primária, resultando em longas filas de espera para atendimentos, enquanto que os usuários “cativos” conseguem seus atendimentos mediados por mecanismos informais.

Expandindo a avaliação para além do Centro Médico, destacam-se veementemente as dificuldades dos indivíduos em acessar outros serviços especializados. Ainda, como já mencionado, que os mesmos, diante das fragilidades do sistema, lançam mão de mecanismos extraoficiais, como rede de contatos e encaixes, em busca da resolutividade que não encontram na regulação formal da rede de saúde. O acesso aos serviços via rede de contatos ou “encaixes” possibilita questionar a efetividade dos princípios da equidade e da universalidade, que deveriam nortear o sistema de saúde, visto que os usuários que dispõem de mecanismos informais de acesso têm suas necessidades de saúde supridas com maior rapidez do que aqueles que necessitam das centrais de marcações e da regulação para utilizarem os serviços. Complexificando a problemática do acesso, insere-se também a questão da usuária, beneficiária do plano privado de saúde, e dos serviços do Centro Médico, que recebe assistência duplicada, enquanto outros usuários são impossibilitados de utilizar os serviços.

As evidências encontradas nesse estudo embasam a afirmativa de que os usuários diabéticos não são assistidos de forma integral, mantendo-se a assistência fragmentada e focada nas “agudizações” do diabetes. Uma atenção à saúde não adequada possibilita o surgimento de complicações evitáveis, como a retinopatia diabética e outras. Como consequência, tem-se a oneração do sistema de saúde que passa a ter de responder por situações que demandam maior densidade tecnológica. Ainda, tem-se o grave prejuízo a saúde desses indivíduos, que, no caso desse estudo, perderam a visão devido às vulnerabilidades da rede de atenção à saúde.

Faz-se necessário a realização de mudanças na conformação da rede de serviços de saúde para que ela atue como uma rede de atenção à saúde integrada e integral. Os serviços e seus profissionais tem que assumir a responsabilidade, que deve ser compartilhada, pela atenção integral que os usuários devem receber. O fortalecimento de mecanismos e

ferramentas, como a valorização real da atenção primária, a efetiva coordenação do cuidado e as práticas do acolhimento, que devem facilitar a estruturação da rede é de suma importância.

Além disso, ainda que se estabeleça uma adequada gestão do cuidado do usuário na rede, destaca-se a necessidade da efetiva regulação do acesso e da utilização dos serviços, guiada pela equidade e pela real necessidade de saúde dos usuários, com vistas à garantia da universalidade da cobertura. Também é primordial a reconstrução das práticas dos profissionais de saúde frente às necessidades e queixas dos usuários. A escuta, o respeito, a humanização, a criação de vínculos e a responsabilização devem ser estimulados como condutores das atitudes profissionais, a fim de melhorar inclusive a adesão do usuário ao tratamento.

Destaca-se ainda que as trajetórias assistenciais apresentadas nesse estudo foram marcadas por situações de dificuldades, constrangimento e sofrimento. As histórias apresentaram humilhações e desrespeitos, que nos foram contadas como se tivessem sido vividas há poucos dias, considerando a vivacidade da dor relatada nas entrevistas. O sofrimento infligido ao usuário, já fragilizado pelo adoecimento, implica na urgência de modificação das relações usuário-profissional, com a necessidade da adoção de práticas acolhedoras e humanizadas. Ressalta-se, exemplificando a situação, que uma das entrevistadas teve sua assistência à saúde negada mais de uma vez, o que vai de encontro aos princípios do Sistema Único de Saúde.

As tentativas de conseguir respostas às suas necessidades de saúde exigiram dos usuários traçados complexos, que em muito se distinguem das linhas de cuidado pré-estabelecidas e formatadas pelas Secretarias Municipais de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, não há como não questionar a real efetividade e resolutividade dessas linhas em uma rede **de serviços** (e não de atenção à saúde) desintegrada e precarizada.

A necessidade expressa pelos usuários de traçar caminhos únicos e próprios é um imperativo na busca por cuidados, no momento em que percebem que, caso esperem a regulação formal, podem receber a assistência muito depois do momento oportuno, o que, como no caso de D. Culpa, pode resultar no estabelecimento de uma incapacidade.

Contudo, os caminhos traçados por conta própria não garantem maior agilidade na assistência e, algumas vezes, geram ainda maior descompromisso e desresponsabilização

pelos usuários. Caso recebam uma resposta negativa, deveram retornar “ao final da fila” de espera por cuidados. Apesar de ciente desses riscos, os usuários entrevistados optavam por traçar seus caminhos, justificando as falhas existentes nos processos regulatórios formais.

Faz-se necessário destacar que as trajetórias são tão únicas e se entremeiam nas histórias da vida do usuário, que cada um deles as conta e revivencia encharcadas de sentimentos igualmente únicos. As trajetórias assistenciais, dessa forma, se mostraram como uma metodologia de profunda riqueza para se avaliar a atenção à saúde que esses usuários receberam. Considerando os poucos estudos realizados a partir dessa metodologia, se recomenda o seu emprego na avaliação de outras situações dentro do sistema de saúde.

Por fim, ressalta-se que as reflexões apresentadas nesse estudo não se propõem a ser finalísticas, mas que, ao abordar a atenção integral ao diabético no sistema de saúde, buscou-se identificar lacunas no processo de organização do sistema de saúde que representem (in)coerências com a proposta da integralidade. Assim, os achados podem e devem ser aprofundados a partir de novos estudos.

Os caminhos traçados individualmente são representações de mecanismos de sobrevivência em meio a uma rede de atenção à saúde fragmentada e distante da integralidade.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ: ABRASCO, 2006.
- ADLER, A. I. et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. **BMJ.**, London, v. 321, p. 412-419, 2000. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/321/7258/412.short>>. Acesso em: 30 abr. 2014.
- ALFRADIQUE, M. E et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- 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, fev. 2010. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/DesafiosCoordena%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde debate**, Londrina, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul/set, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.
- ALBUQUERQUE, L. C. **Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco**: o que pensam os usuários? 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2013. **Diabetes care**, Alexandria, v. 36, supl. 1, 2013. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- ANDERSEN, R. M. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. **Med. care**, Philadelphia, v. 46, n.7, p. 647-653, 2008. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18580382>> Acesso em: 25 abr. 2014.
- ANDERSON, R. M. et al. Evaluating the Efficacy of an Empowerment-Based Self-Management Consultant Intervention: Results of a Two-Year Randomized Controlled Trial. **The Patient Educ**, Paris, v. 1, n. 1, p. 3–11, 2009. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20076768> > Acesso em: 15 jan. 2014.
- ANSARI, Z.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Med. care res. rev**, Thousand Oaks, v. 63, p. 719-

741, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099123>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Bras. enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007>. Acesso em: 15 out. 2014.

ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EdUFBA, 2010. 182 p.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, v.14, n. 35, out./dez., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007>. Acesso em: 6 jan. 2015.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/02.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BARSAGLINI, R. A. **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2006. Disponível em:<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000406044>>. Acesso em: 13 set. 2013.

BASTOS, L. S. **Integralidade no processo de cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde de Feira de Santana**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Feira de Santana, 2008.

BASTOS, L. S. et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700077&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 fev.2015.

BOELTER, M. C. et al. Proliferative diabetic retinopathy is associated with microalbuminuria in patients with type 2 diabetes. **Braz. j. med. biol. res.**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 8, p. 1033–1039, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/bjmbr/v39n8/6263.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

BOSCO, A. et al. Retinopatia Diabética. **Arq. Bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v. 49, n. 2, abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v49n2/a07v49n2.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n 1, p. 213-223, 2004. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>> Acesso em: 7 fev. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenhos organizativos da atenção à saúde**. Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2006. (Cadernos da Atenção Básica; Série A – Normas e manuais técnicos, n. 16). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 6 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado com a Pessoa com Doença Crônica**. Brasília, DF, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado com a Pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde**: Roteiro para reflexão e ação. Brasília, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 59). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 04 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 06 mar. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em: 15 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 25 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 23 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 22 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 03 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BRITO-SILVA, K.S. **Avaliação da Integralidade no Câncer de Colo Uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto**. Tese (Doutorado): Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12042013-111803/pt-br.php>>. Acesso em: 20 out. 2014.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan.-jul., 2005. Disponível: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 02 out. 2014.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020>. Acesso em: 30 jan. 2014.

CABRAL, A. L. L. V. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

CABRAL, C. C. **Acesso e efetividade do tratamento dos pacientes hipertensos do III distrito de saúde do município de Angra dos Reis**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) – Pós Graduação em Epidemiologia - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/76188>>. Acesso em 11 nov. 2014.

CAMPOS, G. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S.; BARCELLOS, C. C. Mortalidade Infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetórias dos pacientes até os serviços de saúde. **Rev Pan Americana de Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 3, p.164-171, 2000. Disponível em:< http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000800003>. Acesso em: 22 nov. 2013.

CAMPOS, G. W. S. A construção de vínculo, o responsabilizar-se pela saúde da população de uma micro-região, e o encarregar-se de casos singulares. In: _____. **Reflexões Sobre a Clínica Ampliada em Equipes de Saúde da Família**. [s. l.], 2002. Disponível em: <www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/9-vinculo>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018 >. Acesso em: 12 jan. 2015.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, Rio de Janeiro, jul-set, 1999. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2015.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 mar. 2015.

CARRIJO, R. S.; RASERA, E. F.. Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. **Psicol. soc. (Online)**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 653-663, 2013. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n3/19.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com AIDS face a sua doença. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 103-111, abr./jun., 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a12v11n2.htm>. Acesso em: 22 jan. 2015.

CAVALCANTE, E. F. L. **Trajetórias de mulheres com excesso de peso no cuidado pré-natal**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2663>> Acesso em: 05 mai. 2014.

CAVINATTO, S. M. **Doença crônica, autocuidado e autonomia: estudo de um processo educativo junto a pacientes com diabetes melito tipo 2**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000316921>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

CECÍLIO, L. C. Modelos técnico-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco, 2001.

CECÍLIO, L. C. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

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, nov. 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 mar. 2015.

CIULLA, T. A.; AMADOR, A. G.; ZINMAN, B. Diabetic Retinopathy and diabetic macular edema: pathophysiology, screening, and novel therapies. **Diabetes care**, Alexandria, v. 26, n. 9, p. 2653-2664, 2003. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/26/9/2653.full.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set-out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/38.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

CONILL, E.; FAUSTO, M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. **EuroSocial Salud**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6952.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

CONILL, E. M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciê. saude colet**, Rio de Janeiro, v 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008. Disponível:< http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500015>. Acesso em: 08 out. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE OFTALMOLOGIA (Brasil). **Doenças - Retinopatia Diabética**. Acesso 12 fev 2014. Disponível em: <http://www.cbo.com.br/novo/publico_geral/doencas/retinopatia_diabetica_doenca> Acesso em: 08 abr. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, n. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

CORRÊA, Z. M. S.; EAGLE JR, R. Aspectos patológicos da retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 410-414, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492005000300028>. Acesso em: 03 mai. 2014.

COSTA, D. V. P. **Empoderamento na Educação em Grupo De Diabetes na Atenção Primária à Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B.; TEIXEIRA, R. R. A Educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao “empoderamento”. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.13, n.30, p.93-106, jul./set., 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a09.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015. 10 jan. 2015.

DIAS; D. G.; SANTANA, M. G.; SANTOS, E. Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado. **Rev. bras enferm**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 168-71, mar-abr, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a09.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approach to its assessment**. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

ENGELGAU, M. M.; NARAYAN, K. M.; HERMAN, W. H. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes care**, Alexandria, v. 23, n. 10, p. 1563-1580. Erratum in: **Diabetes care**, Alexandria, v. 23, n. 12, p. 1868-1869, 2000. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/23/10/1563.short>> Acesso em: 18 set. 2013.

ESCARIÃO, P. H. G. et al. Epidemiologia e diferenças regionais da retinopatia diabética em Pernambuco, Brasil. **Arq. bras. oftalmol**, São Paulo, v. 71, supl 2, p. 172-175, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abo/v71n2/a08v71n2.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

ESTEVEES, J. et al. Fatores de risco para a retinopatia diabética. **Arq. bras. oftalmol**, São Paulo, v. 52, supl 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000300003>. Acesso em: 22 set. 2013.

FARIA, A. P. S. **A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com diabetes mellitus**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v 6, n. 2, p. 405-416, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n2/7011.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

FERLA, A. A.; LEAL, M. B.; PINHEIRO, R. Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco, 2006.

FERREIRA, A. B. H. Integralidade. In: _____. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. p. 1069.

FONTOLAN, D. **Análise de atividade do trabalho de agendamento de consultas em um centro médico**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, 2003. Disponível em:< http://www.bddd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/1/TDE-2004-07-05T07:49:02Z-138/Publico/DissDF.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p.345-53, 1999. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2015.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas de cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. [s. l.], 2012. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

GAULEJAC, V. **La société malade de la gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managérial e harcèlement social**. Paris: Seuil, 2005.

GENZ, J. et al. Reduced incidence of blindness in relation to diabetes mellitus in southern Germany? **Diabet. Medicine**, Chichester, v. 27, n. 10, p. 1138-1143, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2010.03081.x/abstract>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R. (Org.). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade: critérios para avaliação. **Saúde debate**, Londrina, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353669>>. Acesso em: 16 jan. 2015.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: Acolhimento e vínculo: práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 287-301, mar/ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2015.
- GONCALVES, M. R. et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 235-243, 2013. Disponível: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/814>>. Acesso em: 27 dez. 2014.
- GOULART, F. A. A. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios e para os Sistemas de Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2014.
- GULLIFORD, M. Modernizing concepts of access and equity. **Health Economics, Policy and Law**, London, v. 4, n. 2, p. 223-230, 2009.
- GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. **Rev. bras. educ. méd**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 99-105, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=391914&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 3 fev. 2015.
- GUEDES, M. F. Prevalência da retinopatia diabética em unidade do Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, mar./abr., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72802009000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 out. 2014.
- GUIDONI, C. M. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Braz. j. pharm. sci.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 37-48, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/05.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.
- HAGGERTY, J. L. et al. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. **Rev. Panam. Salud Públ.**, Washington, v. 26, n. 5, 2009, p. 377-384. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n5/01.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- HARRIS, M. I. Diabetes in America: Epidemiology and scope of the problem. **Diabetes care**, Alexandria, v. 21, supl. 3, p.11-14, 1998. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/21/Supplement_3/C11.full.pdf+html>. Acesso em: 23 out. 2013.

HARTZ, Z. M. A. et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 30, suppl. 4, p. 310-318, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n4/5081.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema “sem muros”. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. 331-36, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

HOFMARCHER, M. M. et al. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/39791610.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios 2008**: um panorama da saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 6th ed. Bruxelas, 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

KLAFKE, A. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010*. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 455-462, jul-set, 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n3/v23n3a08.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2014.

LACERDA, A. **Apoio Social e a Concepção do Sujeito na sua Integração entre Corpo-Mente: uma articulação de Conceitos no campo da Saúde Pública**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/5089>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas da integralidade na atenção e cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003.

MAIA, M. A. et al. Grupo operativo: prática educativa como expressão para o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2. **G&S**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 1483-1496, 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/58/2012_58_4064.pdf>. Acesso em: 9 set. 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface comum. saúde educ**, Botucatu, v. 14, n. 34, p.593-

605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

MALTA, D. C. **Panorama atual das doenças crônicas no Brasil**. Secretaria de Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. G. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev bras. enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 141-4, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24>> Acesso em: 15 jan. 2015.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001.

MATTOS, P. E. et al. Tendência da Mortalidade por Diabetes Melito em capitais brasileiras, 1980-2007. **Arq bras endocrinol metab**, São Paulo, v. 56, supl.1, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n1/v56n1a07.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014.

MEDEIROS, C. R. G. **Redes de Atenção em Saúde: o dilema dos pequenos municípios**. 2013. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/73013>>. Acesso em: 8 dez. 2014.

MEIRA, A. L. C. **Avaliação da Coordenação do cuidado e da ordenação de redes de atenção à saúde pela atenção primária à saúde em Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/97301/000913866.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Rev. méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, supl. 4, p. 3-11, 2008. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/96>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 1. ed. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2012.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MIELCZARSKI, R. G.; COSTA, J. S. D; OLINTO, M. T. A. Epidemiologia e Organização dos Serviços de Saúde: diabetes mellitus em uma comunidade de Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, supl.1, p. 71-78, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n1/a10v17n1.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

MONTENEGRO JR, R. M. et al. A assistência multidisciplinar e o manejo efetivo do diabetes mellitus: desafios atuais. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 17, supl. 4, p. 200-205. 2004. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/700>>. Acesso em: 7 fev. 2014.

MORAIS, G. F. C. et al. Conhecimento e práticas dos diabéticos acerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 361-371, jul./set., 2009. Disponível: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/219>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

NEDEL, F. B. et al. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 42, p. 1034-1040, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600010&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 dez. 2014.

PEDROSA, T. M. G.; COUTO, R. C. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. **Rev. méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 216-222, 2014. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1602>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

OLIVEIRA, A. F. Global burden of disease attributable to diabetes mellitus in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n 6, p. 1234-1244, Rio de Janeiro, jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600006&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jul. 2013.

OLIVEIRA, M. S. **Dilemas da Integralidade: o olhar sobre um serviço especializado na assistência em diabetes**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9487>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462014000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 mar. 2015.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jul. 2014.

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

em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em: 28 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complication.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Status Report on noncommunicable diseases 2014.** Geneva, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing chronic diseases: a vital investment.** Geneva: WHO/Public Health Agency of Canada, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/>. Acesso em: 27 mai. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Primary Health Care. Now more than ever. **The World Health Report 2008.** Geneva, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/>>. Acesso em: 3 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. **Relatório Mundial de Saúde, 2008.** Brasília, DF: OPAS: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2013/02/RELATORIO-MUNDIAL-SAUDE-2008-APS.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Crônico-degenerativas e obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, DF: OPAS, 2003. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/op000005.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Linhas de Cuidados:** Hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF: OPAS, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2014.

OTERO, L. M. Conhecimento do paciente diabético acerca da sua doença antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 231-237, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200010&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em: 16 jan. 2015.

PEDUZZI, M. O trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R. (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC:Abrasco, 2007.

PENNA, M. L. F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde.** [Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS]. In: **Projeto GERUS.** Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário: Fundação Nacional de Saúde; Brasília, DF, 1995. Disponível em: <<http://www.rdquality.com/dow/Evento%20sentinela%20na%20avalia%E7%E3o%20da%20sa%FAde.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

PEREIRA, F. R. L.; TORRES, H. C.; CANDIDO, N. A. Promovendo o autocuidado em Diabetes na educação individual e em grupo. **Cienc. cuid. saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 594-599, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9686/5391>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

PEREIRA, M. G. A.; AZEVÊDO, E. S. A relação médico-paciente em rio branco/ac sob a ótica dos pacientes. **AMB rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 153-7, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302005000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 fev. 2015.

PÉREZ RODRÍGUEZ, M. D. C. et al. Cuidado com os pés diabéticos antes e após intervenção educativa. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 29, Enero, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_clinica3.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2014.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta de estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. (Org). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2008.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: Abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária UFPE: Abrasco, 2009.

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p.500-507, jul./set. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

PONTES, J. L. **Assistência ao portador de diabetes mellitus na rede pública: o caso do distrito sanitário III, Recife – PE, 2008 – 2010**. 2011. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

RAMÍREZ-DUQUE, N. et al. Evaluation of the satisfaction with a care coordination program between Primary Care and general internists. **Rev. calid. assist.** Barcelona, v. 25, n. 2, p. 70-76, 2010. Disponível em:< www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889558>. Acesso em: 12 jan. 2015.

RAMOS, S. R. et al. Retinopatia diabética: um estudo de uma associação de diabéticos. **Arq. bras. oftalmol.**, São Paulo, v. 56, suppl.2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27491999000600015>. Acesso em: 15 out. 2013.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Norma Técnica do Projeto Bom Dia**. Recife, 2013.

ROCHA, B. V. et al. Relação Médico-Paciente. **Rev Med. Res**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 114-118, 2011. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/8/13>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 23, n 4, p. 32-41, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2015.

RUSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N. Engl. j. med.**, Boston, v. 294, n. 11, p. 582-8. Mar, 1976. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/942758>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42 n. 3, jun, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000300011&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2015.

SANTOS, F. A. L. et al. Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 655-663, out-dez, 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n4/v23n4a07.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, set./out., 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009>. Acesso em: 28 out. 2014.

SARMENTO JÚNIOR, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Rev. bras. otorrinolaringol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n.3, p. 256-262, 2005. Disponível em: <http://otorrinobrasilia.com/producaocientifica/fila_de_espera.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo em uma Equipe de Saúde da Família: realidade ou desejo**. 2002. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <www.lume.ufrgs.br/handle/10183/3146?locale=pt_BR>. Acesso em: 8 fev. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, suppl. 2, p. 74-82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000900010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mai 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.**, London, v. 377, p. 1949-1961, 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960135-9/ppt>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 897-908, 2004. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400011&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 15 out. 2013.

SHELLER-KREINSEN, D.; BLÜMEL, M.; BUSSE, R. Chronic disease management in Europe. **Eurohealth.**, London, v. 15, n 1, 2009. Disponível em: <http://grammatikhilfe.com/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL15No1/Eurohealth_Summer%202009_Vol%2015%20No%201_web%20version.pdf#page=4>. Acesso em: 13 out. 2013.

SCOCHI, M. J. **Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada.** 1996. Tese (Doutorado em Planejamento e Administração em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, V. B. et al. Tratamento da Retinopatia Diabética: percepções de pacientes em Rio Claro (SP) – Brasil. **Arq. bras. oftalmol.** São Paulo, v. 68, suppl. 3, p. 363-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0004-27492005000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 nov. 2013.

SILVA, A. P. et al. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de História de Vida. **Mosaico: estudos em psicologia**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fafich.ufmg.br%2Fmosaico%2Findex.php%2Fmosaico%2Farticle%2Fdownload%2F6%2F4&ei=kF8PVZqMOLeHsQTgqIH4CQ&usq=AFQjCNG26teiawsxLPVZK7kELG9RmTyNbg&sig2=IZCzJFF7vIBlvUrWnk6F2A&bvm=bv.88528373,d.cWc>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

SILVA, P. L. et al. Cuidados com os pés: o conhecimento de indivíduos com diabetes mellitus cadastrados no programa saúde da família. **Enferm. global**, Murcia, n 37, enero, 2015. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/170401/168631>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

SILVA JR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Abrasco. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

SILVA JR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO R., MATTOS, R. A., (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: Abrasco, 2005.

SILVA, A. M. et al. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, p. 2197-2206, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400034&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jan. 2015.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

SILVEIRA, R. et al. Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ. Recife: Editora Universitária UFPE. São Paulo: Abrasco, 2009.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, out./dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400016&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 fev. 2015.

SOARES, V. B.; OLIVEIRA, J.A. **Educação em Saúde: Uma Análise Sobre a Atuação Pedagógica dos Profissionais de Saúde da Unidade de Saúde João Bezerra em Aracaju – Sergipe**. Disponível em: <<http://www.seer.ufs.br/index.php/revtee/article/download/2286/2008>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

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, s.1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

SOUZA, A. A. **Assistência ao parto em um município de pequeno porte: trajetória percorrida pela gestante**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield, B. (Org). **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2014.

TANAKA; O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TEIXEIRA JUNIOR, S. **Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

THAINES, G. H. L. S. et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com Diabetes Mellitus - um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 57-66, jan-mar, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a07>>. Acesso em: 22 set. 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2014.

TOL, A. et al. Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. **J. Diabetes Metab. Disord.**, Tehran, v. 12, n. 6, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598211/>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

TORRES, H. C. et al. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 fev. 2015.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov-dez, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

VALLA, V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V.; STOTZ, E.N. (Org). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VALLA, V. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, n. 21, p. 177-190, 1996.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O Vínculo como Diretriz para a Construção da Integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/221>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

YAU, J. W. et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 35, n. 3, p. 556-64, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22301125>>. Acesso em: 28 out. 2014.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

DATA

INÍCIO:

FIM:

LOCAL

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome: Fone
- Endereço:
- Idade: Sexo: Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão/ocupação:
- Condição (ões) crônica (s):
- Possui plano de saúde privado?

2. QUESTÃO NORTEADORA

3. ROTEIRO NORTEADOR

- O que motivou a busca pelo serviço de saúde?
- Como e quando foi feito o diagnóstico?
- Qual o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, e entre o diagnóstico e o início do tratamento?
- Como é o vínculo com a atenção básica? E o acompanhamento?
- O que faz quando sente necessidade de atendimento de saúde?
- Como são feitas as referências para serviços dentro e fora do Centro?
- O que faz quando não tem acesso a um serviço ou se este demora muito?
- Que serviços foram utilizados?
- Como é o atendimento/relacionamento com os profissionais de saúde dos diversos serviços?
- A cada atendimento precisa contar sua história?
- O que pensa sobre a rede de saúde do município?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título **Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no sus a partir da retinopatia diabética grave**, realizada pela pesquisadora Marília Santana da Silva.

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar os serviços de saúde oferecidos a pacientes diabéticos, quanto ao cuidado que recebem no SUS.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da realização de entrevista. Essa entrevista, que será gravada com auxílio de um gravador digital, tem como objetivo conhecer o caminho que uma pessoa com diabetes percorre em busca de tratamento e cuidado para sua doença. O risco relacionado com sua participação pode ser constrangimento perante alguma pergunta ou pessoas durante a entrevista. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Considera-se também a possibilidade de realização de um grupo de conversa, chamado *Grupo Focal*, no qual o senhor(a) será convidado a discutir junto com outros pacientes sobre os atendimentos que receberam nos serviços de saúde. Semelhantemente, as conversas serão gravadas e o risco está associado a situações de constrangimento, que tentaremos ao máximo minimizar. Da mesma forma, garantimos que sua identidade não será revelada.

O benefício relacionado à sua participação é contribuir para o conhecimento sobre o cuidado do diabético no SUS, permitindo auxiliar na melhoria da atenção à saúde que é oferecida.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Marília Santana da Silva.

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E.mail: marilia.santanadasilva@gmail.com

Telefone: (81) 2101 – 2610/ 9717-0072

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Marília Santana da Silva** pesquisadora em saúde pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz a desenvolver pesquisa no Centro Médico Senador José Ermirio de Moraes, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no SUS a partir da retinopatia diabética grave.", sendo orientada por Eduarda Ângela Pessoa Cesse e co orientada por Keila Silena de Brito e Silva.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 486/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 03 de setembro de 2014.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
SECRETARIA DE SAÚDE
MUNICÍPIO DO RECIFE

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS



Título do Projeto: “Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no SUS a partir da retinopatia diabética grave”.

Pesquisador responsável: Marília Santana da Silva.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 29/06/2014

Registro no CAAE: 32873514.4.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 834.025

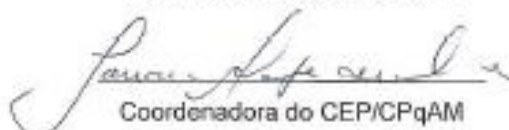
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de outubro de 2017.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 20 de outubro de 2014.


Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Méd. SAPE 45477
DÉP/CPqAM/Fiocruz

Campus da UPPE - Av. Moraes Regis, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3493.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

