

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

ANA REGINA PAES BARRETO RIBEIRO

NECESSIDADE AUTO-REFERIDA NO CUIDADO DO DIABETES
MELLITUS.

Recife
2012

ANA REGINA PAES BARRETO RIBEIRO

NECESSIDADE AUTO-REFERIDA NO CUIDADO DO DIABETES *MELLITUS*

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública, do centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo cruz, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora:
Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Co-Orientadora:
Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Recife
2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R484n Ribeiro, Ana Regina Paes Barreto.
Necessidade auto-referida no cuidado do diabetes *mellitus*/ Ana Regina Paes Barreto Ribeiro. — Recife: A. R. P. B. Ribeiro, 2012.
23 f.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Co-orientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

1. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 2. Assistência à Saúde. 3. Diabetes Mellitus. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Redes Comunitárias. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva. III. Título.

CDU 614.39

ANA REGINA PAES BARRETO RIBEIRO

NECESSIDADE AUTO-REFERIDA NO CUIDADO DO DIABETES *MELLITUS*

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública, do centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Data da aprovação 27/04/12

BANCA EXAMINADORA

Dr. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Msc. Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro
Secretaria Municipal de Saúde do Recife

À minha família - a base de tudo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu DEUS, por mais uma conquista alcançada e pelas bênçãos derramadas sobre mim e todas as pessoas que eu amo e que me acompanharam nessa trajetória.

Aos meus Pais, companheiros para vida toda, anjos enviados por DEUS, sempre me dando carinho, amor, ensinamentos e oportunidades na vida. Meu irmão, fonte de inspiração.

Ao meu noivo, por todo amor compartilhado, por sempre estar ao meu lado e com muita paciência e compreensão também é meu companheiro em assuntos acadêmicos.

Aos meus amigos da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, pelas experiências vivenciadas nesse coletivo, que ficarão marcadas.

Aos meus amigos de infância que serão para vida toda.

A Fabiana de Oliveira Silva Sousa, pessoa muito especial que DEUS colocou na minha vida, que além da enorme contribuição na construção desse projeto, esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis me dando conselhos que estarão para sempre na minha memória. Muito obrigada Fabi!

A Nancy e Dinalva, pelo apoio no desenvolvimento do projeto.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram com a construção desse projeto.

NECESSDADE AUTO-REFERIDA NO CUIDADO DO DIABETES *MELLITUS***NEEDS OF SELF RELATED ON DIABETES *MELLITUS* CARE**

Ana Regina Paes Barreto Ribeiro¹

Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹

Fabiana de Oliveira Silva Sousa¹

Danilo Campos Luz e Silva¹

Gabriela Bardelini Tavares Melo¹

Dinalva Lacerda Cabral¹

Nancy Maria Silva Jansen¹

⁽¹⁾ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/Fundação Oswaldo Cruz.

Ana Regina Paes Barreto Ribeiro: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Moraes Rego, s/nº, Recife - Pernambuco - Brasil, 50670-420.

Telefone: 81 2101 2665

Artigo enviado para a Revista Ciência e Saúde Coletiva, aguardando aprovação para publicação.

RESUMO

Esta pesquisa objetivou identificar as necessidades de cuidados à saúde auto-referidas por usuários quanto a consultas especializadas e exames complementares. Estudo transversal, realizado em unidades de saúde da família da cidade do Recife-PE, no período de janeiro a março/2012. Aplicou-se um questionário semi-estruturado. A amostra foi composta por 20 diabéticos, 95% eram do sexo feminino, podendo estar relacionado ao fato de que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde; 70% tinham idade ≥ 60 anos o que pode ser influenciado pela transição demográfica que aponta um aumento da expectativa de vida, gerando um aumento da população idosa, com conseqüente incremento das doenças crônicas. Quanto ao perfil clínico referido, 95% não tinham problemas cardiológicos, dado que pode estar influenciado ao fato de que os usuários não conheciam as doenças cardíacas. Em relação às necessidades auto-referidas, 80% referiram necessitar de acompanhamento pelo oftalmologista e 85% pelo cardiologista. O estudo da necessidade auto-referida pode subsidiar a atualização dos parâmetros assistenciais e assim, contribuir para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde que necessitam.

Palavras-chave: Necessidades de Saúde, Diabetes *mellitus*, Atenção primária de saúde; Redes de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify what the users need as consultation and specific tests. Cross-sectional study, made in Family Health Units (USF) in Recife, in period from January to March/2012. It applied a semi-structured questionnaire. The sample was made by 20 diabetic; 95% were female, it should be related to the fact women tend to seek more health services, 70% were age ≥ 60 years, and it can be influenced by the demographic transition that indicate the grow in life expectancy, creating the grown elderly population, leading to an increase chronic diseases. About clinic profile related, 95% had cardiologic troubles, data can be related because users did not know heart disease. About needs of self related, 80% said need accompaniment by ophthalmologist and 85% by cardiologist. The study of needs said by users should subsidize updates of assistance parameters and so, contribute to increase the access by the population to health care that they need.

Key words: Needs of health, Diabetes mellitus, Primary health care, Health networks.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está definido na Constituição Brasileira como uma rede regionalizada e hierarquizada, sob os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade¹. Estas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema de saúde com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população brasileira².

Um dos principais desafios do SUS está relacionado à integralidade, neste contexto, entendida como o acesso a todos os recursos assistenciais que o usuário necessita. A Lei Orgânica da Saúde, publicada em 1990, estabeleceu no artigo 18 - inciso 1º - que é competência do município o planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde e, no seu artigo 36, fica estabelecido que esse processo de planejamento dar-se-á de forma ascendente, compatibilizando as necessidades da população com a disponibilidade de recursos³.

No modelo assistencial, ainda hegemônico no nosso país, os serviços são constituídos não em função de necessidades de saúde, e sim a partir da existência de uma demanda potencial⁴. Mas, na luta pela consolidação dos princípios do SUS, é imprescindível que se mude a lógica de organização da produção das ações de saúde, substituindo, no processo de tomada de decisão, a concepção medicalizadora e mercadológica pelo raciocínio epidemiológico de determinação social do conjunto das necessidades de saúde de uma coletividade. Neste contexto, há um desafio grande ante a necessidade de mudar o sistema de saúde avançando na sua integração real, assumindo o planejamento das ações e adequando a oferta de serviços de acordo com as necessidades identificadas, de forma equânime e ordenada⁵.

No debate atual sobre o princípio da integralidade, tem-se reafirmado que a construção das redes de atenção à saúde pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado à sua saúde, configurando assim as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário⁶. A construção de linhas do cuidado parte do princípio da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais. Estas redes estão associadas à imagem de uma “linha de produção” voltada ao fluxo assistencial e focada no campo de necessidades dos usuários⁷.

A partir do termo "linha de cuidado", pode-se inferir que a compreensão de integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde é aquela em que o caminho a

ser percorrido por um usuário, desde a unidade básica e passando por diferentes serviços, ocorre de tal sorte que, ao seu final, completa-se o leque de cuidados necessários ao seu problema de saúde⁸.

Nesta perspectiva, a organização das linhas de cuidado deve ser planejada a partir das necessidades da população, de modo a torná-los participantes deste processo, identificando-os nos seus diferentes modos de vida, de saúde e de sofrimento⁹.

Assim sendo, ouvir a percepção dos usuários sobre sua saúde permite o exercício do acolhimento e ampliação do vínculo pelos profissionais, além de potencializar as intervenções destinadas às soluções dos problemas demandados, constituindo-se um importante passo para se compreender o padrão de procura por um serviço de saúde¹⁰.

A partir do estudo de Stotz¹¹, Cecílio e Matsumoto¹² propuseram uma taxonomia das necessidades de saúde integralizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos, organizada em quatro grandes conjuntos: o primeiro conjunto diz respeito à necessidade de boas condições de vida; o segundo se refere à necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; o terceiro diz respeito à necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde; e o último conjunto se refere à necessidade de autonomia na construção do seu “modo de andar a vida”.

Sheiham e Tsakos¹³ definiram três tipos de necessidades em saúde: 1. Necessidade normativa: aquela em que o profissional, o administrador ou cientista social definem; 2. Necessidade percebida (subjativa): reflete a avaliação do próprio indivíduo sobre uma necessidade de cuidado em saúde; 3. Necessidade manifestada ou demanda: são as necessidades autopercebidas convertidas em demanda pela busca de assistência de um profissional ou serviço. Neste estudo, tomou-se como necessidades de saúde o conjunto de necessidades percebidas referentes ao acesso universal e integral aos serviços de saúde, considerando que essa dimensão de necessidades constitui um dos determinantes da condição de saúde da população, conforme definição de saúde dada pela Constituição Brasileira¹.

Assim o objetivo desse estudo foi identificar a necessidade auto-referida dos usuários com diabetes *mellitus* quanto aos encaminhamentos a consultas e exames especializados em unidades de saúde do Recife – PE.

O diabetes mellitus atualmente é considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social. Sua importância nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de

carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética¹⁴.

Considerando a expressiva prevalência do Diabetes *Melittus* (DM) na população brasileira, bem como as dificuldades no efetivo acompanhamento dos usuários com doenças crônicas e sendo a população diabética reconhecida como um grupo prioritário no conjunto de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família¹⁵, escolheu-se o DM como condição traçadora para o estudo sobre o dimensionamento de necessidades de assistência à saúde em populações atendidas nas redes de atenção à saúde orientadas pela atenção primária à saúde. O pressuposto é que a análise das necessidades auto-referidas de uma determinada doença/agravo (chamada traçadora) será um indicador da qualidade dessa metodologia para dimensionamento das necessidades assistenciais.

MATERIAIS E MÉTODOS

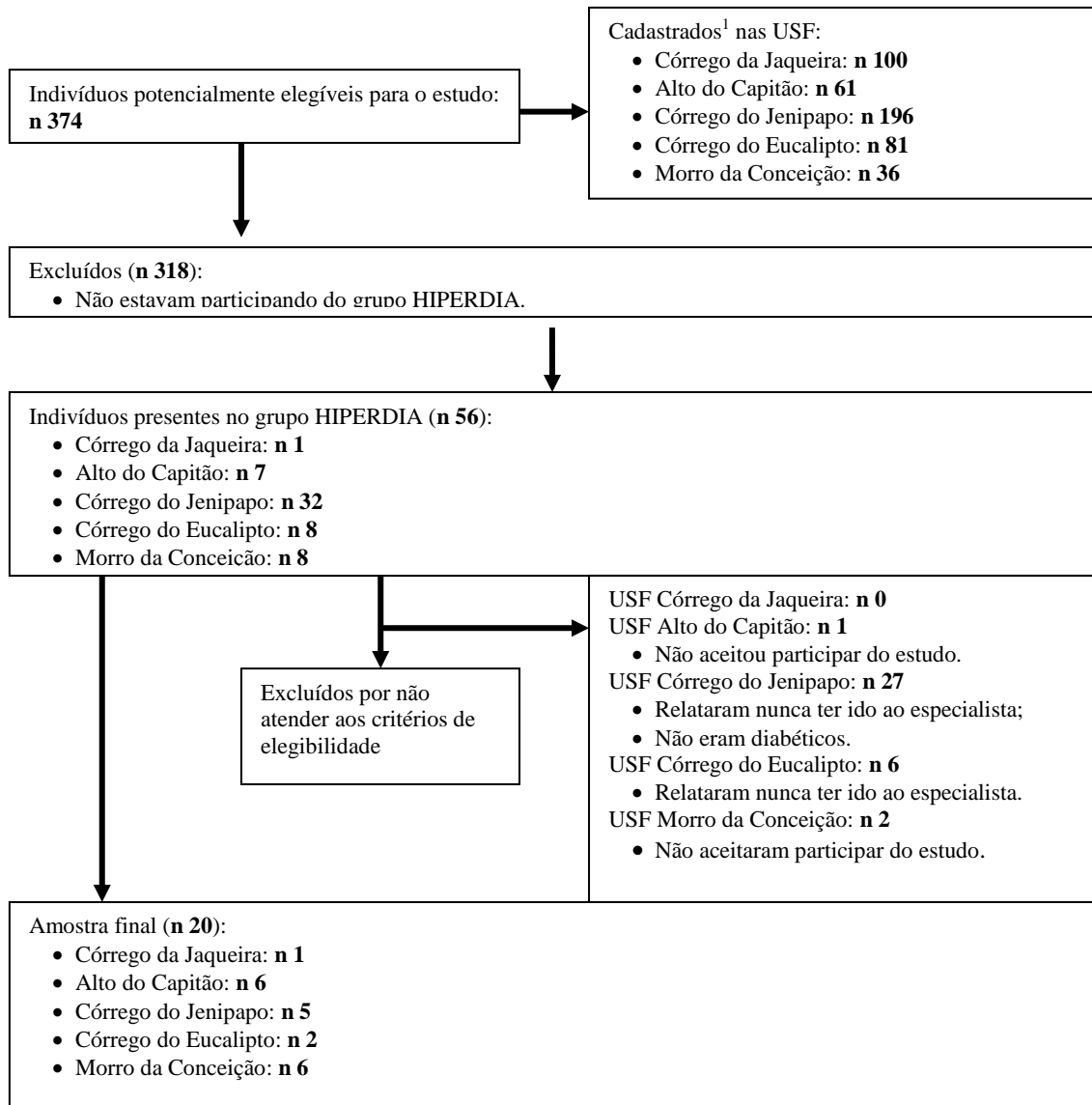
O presente estudo, do tipo transversal, foi realizado em seis unidades de saúde da família (USF), localizadas no Distrito Sanitário II e III do município de Recife - Pernambuco (PE), Nordeste do Brasil.

A Cidade do Recife é dividida em 94 bairros e em seis Distritos Sanitários. O Distrito Sanitário II possui uma população de 209.789 mil habitantes¹⁶. Conta com uma rede de 18 USF, composta por 43 equipes de saúde da família e 22 equipes de saúde bucal, cobrindo 72% de sua população. Possui também duas unidades especializadas, três centros de atenção psicossocial (CAPS), um centro de especialidades odontológicas (CEO), um centro de saúde tradicional, uma unidade de cuidados integrals à saúde e três pólos do Programa Academia da Cidade.

O Distrito Sanitário III possui uma população de 300.789 mil habitantes¹⁶. Tem uma rede de 24 USF, com 46 equipes de saúde da família e 24 equipes de saúde bucal, cobrindo 53% de sua população. Possui como referência especializada dois centros de especialidades e duas unidades de referência municipal, conta ainda com três centros de atenção psicossocial (CAPS) e seis centros de saúde tradicionais.

A amostra estudada foi constituída por 20 usuários com DM, selecionados através dos grupos de acompanhamento de hipertensos e diabéticos – HIPERDIA¹⁸ - nas USF Morro da Conceição, Alto do Capitão, Córrego da Jaqueira, Córrego do Eucalipto e Córrego do Jenipapo, no período de janeiro a março de 2012. (Figura 1).

Foram considerados elegíveis para o estudo os usuários com diagnóstico clínico de DM tipo 2, de ambos os sexos, com idade ≥ 18 anos, cadastrados e acompanhados pela USF de referência, participantes do HIPERDIA e que já tivessem ido em algum momento para o endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cirurgião vascular e/ou para o cardiologista.



(Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra).

As unidades escolhidas foram baseadas nos territórios cobertos pela atenção primária baseada na estratégia de saúde da família e que são campos de prática da Residência de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, os bairros de Morro da Conceição, Macaxeira e Córrego do Jenipapo, no Distrito Sanitário III tem 100% de cobertura e formam uma RIS orientada pelas ESF, em articulação com serviços de média e

alta complexidades. Além destes bairros, o Alto do Capitão e o Córrego da Jaqueira no Distrito Sanitário II, também foi campo da pesquisa.

A coleta de dados foi feita por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado, contendo 25 questões referentes ao perfil sócio-demográfico e clínico dos usuários, vinculação dos usuários às unidades saúde da família e as necessidades auto-referidas pelos diabéticos entrevistados.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados de forma descritiva, apresentando os valores absolutos e relativos das variáveis de interesse. O *software* utilizado foi o Excel® 2007.

Esse estudo apresenta parte dos resultados da pesquisa “Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos à consultas especializadas e exames complementares”, onde busca-se, através da identificação das necessidades de assistência a saúde, auxiliar na superação das limitações dos parâmetros assistências, atualmente utilizados, no processo de definição da oferta assistencial e, assim, orientar a organização de sistemas de saúde pautados pela equidade e regionalização.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, parecer nº 47/2011. Todos os sujeitos envolvidos participaram de maneira voluntária mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme determina a resolução número 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (CNS).

RESULTADOS

De acordo com o perfil sócio-demográfico da amostra estudada, observou-se o predomínio do sexo feminino, 70% tinha idade ≥ 60 anos, 70% possui escolaridade que variou entre 1 a 7 anos de estudo, 35% dos entrevistados relatou ser solteiro (a), 55% estavam aposentados (as) e 80% residiam a 11 anos ou mais no mesmo bairro (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos usuários com diabetes *mellitus*, em unidades de saúde da família da Cidade do Recife-PE, Brasil, 2012.

VARIÁVEL	n (%)
Sexo	
Feminino	19 (95)
Masculino	1 (5)
Idade	
≥ 60 anos	14 (70)
50 a 59 anos	4 (20)
40 a 49 anos	2 (10)
Grau de escolaridade^a	

< 1 ano	4 (20)
1 - 3 anos	7 (35)
4 - 7 anos	7 (35)
8 - 10 anos	2 (10)
Estado civil	
Solteiro (a)	7 (35)
Viúvo (a)	5 (25)
Divorciado (a)	3 (15)
União estável	3 (15)
Casado (a)	2 (10)
Ocupação atual	
Aposentado (a)	11 (55)
Dona de Casa	7 (35)
Doméstica	2 (10)
Residente no Bairro^b	
≥11 anos	17 (80)
5 - 10 anos	2 (10)
< 5 anos	2 (10)

Grau de Escolaridade^a - Em anos de estudo; Residente no bairro^b – Tempo em anos.

Em relação à presença de doenças associadas, 94,7% dos diabéticos entrevistados apresentaram como comorbidade a hipertensão arterial sistêmica, destes, 50% também possuíam outras doenças como dores articulares, labirintite e glaucoma, cerca de 55% da amostra utilizava mais de três tipos de medicamentos e 10% relatou o uso da insulina para o controle da diabetes (Tabela 2).

Quanto ao motivo de procura ao especialista, 50% expressou a necessidade de realizar os exames complementares. Quando foram questionados sobre a sua condição de saúde, 70% referiram nunca ter tido um ferimento com dificuldade para cicatrização, 70% afirmaram não ter dificuldade no controle da glicose, 95% e 65% referiram não ter problemas cardíacos e oftalmológicos, respectivamente (Tabela 2).

Na análise do acesso a especialistas, observou-se que os usuários entrevistados neste período de estudo geraram 35 consultas em diversas especialidades, sendo 22,8% encaminhado pela unidade básica de saúde para cardiologia e 14,3% para oftalmologia, esta porcentagem também foi encontrada quando o usuário relatou a procura pelo oftalmologista de forma espontânea. A demanda espontânea foi predominante na especialidade de oftalmologia, constatada em 14,3% do total das consultas e 50% das consultas geradas nesta especialidade (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil clínico referido pelos os usuários com diabetes mellitus, em unidades de saúde da família da Cidade do Recife-PE, Brasil, 2012.

VARIÁVEL	n (%)
Doenças associadas	
HAS	18 (94,7)
Outros	9 (47,7)
Uso de medicamentos^a	
≤ 3	11 (55)
≥ 4	9 (45)
Insulina	2 (10)
Motivo de procura ao especialista	
Exames	12 (50)
Rotina	7 (29,2)
Outros	5 (20,8)
Ferimento com dificuldade na cicatrização	
Sim	6 (30)
Não	14 (70)
Dificuldade no controle da glicose	
Sim	6 (30)
Não	14 (70)
Problemas cardíacos	
Sim	1 (5)
Não	19 (95)
Problemas oftalmológicos	
Sim	7 (35)
Não	13 (65)
Acesso ao cirurgião vascular	
Encaminhado	4 (11,4)
Demanda Espontânea	2 (5,7)
Acesso ao endocrinologista	
Encaminhado	1 (2,8)
Demanda Espontânea	2 (5,7)
Acesso ao cardiologista	
Encaminhado	8 (22,8)
Demanda Espontânea	1 (2,8)
Acesso ao oftalmologista	
Encaminhado	5 (14,3)
Demanda Espontânea	5 (14,3)
Acesso a outros Especialistas	
Encaminhado	2 (5,7)
Demanda Espontânea	5 (14,3)

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; Uso de medicamentos – Em quantidade.

Entre os usuários entrevistados, 45% afirmaram ser atendidos na mesma unidade USF há 5 anos ou mais, 90% souberam responder o nome do médico da equipe de referência, 60% relataram ser consultados com o médico da unidade pelo menos uma vez por mês e 55% confirmaram sua participação no grupo de HIPERDIA todo mês (Tabela 3).

Em relação ao acesso a especialistas, 57% da amostra já tinham sido encaminhados pela unidade de referência e 43% foram ao serviço especializado por demanda espontânea (Tabela 3).

Tabela 3. Vinculação dos usuários com diabetes mellitus, às unidades de saúde da família da Cidade do Recife-PE, Brasil, 2012.

VARIÁVEL	n (%)
Atendimento na Unidade	
≥ 5 anos	9 (45)
2 - 4 anos	8 (40)
< 2 anos	3 (15)
Nome do Médico da Unidade	
Sim	18 (90)
Não	2 (10)
Periodicidade na USF	
Todo Mês	12 (60)
2 em 2 meses	3 (15)
Outros	5 (25)
Periodicidade no HIPERDIA	
Todo Mês	11 (55)
2 em 2 meses	2 (10)
Outros	7 (35)
Acesso ao Especialista	
Encaminhado	20 (57)
Demanda Espontânea	15 (43)
Lembra a última vez que foi ao especialista	
Sim	11 (55)
Não	9 (45)

USF – Unidade saúde da família

De acordo com a tabela 4, para 80% dos diabéticos participantes da pesquisa, a frequência das consultas com o médico da USF atendeu as suas necessidades em relação à DM e para 85% dos usuários a consulta com o especialista atendeu a sua necessidade. Quando questionados em relação à necessidade de acompanhamento por especialistas, 55% afirmaram sentir necessidade de serem acompanhados por um cirurgião vascular, 60% por um endocrinologista, 80% por um oftalmologista, 85% por um cardiologista, sendo este o mais requisitado entre os especialistas questionados.

Tabela 4. Necessidade auto-referida por diabéticos em unidades de saúde da família da Cidade do Recife-PE, Brasil, 2012.

VARIÁVEL	n (%)
As consultas com o médico da USF atende a necessidade	
Sim	16 (80)
Não	4 (20)
A consulta com o especialista atendeu a necessidade	
Sim	17 (85)
Não	3 (15)
Necessidade – Cirurgião Vascular	
Sim	11 (55)
Não	9 (45)
Necessidade – Endocrinologista	
Sim	12 (60)
Não	8 (40)
Necessidade – Cardiologista	
Sim	17 (85)
Não	3 (15)
Necessidade – Oftalmologista	
Sim	16 (80)
Não	4 (20)

USF – Unidade saúde da família

DISCUSSÃO

A predominância feminina nas unidades de saúde da família, estudadas nessa pesquisa, e nos serviços de saúde de uma maneira geral, já foi evidenciada em outros estudos como o de Borba e Muniz¹⁸. Esse dado pode está relacionado ao fato de que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde, principalmente em caráter preventivo, pela maneira que elas percebem as suas necessidades e encaram a doença.

No que diz respeito a faixa etária e a escolaridade dos entrevistados, o estudo de Grillo e Gorini¹⁹ corrobora com os resultados que mostraram que “57,6% dos usuários diabéticos tinham mais de 60 anos e 92,8% tinham até 7 anos de estudo” corroborando assim com essa pesquisa. A transição demográfica aponta um aumento da expectativa de vida, gerando um aumento da população idosa, com conseqüente incremento das doenças crônicas.

Quanto à presença de doenças associadas, o estudo evidenciou a presença da HAS na grande parte dos diabéticos. Em um estudo realizado por Grillo e Gorini¹⁹, sobre a caracterização de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, a distribuição das doenças associadas corroboram com este estudo, sendo observado que 76,8% dos diabéticos eram também hipertensos.

Os participantes desta pesquisa, quando indagados sobre os principais motivos para a procura da rede especializada, relataram que a busca ocorreu devido à necessidade de realizar exames complementares. Sabe-se que a necessidade subjetiva dos usuários está, majoritariamente, ligada a necessidade percebida.

Segundo Stotz¹¹, as necessidades de saúde são percebidas e, conseqüentemente, expressas por indivíduos diante das dificuldades sentidas e da busca de possibilidades para a reprodução da vida. Além disso, os diversos níveis de saúde e adoecimento se concretizam de forma biológica e psíquica nos indivíduos, tendo origem nas condições materiais da vida cotidiana ou “nos perfis de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais”²⁰. Assim, a percepção do usuário que desconhece a importância da continuidade do cuidado, na maioria das vezes, concebe uma grande dependência de definições médicas.

Sabe-se que o modelo assistencial predominante no Brasil é caracterizado por uma prática clínica centrada nos aspectos biológicos e fortemente consumidora de insumos do complexo médico-industrial que “mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia”⁵. Esse modo de produção do cuidado em saúde favorece tanto a geração de demanda para especialistas, quanto alto consumo de exames complementares²¹.

Ao analisar o perfil clínico dos entrevistados, verificou-se que a inexistência de problemas cardíacos foi o mais referido. Este dado pode estar relacionado ao fato de que os usuários não conheciam as doenças cardíacas e nem estavam emponderados suficientemente sobre os possíveis problemas (cardiológicos, vasculares, neurológicos, entre outros) advindos de um controle pouco eficaz do DM. Este achado também pode ser influenciado pela dificuldade de acesso ao cardiologista, o que inviabiliza o diagnóstico precoce das doenças e, conseqüentemente, uma assistência oportuna. Segundo Sousa²¹:

O acesso aos serviços de saúde no nível da atenção especializada é um ponto importante de estrangulamento da gestão da saúde no município de Recife. Há uma grande demanda por recursos assistenciais, num contexto de oferta insuficiente e, muitas vezes, utilizada de forma irracional o que tem resultado em longas filas de espera para alguns procedimentos, causando o atraso no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

A potencialidade da atenção primária do município de Recife como orientadora de rede de atenção à saúde pode ser verificada a partir da análise do vínculo dos usuários com as

unidades. Boa parte (45%, 60% e 55%) dos investigados frequentam a mesma unidade há anos e mensalmente vão à consulta com o médico da USF e ao HIPERDIA respectivamente. No estudo realizado por Rocha²², com 21 pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA, a maioria destes usuários eram acompanhados pela equipe do Programa Saúde da Família (PSF) nos dias destinados ao programa, relatando participação uma vez por mês e apenas 1 paciente afirmou participar do programa duas vezes por mês. A literatura aponta para a extrema importância da regularidade do acompanhamento ao paciente crônico pela equipe de saúde da família, contudo, este acompanhamento deve seguir uma ordem quanto à gravidade da patologia²³.

Apesar dessa potencialidade a APS do município de Recife ainda apresenta fragilidade quanto ao seu papel na rede, responsável pela coordenação do cuidado do usuário, pois ao ser analisado o acesso ao especialista percebeu-se um percentual significativo de consultas geradas por demanda espontânea.

Inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde, a Unidade de Saúde da Família está vinculada a uma rede de serviços que, hierarquizada, deve garantir assistência integral aos indivíduos e seus familiares, referenciando aos níveis especializados quando as situações ou problemas identificados requerem resolução fora do âmbito da atenção básica¹⁵. Nessa perspectiva, superar os efeitos da fragmentação que persistem na rede de serviços de saúde do SUS e potencializar a APS como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é um dos principais desafios na constituição de redes integrais de saúde²⁴.

Quando questionados sobre as necessidades em cuidados de saúde os entrevistados referiram que as consultas realizadas na USF atendiam as suas necessidades, sendo a prescrição de medicamentos o mais referido como fator para o controle da doença. Em relação às necessidades auto-referidas de consultas, um dos argumentos mais utilizados para não sentir necessidade de acompanhamento dos especialistas foi que “só iriam se tivessem algum problema”.

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), em 1998, mostrou que cerca de 80% da população brasileira considerou a própria saúde como boa ou muito boa, e que o principal motivo de não procurar um atendimento de saúde foi a ausência de necessidade percebida (96%)²⁵, corroborando com os resultados do presente estudo.

Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas, simplesmente, tratando os sintomas quando aparecem.

Nos países em desenvolvimento, as condições crônicas demandam basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. Como parte de um conjunto de esforços, deve-se primeiramente melhorar a atenção primária²⁴.

Em todas as especialidades estudadas, mais da metade dos usuários afirmaram sentir necessidade de consultas para acompanhamento da DM, sendo a especialidade de cardiologia a mais requisitada entre os estudados. O Ministério da Saúde preconiza, através da 16ª edição do Caderno da Atenção Básica “Encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica²⁶”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados do estudo mostra que, de fato, é necessário revisar os parâmetros utilizados atualmente para consultas especializadas levando em consideração a escuta das necessidades dos usuários do SUS e, desta maneira seja possível direcionar os recursos assistenciais de um modo mais assertivo e proveitoso.

Um estudo mais abrangente, utilizando uma amostra maior, pode também sugerir um instrumento que valide e avalie periodicamente as necessidades auto-referidas dos usuários.

COLABORADORES

ARPB Ribeiro participou da concepção, elaboração da metodologia, coleta e análise dos dados, redação do esboço inicial e final do artigo; PC Albuquerque, FOS Sousa participaram da concepção, elaboração da metodologia, análise dos dados, redação do esboço inicial e final do artigo; NMS Jansen, DC Lacerda, DCL Silva, participaram da análise dos dados, redação do esboço inicial e final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado; 1988.

2. Silva AVG. *O posicionamento das conferências nacionais de saúde realizadas após a instituição do sistema único de saúde realizadas após a instituição do sistema único de saúde frente ao desfinanciamento da política de saúde*, 2007. Disponível em: <<http://web.intranet.ess.ufrj.br/monografias/103083309.pdf>>. Acesso em 10 jan 2012.
3. Brasil. *Lei nº 8080*, 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, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 15 fev 2012.
4. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1260 – 8.
5. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface: comunicação, saúde, educação* 2006; 10(19):1 – 17.
6. Franco TB. *Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG)*. In: Merhy EE, et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec 2003; 161-198.
7. Merhy EE, Cecílio LCO. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: UNICAMP, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 20 fev 2012.
8. Júnior HMM, Oliveira RC. *Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte*. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA. (Orgs). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS: IMS,UERJ 2006; p. 51- 64.
9. Moraes PA, Bertolozzi MA, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Escola de Enferm da USP* 2011; 45(1):

10. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras de Enferm* 2009; 62(1):113-18.
11. Stotz EN. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde*. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
12. Cecílio LCO, Matsumoto NF. *Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde*. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA. (Org.) *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC 2006; p. 37-50.
13. Sheiham A, Tsakos G. *Oral health needs assessments*. In: Pine C, Harris R, editors. *Community Oral Health*. Mew Malden: Quintessence Publishing Co. Limited 2007; p. 59-79.
14. ORTIZ, M.C.A; ZANETTI, M.L. Levantamento dos fatores de risco para Diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de Ensino Superior. *Rev Latino-am Enferm* 2001; 9(3): 58-63.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial Sistêmica – HAS e Diabetes mellitus –DM – protocolo*. Brasília, 2001.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censos Demográficos e Contagem Populacional*; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, pelo MS/SE/Datasus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppe.def>>. Acesso em: 07 fev 2012.

17. Brasil. Ministério da Saúde. *HIPERDIA*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807>. Acesso em: 12 fev 2012.
18. Borba TB, Muniz RM. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema HiperDia da unidade básica de saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. *Rev Enferm Saúde* 2011; 1(1): 69-76.
19. Grillo MFF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(1): 49-54.
20. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface: comunicação, saúde, educação* 2007; 11(23): 605-18.
21. Sousa FOS. *O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
22. Rocha A. *A importância do HIPERDIA na redução dos agravos em pacientes cadastrados no PSF IV*. Bahia, 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-hiperdia-na-reducao-dos-agravos-em-pacientes-cadastrados-no-psf-iv/30969/>>. Acesso em: 20 mar de 2012.
23. Brasil, Ministério da Saúde; Secretária de Atenção a Saúde; Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde. *Cad Atenção Básica* 2006; 14(série A): 8-40.
24. Organização Mundial de Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, 2003.

25. Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(12): 2661-71.

26. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Cad Atenção Básica – Diabetes Mellitus* 2006; nº 16.