

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu

LUCIANA CRISTINA PARENTI

**Reorientando práticas de cuidado com o
diabetes mellitus: a construção partilhada
profissionais-usuários**

BOTUCATU – SP
2010

LUCIANA CRISTINA PARENTI

Reorientando práticas de cuidado com o diabetes mellitus: a construção partilhada profissionais-usuários

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Universidade Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino

BOTUCATU – SP
2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Parenti, Luciana Cristina.

Reorientação práticas de cuidados com o diabetes mellitus: a construção partilhada profissionais-usuários / Luciana Cristina Parenti. – Botucatu, 2010.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010.

Orientador: Antonio de Pádua Pithon Cyrino

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública. 2. Diabetes. 3. Inteligência coletiva.

Palavras-chave: Cuidado em saúde; Inteligência coletiva; Modelo assistencial; Organização de serviços de saúde; Participação do paciente/tendências.

Dedicatória

Ao meu Vinícius,

*Por ser meu anjo da guarda, meu “porto seguro”,
minha família!*

*Por todas às vezes que vemos juntos “Cocoricó”,
acreditando que a vida é simples e ao mesmo
tempo mágica.*

*Por organizar a minha vida como ninguém jamais
conseguiu!*

Agradecimientos

A Deus, pela vida.

Aos meus pais, por me ensinarem o valor da educação e por me apoiarem incondicionalmente nos percalços da vida.

Ao meu orientador, Antonio de Padua Pithon Cyrino, por sua competência e, sobretudo, por ter compartilhado comigo o “saber de sua experiência”.

Ao Vinícius, por me ajudar a exercitar o amor... Ensinando-me a ouvir e entender estrelas!

À Lucélia, que, carinhosamente, me ajuda a cuidar do Vinícius.

À minha amiga Cássia, por acreditar em mim, sempre.

À Estela, amiga e colega, por ter me ajudado na coleta de dados, com tamanha dedicação, como se estivesse fazendo o seu próprio trabalho.

À equipe do Centro de Saúde Escola, por me mostrar diariamente, a complexidade e a beleza do trabalho em saúde.

A todos os pacientes pela riqueza do encontro.

*"Ora (dizeis) ouvir estrelas! Certo
Perdeste o senso!" E eu vos direi, no entanto,
Que, para ouvi-las, muita vez desperto
E abro as janelas, pálido de espanto...*

*E conversamos toda a noite, enquanto
A via láctea, como um pálido aberto,
Cintila. E, ao vir do sol, saudosos e em pranto,
Inda as procuro pelo céu deserto.*

*Dizeis agora: "Tresloucado amigo!
Que conversas com elas? Que sentido
Têm o que dizem, quando estão contigo?"*

*E eu vos direi: "Amai para entendê-las!
Pois só quem ama pode ter ouvido
Capaz de ouvir e de entender estrelas." ..*

Olavo Bilac

Resumo

Parenti L. C. Reorientando práticas de cuidado com o diabetes mellitus: a construção partilhada profissionais-usuários. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010.

RESUMO

A concepção que tradicionalmente orienta a organização de serviços está fundamentada no saber técnico caracterizado pela centralização de sua formulação e por um caráter autoritário, no qual o paciente é reconhecido a partir de sua doença e dos órgãos nos quais está localizada, cabendo ao paciente um papel restrito no seu tratamento. A inadequação desta perspectiva pode ser percebida dentre outros motivos por sua incapacidade de responder a complexidade das prevalentes condições de cronicidade, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Tais morbidades só alcançam um efetivo controle quando seus portadores desenvolvem uma efetiva competência para realizar seu autocuidado de modo a adaptar a norma médica ao seu cotidiano, com autonomia e preservação de sua qualidade de vida. O desafio contemporâneo posto aos serviços de saúde é o de fornecer a seus usuários os instrumentos adequados para que possam desenvolver criativamente suas habilidades para o cuidado-de-si. Tal empreita pode ser mais bem sucedida quando indivíduos e grupos interagem e, desta forma, partilham, utilizam e produzem conhecimentos, conformando uma Inteligência Coletiva. Com esta concepção o presente estudo buscou desenvolver processo de formulação de propostas de reorientação da assistência ao diabetes mellitus mediante a mútua cooperação entre profissionais de saúde e usuários de serviço de atenção primária à saúde. Para tanto, estruturou-se pesquisa-ação de caráter exploratório sobre os obstáculos ao autocuidado no diabetes mellitus tipo 2 produzidos por características de organização do serviço: o intervalo longo entre as consultas, a descontinuidade do cuidado e a dificuldade de comunicação entre profissional - paciente. Tais campos problemáticos foram mais bem explorados mediante a análise de banco de dados obtido por meio de entrevista estruturada com 275 diabéticos. Com base nestas informações realizaram-se grupos focais com o objetivo de permitir que os diabéticos pudessem discutir os campos problemáticos identificados e formular soluções a tais obstáculos ao autocuidado. Tais propostas de enfrentamento foram posteriormente apresentadas aos profissionais de saúde do serviço que as discutiram e sobre as mesmas também construíram novas proposições. A análise das narrativas obtidas nos grupos focais de diabéticos e profissionais de saúde mostrou a diversidade de olhares dos sujeitos envolvidos, ainda que complementares, a adequação da metodologia empregada, a riqueza do processo desenvolvido e do conteúdo das discussões. O estudo contribui com a gestão de serviços e sistemas de saúde ao buscar a construção partilhada de novos modos de organização das práticas de atenção envolvendo gerência, neste caso, os próprios pesquisadores, equipe de saúde e os seus usuários. Mostra, por fim, ser este um possível caminho para lidar com a organização de algo tão complexo quanto o cuidado à saúde.

Palavras – chave: Organização de Serviços de Saúde. Cuidado em Saúde. Participação do Paciente/tendências. Modelo assistencial. Inteligência Coletiva.

Abstract

Parenti L.C. Reorienting diabetes mellitus care practices: the construction shared by professionals and users [dissertation]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010.

ABSTRACT

The conceptualization that traditionally orients service organization is based on technical knowledge characterized by the centralization of its formulation and by an authoritarian character in which the patient is recognized from his disease and from the organs where it is located, with the patient playing a restricted role in therapy. The inadequacy of this perspective can be perceived, among other reasons, from its incapacity to respond to the complexity of prevalent chronic conditions, such as arterial hypertension and diabetes mellitus. Such morbidities can only be effectively controlled when patients develop effective competence to engage in self-care so as to adapt the medical norm to their daily lives with autonomy and preservation of their quality of life. The contemporary challenge posed to health care services is that of providing users with suitable instruments so that they can creatively develop self-care skills. Such undertaking can be successful when individuals and groups interact and thus share, use and produce knowledge, hence forming a Collective Intelligence. With this conceptualization, the present study aimed at developing a process for formulating proposals to reorient diabetes mellitus care provision based on mutual cooperation between health care professionals and primary health care service users. To that end, an exploratory action study was designed concerning the obstacles to self-care in type-2 diabetes mellitus which are caused by characteristics of service organization: the long interval between consultations, care discontinuity and the difficulty of communication between professionals and patients. Such problematic fields were better explored by analyzing a database obtained from structured interviews with 275 diabetic individuals. Based on that information, focal groups were performed so that the diabetic individuals could discuss the problematic fields identified and formulate solutions to obstacles to self-care. Such coping proposals were later presented to health care professionals in the service, who discussed them and also designed new propositions. The analysis of the narratives obtained in the focal groups of diabetic individuals and health care professionals showed the diversity of the perspectives of the subjects involved, the adequacy of the applied methodology, the richness of the process developed and of the content of discussions. The study can contribute to the management of health care services and systems by seeking for the shared construction of new methods for organizing health care practices involving management, and in this case, the researchers themselves, the health care team and service users. Finally, it shows that this is a possible way to deal with the organization of something so complex such as health care.

Key words: Health Care Service Organization. Health Care. Patient Participation/ Tendencies. Health Care Provision Model, Collective Intelligence.

Lista de Tabelas, Quadros e Figura

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência das consultas médicas (agendadas e extras) da Área de Saúde do Adulto, Centro de Saúde Escola, FMB-Unesp, 2009.	38
Tabela 2 –	Campos problemáticos da dimensão “o cotidiano, o cuidado de si e os serviços de saúde”, 2008.....	41
Tabela 3 –	Campos problemáticos, segundo frequência com que foram reconhecidos pelos portadores e porcentagem (em relação ao total de 275 participantes)	103
Tabela 4 –	Características sócio-demográficas dos diabéticos entrevistados, usuários do CSE, que identificaram como campos problemáticos a “organização do serviço”	104
Tabela 5 –	Perfil de uso de serviços de saúde dos diabéticos entrevistados, usuários do CSE, que identificaram como campos problemáticos a “organização do serviço”	105

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Categorias profissionais presentes no Centro de Saúde Escola (UVL e UVF), 2010	37
Quadro 2 –	Caracterização dos grupos focais (etapa 3) segundo número de participantes e tempo de duração, 2009.	42
Quadro 3 –	Caracterização dos grupos focais (etapa 4) segundo número de participantes e tempo de duração, 2009.	43
Quadro 4 –	Caracterização do grupo focal segundo número de participantes por categoria profissional, 2009.....	43
Quadro 5 –	Os campos problemáticos e as “soluções” propostas pelos diabéticos.	56
Quadro 6 –	Os campos problemáticos, as “soluções” propostas pelos diabéticos e profissionais e as “zonas de tensão”.	81

LISTA DE FIGURA

Figura 1 –	Síntese do percurso metodológico	44
------------	--	----

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

CSE	Centro de Saúde Escola
UNESP	Universidade Estadual Paulista
PSF	Programa de Saúde da Família
s.d	Sem data
SUS	Sistema Único de Saúde
I.C	Inteligência Coletiva
UVL	Unidade da Vila dos Lavradores
UVF	Unidade da Vila Ferroviária
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
ABAD	Associação botucatuense de apoio aos diabéticos
DST	Doença sexualmente transmissível
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SIMIS	Sistema Municipal de Informação em Saúde
ECG	Eletrocardiograma
EE	Entrevista estruturada
GF	Grupo focal
GTT	Teste de tolerância à glicose
HGT	Hemoglicotest (glicemia capilar)
RX	Raio X (exame radiográfico)
US	Ultrassom

Sumário

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo Geral	33
2.2 Objetivos Específicos	33
3 MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1 Campo da pesquisa	36
3.2 Sujeitos pesquisados	39
3.3 Desenho do estudo	39
4 RESULTADOS	45
4.1 Cartografia dos campos problemáticos relativos ao cotidiano de autocuidado e o uso de serviço	46
4.1.1 O intervalo longo entre as consultas	46
4.1.2 A dificuldade de comunicação profissional – paciente	48
4.1.3 A descontinuidade do cuidado	52
4.1.4 A dificuldade de ser atendido quando não se está bem	53
4.2 Dos campos problemáticos à construção partilhada profissionais-usuários: A visão dos usuários	55
4.2.1 O intervalo longo entre as consultas	56
4.2.2 A dificuldade de comunicação profissional – paciente	58
4.2.3 A dificuldade de ser atendido quando não se está bem	61
4.2.4 O tempo longo de permanência no serviço	63
4.2.5 A dificuldade de aceitar o diagnóstico do diabetes	63
4.2.6 Desarticulação entre a coleta de exames e o agendamento de consultas médicas de retorno	64
4.3 Dos campos problemáticos à construção partilhada profissionais-usuários: A visão dos profissionais de saúde	64
4.3.1 O intervalo longo entre as consultas	65
4.3.2 A descontinuidade do cuidado	71
4.3.3 A dificuldade de comunicação profissional – paciente	73
4.3.4 A dificuldade de ser atendido quando se está doente	74
4.3.5 Tempo longo de permanência no serviço	80
5 DISCUSSÃO	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	95
ANEXOS	100

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O recorte da realidade a ser pesquisada pode orientar-se por uma infinidade de caminhos que, em parte, são delineados por nossa trajetória profissional e concepções que possuímos acerca do trabalho. Assim, buscamos aqui introduzir o leitor nas motivações que me levaram a tomar como objeto de estudo a construção partilhada usuários – profissionais na organização de um serviço de saúde, como um percurso de reflexão e ação.

Há onze anos atuo como enfermeira do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, dos quais oito se deram na assistência e coordenação da área de Saúde do Adulto. Dentre inúmeras dificuldades experimentadas em meu trabalho, destaco duas: a dificuldade dos clientes em lidar com suas doenças, principalmente as crônicas, e a distância entre experiências singulares e da assistência que lhes é prestada.

Sempre me pareceu que as soluções que dávamos aos problemas da assistência estavam distantes da realidade dos pacientes, principalmente pelo longo intervalo entre as consultas e crescente busca por consulta extra (fora da data agendada). Tais fatos, além de não agradar aos usuários, deixavam os profissionais fatigados, sem perspectiva de um bom acompanhamento. Desta forma, continuamente ficava preocupada com a qualidade do serviço que estávamos prestando e como poderíamos melhor responder as necessidades de nossos clientes.

Em 2006, conversando com o diretor do Centro de Saúde Escola, pude melhor delinear essas questões e pensar em alguns caminhos possíveis para lidar com estes problemas. A oportunidade de iniciar uma pós-graduação era um caminho possível. O diretor do Centro de Saúde Escola me apresentou uma proposta de pesquisa, na qual poderia aprofundar alguns achados de sua pesquisa, e, ao mesmo tempo, responder às minhas indagações como coordenadora da área de atenção ao adulto do CSE. Assim, em 2007, iniciei o mestrado na área da Saúde Coletiva decidida a desenvolver este projeto.

Esta pesquisa integra a linha de investigação “Construindo tecnologias de atenção ao diabetes mellitus tipo 2: Dos campos problemáticos às estratégias de apoio ao autocuidado” (Cyrino, 2007); iniciada com a pesquisa “As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde” (Cyrino, 2005).

O referido estudo (Cyrino, 2009), teve como objeto a cartografia das competências desenvolvidas por portadores de diabetes em seu autocuidado (“saberes da experiência”), bem como dos campos problemáticos que provocaram sua criativa produção pelos diabéticos. Um dos subconjuntos de campos problemáticos reconhecidos dizia respeito aos modos como o próprio serviço de saúde se organizava. Ou seja, a “organização institucional do cuidado” produzindo obstáculos ao autocuidado dos diabéticos.

Diante do esforço cotidiano empreendido pela equipe, da área de adulto do CSE, na organização da atenção prestada, não poderia ficar indiferente a esses resultados: produzíamos obstáculos ao autocuidado dos nossos clientes.

Reconhecendo todo o “saber da experiência” desenvolvido pelos usuários em seu autocuidado e a complexidade tecnológica da atenção primária, este projeto busca articular estes saberes: o da experiência cotidiana de autocuidado e o da equipe de saúde na organização do cuidado.

Nossa aposta é a de que a participação dos usuários pode-se dar também em outra esfera, para além daquela, mais formal, estabelecida nos conselhos de saúde e conselhos de unidades de saúde. Assim, nos propomos a explorar as possibilidades de mútua colaboração entre o “olhar técnico sanitário” com o “olhar da experiência do usuário”, que recebe o cuidado prestado pelo serviço de saúde.

Com essas questões postas, a possibilidade de poder envolver usuários do serviço na construção de soluções para os problemas relacionados à assistência, me pareceu a princípio instigante, já que não é uma prática comum nos serviços de saúde.

Durante a elaboração deste projeto, ao coordenar um grupo de pacientes diabéticos, ouvi de alguns deles diversas sugestões para o aprimoramento desta atividade, o que à época foi um reforço para o desenvolvimento deste trabalho. Hoje refletindo a respeito desta vivência, me pergunto se o fato de tê-los escutado, já não significava um novo olhar provocado pelo projeto?

Neste sentido, talvez, uma das produções deste estudo seja a própria transformação que este processo pode produzir naqueles que tiveram a oportunidade de partilhar alguns destes ricos momentos de troca mútua, ainda que tenhamos a grande expectativa de que nossa instituição possa também incorporar seus resultados. Ao mesmo tempo, espero que o estudo possa contribuir com alguns possíveis caminhos metodológicos para tal co-produção, estruturando um espaço de inteligência coletiva, entre aqueles que estão envolvidos com o cuidado de saúde, usuários e “cuidadores”.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Segundo Paim (2003, p. 568), modelo de atenção ou modo de organização da assistência (como preferimos chamar) é:

“uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação.”

Para este mesmo autor, modelo de atenção, não é uma forma de organizar serviços de saúde, mas sim uma maneira de organizar os meios de trabalho, utilizados nas práticas de saúde (Paim, 2002).

No entanto, a observação de nossos serviços de saúde, com base nesta concepção, nos faz inquirir: que racionalidade tem orientado a organização das práticas de atenção à saúde?

Os serviços de saúde operam hegemonicamente no interior de uma racionalidade biomédica que se caracteriza por: reducionismo e fragmentação das práticas de atenção, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa (Alves, 2005).

O modelo biomédico ou mecanicista, como citado por Koifman (2001) e Barros (2002), concebe ao organismo humano, a idéia de “máquina produtora de doenças”. Assim, mais importante do que o encontro entre o indivíduo e o médico, é o papel deste em descobrir a doença, sendo o paciente visto apenas como o portador de uma doença.

Partindo desta visão, os tratamentos médicos consistiriam em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores. Desta forma a concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica (Koifman, 2001; Barros, 2002).

Em muitos casos, essa abordagem foi bem sucedida. A ciência e a tecnologia médica desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo, porém, como diz Porto (1994, p. 20):

“a incorporação tecnológica passou a produzir, em graus variáveis, efeitos colaterais, como interferência na relação médico-paciente, novos riscos; iatrogenia; níveis exagerados de especialização; institucionalização dos cuidados de saúde, aumento nos custos dos serviços; distorção na alocação de recursos no sistema de saúde etc.”.

Historicamente, com o desenvolvimento da racionalidade científica moderna e a conformação de uma ordem social capitalista, estruturaram-se dois modos diversos de organização do trabalho em saúde para atender as necessidades sociais de saúde: uma de caráter coletivo e outra de recuperação da força de trabalho (Mendes-Gonçalves, 1996). O primeiro correspondeu à Saúde Pública tradicional, na qual os problemas de saúde da população eram enfrentados mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral, etc.) e programas especiais (controle de tuberculose e hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, etc). O segundo, o modelo médico – assistencial privatista esteve centrado na chamada “demanda espontânea”, isto é, no atendimento aos indivíduos que na dependência de seu grau de conhecimento e /ou sofrimento procuravam por “livre iniciativa” os serviços de saúde. Desta forma, indivíduos ou grupos populacionais que não percebiam a existência de algum agravo à saúde não estariam sendo atendidos pelo sistema de saúde (Paim,1993).

Tais práticas, de Saúde Pública e Assistência Médica Individual, orientaram-se pelos saberes, respectivamente, da Epidemiologia e da Clínica, embora complementares no plano social concreto estruturaram-se em pólos opostos no âmbito das práticas de saúde (Mendes-Gonçalves, 1996).

Todavia, no século XX, especialmente após a segunda guerra, há uma mútua influência nestas práticas anteriormente polares, mediante a apropriação de conceitos e instrumentos de trabalho. Assim, a Clínica incorpora o conceito epidemiológico de risco em suas práticas de atenção, que resultaram, por exemplo, na organização de protocolos clínicos, enquanto a consulta médica individual passou

a compor as práticas de Saúde Pública, ainda que como medidas de controle, como se estabeleceu na Programação em Saúde, dos anos 1970 e 1980¹.

Tal tendência de “integração” vai se expressar, também, no “Movimento pela Defesa da Vida” no qual a epidemiologia embora seja reconhecida como ferramenta útil para dimensionar e priorizar problemas, será redimensionada por referência à Clínica, dado ser a tecnologia disponível para o cuidado individual. Contudo, os limites desta “Clínica” são reconhecidos e propõe-se sua ampliação - Clínica Ampliada - mediante o resgate de seu papel no cuidado (Campos, 1992; Merhy, 1997; Cecílio, 2001). A aposta aqui foi a de investir na produção de tecnologias leves², de modo a instrumentalizar os trabalhadores para lidarem com a subjetividade e esferas de necessidades de saúde que usualmente não são objeto do trabalho em saúde (Merhy et al, 2003).

No Brasil, mais recentemente, o Programa de Saúde da Família (PSF)³ foi pensado não só como iniciativa de extensão de cobertura, mas, também, para alcançar um impacto epidemiológico na saúde das comunidades. Assim, em seu modo de organização do trabalho, buscou-se articular a atenção à demanda espontânea, modo dominante de prática assistencial na atenção básica no país, com a oferta organizada de atenção a grupos populacionais e agravos à saúde (Chiesa, 2005).

Segundo Chiesa (2005), o PSF foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde, pois tem como objetivo, não uma ação pontual, paralela às práticas rotineiras dos serviços de saúde, mas a reestruturação do modelo a partir da atenção básica.

Uma característica apontada por esta autora é que o PSF não deve estar centrado na ação do médico, mas de uma equipe de saúde da família com definições de competências e co - responsabilidades entre seus membros.

Alves (2005), por sua vez, reconhece que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência já que há diversas unidades de saúde

¹ Para um maior detalhamento a respeito deste processo ver: CYRINO, 1993.

² Termo utilizado por Merhy (2000) para orientar as práticas em serviços de saúde, quais sejam, o acolhimento, a produção de vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho.

³ O termo Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de 1994, pelo Ministério da Saúde num processo de reorganização da atenção básica à saúde. Posteriormente a palavra “programa” foi substituída por estratégia. Atualmente tem se usado o termo política de Saúde da Família. Em que pese as diferenças utilizamos aqui o termo “programa” (Feuerwerker, 2005).

da família implantadas em locais antes restritos ao acesso da população. Todavia, aponta que não se pode admitir que só por isso a integralidade das ações deixou de ser um problema da atenção à saúde.

Isto supostamente se dá porque ao partirmos da definição de modelo assistencial enquanto *“uma dada forma de combinar (...) tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas”* (Paim, 2003, p.568) concluímos que para a construção de um novo modelo é importante o desenvolvimento de novas composições tecnológicas de cuidado.

E sobre isto, o trabalho em saúde sempre assumiu um caráter genérico e restrito, uma vez que a leitura que se fez (e faz) das necessidades de saúde “naturaliza” as mesmas, fazendo com que estas sejam sempre vistas como um “cardápio” de ordem natural – biológica (Schraiber e Mendes- Gonçalves, 1996).

É evidente que se avançou no sentido de envolver outras práticas, incorporando outros profissionais e alternando atividades clássicas como a consulta médica, com consultas de enfermagem e atividades grupais. Mas, no que diz respeito às relações profissionais-usuários, é ainda o caráter prescritivo e centrado na transmissão de *informações* que domina a cena institucional na saúde, e o “não cumprimento” da norma médica é usualmente tomado como “desobediência” do paciente e, muitas vezes, este é julgado moralmente (Cyrino, 2009).

Enfim, trata-se da tradicional perspectiva da *obediência ao médico*, definida como: *“a medida do grau de concordância entre a recomendação médica e o comportamento adotado pelo paciente quanto à tomada de medicação, adoção da dieta ou realização das mudanças de estilo de vida”* (Vermeire et al; 2001, p 332).

Não é também novidade a inversão de meios e fins nos serviços de saúde. Assim, a organização do trabalho e o horário de funcionamento das unidades de saúde já foram reconhecidos como obstáculos ao acesso dos usuários, bem como o tempo de espera para as consultas (Martins, 2006; Ferri, 2007).

Por outro lado, no que diz respeito às dimensões comunicacionais é expressivo o despreparo dos profissionais no atendimento, demonstrando, sobretudo, comportamentos impessoais, caracterizados por falta de atenção, frieza e rispidez no trato com as pessoas (Marcon, 2007).

A doença crônica exemplifica bem esta questão, pois exige tantas mudanças no “estilo de vida”, sendo comum o paciente expressar vergonha ou culpa diante da sua doença e da dificuldade em realizar os cuidados. O que acontece nesta situação

é que as “prescrições” não bastam, pois o portador da doença irá se defrontar com problemas novos, que vão lhe requerer o desenvolvimento de competências para lidar com situações previstas, já comunicadas, e aquelas imprevistas pelo saber clínico. A compreensão destas vivências dos pacientes tem requerido novos aportes teóricos, que vão além das abordagens “dominantes” citadas acima (Cyrino, 2009).

Assim, segundo Teixeira (2003), para que haja assimilação do princípio da integralidade na relação entre profissionais de saúde e usuários é necessária a superação da cisão “eu – outro”, ou seja, do “monopólio do diagnóstico de necessidades”, integrando a “voz do outro” neste processo (p.90).

Cyrino (2009) ao reconhecer as competências requeridas e efetivas para o autocuidado do diabetes mellitus, cartografou inúmeros obstáculos enfrentados pelos pacientes para lidar com a doença. Dentre os 25 campos problemáticos identificados três deles diziam respeito às características da própria assistência prestada: *quando não há uma adequada comunicação com os profissionais de saúde; quando há uma descontinuidade no seguimento médico e quando o intervalo entre as consultas médicas é muito longo*. Esta última foi apontada como dificuldade por 40 % dos diabéticos estudados, que agregada às duas anteriores foi referida por metade dos sujeitos estudados⁴.

Por isso, nossa intenção neste estudo não foi a de demonstrar “mais uma vez” os obstáculos produzidos pelo modo de organização da assistência, mas sim a de explorar as possibilidades dos próprios usuários do serviço contribuírem com a formulação de propostas para enfrentá-los.

Esta proposta busca explorar um caminho para lidar com a complexidade dos problemas de saúde, pois, como afirma Merhy e Franco (2003, p. 317), “(só) é possível resolvê-los, contando com a multiplicidade de saberes e fazeres”.

Diferentes autores têm discutido as possibilidades de articulação das necessidades e demandas da própria população usuária como “matérias-primas” essenciais para o planejamento e organização dos serviços (Tesser, 1994; Boltri, 2006; Kelly, 2006).

Percebemos que a participação de usuários na gestão pública, embora não seja uma novidade na política de saúde brasileira, é bastante recente em termos

⁴ Dados inéditos de pesquisa realizada pelo mesmo autor com 275 diabéticos entrevistados.

históricos. Como tal, nos últimos anos, esta participação estruturou-se sob distintos matizes.

Para Morgan (2001), as definições de participação podem-se agrupar em dois tipos: a participação como *meio*, na perspectiva utilitária e a participação como *fim*, na perspectiva de *empowerment* ⁵.

Como *meio*, a participação é utilizada para alcançar objetivos definidos pelas instituições, com a finalidade de completar os seus recursos institucionais. Muitas das experiências que temos visto nos sistemas de saúde podem ser consideradas participação como meio.

Valla (s.d.) ilustra este tipo de participação com a idéia de que muitas vezes o governo convida a população, especialmente para que realize, com seu próprio trabalho e tempo de lazer, obras que são da responsabilidade dos governos, expressos na idéia dos mutirões.

“Em grande parte, os governos brasileiros, tanto o federal como os estaduais e municipais, agem com a população de forma bastante autoritária, decidindo unilateralmente sobre a qualidade e quantidade de determinado problema (como o dengue ou a cólera, por exemplo), e conclama a população a participar do combate e erradicação do mal, através de mutirão. Ao conclamar a população a combater o mosquito do dengue, por exemplo, os governos individualizam a questão. O culpado direto pela doença seria o mosquito transmissor, e o indireto, a população, e não a falta de saneamento básico, de distribuição de água e coleta de lixo (Valla, s.d.)”

Ainda para Valla (s.d.) nesta concepção se a população vier a contrair a doença, é porque não seguiu os conselhos de prevenção ditados pelos órgãos competentes. É o que se chama "culpabilização da vítima", uma prática que permite

⁵ No idioma português, não existe uma tradução literal para este termo, isto fez com que aparecesse no meio acadêmico, a utilização de duas “traduções”: empoderamento e apoderamento. No entanto, o termo empoderamento, tem sido mais usado, visto que em português “a” ao ser utilizado como prefixo pode significar tanto aproximação como afastamento, ao passo que “em” quando utilizada como prefixo admite somente o significado de “movimento para dentro”, “incorporação de”, “provimento de”. Neste caso específico, significando então incorporação ou provimento de poder (Machado, 2006)

esconder o mau funcionamento dos serviços públicos e o descompromisso dos governos.

Com perspectiva distinta, a participação como *fim* é aquela que reconhece o direito da população a decidir sobre temas que afetam sua vida cotidiana e as ações produzidas por diferentes instituições da esfera pública. No Brasil, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituíram-se modificações nas relações entre as três esferas de governo determinando-se novas funções e transferências de competências aos municípios. Estas instruções legais prevêm a organização do SUS baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, bem como da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde nas diferentes instâncias gerenciais de governo (Correia, 1995; Carvalho, 1996).

A esta participação institucionalizada da sociedade civil na política de saúde, denominou-se controle social. Desta forma, a participação ganhou uma concepção democrática significando a integração em parceria com o Estado dos diferentes setores da sociedade na definição e monitoramento de políticas de saúde a serem implementadas (Correia, 1995; Carvalho, 1996)

Na prática, os mecanismos legais que garantem a participação institucionalizada na área da saúde são os conselhos e conferências de saúde. No entanto, Carvalho (1996), ao analisar esses conselhos, considera que eles “tem uma representatividade muito mais política do que social, expressando uma coerência entre a sua composição e o projeto político que o inspirou”. Para Correia (1995) o espaço de participação popular nos conselhos é contraditório, servindo para legitimar ou reverter o que está posto.

Para Vázquez et al. (2002) o desacerto entre o avanço e as conquistas obtidas no plano legal e a prática cotidiana nos serviços é uma das características da participação social na saúde, havendo poucas experiências de participação na gestão dos serviços de saúde em nível local.

Sem negar os avanços da participação nos espaços institucionalizados na Saúde, Teixeira (1997) critica o enfoque do “controle social” expresso na dualidade técnico-usuário (elite-povo) que bem marca a história das práticas de educação em saúde no Brasil. A ênfase dada ao “acesso à informação” como essencial para assegurar a participação reforçam, muitas vezes, o caráter que assumem tais práticas de educação para a participação se aproximando das velhas práticas de

educação sanitária, num esforço por superar uma suposta falta ou atraso mediante conhecimentos técnicos e científicos. Trata-se de “ensinar” os indivíduos a participarem dos diferentes espaços de controle social constituídos na área da saúde.

A este respeito, Valla (1998) reconhece a dificuldade que tem os profissionais de saúde em reconhecerem a população usuária dos serviços como detentora de um saber e cultura (saber popular), ou seja, com um conhecimento acumulado e sistematizado, capaz de interpretar e explicar a realidade.

Consideramos que esta pesquisa é tributária desta história das práticas e concepções de participação social no Brasil. Isto porque, partimos destas referências histórico-políticas para ampliá-las, não só na esfera do direito desta, como também pelas possibilidades de melhor lidar com a complexidade das questões da organização do cuidado, tendo por pressuposto a essencial presença do “saber da experiência” de que são portadores os usuários de nossos serviços.

Na última década, a Saúde Coletiva tem se preocupado mais fortemente com as questões do sujeito e com a experiência dos indivíduos no processo saúde - doença - cuidado. Isto tem se feito mediante uma aproximação com campos disciplinares, tais como a antropologia, a comunicação e a educação, que permitem uma abordagem deste outro, o paciente (Cyrino, 2009).

A Antropologia, especialmente, ao trabalhar, com a perspectiva de *sujeitos* das práticas de saúde tem o propósito de romper com a idéia de que apenas os profissionais detêm um *saber legítimo (o técnico – científico)* enquanto o *outro* precisa ser educado.

Diversos estudos têm valorizado o alto nível de conhecimento e perícia que pessoas leigas adquirem ao experimentarem a vivência de serem portadores, por exemplo, de uma doença crônica (Boltri et al; 2006; Kelly et al; 2006; Cyrino, 2009). Estudo recente reconheceu uma enorme diversidade de “saberes da experiência”, entre portadores de diabetes, desenvolvidos no enfrentamento cotidiano dos obstáculos ao autocuidado (Cyrino, 2009).

É exatamente sobre esta possibilidade de incorporar o usuário na discussão e formulação de projetos assistenciais que o presente estudo se ocupará.

Para isto buscamos contribuições no interdisciplinar campo de investigação da “Inteligência Coletiva”.

Segundo Lévy (1998, p. 28), a Inteligência Coletiva (IC) *“é uma inteligência distribuída por toda parte, incessantemente valorizada, coordenada em tempo real, que resulta em uma mobilização efetiva das competências”*. Em outras palavras a IC, é para Lévy (1998, p.48) *“a valorização em grau máximo das qualidades humanas, o aumento e a diversificação das potências do ser”*.

Ao considerá-la sua presença em toda parte, quer com isto reconhecer que *“ninguém sabe tudo, todos sabem alguma coisa”* (Lévy, 1998, p.29). Ou seja, para Lévy (1998, p.27), o outro, é sempre *“alguém que sabe, e que sabe as coisas que eu não sei”*, assim o outro não é mais um ser assustador, ameaçador:

*“como eu, ele ignora bastante e domina alguns conhecimentos
Mas como nossas zonas de inexperiência não se justapõem ele
representa uma fonte possível de enriquecimento de meus
próprios saberes”* (Lévy, 1998. p. 27)

Lévy (1998) defende, no entanto, que o aprendizado é também um encontro da incompreensibilidade, da irredutibilidade do mundo do outro. Assim mesmo que se aprenda com o outro nunca haverá uma transparência total deste outro. Há coisas deste outro que nunca serão aprendidas.

Outra idéia presente para este autor é que a inteligência é algo que deva ser valorizado por tratar-se de uma riqueza humana.

A coordenação das inteligências em tempo real suscita a discussão que os sistemas de comunicação deveriam oferecer aos indivíduos de uma comunidade *“mecanismos para coordenar suas interações no mesmo universo virtual de conhecimentos”* (Lévy, 1998, p.29).

A valorização do outro produz o desenvolvimento de sentimentos que facilitarão a implicação de outras pessoas em projetos coletivos. Assim a IC, também traz consigo uma dimensão ético-política (Lévy,1998)

A linguagem e a engenhosidade cooperativa do homem, segundo Lévy (2002), lhe permitiram desenvolver um ritmo próprio de invenção, assim a IC é o próprio significado da cultura. A humanidade *“trabalha”* para aumentar a potência humana, ou seja, suas capacidades de IC. Ao aumentar sua inteligência, o ser humano ganha liberdade (autonomia) e responsabilidades, que por sua vez enriquecem mais sua capacidade cognitiva.

Nesta perspectiva, um exemplo, não tão novo, são as “comunidades de práticas” formadas por pessoas ligadas entre si por interesses e práticas comuns tendo como motor o compartilhamento e a produção do conhecimento (Moura, 2003).

Lévy (1999), numa brilhante entrevista no final da década passada, faz uma menção a estas “comunidades de práticas” na área da saúde, tomando como exemplo os encontros de pacientes com a mesma doença. Quando isto ocorre, estes trocam informações uns com os outros, compartilham experiências e conquistam autonomia. A autonomia, aqui colocada, não seria se fechar sobre si mesmo, mas escutar uns aos outros, numa verdadeira idéia de ajuda mútua.

Por isso todos os seres humanos têm direito ao reconhecimento de uma identidade de saber. São princípios éticos de valorização dos indivíduos por suas competências. As diferenças são transformadas em riquezas coletivas de integração, num processo de troca de saberes. Cada um é reconhecido como uma pessoa inteira, criando-se desta forma espaços do saber (Levy, 1998).

Sobre isto Moura (2003) e Teixeira (2005) discutem IC em torno da idéia da “potência de ação coletiva” dos grupos. Tal “potência” dependeria, fundamentalmente, da capacidade de indivíduos e grupos, em sua interação, “produzirem, trocarem e utilizarem conhecimentos” em processos de “aprendizagem e criação nas coletividades locais”, por meio de distintas “tecnologias sociais”.

Leadbeater (2005) aplica estas concepções no desenho de tecnologias materiais e imateriais que possam resolver problemas vividos por portadores de diabetes buscando dar às pessoas as ferramentas e a sustentação para desenvolver suas próprias soluções.

Outras experiências de envolvimento da comunidade (ou usuários de serviços de saúde) no desenvolvimento de tecnologias de cuidado têm se realizado sob distintas abordagens e para lidar com diferentes problemas, como a prevenção do diabetes mellitus (Boltri et al; 2006) e o tratamento do câncer de mama (Kelly et al; 2006).

Ainda que poucos, tais estudos apontam um esforço crescente para envolver os usuários na organização dos serviços de saúde. Esta prática tem sido valorizada, visto que por muito tempo essas “vozes” foram excluídas dos processos decisórios.

Até mesmo pesquisas aplicadas à saúde têm incorporado os pacientes nos processos de investigação, seja atuando como agentes consultivos ou compartilhando decisões com os pesquisadores (Rhodes, 2001).

É nesta perspectiva, da chamada *Inteligência Coletiva*, que desenvolvemos o presente estudo exploratório, ao envolver uma comunidade de usuários de serviço de atenção primária à saúde, portadores de diabetes, no apoio a formulação e possível reorganização de programa assistencial; bem como os profissionais de saúde responsáveis por esta assistência com a expectativa de uma co-produção de soluções.

Esperamos com isto responder as seguintes perguntas: como se valer das dificuldades e experiências vividas pelos próprios usuários dos serviços para apoiar a reorganização dos serviços de saúde de modo a melhor satisfazer suas necessidades? Em que medida, profissionais e usuários podem cooperar a este respeito, na construção de processos e tecnologias de organização do trabalho?

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver processo de formulação de propostas de reorientação da assistência ao diabetes mellitus mediante a mútua cooperação entre profissionais de saúde e usuários de serviço de atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar os campos problemáticos ao autocuidado vividos por portadores de diabetes tipo 2, que envolvem a assistência prestada;
- Descrever e analisar o processo de formulação de propostas de reorientação da assistência ao diabetes produzidas de forma colaborativa entre profissionais de saúde e usuários.

Material e Métodos

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é parte do programa de pesquisa “Construindo tecnologias de atenção ao diabetes mellitus tipo 2: Dos campos problemáticos às estratégias de apoio ao autocuidado” (Cyrino, 2007), que integra a linha de pesquisa “Avaliação e desenvolvimento de tecnologias, programas e sistemas de saúde” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FMB-Unesp.

Dado o envolvimento desta pesquisadora como profissional de saúde (e ex-coordenadora da área de saúde do adulto do Centro de Saúde Escola, local do estudo, e ainda atuando na gerência da instituição), com papel certamente destacado no processo de intervenção a ser proposto, pode-se caracterizar este estudo como uma pesquisa qualitativa do tipo “pesquisa-ação”.

Na pesquisa-ação os investigadores pretendem desempenhar um papel ativo na realidade a ser pesquisada, como foi o caso deste estudo, o qual não necessariamente (como muitos confundem) será a resolução dos problemas, mas sim o esclarecimento sobre a situação observada e conseqüentemente a “tomada de consciência” para os grupos e pessoas envolvidas (Thiollent, 2007). Neste estudo, em particular, pretendeu-se enfrentar os problemas, embora sua solução ainda dependam da continuidade deste processo, como veremos à frente.

O principal objetivo da pesquisa-ação não é apenas o entrosamento da pesquisa com a ação (o que existe em muitas pesquisas convencionais), mas a possibilidade de torná-la útil aos cidadãos. Para que não se assuma apenas objetivos práticos, Thiollent (2007) reforça que a pesquisa - ação, como qualquer estratégia de pesquisa deve se comprometer também com a produção de conhecimento. O essencial é que o trabalho realizado seja descrito de modo a expor a riqueza de detalhes de seu contexto e devolvendo os achados aos participantes e incorporando as novas respostas a seu conteúdo, como sugere Meyer (2006). Desta maneira, a força da pesquisa – ação reside na sua habilidade em influenciar positivamente a prática no decorrer do estudo enquanto, ao mesmo tempo, coleta dados sistematicamente para compartilhar com um público mais amplo.

3.1 Campo da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada junto à área de “Atenção Integral à Saúde do Adulto” do Centro de Saúde Escola “Achilles Luciano Dellevedove” (CSE) da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP (FMB).

O CSE é uma unidade auxiliar de estrutura complexa subordinada a Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, e como tal funciona como órgão de integração docente-assistencial para atenção primária à saúde, destinada ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão de serviços e assistência à comunidade. Foi criado em 1972, mediante convênio entre a então Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu – FCMBB (hoje Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP) e a Secretaria de Estado da Saúde – SP.

Nestes 37 anos foi operado pelo Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, servindo de campo de estágio a alunos de graduação e pós-graduação e ainda, para capacitação de recursos humanos de outras instituições de saúde.

Com referência à pesquisa, consolida-se em um centro de investigação em atenção primária à saúde, com o intuito de firmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e explorar novas tecnologias de organização do cuidado primário em saúde.

Atualmente, também, mantém convênio com a Prefeitura Municipal de Botucatu. Suas duas unidades, Unidade da Vila dos Lavradores (UVL) e Unidade da Vila Ferroviária (UVF) integram a rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como área de abrangência uma parte do 2º subdistrito de Botucatu, urbano e rural, com uma população aproximada de 30.000 habitantes.

A unidade-sede (da Vila dos Lavradores) que aqui chamaremos de Centro de Saúde Escola – UVL (CSE – UVL), campo deste estudo, passou por diferentes mudanças nas atividades desenvolvidas, sendo que atualmente presta assistência às áreas de: Saúde da Criança, Mulher, Adulto, Mental, aos Programas de Controle de Hanseníase, Tuberculose, Oftalmologia Sanitária, Saúde Bucal e DST/AIDS. Assim, além de atender a sua área de abrangência, o CSE é referência para outros serviços de saúde de Botucatu e mesmo para outros municípios da região. Para tanto, conta com uma equipe de profissionais de saúde que o caracteriza como uma unidade de atenção primária à saúde mais complexa (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorias profissionais presentes no Centro de Saúde Escola (UVL e UVF), 2010.

Função	Quantidade
Agente de Vigilância e Recepção	1
Assistente Administrativo	7
Assistente Social	3
Auxiliar de Consultório Dentário	2
Auxiliar de Enfermagem	16
Auxiliar de Escritório	1
Auxiliar Processamento de Dados	2
Auxiliar de Serviços Gerais	1
Auxiliar Técnico Acadêmico	2
Auxiliar Técnico Sanitarista	4
Dentista	4
Enfermeiro	6
Escriturário	2
Farmacêutico	1
Fisioterapeuta	1
Fonoaudiólogo	1
Médico	21
Nutricionista	1
Oficial Administrativo	2
Psicólogo	1
Técnico de Enfermagem	5
Técnico de Farmácia	1
Terapeuta Ocupacional	1
Total	86

Fonte: Área administrativa- CSE

A área de “Atenção Integral à Saúde do Adulto”, campo deste estudo caracteriza-se por atender a população na faixa etária de 15 anos ou mais ⁶. Em 2009, 56%⁷ dos usuários atendidos tinha idade superior a 60 anos, com expressiva demanda de cuidado relativa ao controle de doenças crônicas.

A equipe atualmente é composta de: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos (sanitarista, geriatra, acupunturista, nutrólogo, pneumologista), nutricionistas e fisioterapeuta.

Desta forma, a assistência na Área de Saúde do Adulto, é prestada mediante atendimento individual ou em grupos (dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e dor crônica). No entanto, esta área assistencial vem passando por uma reorientação na organização do trabalho da equipe, mediante ações que buscam ampliar a adscrição dos usuários, usualmente estabelecida com os médicos e agora também com os técnicos de enfermagem, de modo a fortalecer o vínculo e a responsabilização com o cuidado. Mais recentemente, para um melhor acolhimento dos usuários foram criados grupos de recepção, direcionados, sobretudo aos pacientes que possuam alguma queixa ou que estão chegando ao serviço.

Os atendimentos médicos, em geral, são organizados segundo a sua natureza: casos novos, retornos e “extras”⁸. Na tabela 1, abaixo, apresentamos a frequência desses atendimentos no ano de 2009, na qual se destaca a expressiva diferença entre o percentual de consultas agendadas e “extras” realizadas nesta área assistencial.

Tabela 1 – Frequência das consultas médicas (agendadas e extras) da Área de Saúde do Adulto, Centro de Saúde Escola, FMB-Unesp, 2009.

Consultas	n	%
Agendadas	8966	74,50
“Extras”	3068	25,50
TOTAL	12034	100,0

⁶ A população adscrita com idade superior (e igual) a 15 anos é de 11325 habitantes (81% da população). Fonte: Botucatu em dados (2005).

⁷ Fonte: Sistema Municipal de Informação em Saúde (Simis), referente ao período de 01/01/2009 a 31/12/2009.

⁸ “Extra”: termo utilizado pelos profissionais de saúde do CSE para designar os pacientes que procuram assistência com queixa e sem agendamento prévio ou fora da data agendada

Em relação aos pacientes portadores de diabetes, há uma concentração de atendimentos individuais com um profissional específico, principalmente para àqueles usuários de insulina, com retornos médicos geralmente a cada três meses, embora não haja um cronograma de comparecimento definido na instituição.

Discussões recentes têm sido feitas para que a equipe trabalhe sob a orientação de protocolos específicos direcionados às doenças crônicas não transmissíveis.

3.2 Sujeitos pesquisados

Foram sujeitos deste estudo usuários do CSE-UVL portadores de diabetes mellitus tipo 2 que freqüentam o serviço há mais de dois anos e os profissionais que atuam na área de “Atenção à Saúde do Adulto”.

Dentre os diabéticos do estudo se incluiu grupo que participou da investigação “As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde” (Cyrino, 2005) e que apontaram como obstáculos ao autocuidado determinadas características de organização deste serviço de saúde.

Todos os sujeitos foram convidados a participar como voluntários dentro das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), representado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB – UNESP-Botucatu, cujo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se em anexo (Anexo 1).

3.3 Desenho do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em cinco etapas com o objetivo de, numa primeira fase, realizar um levantamento bibliográfico acerca do tema pesquisado; num segundo momento, trabalhou-se com o banco de dados da pesquisa “as competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde” a fim de aprofundar a caracterização dos campos problemáticos relacionados à atenção recebida. Na terceira etapa, a partir dos dados coletados na etapa anterior, buscou-se ampliar o conhecimento sobre este universo de problemas produzidos pelo próprio serviço, mediante a realização de grupos

focais. Por fim, na quarta e quinta etapa, buscou-se explorar as possibilidades de cooperação dos usuários e profissionais na abordagem destes campos problemáticos e das possibilidades de enfrentamento destes problemas. A seguir, encontram-se detalhadas cada uma dessas etapas.

Na **primeira etapa** foi realizado um levantamento bibliográfico que buscou orientar-se em torno da temática da participação dos usuários, com especial destaque para experiências e pesquisas nas quais estes fossem reconhecidos como sujeitos portadores de saberes. Tratou-se também do campo da inteligência coletiva na saúde.

Na **segunda etapa** foi possível trabalhar com o banco da pesquisa “As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde”, que dispõe dos campos problemáticos e competências de 275 portadores de diabetes entrevistados⁹. Na presente investigação procedeu-se a análise da dimensão denominada: “o cotidiano, o cuidado de si e os serviços de saúde”, que incluiu três campos problemáticos relacionados, como sugere o título, a características da assistência recebida pelos sujeitos do estudo: “o intervalo longo entre consultas”, “a descontinuidade do cuidado” e “a dificuldade de comunicação profissional-paciente”

Chamou à atenção a expressiva frequência destes obstáculos ao autocuidado, como expresso na tabela 2, abaixo, uma vez que entre os 275 sujeitos 48% deles apresentavam um ou mais destes problemas que envolvem mais diretamente a assistência recebida, destacando-se entre eles o “intervalo longo entre as consultas” com cerca de 40% dos portadores que o indicaram como um obstáculo.

⁹ As entrevistas foram realizadas por auxiliares de pesquisa mediante questionário, com campos abertos que permitiram registrar comentários dos sujeitos. Os dados foram processados no software SEE-K (“árvores de conhecimentos”)

Tabela 2 – Campos problemáticos da dimensão “o cotidiano, o cuidado de si e os serviços de saúde”, 2008.

Campo problemático	n	%
Intervalo longo entre as consultas	109	39,6
A descontinuidade do cuidado	39	14,2
A dificuldade de comunicação profissional- paciente	23	8,4
Total 1	171	100
Total 2	132	48

Observação:

Total 1: soma das respostas obtidas em cada campo.

Total 2: total de participantes que indicaram ao menos um dos campos problemáticos

Na tabela 3, anexo 2, apresenta-se o conjunto de campos problemáticos reconhecidos com suas frequências, bem como as tabelas 4 e 5, que apresentam respectivamente, o perfil sócio - demográfico e de uso de serviços dos sujeitos envolvidos na dimensão “o cotidiano, o cuidado de si e os serviços de saúde”.

Com base em análise preliminar destas informações elaborou-se roteiro para condução dos grupos focais, conforme tratado à frente.

Na **terceira etapa**, buscou-se o detalhamento dos obstáculos ao autocuidado relacionadas à assistência prestada pela instituição, mediante a realização de grupos focais.

O grupo focal é uma técnica de coleta centrada numa discussão temática específica junto a um grupo homogêneo de pessoas convidadas, em função de seu objetivo. A idéia por trás desta técnica é que os “processos grupais” podem ajudar as pessoas a explorar e clarear sua visão por meio de maneiras que seriam menos facilmente acessíveis numa entrevista convencional (Kitzinger, 2006).

Os sujeitos convidados para fazerem parte destes grupos foram aqueles que compuseram o banco de dados da pesquisa acima referida e outros diabéticos usuários do serviço há mais de dois anos. Os grupos foram conduzidos por meio de roteiro (anexo 3), havendo em cada um deles a participação de um moderador e de um relator. A fim de garantir maior fidelidade de registro toda a discussão foi gravada. Os grupos foram realizados em salas do próprio CSE. O número de participantes e o tempo de duração dos grupos estão especificados no quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização dos grupos focais (etapa 3) segundo número de participantes e tempo de duração, 2009.

Grupo	Participantes	Tempo de duração
1	7	1h15min
2	6	51min
3	5	1h25min
TOTAL	18	3h31min

Houve algumas recusas ao convite para participação nos grupos focais, alguns participantes alegaram que o serviço atendia muito bem e que nada tinham a propor. Os grupos contaram em média com 6 participantes, número próximo do limite inferior do que se considera adequado para esta técnica, embora tenham sido convidados de 12 a 15 diabéticos por grupo.

Na expectativa de reconhecer e valorizar os diferentes saberes envolvidos, na **quarta etapa** explorou-se as possibilidades de construção de soluções para os campos problemáticos a partir da vivência dos diabéticos.

Para tanto, foram realizadas dois grupos focais, enquanto espaços de produção e criação de soluções e respostas aos problemas identificados (obstáculos ao autocuidado relacionadas à assistência) com os diabéticos, em espaço externo ao CSE. Os convidados foram selecionados entre aqueles incluídos no banco de dados, os que participaram dos grupos focais citados anteriormente e outros diabéticos usuários do serviço há mais de dois anos.

O grupo foi orientado por roteiro previamente definido (anexo 4), no qual buscou-se inicialmente abordar os campos problemáticos e a seguir os participantes foram estimulados a apresentarem propostas para seu enfrentamento. Os grupos foram organizados mediante participação de um moderador (a própria pesquisadora) e de um relator, este com um papel bastante ativo, fazendo anotações em *flip-chart* e compartilhando-as com os participantes. Para garantir a fidelidade do conteúdo dos grupos houve o registro mediante o uso do gravador. O número de participantes e o tempo de duração dos grupos estão dispostos no quadro 3, abaixo.

Quadro 3 – Caracterização dos grupos focais (etapa 4) segundo número de participantes e tempo de duração, 2009.

Grupo	Participantes (n)	Tempo de duração
1	10	1h30min
2	9	1h15min
TOTAL	19	2h45min

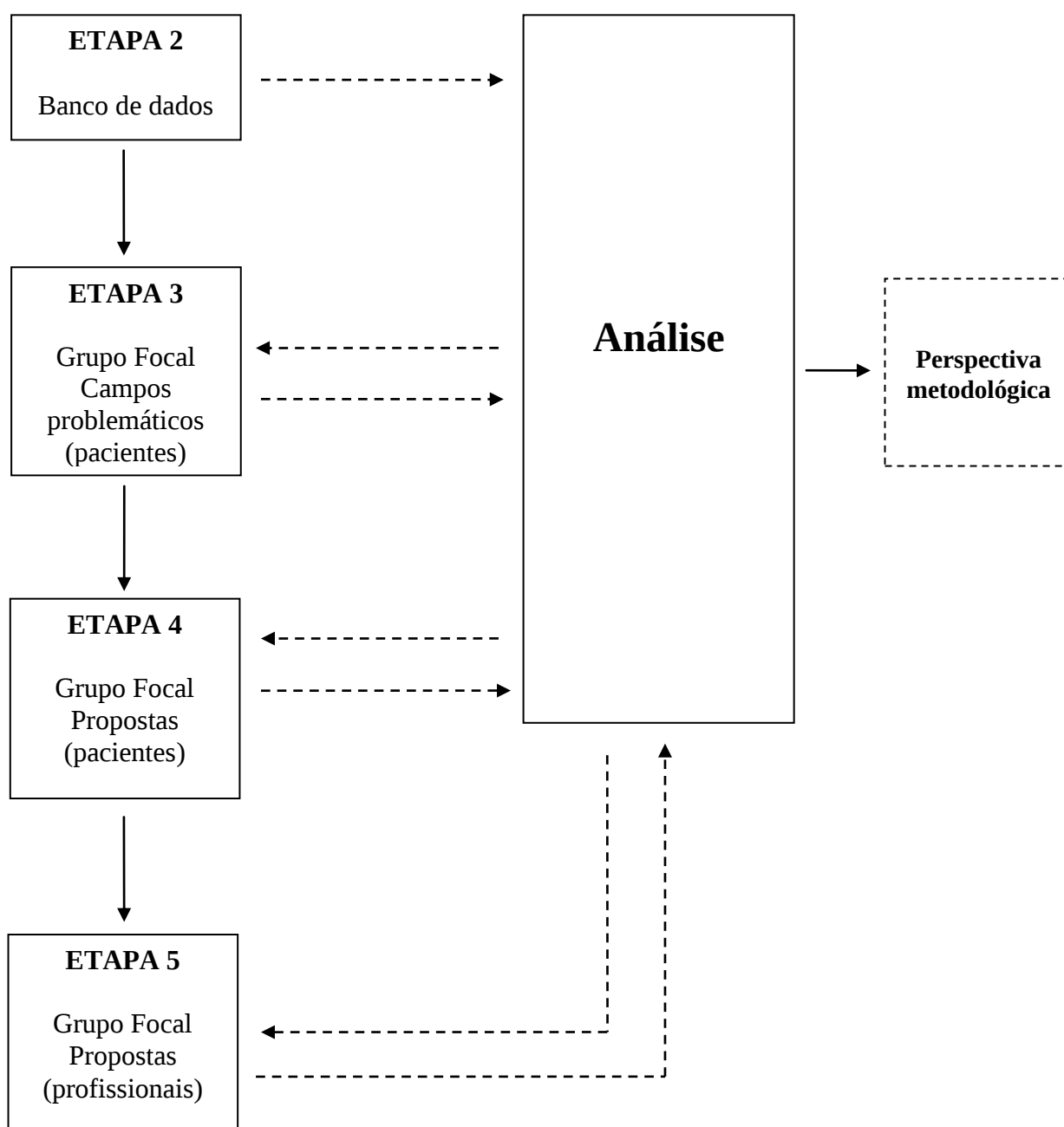
Na **quinta etapa**, já com as contribuições dos grupos focais com os diabéticos, realizou-se grupo focal com os profissionais da área de “Saúde do Adulto”. Neste foi apresentado uma síntese dos problemas identificados e as correspondentes “soluções” propostas nos grupos realizados na quarta etapa. Deste modo, foi possível compartilhar os diferentes olhares e saberes de diabéticos e profissionais, tendo os pesquisadores atuado como mediadores deste processo. O grupo foi coordenado por esta pesquisadora com apoio do orientador, que também atuou na condição de dirigente. Para assegurar a fidelidade do conteúdo das narrativas dos sujeitos participantes do grupo focal houve o registro mediante o uso do gravador. O número de participantes por categoria profissional está especificado no quadro abaixo.

Quadro 4 – Caracterização do grupo focal segundo número de participantes por categoria profissional, 2009.

Categoria profissional	Participantes (n)
Médico	5
Enfermeiro	1
Nutricionista	1
Técnicos de enfermagem	2
TOTAL	9

Para uma melhor compreensão do leitor, abaixo apresentamos um fluxograma das etapas do campo desta pesquisa enquanto uma síntese do desenho deste estudo. Após, cada etapa, procedíamos a transcrição e análise do material coletado.

Figura 1 – Síntese do percurso metodológico.



Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Cartografia dos campos problemáticos relativos ao cotidiano de autocuidado e o uso de serviço

Os resultados alcançados neste estudo, a seguir apresentados, foram obtidos mediante diferentes técnicas de coleta, como já tratado no capítulo anterior. Para que o leitor possa identificar como cada narrativa foi apreendida, quanto à técnica de coleta empregada – entrevista estruturada ou grupo focal –, utilizou-se uma codificação específica para tanto¹⁰

Inicialmente, apresentaremos os três campos identificados mediante entrevistas estruturadas - “o intervalo longo entre consultas”. “a dificuldade de comunicação profissional-paciente e “a descontinuidade do cuidado” e aquele obtido por meio de grupos focais: a dificuldade de ser atendido quando não se está bem.

Para maior riqueza de exposição destes campos, integramos as narrativas das diferentes técnicas na apresentação de cada campo problemático.

4.1.1 O intervalo longo entre as consultas

O intervalo longo entre as consultas é apontado por diversos sujeitos do estudo como um obstáculo ao autocuidado ao interferir diretamente no autocontrole do diabetes:

“se o intervalo entre as consultas fosse mais perto conseguiria controlar mais o diabetes [...] a gente que tem diabetes e pressão alta seria bom vir de três em três meses, pra gente ter um acompanhamento melhor, né?”. X (F, GF 1)

¹⁰ Utilizou-se letras do alfabeto, diferenciando cada participante. seguidos de M (masculino) ou F (feminino) e Grupo focal (GF); 1,2,3,4 e 5 para identificar a sequência de cada grupo. EX: K (F, GF 1). Para as entrevistas estruturadas utilizou-se “E.E”.

Foi possível identificar, em alguns relatos, uma grande variação nos intervalos de aprazamentos das consultas:

“Eu venho a cada um mês e meio a dois meses”. W (M, GF 1)

“O meu intervalo está sendo de 4 meses. Só que na última vez... quando eu tirei sangue tava 130 (a glicemia). Depois tem aquele exame de 3 meses (hemoglobina glicada) que deu dez. Se eu tivesse consultado antes saberia o que tava acontecendo, por isso gostaria de vir a cada dois meses no máximo. (Assim,) a gente tem mais controle”. Z (F, GF 2)

“(o longo intervalo entre as consultas) (...) é um problema sério. Eu tive só duas consultas por ano. Eu acho pouco pra quem tem diabetes. Desde que eu comecei aqui foram duas consultas por ano. É por isso que a gente procura o particular”. X (F, GF 3)

“Vim no final do ano, em dezembro de 2007: marcaram só em julho (de 2008). Eu só tive uma consulta (até agora agosto de 2008). Agora disseram que só o ano que vem, não sei porquê”. K (F, GF 2)

Outras dimensões identificadas neste campo problemático apontaram sua repercussão sobre a relação com o profissional que o acompanha: *“se a consulta é mais perto tem mais diálogo (EE).”*

O intervalo longo entre as consultas requer dos diabéticos, conforme relatos, um esforço para buscarem atendimento fora da data do agendamento, o que é chamado de consulta eventual ou extra.

“A minha consulta ficou só pra novembro (última consulta em março), e daí eu tive que vir de extra. Eu vim pedir pro médico¹¹ daqui me encaminhar pro médico de rim, lá da faculdade. O Dr.

¹¹ A palavra “médico” será sempre apresentada no masculino para assegurar a não identificação dos profissionais.

[...] pediu exame de urina 24 horas e daqui 15 dias eu vou voltar pra ver o resultado, daí o doutor vai me encaminhar pra faculdade, nesse caso não dá pra esperar a consulta, mas tá bom, né?” X (F, GF 1)

4.1.2 A dificuldade de comunicação profissional – paciente

Este campo problemático foi bastante destacado pelos participantes do estudo, com grande expressividade e diversidade nos discursos, especialmente nos comentários registrados durante as entrevistas e em um dos grupos focais.

Em diversos comentários registrados nas entrevistas individuais com os diabéticos estes expuseram o modo como as complicações crônicas da doença e a introdução da insulina lhe são lembradas pelos profissionais e o tom de “ameaça” que este assume no discurso médico.

“A senhora quer amputar a perna? Precisa se cuidar”. (EE)

“Eu tenho medo de vir na consulta, toda vez ele me fala que vai dar insulina eu tento falar (para o médico) que o meu diabetes é de nervosismo [...]. Mas ele insiste: se o diabetes continuar subindo, não vai ter jeito vou ter que dar insulina”. Z (F, GF 3)

A “orientação médica baseada na ameaça”, nestes casos, assumiria um papel “pedagógico” de “alertar” o paciente para os “perigos” da doença, todavia produzindo medo, insegurança e desconfiança, ao invés de apoio, cuidado e confiança no profissional.

“Tem um médico que me causa medo! Tudo o que ele fala é para ameaçar, ele não encoraja, não inspira confiança” (EE).

A orientação médica foi, também, reconhecida pelos participantes do estudo enquanto uma dimensão esquecida ou não valorizada pelos médicos e, assim, por sua ausência ou desvalorização, reconhecida como parte relevante da assistência e de apoio ao autocuidado:

“O médico deveria explicar melhor para dar mais segurança ao paciente” (EE).

“A conversa nunca foi boa. Os médicos não explicam direito, não é?”(EE).

Para outros sujeitos, a orientação médica é insuficiente ou não seria dirigida àqueles mais esclarecidos sobre a doença e seu cuidado:

“No [serviço] é o básico. O médico fala só da dieta e passa a receita. Quando eu era criança ia [...] com o Dr. [...], lá era diferente. Ele explicava bem. Sinto muita falta” (EE).

“Quando o paciente tem noção, é esclarecido, o médico não dá muita atenção” (EE).

Diversos participantes, em seus depoimentos, trataram de dificuldades pessoais em se comunicar com o profissional médico, atribuindo para si, parte das dificuldades enfrentadas no processo de comunicação médico-paciente.

“Às vezes tenho dificuldade de me expressar com o médico. Mas é o meu jeito” (EE).

“Sou muito quietona e às vezes, fico com vergonha do médico” (EE).

“Tenho muita vergonha do médico”. (EE).

Para outros sujeitos, todavia, a falta de atenção e carinho por parte do profissional enfraquece a relação médico-paciente e esvazia as possibilidades de uma conversa neste encontro, pois como afirma um dos entrevistados *“o diálogo é o mais importante para o tratamento”*. (EE)

“Os médicos (...) não são muitos carinhosos... depende do médico... Quando acontece, só conto o essencial e acabou”. (EE)

“Quando o médico não dá atenção, acabo esquecendo de esclarecer minhas dúvidas. Procuro fazer o que acho que está correto no que se refere a dieta alimentar”. (EE)

“Tem médico que não dá atenção. Quando isso acontece não falo tudo que tenho que falar”. (EE)

“Dia 8 eu tive consulta com o Dr.[...], eu precisava fazer de novo o RX, o US dos dois ombros e um ECG. Ele só pediu o RX do ombro direito. O ECG, ele fez pouco caso de mim, não deu. Quando eu insisti, ele respondeu: o senhor precisava ir no ortopedista. Eu respondi: mas o senhor já me encaminhou, faz 2 anos, só que ainda estou esperando. Daí ele falou vou encaminhar então pra fisioterapia. Eu nem sabia que tinha aqui! Não tá legal, vou falar a verdade não tá legal! Tem vez que ele trata bem, tem vez que não dá um sorriso, é fechado. Ele tá ganhando pra atender todo mundo bem. Se ele tá com problema na casa não pode trazer pro paciente. Tem que ser alegre. Eu mesmo tenho que estar alegre. Ele tá sendo pago pra atender bem. Não vou dizer que tá ruim 100%, mas ele tem bastante defeito. Tem mais gente que reclamou, mas tem medo de falar. Bastante gente reclamou dele pra mim, só que as pessoas têm medo. Não pode ter medo. Se soubesse como eu cheguei em casa aquele dia. Eu cheguei chorando. Eu acho que o médico tem que ser mais dado, mais alegre, não tão fechado como ele é. Às vezes ele melhora, mas as vezes ele tá esquisito. Eu só to desabafando porque eu não me senti bem. Outro dia eu vim num outro médico, nota mil pra ele. Eu acho que o médico tem que ser mais aberto, ser mais dado, porque quem tem diabetes às vezes tá meio frustrado, meio triste. Eu quis pedir pra ele exames, e ele ficou bravo, não quis me dar. Eu não podia vir hoje, mas eu quis vir pra poder falar. Sobre as outras coisas eu não tenho o que falar, é só esse problema.

[...], parece que ele tá aqui forçado. Só a gente que fala. B (M, GF 5)

Outra dimensão abordada, é que muitas vezes a falha não está diretamente vinculada à comunicação, mas, por exemplo, a gestos do médico que desagradam o paciente. No relato abaixo se observa isso dada à falta de privacidade a que o profissional expôs o paciente.

“Eu venho ver os resultados dos exames com o médico na recepção. Ali é lugar? Eu gostaria que fosse no consultório”.E (F, GF 4)

Um dos sujeitos relata a dificuldade que alguns médicos têm para aceitar seus campos problemáticos, como o “medo da insulina” e a eventual falta a uma consulta médica:

“E também ele me encaminhou para a ABAD (Associação Botucatuense de Apoio aos Diabéticos), pois eu tenho medo de usar a insulina. Ele não valorizou o meu medo. Dessa forma, não tenho mais confiança no médico. O outro médico ficou bravo porque eu perdi uma consulta... tá difícil.” E (F, GF 4)

As reações dos pacientes às dificuldades de comunicação no encontro médico-paciente foram expressas no debate que se deu em um dos grupos focais:

“No começo parece que ele [o médico] era um doce. Pra falar a verdade, eu tava acostumada com o outro médico, mas o dia que eu mais precisei ele me deu um “tabefe”, eu fiquei tão nervosa que se eu não rasgo a receita e saio da sala, eu dava na cara dele. Por isso eu mudei. Mas esse não é atencioso também e a atenção faz a diferença no controle do diabetes [...]. Não sei, mas parece que falta diálogo com os médicos.” Z (F, GF 3)

“O atendimento não está sendo bom para quem tem diabetes e quando a gente vem aqui (sem consulta agendada) eles acham ruim. Tem profissional que me dá atenção, tem gente que é muito mais que o médico. O meu irmão abandonou o tratamento, porque ele é simples e humilde, e um minutinho que ele se atrasou fizeram a maior baixaria com ele. Ele não quer nem saber. Dependendo da pessoa ela é tratada como um pão - de - ló. Por que morre de câncer, morre disso, morre daquilo? A pessoa vem uma vez e não é bem tratada, ela abandona. Eu sou chata, eu falo o que tenho, o que eu quero, eu só sou bem tratada aqui porque eu sou bocuda”. Z (F,GF 3)

4.1.3 A descontinuidade do cuidado

A recorrente mudança do médico ao longo do atendimento recebido foi outro campo problemático identificado, com frequência, nos discursos dos sujeitos do estudo, marcado, muitas vezes, pela necessidade de constantes repetições da “história da minha diabetes”.

“Fui atendido por mais de sete médicos diferentes e toda vez tenho que contar minha história. Eles poderiam ao menos escrever nos prontuários para que o próximo a atender já saiba do caso”.(EE)

“Fico muito brava quando vou ao (serviço) e o médico não é o mesmo. Tenho que perder tempo tentando relembrar a história da minha diabetes”.(EE)

Essa mudança, para parte expressiva dos diabéticos, compromete a relação médico- paciente ao enfraquecer o vínculo nesta díade e dificultar o seguimento dos problemas médicos e/ou psicosociais:

“Acho importante ser o mesmo médico. Tem que haver um vínculo entre médico e paciente”.

“Cinco médicos [...] isso é ruim, eles não sabem os problemas da gente. No final do ano meu marido faleceu, o médico até marcou consultas mais próximas, eu tava depressiva, mas o outro que ficou no lugar não sabia disso”. R (F, GF 2)

4.1.4 A dificuldade de ser atendido quando não se está bem

A dificuldade de ser atendido quando se está com alguma queixa aguda, seja por uma intercorrência ou uma descompensação de alguma condição de cronicidade (do próprio diabetes), foi apontada por inúmeros sujeitos como um dos campos problemáticos ao autocuidado com o diabetes. Trata-se para estes sujeitos de conseguir uma consulta médica “extra”, como é chamada na instituição de saúde campo deste estudo.

“Já passei mal. Fui ao CSE e não fui atendida”. (EE)
“Esperei até o final do atendimento. E daí, eles me mandaram embora e não me atenderam”. (EE)

“Tem que vir cedinho, né? Se a gente tá com problema tem que vir cedinho, pra vê se a gente consegue”. Z (F, GF 1)

Cabe reconhecer que este novo campo problemático foi o que ganhou maior destaque nas narrativas dos sujeitos dentre todos os obstáculos ao autocuidado apontados nos diferentes grupos focais. Por sua vez, nas entrevistas estruturadas dos sujeitos que tinham como campo problemático o “intervalo longo entre as consultas” esta foi a temática mais referida: a dificuldade de ser atendido como extra.

Curiosamente, muitos sujeitos apontaram que, dada a dificuldade de ser atendido, como “extra”, quando se está com a diabetes descompensada, procuram fazer um “melhor” autocontrole para não precisarem do serviço. Tal problema foi expresso por diferentes sujeitos, em variados contextos, que apontaram o intervalo longo entre as consultas como um obstáculo:

“o jeito é fazer a dieta certa para não precisar do (serviço).”
(EE)

“procuro não fugir da rotina da dieta alimentar para não precisar de consultas [extras]”. (EE)

“se não estiver suportando mais, procuro o (serviço). Sei que fora do dia marcado, tenho que esperar muito”. (EE)

“nunca precisei [de consulta extra] pelo fato de não deixar de seguir a dieta e as orientações médicas”.(EE)

Alguns participantes dos grupos focais apresentaram em suas narrativas as justificativas que recebem dos profissionais para não serem atendidos no momento em que procuram o serviço: não há vaga, pois o médico já ultrapassou o seu limite atendimento; não é dia de atendimento dos diabéticos; o horário está inadequado.

“Eu quando é meio dia e meio eu já tô aqui, pego a fichinha e fico esperando, mas mesmo assim às vezes não dá, né? É que ele atende bastante, e às vezes não dá. Daí a gente vai embora, espera a hora que der uma outra oportunidade, daí a gente volta. Na 5ª feira eu vim a pressão tava 16 por 10, mas mostrei a receita pro medico e ele disse que é por causa do remédio que eu tô tomando, o Marevan®, né? Por seis meses eu vou tomar, né? Depois o médico vai ver , né? Eu tô um pouco chateada, tô com medo que a minha pressão dispare. Eu também passei muito nervoso no começo do ano, os médicos falam que é o próprio nervoso. Eu perdi uma filha de 40 anos, isso me abalou demais, agora eu tô tratando com a psicóloga também, vamos ver, né? X (F, GF1)

“Eu também não fui bem atendida, eu fui falar com o médico porque eu não tava bem e ele me respondeu que não era dia de me atender, daí eu fui procurar na farmácia. Depois pedi pra trocar dele, então marcaram uma consulta de enfermagem e uma consulta (com o outro médico) pro final do ano. Se eu tivesse que morrer eu já teria morrido”. K (F,GF 3)

“Comigo já aconteceu de ficar até as 4 da tarde e o médico ir embora sem me atender, e não foi só uma vez, não. A gente que tem problema de pressão também é aí que a coisa pega”.

X (F, GF 1)

4.2 Dos campos problemáticos à construção partilhada profissionais-usuários: A visão dos usuários

Os resultados, a seguir, foram alcançados por meio de dois grupos focais com os usuários diabéticos, conforme já detalhado em Material e Métodos. A condução de tais grupos foi orientada com o objetivo de construir soluções aos problemas identificados a partir de núcleos temáticos relevantes, identificados em etapas anteriores desta pesquisa.

Nesses grupos focais com os diabéticos a apresentação de cada um dos campos problemáticos foi feita de modo a funcionar como disparador do processo de discussão. Assim, cada um dos obstáculos ao autocuidado no diabetes foi discutido separadamente.

Cabe comentar, no entanto, que parte relevante do tempo dos grupos focais envolveu a discussão dos próprios campos problemáticos por parte dos participantes, o que mostra a relevância destes para os mesmos. Todavia, no primeiro grupo focal tal desenrolar limitou o tempo de discussão de todos os campos problemáticos. De modo que no segundo exploramos os campos ainda não discutidos.

Nestes grupos identificaram-se três novos campos problemáticos: “o tempo longo de permanência no serviço”, a “dificuldade em aceitar o diagnóstico do diabetes” e a “desarticulação entre coleta de exames e agendamento de consultas médicas de retorno”.

Para melhor entendimento do leitor segue, no quadro 5, uma síntese das “soluções” propostas para cada um dos campos problemáticos, conjunto este que será detalhado à frente.

Quadro 5 – Os campos problemáticos e as “soluções” propostas pelos diabéticos.

Os campos problemáticos	Propostas de soluções
O intervalo longo entre as consultas	- Intervalos mais breves entre as consultas; - agendamento contínuo de um ano para outro; - ampliação do acesso ao controle do diabetes mellitus.
A dificuldade de comunicação profissional-paciente	- O paciente deve ser menos passivo com o médico; - a instituição deve trabalhar com os médicos para melhorar o atendimento; - o médico deve cuidar de outros problemas além do diabetes.
A descontinuidade do cuidado	_____
A dificuldade de ser atendido quando não se está bem	- Atendimento “mais pronto” das intercorrências; - adequado acesso às informações sobre os recursos assistenciais disponíveis.
Tempo longo de permanência no serviço	- Agendamento de coleta de exames por horário; - coleta de exames em dia e horário específico para os diabéticos.
Dificuldade em aceitar o diagnóstico do diabetes	- Atividade de grupo para os pacientes recém – diagnosticados.
Desarticulação entre coleta de exames e agendamento de consultas médicas de retorno	- Adequado aprazamento da coleta de exames e consulta de retorno.

Os sujeitos foram identificados por letras, de modo a preservar suas identidades, agregados de informação quanto ao sexo do sujeito (M para masculino e F para feminino) e grupo focal (GF) do qual participou.

4.2.1 O intervalo longo entre as consultas

Intervalos mais breves entre as consultas

A discussão sobre o intervalo longo entre as consultas ocupou grande parte da discussão. Muitos participantes mencionaram intervalos entre as consultas

médicas superiores a cinco meses, reconhecendo ser mais adequado intervalos menores, de dois ou três meses.

“A minha consulta foi em maio, e o médico marcou o retorno só em dezembro. Eu acho muito tempo. Eu até vim aqui pra tentar uma consulta, mas não consegui. Me orientaram a voltar no dia seguinte. Mas eu não voltei. Tomei um chazinho. Tem hora que o chá resolve, tem hora que não. E (F, GF5)

“Eu finalizei o grupo de DM em novembro de 2008 e depois foi agendado consulta em julho de 2009. Intervalo de 8 meses é muito longo. Acho que o intervalo deveria ser de 3 meses”.A (M, GF 4)

“Eu gostaria de vir a cada 2 meses. Meu intervalo tem sido de 5 meses.” G (F, GF4)

Agendamento contínuo de um ano para o outro

Um participante destacou que ao não agendar consultas de um ano para o outro e solicitar-lhes o comparecimento no início do ano, para um novo agendamento, o serviço faz com que o intervalo entre as consultas médicas fique superior àquele desejável. Deste modo, sugeriram que não houvesse tal descontinuidade e que não tivessem que retornar para o agendamento de uma nova consulta, pois nesta condição “concorrem” com todos os que estão buscando agendar suas consultas no início do ano.

“Eu sugiro não interromper o agendamento para o ano seguinte, isto sempre acontece e é muito complicado”. D (M, GF 4)

“Eu tive consulta em junho, o médico pediu exames para 6 meses e não foi agendado retorno, pediram para que eu voltasse em 2010”. F (M, GF 4)

Ampliação do acesso ao controle do diabetes

Alguns diabéticos apontaram que o intervalo longo entre as consultas pode ser menos inconveniente se puderem ter mais acesso aos instrumentos de controle do diabetes, dentre os quais destacaram o controle da glicemia, especialmente a glicemia capilar. Ao discutirem esta questão reconheceram que o acesso ao HGT (glicemia capilar) é restrito. Assim, sugeriram que não seja um procedimento que requeira prescrição médica, mas que possa também ser solicitado por outros profissionais ou que os pacientes tenham autonomia para solicitar tal procedimento sempre que julgarem necessário saber sua condição de controle. Como, a propósito, já é feito no apoio aos portadores de hipertensão arterial, mediante períodos no qual sem prévio agendamento é possível aferir sua pressão arterial:

*“É possível realizar o HGT entre os intervalos de consulta?” A
(M, GF 4)*

“Eu nunca consegui realizar o HGT”! E (F, GF 4)

“Sem a receita (HGT) não se faz”. G (F, GF 4)

“Como existe um dia para a realização da PA (pressão arterial), sugiro ter um dia para se fazer o HGT, com algum encaminhamento, caso o exame esteja alterado”. A (M, GF4)

4.2.2 A dificuldade de comunicação profissional – paciente

O paciente deve ser menos passivo com o médico

Alguns participantes reconheceram que quando o relacionamento ou a comunicação com o médico não está boa vêm como necessário discutir com o mesmo a respeito ou então mudar de profissional.

*“Sabe o que é, eu conheço esse médico ele é meio quieto mesmo. **Eu vim aqui com uma queixa, e ele não me falava***

nada. Daí eu perguntei, se não, sabe como a gente é, a cabeça vai a mil por hora. A (F, GF5)

*“Eu nunca tive problema, mas se (...) tiver eu **discuto com o médico**”. F (M, GF 4)*

*“Eu tive um problema com a prescrição do cardiologista, precisei mudar a receita e tive um desentendimento com o médico daqui por causa disso. Daí eu pedi para **mudar de médico**”. D (M, GF 4)*

O que estas narrativas sugerem é um reconhecimento de que os diabéticos devem ser menos passivos diante do médico, ou seja, devem assumir uma postura mais ativa para resolver suas dificuldades na assistência recebida.

A instituição deve “trabalhar” com os médicos para melhorar o atendimento

Após longa discussão a respeito da dificuldade vivida por um dos participantes em um encontro com seu médico, um dos diabéticos reconhecendo ser aquele um espaço no qual seriam aceitas propostas para melhor se enfrentar este problema, propôs que a instituição organizasse reuniões com os médicos para lidar com tal questão, exposto como segue:

“Sobre o mau atendimento dos médicos, poderia se fazer uma reunião com eles, como essa daqui, para que eles exponham os problemas deles também” D (F, GF 5)

No entanto, tal idéia não foi aceita por todos os participantes, pois um dos deles acredita que este problema não seja comum a todos os médicos. Outro sujeito, por sua vez, intercedeu observando que tal dificuldade do profissional possa ter decorrido de algum problema pessoal:

“Eu não concordo com essa idéia da reunião, porque o problema é só com ele. Pra falar a verdade parece que esse médico tá com uma tapadeira no rosto, uma máscara (faz o

gesto, demonstrando). Ele vê você na frente, mas nem olha pra você. Por isso eu acho que a reunião tem que ser só com ele. Sem falar no tempo da consulta, foram 5 minutos, parece que tá com pressa, sei lá! Parece que ele tá aqui forçado. Só a gente que fala". B (M, GF 5)

"Mas ele [o médico] pode ter o problema dele também?" D (F, GF 5)

A relação estabelecida entre o mau atendimento em decorrência de dificuldades pessoais do médico foi questionada, a seguir, no desenrolar do debate. Como argumento usou de exemplo o atendimento recebido num estabelecimento comercial, quando o cliente tem outras opções caso o mesmo não lhe agrade, opção esta não ser possível quando se trata do "consumo" à saúde, em sua visão:

"Mas vem descontar na gente? No comércio hoje, eu tenho problema e vou descontar no freguês, não pode! No comércio se não tratar bem, o freguês não volta mais. Bom... mais vender peixe, por exemplo, é diferente de atender gente, não é? Eu não tô com vontade de voltar mais, eu tô chateado. Agora aqui eu não tenho outra opção. Bom, mais eu quero mesmo que ele melhore. Eu até queria falar com ele sobre esse assunto, mas acho que pra ter resultado ter que ser alguma "autoridade" pra falar com ele." B (M, GF 5)

O médico deve cuidar de outros problemas além do diabetes.

Foi também reconhecido pelos participantes que quando o relacionamento com o médico não está bom, o paciente não tem "espaço" para discutir outros problemas, o que faz com que se procurem médicos "diferentes" para problemas "diferentes".

"Os médicos não dão espaço para discutir outros problemas. Temos que procurar médicos diferentes para cada problema." B (F, GF 4)

Assim, passa a ser uma descoberta para o paciente quando o médico “que cuida do seu diabetes” também cuida de outros problemas de saúde, tornando-se como diz o participante abaixo “uma espécie de clínico geral”.

“O que eu percebo, é que sempre eu consultei só por causa do diabetes, mas às vezes não é só diabetes. Eu levantava com dor, já travado. Não tava certo. Eu tinha que levantar legal. Ele (o médico) pediu um RX e de repente descobriu um bico de papagaio. Então quer dizer, fugiu totalmente do diabetes, ele (o médico) foi mais um clínico geral. Eu concluo então que o médico não pode ver só o diabetes. Tem que ser uma espécie de clínico geral”. C (M, GF 5)

4.2.3 A dificuldade de ser atendido quando não se está bem

Atendimento “mais pronto” das intercorrências

Diante de um intervalo longo entre as consultas médicas e da dificuldade de ser assistido quando não se está bem, diversos sujeitos, reconheceram ser necessária, a instituição do que chamaram de “plantão médico”, pois talvez expresse bem a imagem de um dispositivo para o atendimento às queixas “urgentes”. Esta opção pode ter sido influenciada pelo funcionamento em tempos recentes da figura do “médico do dia”, ou seja, aquele profissional que em um determinado dia da semana responde por todo o pronto-atendimento. Enfim, de uma maneira geral o que se caracteriza nos discursos é a necessidade de certa racionalidade para atender aqueles cujo problema não pode esperar uma consulta agendada, e teriam suas queixas avaliadas adequadamente, dando prioridades às intercorrências mais “graves”:

*“Eu acho o intervalo muito longo, então, eu **sugiro atendimento de “emergência”** para quem tem o diabetes. Porque pra mim é difícil controlar a glicemia”. C (M, GF 4)*

“Eu sei que o posto não tem dinheiro para contratar médico, mas eu acho que pro extra, não só pro diabético, mas no geral

*deveria ter um plantão no posto de saúde só pra esses casos”
B (M, GF5).*

*“Eu acho que se tiver um **plantão com um clínico geral** resolve o problema. Esse médico poderia atender no geral, não só os diabéticos. Poderia até dar certa preferência para o diabético, mas é claro se aparecesse uma “urgência maior” poderia dar prioridade. Passariam na frente os casos mais “graves”. Sei lá, às vezes o paciente só precisa de um exame, então esse médico poderia pegar o prontuário e pedir o exame. Sei lá, assim o paciente não sofreria tanto”. B (M, GF5).*

Acesso à informação sobre os recursos assistências disponíveis

Com muita proximidade com os problemas já tratados em tópicos anteriores, mas melhor caracterizado no campo problemático “a dificuldade de ser atendido quando não se está bem”, um dos participantes expressou seu desconhecimento quanto a que serviços buscar diante de diferentes demandas por assistência. Assim, reconhece ser necessário que os usuários tenham acesso a este tipo de informação, especialmente a que diz respeito ao atendimento de consulta não agendada:

“Eu insisto na informação, o que falta é a informação. Às vezes você vai à UNESP e falam que você tem que procurar o posto perto de sua casa. Você procura o posto, e não consegue atendimento. Então não sei. E se eu venho aqui, quem eu procuro? Eu não sei. Eu nunca precisei vir em consulta extra, mas parentes meus já precisaram, e foi difícil”. C(M, GF5)

4.2.4 O tempo longo de permanência no serviço

Reduzir o tempo de permanência do diabético no serviço

A proposta apresentada por um dos participantes embora se centrasse no agendamento por horário para a coleta de exames para os diabéticos, a mesma remete a necessidade de facilitar o acesso destes usuários a este serviço, mediante

a redução do tempo de permanência do mesmo na unidade. Isto pode ser mais bem entendido ao verificar-se que a unidade de coleta funciona diariamente no período das 7:00 as 9:00 horas e o atendimento é feito mediante a retirada de senha, o que organiza a fila pela ordem de chegada. Outros participantes referiram que o longo tempo de espera para a coleta, faz com que muitos passem mal na sala de espera.

Deste modo, a proposta apresentada visa propor outra racionalidade de organização do acesso a este serviço diferente da estabelecida e com um critério que facilite o acesso aos portadores de diabetes reduzindo o tempo de espera. A proposição é interessante por problematizar a racionalidade atualmente adotada de ordem de chegada dos pacientes e introduzir a necessidade de repensar sua organização reconhecendo que os pacientes têm necessidades e condições físicas diversas.

“Sugiro agendamento por horário. Eu acho que os pacientes com diabetes deveriam ter prioridade na coleta. Poderia ter horários diferentes ou um ou dois dias para a coleta de exames, só para os diabéticos.” I (F, GF4)

4.2.5 A dificuldade de aceitar o diagnóstico do diabetes

Atividade de grupo para os pacientes recém – diagnosticados.

O momento do diagnóstico do diabetes, segundo um dos sujeitos é muito difícil ou, como diz, “parece que o mundo acabou”. Assim, sugere para lhe apoiarem alguma atividade na qual possa se conversar a respeito, que mais se assemelha a um grupo de vivência.

“Quem recebe o diagnóstico de diabetes, no começo é difícil parece que o mundo acabou. Então seria importante conversarmos sobre isto. Como isso que a gente ta fazendo hoje”. D(F, GF 5)

4.2.6 Desarticulação entre a coleta de exames e o agendamento de consultas médicas de retorno

Adequado aprazamento da coleta de exames e consulta de retorno.

Outro novo campo problemático identificado foi a desarticulação entre a coleta de exames e o agendamento de consultas médicas de retorno, o qual foi identificado a partir da própria solução proposta para o mesmo. Muitas vezes, o paciente vem à consulta e os exames não estão prontos ou a coleta foi muito antes da data aprazada para consulta médica, como apontando por um dos sujeitos:

“Eu fiz os exames em julho e a consulta é em setembro. Gostaria que o intervalo fosse menor entre a coleta e a consulta, porque eu acho que daí quando a gente vem não adianta nada. Porque o diabetes é igual a pressão alta, de manhã pode estar boa, mas depois pode piorar”. F (F, GF 5)

“Eu já tive problema, mas com o resultado do exame. Vim para a consulta e ainda não estava pronto. Tive que fazer o exame de novo. D(F, GF5)

4.3 Dos campos problemáticos à construção partilhada profissionais-usuários: A visão dos profissionais de saúde

Os resultados apresentados, a seguir, foram obtidos por meio de grupo focal com os profissionais da área de Saúde do Adulto. Este encontro foi orientado a partir da análise das narrativas dos diabéticos, mediante o uso de diferentes técnicas de coleta (entrevistas estruturadas e grupos focais). Contribuíram mais destacadamente, a análise de grupos focais realizados com os diabéticos nos quais se buscou reconhecer possibilidades de enfrentamento destes problemas.

O grupo focal com os profissionais teve como objetivo explorar as possibilidades de construção coletiva de soluções aos problemas identificados, orientado pelos resultados alcançados com diabéticos.

Para melhor compreensão do leitor optou-se por apresentar os campos problemáticos junto com as soluções propostas para seu enfrentamento dadas pelos

usuários diabéticos, em um quadro semelhante ao que foi utilizado na exposição aos profissionais de saúde.

Em cada um destes tópicos dispuseram-se os discursos dos profissionais reconhecidos como mais relevantes à discussão do tema.

Para a preservação da identidade dos participantes, seus nomes foram trocados por letras do alfabeto, não coincidentes com as iniciais dos mesmos. As referências aos médicos foram dispostas no masculino. Por haver apenas um profissional enfermeiro, este será apresentado integrando a equipe de enfermagem juntamente com os técnicos de enfermagem. Também foram incorporadas as narrativas dos pesquisadores.

4.3.1 O intervalo longo entre as consultas

“Se o intervalo entre as consultas fosse mais perto conseguiria controlar mais o diabetes [...] a gente que tem diabetes e pressão alta seria bom vir de três em três meses, pra gente ter um acompanhamento melhor, né?”. (GF 1 FX)

Propostas dos usuários

- ▶ Agendamento a cada dois ou três meses
- ▶ Não haver bloqueio do agendamento no final do ano, pois prejudica quem precisa de um acompanhamento regular
- ▶ Maior acesso à realização do HGT, não só através de pedido médico

É curioso que os primeiros comentários dos profissionais após a exposição dos objetivos da pesquisa, da metodologia, dos procedimentos éticos e, por fim, do quadro acima, foram de questionamento de seus resultados¹² ou manifestações de que aquele não era um problema que ocorresse com seus pacientes ou que já não

¹² Novamente esta pesquisadora explicou como foram coletados os dados e o valor que o mesmo assumiu nesta pesquisa.

ocorreria mais com a introdução da consulta de enfermagem, como expresso nos discursos de médicos e equipe de enfermagem:

“Foi feito um levantamento nos prontuários de quanto é esse intervalo? Não digo vocês, mas em outras pesquisas? É comum a todos os médicos? Houve uma quantificação? O que eu tendo achar é que os pacientes mais antigos tinham um intervalo mais longo do que os mais novos. Foi feita esta relação?” (médico A)

“Eu não posso falar nada, porque pela minha agenda não passa de três meses”. (médico B)

“O que eu vejo é que para [os retornos...] mais longos, os médicos pedem para o paciente vir em consultas de enfermagem, mas não sei se isso é para 100 % dos casos.” (enfermagem A)

*“O que eu vejo é que hoje os pacientes são encaminhados mais para as consultas de enfermagem... [os pacientes] estão acreditando mais... [na consulta de enfermagem], **mas só tem um enfermeiro para fazer.**” (enfermagem B).*

Todavia, ao longo da discussão os profissionais médicos presentes reconheceram que o intervalo entre as consultas médicas eram longos.

“É, o meu retorno deve estar pra 6 meses” (médico A)

Dentre as proposições dos diabéticos para o enfrentamento deste campo problemático, conforme quadro anterior, a que gerou mais discussão foi o “maior acesso à realização do HGT...” O debate entre os profissionais, a este respeito, foi bastante rico ao buscarem compreender o sentido que tal “demanda” assumiria para os pacientes.

“[o paciente...] tá querendo ficar tranqüilo sobre o seu problema. Talvez não precise do HGT, mas de um contato com o serviço de outra maneira. É isso que me vem.” (médico C)

“O paciente quer se sentir cuidado de alguma maneira. E o HGT pode ser para ele algo mais concreto.” (médico D)

Para alguns profissionais esta proposta causou estranheza e não reconhecem que o paciente deva ter tal autonomia de decisão sobre a aferição da glicemia, condicionando-a à consulta médica ou à atividade em grupo ou consulta de enfermagem:

“Hoje a maioria dos diabéticos tem o aparelho, por isso não estou entendendo essa necessidade [de se fazer o HGT].” (enfermagem. B)

[...] “agora sobre o HGT, eles pedem muito e às vezes não tem necessidade. Por isso fico preocupado com a proposta apontada por eles. Pode até ter um maior acesso, mas tem que ter uma recomendação bem certa, pra não se perder o controle. ‘Faça o HGT, mas em 3 semanas venha com o médico para checar isso aí’.” (médico E)

“Então nós podíamos ver o que eles estão precisando porque, às vezes, a gente facilita também. Ele quer o HGT e a gente dá o HGT. Sei lá, então vou marcar um grupo [...]?” (enfermagem A)

“Eu acho que deveria juntar o acesso ao HGT, a consulta de enfermagem. Assim, implantar de verdade a consulta de enfermagem. E o HGT seria parte dela. Como tem também esse problema com as consultas, poderíamos pensar numa consulta de enfermagem coletiva?” (nutricionista)

Frente a tais observações um dos pesquisadores deste estudo entrevistou, bem como outro profissional:

“Eu acho que para o cuidado do diabetes: o HGT é uma conquista! É uma ferramenta útil para seu autocuidado, mas o acesso a ele está restrito, sim!” (pesquisador 2)

Eu acho que deveria ser assim: na oportunidade de não estar bem, o paciente deveria ter a possibilidade de vir fazer um HGT, não, é? (médico C)

A outra proposta apresentada pelos usuários discutida pelos profissionais foi a de “não haver bloqueio do agendamento no final do ano, pois prejudica quem precisa de um acompanhamento regular”. O não bloqueio do agendamento no final do ano foi apontada pelos profissionais como uma experiência “piloto” que tinha se iniciado no final de 2009. No entanto, alguns participantes questionaram a implantação desta prática por acharem que não terão como assegurar retornos regulares aos pacientes, pois há o risco das vagas para consulta médica esgotarem-se já nos primeiros meses do ano.

“Nesse final de ano tivemos a experiência de não bloquear a agenda do doutor X. Foi muito bom, não deu problema. Estamos também, olhando os faltosos, dependendo do caso. O que ajudou também é que a médica tem um controle da agenda, ela pede os retornos.” (enfermagem B)

“Eu tenho dúvida sobre esse agendamento, eu acho que a agenda do doutor X, funcionou, pois é um número mais reduzido de pacientes, é um número mais controlado. Agora se um paciente chega para marcar uma consulta para o clínico geral ele não consegue marcar em dois/três meses. Então eu não sei se não funcionou pelo número reduzido de pacientes que participam desse ambulatório.”. (enfermagem C)

“Ah, eu tenho esse medo...! que se não parar em dezembro, lota cedo!”. (médico A)

Outra preocupação exposta a respeito da continuidade do agendamento diz respeito a perda da regularidade dos retornos. Isto porque, quando o agendamento é feito no ano seguinte não se dispõe de informação a respeito do intervalo solicitado pelo médico, podendo-se, assim, agendar em período menor ou maior que o proposto:

“Eu atendi uma paciente hoje, que eu tinha pedido um retorno para março, mas que eu acabei atendendo hoje (janeiro). Ela veio em dezembro e agendou para hoje. Então também se agenda consultas que não tem tanta urgência e outras vão ficando. Acho que se tivesse agendado quando ela veio no retorno não teria esse problema, pois ela estaria com o prontuário.” (médico D)

“Eu me lembro de um caso que o paciente perdeu a consulta, daí veio no final do ano, a agenda estava bloqueada, e ela ficou quase um ano sem se consultar. Isso também pode estar por trás desse pedido de HGT.” (pesquisador 2)

A ampliação do atendimento em grupo foi sugerida, por outro profissional, como uma estratégia para aumentar o acesso dos pacientes ao serviço e a oferta de outras práticas de atenção, de modo a que a consulta médica não seja o único recurso disponível, dado seus limites para lidar com diferentes problemas dos pacientes:

“Eu fiquei pensando, que essa fala dos pacientes me bate assim: “a dificuldade de chegar ao serviço”. Eu trabalhei em outro lugar, e a minha experiência é que quanto mais o paciente participa do serviço, menos ele sente isso. Lá tínhamos o grupo de caminhadas, de homens, mulheres, etc. Esses pacientes diabéticos, hipertensos, mais assíduos em consultas, quando encaminhados para essas outras formas de atendimento eles diminuem a ansiedade que a princípio parece ser por consulta médica. Mas, depois vai se tranquilizando, eles vão se sentindo próximos, confiantes. E daí realmente eles vão precisar da consulta

quando precisa da consulta. E claro que não é imediato, mas com o tempo você vai conseguindo que os pacientes se sintam confiantes no serviço. Então, eu acho que pode ser uma estratégia para os pacientes com essa necessidade de maior frequência. E aqui nós temos começado com essas outras opções, já temos vários tipos de grupos. [...] Eu acho também que muitos pacientes vem muito em consultas, por suas comorbidades. Ele tem diabetes, hipertensão, dor na coluna. E às vezes a dor da coluna, por exemplo, não vai ser resolvida em consulta médica. Você não tem o que fazer. Às vezes eles vem nem tanto pela descompensação do diabetes, mas por esses outros problemas. E daí eu vejo que mesmo que o intervalo fosse próximo não resolveria o problema deles. Precisaria de outros atendimentos, com outros profissionais, um grupo de atividade física, por exemplo.” (médico C)

A reprodução da consulta médica em grupo foi relatada como algo a ser temido. Assim, algumas estratégias são adotadas para os pacientes não “confundirem” grupos com consultas médicas.

*“É, mais [os pacientes] não obtinham [...] nessas atividades as mesmas coisas que eles tinham na consulta. É grupo, então [não se] prescreve, [nem se pede] exames. Eu acho que é um processo educativo. [...] nos tivemos uma paciente que queria que [...] pedisse um exame, foi difícil para ela entender que não era ali, não era a minha atribuição naquele momento. Mas é um trabalho que vai se dando aos poucos. Na verdade ela não foi no grupo pelo grupo, mas para pedir o exame. **Por isso a importância [...] do médico ter essa percepção que ali o papel dele é diferente.**” (médico C)*

4.3.2 A descontinuidade do cuidado

“Cinco médicos [...] isso é ruim, eles não sabem os problemas da gente. No final do ano meu marido faleceu, o médico até marcou consultas mais próximas, eu tava depressiva, mas o outro que ficou no lugar não sabia disso”. (GF 2 FR)

Propostas dos usuários

Não houve

Inicialmente os participantes entenderam o problema da descontinuidade do cuidado, somente pela questão das mudanças frequentes em relação ao corpo de médicos da área de Saúde do Adulto.

“Isso não é da nossa competência. Podemos propor aumento de salário, porque daí a gente fica até morrer.” [risos] (médico C)

Provocados, por esta pesquisadora, a pensar nesta problemática pelo ângulo do cuidado, os relatos fomentaram uma discussão acerca dos problemas relativos ao registro em prontuário, destacando-se sua escassez e qualidade:

“Sobre isso eu acho que deveríamos melhorar a anotação nos prontuários. O que anotar, de que forma. Para que as informações importantes sejam úteis para o colega. Não só também a qualidade da anotação, mas a visualização dela.” (médico C)

“Tem pacientes que passam [por determinado atendimento] e a única anotação que aparece é: passou pelo [atendimento X]. Deveria ter uma anotação melhor também, dos outros profissionais.” (enfermagem A)

Tal discussão inicial sob outra perspectiva estimulou os participantes a apresentarem propostas para aprimorar a qualidade do registro em prontuário:

“Podíamos ter alguns tópicos que utilizaríamos para a abordagem dos pacientes. Porque às vezes também eles não querem se abrir.” (médico E)

“E se na pós-consulta aquilo que nós ouvimos do paciente, também pudéssemos anotar. Por exemplo, aquela paciente que estava morrendo de medo de tomar a insulina. Ela me explicou que a vida dela está horrível, ela tem que cuidar da casa, dos netos e não é a insulina que vai resolver o problema dela. Ela disse que se ela morrer vai ser melhor. Eu não consegui convencê-la a tomar a insulina, mas a gente agora já sabe qual é problema dela.” (enfermagem B)

O excesso de informação em alguns prontuários e a dificuldade do médico para um rápido acesso ao que é mais relevante foi também objeto de preocupação e de algumas sugestões:

“Às vezes fica difícil pro médico ver o prontuário inteiro do paciente, de 4 anos atrás, por exemplo [...]” (enfermagem C)

“É, e aqui tem vários prontuários que tem volume 1 e 2, então poderíamos implantar isso. De repente utilizar uma folha de cor diferente.” (enfermagem B)

“Eu tenho uma experiência importante. Eu ia num medico hematologista, e aquilo que eu falava para ele na consulta, os resultados de exames, ele colocava numa folha a parte. Dentro do prontuário ele fazia anotações mais completas. Mais nessa folha ele chamava atenção para alguns tópicos.” (enfermagem C)

“Sugiro também que toda a primeira consulta tenha uma folha a parte, de cor diferente. Bom, mas também pode ser que

ninguém leia. Podíamos então fazer um estudo de quais informações são essenciais e por naquela folha a parte”.
(médico C)

Outro profissional lembrou que por se tratar de um Centro de Saúde Escola seria necessário dar ciência ao paciente a este respeito e da eventual participação do aluno em seu atendimento, pois esta característica institucional também pode explicar o problema da “descontinuidade do cuidado”.

“Como temos muitos alunos aqui, deveríamos informar o paciente a todo momento que é um centro de saúde escola. Antes tínhamos um “mosquitinho” que colocávamos no cartão, informando isto ao paciente.” (enfermagem C)

4.3.3 A dificuldade de comunicação profissional – paciente

“A senhora quer amputar a perna? Precisa se cuidar”. (EE)

Propostas dos usuários

- ▶ Reuniões com os profissionais

Este tema foi pouco discutido entre os participantes. Um dos aspectos aí levantados tratou da dificuldade que os pacientes encontram para reportar ao médico suas dificuldades para cumprir o que lhe foi prescrito por receio quanto a possível resposta do médico a respeito:

“Às vezes com a prescrição você acha que o paciente tá fazendo tudo certinho e não tá. Ele não diz pro médico, porque tem medo da reação do médico.” (médico C)

Alguns participantes reconheceram a proposta apresentada pelos pacientes para que a instituição realizasse “reuniões com os profissionais” como relevante e um dos profissionais apontou algumas possibilidades de operacionalização mediante técnicas de entrevista:

“Ah, essa idéia de reuniões é ótima. Eu acho que reunião com os profissionais, com o tema relacionamento profissional-paciente, seria uma boa.” (enfermagem B)

“Uma capacitação também de como fazer determinadas perguntas para o paciente. Por que existem técnicas para isso. Para conversar, por exemplo, com pacientes que são mais tímidos. Palavras chaves, perguntas mais certa, sei lá, deve ter isso. Às vezes a gente propõe coisas para o paciente e não pergunta: mas o senhor acha que isso é possível? Eu tenho feito isso: o senhor acha que isso é possível?” (médico E)

4.3.4 A dificuldade de ser atendido quando não se está bem

*“Eu também não fui bem atendida, eu fui falar com o médico porque eu não tava bem e ele me respondeu que **não era dia de me atender**, daí eu fui procurar na farmácia. Depois pedi pra trocar dele, então marcaram uma consulta de enfermagem e uma consulta (com o outro médico) pro final do ano, se eu tivesse que morrer eu já teria morrido”. (GF 3 FK)*

Propostas dos usuários

- ▶ Informações sobre o acesso às consultas extras.
- ▶ “Plantão” médico para atendimento dos “extras”.

Os participantes ficaram surpresos com a dificuldade apontada e duvidaram de falta de conhecimento dos pacientes sobre a possibilidade de obter consulta não

agendada ou “extra” quando têm alguma intercorrência, com expressa uma profissional de enfermagem:

“Eu acho que os pacientes tão muito bem informados sobre o extra. Eles vêm mesmo. E não saem sem resposta. A gente já se conscientizou que não tem jeito mesmo, que isso (o “extra”) faz parte do serviço e não tem jeito” (enfermagem B)

Para outros membros da equipe há casos de consultas “extras” que são difíceis de serem atendidos, sobretudo quando se trata de pacientes que não tem um acompanhamento regular no serviço.

“O extra que causa mal estar é aquele novo no serviço ou aquele que só vem em consulta extra. O que está em acompanhamento é tranquilo resolver o problema dele”. (enfermagem A)

“Às vezes o paciente abriu o prontuário e já quer passar por uma consulta para levar a declaração para a perícia.” (enfermagem A)

Outra dificuldade apontada quanto ao atendimento de pacientes que buscam consulta médica “extra” é a ausência de uma queixa aguda que a justifique.

“Hoje veio um paciente que tinha passado por consulta médica no início da semana, e hoje ele queria um encaminhamento. O problema dele é tão importante, que se esqueceu de falar na consulta médica. Mas isso é frequente. E aí chegam os descompensados e a gente fica lutando pra ver o que fazer. Bom, mas os pacientes que tem alguma problemática - hipertensão ou diabetes - sempre saem com alguma resposta, às vezes uma antecipação de consulta, ou uma conversa com o médico.” (enfermagem A)

“Essa semana uma paciente falou que o problema era a pressão que tava subindo. Eu verifiquei e estava normal. Então

*comecei a orientar que **o extra é para fornecer a vaga para uma queixa aguda**. Daí ela me falou que o problema era uma dor que ela estava sentindo na veia da perna. Eu ia passar o caso para a enfermeira, mas ela não queria ser atendida pela enfermeira.” (enfermagem C)*

Algumas estratégias já são utilizadas pelos pacientes para lidar em seu cotidiano de uso do serviço com esta dificuldade de acesso e os profissionais a percebem diferentemente:

“Ele (o paciente) também aproveita o gancho pra ver se consegue uma consulta de rotina. Vem com uma lombalgia e já quer um monte de coisas, exames.” (médico E)

“Isso é bem frequente, eles tem estratégias para conseguir a consulta. O que eles falam pra gente é bem diferente do que eles falam pro médico.” (enfermagem C)

“Ah, eu vejo caso a caso, às vezes tô atendendo um extra que faz muitos anos que não vem e daí eu peço também exames de rotina.” (médico A)

“É, essa semana aconteceu isso, lá no final apareceu uma agendada, daí eu pensei: não, ela é agendada, então merece toda a atenção.” (médico E)

Em diversos comentários a criação de um grupo de recepção na Saúde do Adulto tem ajudado bastante na avaliação dos atendimentos, como um espaço de acolhimento à demanda para os casos novos e para os pacientes que tem uma queixa fora da data do agendamento. Também se discutiu que quando há uma abordagem em grupo queixas tida como superficiais podem revelar problemas mais complexos de saúde.

“Uma coisa que facilitou é que tem o grupo de recepção, então vai pro grupo. Ouvir a queixa na [nova recepção de adulto] também ajudou, melhorou a escuta.” (enfermagem B)

“(...) a dona [...] precisava muito do grupo, ela tá com o marido doente, uma filha deprimida, tem um tumor no pé e só consegue dormir 2 horas por noite. E ela veio no extra porque estava com uma coceirinha no rosto. A queixa era a coisa mais superficial possível. Teve uma paciente que entrou no grupo e não falou. No final ela quis conversar comigo e daí ela falou do problema do alcoolismo.” (médico C)

Alguns sujeitos sugeriram até mesmo uma sequência de “retornos” em grupo para pacientes que procuram a consulta “extra” como mais um recurso assistencial e maior aproveitamento do espaço grupal, com encaminhamentos a partir da marcação de consultas, o que produziu uma pequena discussão e o reconhecimento do grupo como um espaço possível para a atenção.

“Também tem aquelas pacientes que tem muita somatização que não é a consulta médica que vai resolver. Sei lá acho que essas poderiam ir umas 6 vezes no grupo antes da consulta médica, até cair a ficha delas. Por que não adianta elas ficarem voltando em consulta médica, não vai resolver o problema delas.” (médico C)

“Se marca uma consulta e daí o paciente reclama que a consulta tá longe, ao invés de falar do extra. Porque daí a gente fala: se não estiver bem, pode vir antes da sua consulta. Deveríamos então falar do grupo.” (enfermagem C)

“Eu notei que a palavra convite não dá muito certo. Por que convite parece que é para uma festa. Então tem que ser uma recomendação, faz parte do atendimento dele vir no grupo. Eu fiz muito convite e não deu certo. Só quando a gente agenda é que eles vêm.” (médico C)

Percebemos, no entanto, que para muitos profissionais não está claro o objetivo do grupo de recepção, pois diversos questionamentos foram feitos, até mesmo, sobre prejuízos ao se encaminhar erroneamente. O que de certa forma

estimulou os participantes a pensarem: quais os sujeitos que mais se beneficiariam deste tipo de assistência?

“Você acha que estamos encaminhando bem para o grupo a partir do extra”? (enfermagem C)

“Mas se chegar pro grupo e for uma coisa que não tem nada a ver?” (médico A)

“E que eu acho que o grupo não é pra todo mundo, poderia ser para aqueles que vêm muito em extra, por exemplo.” (médico C)

Diversos relatos enfatizaram que a presença de um recepcionista na Área de Saúde do Adulto também tem ajudado no atendimento à demanda espontânea, sobretudo, para a organização interna do serviço, ao diminuir embates com a equipe de enfermagem ou médica. Desta forma, muitos foram os discursos que ressaltaram a figura do recepcionista como uma forma de “barreira” entre os pacientes e profissionais, provocando assim situações de stress entre este recepcionista e a população atendida.

“Bom, mas diminuiu bastante o stress para a enfermagem.” (enfermagem A)

“A figura do recepcionista também ajudou porque antes eles entravam e ficavam na porta do médico.” (enfermagem A)

“Ele é um profissional que merece atenção (o recepcionista). Eu vejo que tem paciente que briga muito com ele. Eles falam, mas eu tô vendo o médico aqui, como ele não tá atendendo?” (médico A)

“Agora nas férias dele, (a recepcionista que estava no seu lugar) recebeu uma ameaça por telefone, que se não conseguisse a consulta ela pegaria ela pela orelha.” (enfermagem C)

Em meio a brincadeiras, os profissionais relataram que a solução possível para diminuir esta tensão seria a de colocar uma proteção de “blindex” (vidro temperado) com o intuito de proteger a recepção dos pacientes.

“Ah, é sim...e ele está muito exposto ali.” (enfermagem B)

Podíamos fazer um box pra ele (risos).” (médico C)

“Acho que tem que por um blindex ali (risos).” (médico C)

Quando indagados sobre a proposta dos pacientes em relação ao “plantão médico” para atendimento dos extras, os participantes contestaram a idéia, sobretudo por experiência passada mal sucedida. Na opinião dos participantes há ainda a questão de que a figura do médico plantonista interfere no acompanhamento dos pacientes, já que, estes preferirão vir em consultas não agendadas.

“Sobre essa proposta do médico do dia, nós já tivemos e não deu certo. Eles com o tempo só queriam vir de extra.” (enfermagem B)

“É se você abre o acesso pro extra ele não vem nas agendadas, isso é óbvio. Até nós faríamos isso. Daí você não faz um bom trabalho. E eles não têm idéia de um acompanhamento.” (médico C)

“E também você tira um dia do médico para ele participar do extra, e daí você lota a agenda dele mais rápido. Ah, essa é uma experiência que eu não gostei.” (enfermagem B)

4.3.5 O tempo longo de permanência no serviço

Propostas dos usuários

- ▶ Estipular um dia para a coleta de exames ou horários diferentes para os diabéticos
- ▶ Agendamento de consulta por horário para diminuir o tempo na sala de espera

A proposta de estipular um dia para a coleta de exames dos diabéticos não foi aceita pelos participantes, pois há também outros grupos com necessidades especiais.

“(...) Não dá pra priorizar só para os diabéticos, porque tem os idosos também.” (enfermagem A)

No entanto, a idéia de agendamento por horário foi debatida como algo a ser experimentado, embora haja, na visão dos profissionais algumas dificuldades operacionais para que tal prática possa ser implementada.

“Podíamos tentar o agendamento por horário, mas é difícil, não é como na consulta. A coleta tem que ser mais ágil.” (enfermagem A)

“E alguns exames tem que ser agendado logo às 07h00min, cultura de urina, por exemplo, GTT.” (enfermagem C)

No quadro 6, a seguir, apresentamos uma síntese dos campos problemáticos, propostas de “solução” feitas por pacientes e dos profissionais e aquilo que consideramos como “zonas de tensão” identificadas nas opiniões de ambos.

Quadro 6 – Os campos problemáticos, as “soluções” propostas pelos diabéticos e profissionais e as “zonas de tensão”.

Os campos problemáticos	Propostas de soluções pacientes	Propostas de soluções profissionais
O intervalo longo entre as consultas	- Intervalos mais breves entre as consultas; - Agendamento contínuo de um ano para outro; - Ampliação do acesso ao controle do diabetes mellitus.	- Ampliar atendimento em grupo - Implantar consulta de enfermagem “coletiva” - Zona de tensão: Receio em perder o “controle” sobre o agendamento; - Zona de tensão: Receio em perder o “controle” sobre os pedidos dos exames; - Ampliar o acesso ao controle do diabetes em todos os possíveis espaços da assistência.
A dificuldade de comunicação profissional-paciente	- O paciente deve ser menos passivo com o médico; - A instituição deve trabalhar com os médicos para melhorar o atendimento; - O médico deve cuidar de outros problemas além do diabetes.	- Capacitação sobre relacionamento profissional- paciente e em técnicas de entrevista.
A descontinuidade do cuidado	—	- Melhorar anotação nos prontuários - Elaborar tópicos para facilitar abordagem com o paciente - Elaborar impresso para caso novo e resumo de atendimento, com anotações consideradas essenciais. Este último impresso deverá ser colocado no início do prontuário. - Anotar as informações obtidas dos pacientes na pós-consulta.
A dificuldade de ser atendido quando não se está bem	- Atendimento “mais pronto” das intercorrências; - Adequado acesso às informações sobre os recursos assistenciais disponíveis.	- Aumentar o acesso aos grupos. - Criar “retornos” em grupo. - Zona de tensão: Não há dificuldade para o acesso.
Tempo longo de permanência no serviço	- Agendamento de coleta de exames por horário; - Coleta de exames em dia e horário específico para os diabéticos.	- Promover tentativa de agendamento dos exames por horário. - Zona de tensão: Impedimentos técnicos - Zona de tensão: Existência no serviço de mais grupos prioritários, por exemplo: os idosos.
Dificuldade em aceitar o diagnóstico do diabetes	- Atividade de grupo para os pacientes recém – diagnosticados.	Problemas não discutidos, pois foram inseridos posteriormente, após última análise.
Desarticulação entre coleta de exames e agendamento de consultas médicas de retorno	- Adequado aprazamento da coleta de exames e consulta de retorno.	

Discussão

5 DISCUSSÃO

“Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele”.

(Leonardo Boff, 1999)

Embora, o objetivo deste estudo não tenha sido o de “mergulharmos” novamente nos campos problemáticos presentes na organização do serviço, devemos reconhecer que o desenho proposto com o objetivo de uma co-produção de soluções para os mesmos, permitiu-nos um aprofundamento no conhecimento destes problemas e também a identificação de novos campos problemáticos que “perturbam” o autocuidado de diabéticos.

Foi possível por meio dos resultados confirmar a presença dos campos problemáticos: intervalo longo entre as consultas, a descontinuidade do cuidado e a dificuldade de comunicação entre profissional- paciente. Bem como, a identificação de novos campos problemáticos: a dificuldade de ser atendido quando não se está bem, o longo tempo de permanência do diabético no serviço, a dificuldade de aceitação pelo paciente do diagnóstico do diabetes e a desarticulação entre coleta de exames e agendamento de consultas médicas de retorno.

Alguns desses problemas já estiveram presentes em outros estudos. Num estudo realizado por Schoenberg e Drungle (2001): a falta de continuidade do cuidado, a baixa qualidade de atenção, a dificuldade de agendar consultas e intervalos longos entre as consultas médicas foram apontados como problemas, dificultando o acesso à uma assistência de qualidade.

Para Martins (2006), a forma de organização do trabalho e o horário de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde foram identificados como obstáculos organizacionais por dificultarem o acesso das pessoas ao serviço. A baixa vinculação entre usuários e profissionais de saúde também foi abordada por este autor, expressa numa incipiente utilização das unidades de referência como fonte regular de atenção ao longo do tempo e, sobretudo em relação à capacidade de usuários e profissionais de saúde de se identificarem pelo nome.

Porém, a julgar pela intensidade com que esses campos problemáticos foram discutidos e pelas proposições feitas por usuários e profissionais, não podemos deixar de discutir que questões trazidas sobre a estrutura organizacional (ou desestrutura) que se estabeleceram para o atendimento dos pacientes diabéticos no serviço nos remeteram ao universo do *Cuidado à Saúde*.

Trata-se aqui do Cuidado à Saúde denominado por Ayres (2004, p.74), como um:

“constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.”

É evidente que técnicas corretas utilizadas para os diversos tratamentos de saúde são importantes para o êxito do mesmo, mas este trabalho levou-nos à discussão das relações que se estabelecem nos serviços de saúde, principalmente àquelas entre médico – paciente.

Por isso, acreditamos que a definição acima, sobre cuidado à saúde, é pertinente para se trabalhar os diversos achados deste estudo.

Chegamos a tal conclusão ao analisarmos que os campos problemáticos identificados pelo estudo “conversam” o tempo todo entre si, formando uma rede organizacional “enrijecida” não geradora de satisfação às necessidades dos usuários.

Assim, o intervalo entre as consultas, levou-nos há duas constatações: a primeira é que estes não fazem parte de um protocolo definido pela unidade para atendimentos aos crônicos, pois, são muito espaçados (intervalos longos) e não condizentes às necessidades individuais. Pareceu-nos que o que determina o intervalo é a presença ou não de vagas nas agendas, mesmo quando há uma orientação médica para a sua redução ou espaçamento mais longo.

A segunda constatação, é que os usuários que mais procuram por consultas extras são aqueles que possuem, de certa forma, intervalos mais longos ou àqueles que não se sentem “cuidados” pelos profissionais médicos. Ou porque acabam tendo uma atitude mais ativa, ao discordar de alguma conduta médica ou porque vêm dificuldades no diálogo com os médicos.

No trabalho em questão, embora a dificuldade de comunicação entre profissional – paciente tenha sido atribuída, por alguns usuários, devido a sua própria característica pessoal, o que ao invés de nos tranquilizar, nos preocupou, sobretudo, pela possibilidade de tal posição expressar o poder ocupado pelo médico na sociedade (Tesser, 2009). Diversos participantes, em seus depoimentos, trataram de dificuldades cotidianas, como falta de atenção e carinho por parte dos médicos.

Pareceu-nos um tanto estranho, os pacientes se queixarem de “falta de carinho” na relação com o seu médico (o estranhamento aqui, só reforça como está presente o modelo biomédico), que segundo Tesser (2009), ajudou a veicular uma tradição de “arrogância e etnocentrismo” científicos presentes na prática dos profissionais médicos. De modo a atribuir aos médicos o papel de curadores legítimos, representantes da Ciência e portadores da verdade.

No entanto (Boff, 1999 *apud* Ferri, 2007, p.517) define o cuidar como uma *“atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”*. Desta maneira, a falta de carinho, argüida pelos participantes fez-se considerar que nas práticas de saúde, o cuidado deveria sempre estar implícito no atendimento as pessoas.

Ferri (2007, p. 517), diz que é por isso que temos que:

“incorporar nas práticas de cuidado “o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade”, como finalidade no processo de trabalho em saúde”.

No entanto, a falta de atenção por parte dos profissionais, como citado pelos usuários, desestimula o diálogo, fazendo com que deixem de colocar questões importantes sobre o seu cuidado, o que de certa forma faz com que se estabeleçam planos de cuidados irreais, distantes da realidade dos pacientes. O que reforça o

poder médico, pois como relatado por Gazzinelli et al. (2005) a falta de participação ativa do cliente na elaboração do seu plano terapêutico o deixa dependente do profissional, estabelecendo o seguinte “círculo vicioso”: ouvir do médico, conservar o que lhe é conveniente, para em seguida fazer como pode no seu cotidiano. Sem saber (ou sabendo, mas sem “conseguir” dizer) o médico acredita que o cliente faz o que lhe foi “determinado” e este para não confrontar com o profissional, omite as dificuldades que enfrenta no seu dia-a-dia para o cumprimento do plano terapêutico.

Quando há uma quebra neste “círculo vicioso”, quer seja por que houve mudança de médico (também expresso neste trabalho) ou porque o paciente “piorou”, os problemas tendem a vir à tona.

Por isso, há que se considerar que boa parte dos comentários feitos pelos usuários nos grupos focais apontaram à “dificuldade de ser atendido quando não se está bem”. E, não é por acaso que os profissionais discutiram este campo problemático como sendo aquele que traz um alto nível de estresse ao trabalho diário.

Na visão dos profissionais o paciente que procura por uma consulta “extra” ou é aquele que falta às consultas agendadas ou é o que se disfarça de “extra” para ver se consegue uma consulta de rotina, como ilustrado na frase a seguir: *“Ele (o paciente) também aproveita o gancho pra ver se consegue uma consulta de rotina. Vem com uma lombalgia e já quer um monte de coisas, exames.”*

No entanto, consideram que a maior dificuldade está nos pacientes que não tem uma queixa aguda, ou seja, que estão com problemas de saúde há mais tempo.

Provavelmente isto decorre das queixas agudas serem de mais fácil identificação e desta forma resolvidas. Ao passo que queixas crônicas exigem um projeto terapêutico que inclui diversas dimensões, especialmente a educação para o autocuidado, a qual deve ser partilhada com o paciente, o que pode demandar tempo maior de consulta ou até mesmo retornos recorrentes.

Podemos também inquirir que as queixas agudas vão mais ao encontro do reducionismo imposto pelo modelo biomédico, pois o individuo quando a traz, já se apresenta em forma de “pedaços”. Assim, como diz Barros (2002) fica mais fácil “patologizá-las”.

Como demonstraram os dados, parece que quando o paciente procura o serviço fora da data agendada há uma quebra na ordem já estabelecida, fazendo

com que o acesso ao serviço se restrinja a aspectos organizacionais, como a falta de pacientes agendados. Ou seja, só será possível ouvir (de verdade) a queixa do paciente que vem fora da data de sua consulta se o paciente que estava agendado faltar. Discutiu-se também que é ruim o médico ser surpreendido com uma consulta “extra” no meio de suas consultas, pois os agendados deverão ter prioridade no atendimento. Porque, como disse um profissional: (...) *lá no final apareceu uma agendada, daí eu pensei: não, ela é agendada, então merece toda a atenção*”. Isto dificulta extremamente o acesso dos pacientes ao serviço, como expresso em falas do tipo *“o jeito é fazer a dieta certa para não precisar do (serviço)”*. O que ainda, dá a idéia de certa “culpabilização” por parte dos pacientes se por ventura procuram o serviço fora da data agendada. Os mais “ativos” procuram outros recursos terapêuticos, como por exemplo: farmácia ou tentativas de mudança de profissional. Ou se utilizam de medidas mais caseiras, como por exemplo, tomar um chá para baixar a pressão, mas como relatado por um paciente: *“tem hora que o chá resolve, tem hora que não”*.

Para Campos (1992) é necessário ampliar a capacidade de escuta dos profissionais, instrumentando-os em aspectos humanitários e em intervenções mais integradoras. Isto por que, para este autor a Clínica deve se aproximar de disciplinas oriundas da psicanálise, recuperando conteúdos e estratégias educacionais que permitam contemplar o conhecimento de tecnologias relacionais.

No entanto, o que o trabalho mostrou é que há questões anteriores às tecnologias relacionais, talvez uma “falta de intenção” em se produzir “Cuidados à Saúde”.

Ayres (2004) reconhece que qualquer indivíduo ao adentrar num serviço de saúde é portador de uma demanda de saúde, e assim potencial “objeto de conhecimento e intervenção” (p.84).

Com isto queremos tratar da dificuldade de acesso ao serviço de saúde, ou melhor, da dificuldade que os serviços têm para cumprir aquilo que se espera deles: a produção de saúde.

Para aqueles que adentram ao serviço e são capturados como “objeto de intervenção” a questão primordial que se apresentou está no campo das tecnologias relacionais. Os pacientes não fizeram críticas aos aspectos técnicos em si, mas da falta de diálogo entre profissionais e pacientes. Assim, o trabalho mostrou a seguinte situação: pacientes clamando para uma relação mais afetiva e os profissionais, por

outro lado, “pressionados” por não conseguirem dar “ouvidos” as demandas dos pacientes.

Se há um reconhecimento de que falta um contato mais próximo com o profissional e se este percebe que há demandas dos usuários não satisfeitas pelo serviço, por que as coisas não mudam?

Talvez, uma pista para esta questão possa ser encontrada na proposta feita pelos pacientes para o autocontrole mediante a aferição da glicemia capilar com maior autonomia no acesso a este recurso. O que parecia simples produziu uma “arrastada” discussão entre os profissionais de saúde sobre tal proposta.

Para os pacientes, um maior acesso ao HGT lhes dá mais segurança no controle de seu diabetes, pois lhes permite perceber melhor a prática de autocuidado que realizam. Todavia, esta maior autonomia do paciente não foi bem aceita pelos profissionais, pois para estes só é possível o uso de tal procedimento se vinculado às consultas médicas ou de enfermagem e/ou a procedimentos grupais como modo de melhor controlar a demanda de pacientes. Isto ficou bem expresso no comentário de um dos profissionais: *“pode até ter um maior acesso, mas tem que ter uma recomendação bem certa, pra não se perder o controle”*.

Como diz Ayres (2004, p.118) *“ninguém pode subtrair dos indivíduos o poder de juízo sobre suas necessidades”*. Reconhecer tal assertiva, obviamente não anula o diálogo entre profissional e paciente, mas o anima se reconhecemos que a *“substância do trabalho em saúde”* está na *“conversa”* (Teixeira, 2003, p.95). A forma desta conversa é claro que é importante, mas:

“Nosso pressuposto mais geral é de que as formas decorrem das forças que trabalham a substância, que só podem ser ou provir dos próprios atores em presença no encontro e que constroem, juntos, a conversa: trabalhadores e usuários”.
(Teixeira, 2003, p. 96).

Cabe, todavia, reconhecer que a unidade tem se valido de diversos dispositivos para garantir um melhor encontro/conversa com os usuários. Recentemente implantou-se grupo de recepção para os casos novos e pacientes sem consulta agendada. Ao mesmo tempo houve uma intervenção que procurou promover a ambiência desta área (Brasil, 2004), mediante um novo espaço de

recepção aos pacientes, com a presença de recepcionista e readequação da planta física de modo a assegurar a privacidade no acolhimento do paciente realizado pela equipe de enfermagem.

Por fim, mas não menos importante, cabe apontar que o caminho metodológico proposto e percorrido neste estudo mostrou-se adequado aos objetivos propostos, sem a pretensão de reconhecê-lo como único.

Tal caminho permitiu dar voz aos usuários para que não só apresentassem as dificuldades que experimentam no cotidiano de autocuidado ao diabetes, aprofundando aqueles mais diretamente ligados aos problemas gerados pela organização do serviço, como também permitir-lhes criar “soluções” para melhor lidar com tais dificuldades. A possibilidade aberta para tal exercício de discussão entre pares (os usuários), ainda que com a presença dos facilitadores do grupo focal (profissionais e direção do CSE), os estimulou a apresentar outros problemas ainda não expostos nos grupos focais da etapa 3. Neste sentido, avaliamos não ser necessária a realização de grupos focais apenas para discussão dos campos problemáticos. Isto porque, num mesmo espaço pode-se trabalhar os problemas e, ao mesmo tempo, estimular e acolher a proposição de “sugestões” como legítimas expressões de suas necessidades.

Outra etapa desenvolvida neste processo de formulação que consideramos exitosa foi o grupo focal desenvolvido com os profissionais de saúde. Esta atividade conseguiu a partir da discussão dos campos problemáticos e das “soluções” propostas realizar uma aproximação ao modo como a assistência está organizada e produz obstáculos para os usuários. Com isto foi possível explicitar modos de pensar a assistência, debatê-la e formular possíveis estratégias de enfrentamento para alguns dos problemas apresentados e outros que emergiram no debate.

Cabe ressaltar que os campos problemáticos e as propostas apresentadas pelos pacientes a estes campos, foi o ponto de partida para a discussão com os profissionais, gerando algumas vezes tensões inerentes a um processo avaliativo, embora não fosse este o objetivo, assim foi visto. Todavia, a partir dos diferentes olhares dos atores envolvidos foi possível produzir-se reflexão e reposicionamento sobre a prática cotidiana, com a proposição de “soluções” bastante criativas e viáveis de serem implantadas.

A reorganização de práticas nos serviços não é uma das tarefas mais fáceis. E aqui, podemos lembrar as inúmeras vezes que, em reuniões de equipe, alguns

desses problemas já haviam sido discutidos, embora não resolvidos. A inovação proposta por esta metodologia está exatamente na aproximação dos saberes (pacientes – profissionais), de modo que gerentes e gestores assumam papéis de facilitadores do processo, sobretudo ao “aproximar” esses atores.

O desafio que se coloca é o da continuidade deste processo articulando-o ao planejamento institucional, tomando esta iniciativa não como mais um instrumento para a “caixa de ferramentas” do planejamento, mas, sobretudo, como uma possibilidade concreta de construção de “saberes” em co-produção instituição-usuário.

Assim, ao listar as diversas “soluções” para questões do cotidiano de nosso serviço, como apresentado no capítulo “resultados”, o estudo permitiu experimentar o poder dos coletivos - profissionais e usuários - na produção de saberes essenciais à gestão cotidiana do serviço. Dentre tais saberes identificados destacamos dois deles: aquele traduzido em soluções “concretas” e o que tem o potencial de transformar-se em ação.

Um exemplo do primeiro conhecimento pode ser reconhecido na proposição dos usuários para a criação de atividades grupais para os diabéticos que estão vivendo o período do adoecer (com diagnóstico recente). O adoecer só é tomado como problema por aqueles que o vivem, pois mesmos os especialistas em diabetes tem dificuldade de reconhecer este como um período delicado na vida do portador Cyrino (2009).

Quanto ao conhecimento que tem o potencial de se transformar em ação, escolhemos como exemplo algumas das indagações feitas pelos profissionais acerca do seu próprio processo de trabalho, bem expresso no discurso que segue:

“Eu atendi uma paciente hoje, que eu tinha pedido um retorno para março, mas que eu acabei atendendo hoje (janeiro). Ela veio em dezembro e agendou para hoje. Então também se agenda consultas que não tem tanta urgência e outras vão ficando”.

Embora não se tenha tratado de “soluções” percebe-se no discurso sua potencia para tratar expor campos problemáticos e, assim, permitir sua abordagem criativa pela equipe, como por exemplo, do intervalo longo entre as consultas médicas, que limita a capacidade do paciente realizar seu autocuidado.

Enfim, profissionais de saúde e gestores devem atentar para o reconhecimento das necessidades da população, para conformar nos serviços de saúde uma rede produtora de “cuidado”, “atualizada” pelos saberes da experiência daqueles que buscam a atenção à saúde.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo ao revisitar aqueles campos problemáticos ao autocuidado no diabetes produzidos pela própria organização dos serviços pode não só aprofundar o conhecimento a respeito dos já conhecidos, como também reconhecer novos problemas.

A frequência destes foi de certa forma resultado da dificuldade que se tem nos serviços de saúde de se produzir “Cuidado”, embora este seja a razão da existência destas instituições. Assim, nesta pesquisa podemos apreender como alguns campos problemáticos são fruto da estrutura organizacional muitas vezes rígida e orientada ainda pelo modelo biomédico.

Mas essas considerações não são um convite ao imobilismo, pois conseguimos com este trabalho construir uma metodologia de conversação entre usuários e profissionais.

Algumas das soluções encontradas, co-produzidas por usuários e profissionais têm enorme potencial para serem implantadas e, como tal, expressa a inteligência coletiva que esta pesquisa-ação promoveu e registrou.

No encontro, com os profissionais conseguiu-se corroborar muitas das soluções sugeridas pelos pacientes e também se descobriu outras, além de produzir questionamentos sobre o processo de trabalho, permitindo que os participantes se sentissem à vontade para questionar suas práticas e também para problematizar modos de pensar o processo saúde-doença-cuidado em suas ações cotidianas.

Aqui cabe citar a contribuição da pesquisa-ação, como aquela que desempenha um papel ativo na própria realidade dos fatos observados. Assim, não foi por acaso que, ao final dos grupos focais, houve algumas manifestações de usuários de “que (aquelas reuniões) deveriam acontecer com frequência” e também de profissionais de “que [aquela havia sido] uma das reuniões mais produtivas do serviço”.

Por isso, ao fazer um paralelo de que a escuta atenta pelo profissional resulta em mudanças importantes no cotidiano dos pacientes. Também, é verdade que esta escuta, possa, resguardando é claro a devida proporção, constituir em um campo promissor na reorganização dos serviços de saúde.

Não somos ingênuos ao falarmos de reorientação da assistência. Sabemos o quanto é difícil isto acontecer. E quantas questões estão implícitas para de fato se efetivar esta reorganização. No entanto, podemos dizer que metodologicamente um caminho se abriu. E certamente o serviço se utilizará dele, como instrumento de gestão. No entanto, isto já é outro trabalho. Trabalho vivo, diríamos.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- AYRES, J.R.C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.8, p.73-91, 2004.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, v.11, n.1, p.67-84, 2002.
- BOLTRI, J.M. et al. Developing a church-based diabetes prevention program with african americans: focus group findings. **Diabetes Educ.**, v.32, n.6, p.901-909, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 22p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, n.37, p.16-19, 1992.
- CARVALHO, A.I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1996. 135p.
- CECÍLIO, L.C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2001. p.113-126.
- CHIESA, A.M. **Autonomia e resiliência**: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. 2005. 102f. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.
- CORREIA, M.V.C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 162p.
- COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.235-248, 2005.
- CYRINO, A.P.P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde**: estudo de um serviço de atenção primária à saúde. 1993. 327f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 1993.

CYRINO, A.P.P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus:** contribuições à educação e comunicação em saúde. 2005. 278f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

CYRINO, A.P.P.; SCHRAIBER, L.B.; TEIXEIRA, R. Uma cartografia dos campos problemáticos do viver com diabetes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 4., CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE POLÍTICA DE SAÚDE, 14., CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE MEDICINA SOCIAL, 10., 2007, Salvador. **Anais...** Salvador, 2007. p.13-39.

CYRINO, A.P.P. **Entre a ciência e a experiência:** uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Ed. Unesp, 2009. 230p.

FERRI, S. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.515-529, 2007.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.206, 2005.

KELLY, K. et al. Involving users in service planning: a focus group approach. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, v.10, n.4, p.283-293, 2006.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.235-248.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos**, v.8, n.1, p.48-70, 2001.

LEADBEATER, C. Somos todos inventores. **Carta Capital**, n.349, p.10-14, 2005.

LÉVY, P. **A inteligência coletiva:** por uma antropologia do ciberespaço. São Paulo: Loyola, 1998. 212p.

LÉVY, P. **Ethique de l'intelligence collective**. 1999. Disponível em: <<http://www.intervir.org/n3/levy/l3.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

MACHADO, J.D. et al. Estilos de relacionamento entre extensionistas e produtores: desde uma concepção bancária até o “empowerment”. **Ciênc. Rural**, v.36, n.2, p.641-647, 2006.

MARCON, S.S. et al. Assistência às crianças com diabetes tipo I na visão da família: uma abordagem qualitativa. **Online Braz. J. Nurs.**, v.8, n.2, 2009. Disponível em

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2262/html_3em>. Acesso em: 15 mai. 2010.

MARTINS, G.P. **Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba**: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

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

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.4, n.6, p.109-116, 2000.

MEYER, J. Usando métodos qualitativos na pesquisa-ação relacionada à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.71-86.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.316-323, 2003.

MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR.; H.M.; RIMOLI, J. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. 296 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269p.

MORGAN, L.N. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. **Health Policy Plan.**, v.16, p.221-230, 2001.

MOURA, A.H. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.190p.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p.455-466.

PAIM, J.S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J.S. **Saúde – política e reforma sanitária**. Salvador: Cooptec, 2002. p.367-381.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

PORTO, M.A.T. A circulação do sangue, ou o movimento no conceito de movimento. **Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos**, v.1, n.1, p.19-34, 1994.

RHODES, P. et al. Involving patients in research: setting up a service users' advisory group. **J. Manag. Med.**, v.15, n.2, p.167–171, 2001.

SCHOENBERG, N.E.; DRUENGLE, S.C. Barriers to non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) self-care practices among older women. **J. Aging Health**, v.13, n.4, p.443-466, 2001.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B. et al. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-46.

TEIXEIRA, R.R. Árvores da saúde: uma conversa com Pierre Lévy. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.3, n.4, p.143-158, 1999.

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n.1, p.219-234, 1997.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p.89-111.

TEIXEIRA, R.R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.219-234, 2005.

TESSER, C.D. A clínica, a epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando modelos assistências. **Saúde em Debate**, n.45, p.38-42, 1994.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1732-1742, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 2007. 132p.

VALLA, V.V. **Controle social ou controle público?** Rio de Janeiro: Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, s.d. 10p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo3_texto11.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2010.

VALLA, V.V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, v.14, supl. 2, p.7-18, 1998.

VÁZQUEZ, M.L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.19, p.579-591, 2002.

VERMEIRE, E. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **J. Clin. Pharm. Ther.**, v.26, p.331-342, 2001.

Anexos

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Título do Projeto: Reorientando práticas de cuidado com o diabetes mellitus: a construção partilhada profissionais-usuários.
- Pesquisador Responsável: Luciana Cristina Parenti.
- Orientador Responsável: Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino
- A pesquisa pretende desenvolver ações para reorientar o cuidado prestado a portadores de diabetes mellitus, usuários do Centro de Saúde Escola, com base no envolvimento e colaboração mútua de pacientes e profissionais de saúde
- Serão realizadas reuniões com pacientes e profissionais para identificar problemas relativos a organização deste serviço que dificultam a assistência dirigida aos diabéticos e para sugerir possíveis soluções para esses problemas. Não há risco ou qualquer prejuízo aos que participam da pesquisa e será garantido o sigilo das informações prestadas. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento e de seu tratamento usual no serviço.

- Com esta pesquisa espera-se contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde aos pacientes portadores de diabetes.
- I. Declaro estar ciente sobre os objetivos do estudo sob responsabilidade da Pesquisadora Luciana Cristina Parenti.
- II. Estou ciente de que as informações que fornecerei serão utilizadas para este estudo, sendo preservada a minha identificação pessoal.
- III. Declaro concordar em participar deste estudo e que estou ciente que a Pesquisadora Luciana estará disponível para responder a quaisquer perguntas e de que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo, sem prejuízo da assistência a minha saúde.
- IV. Caso tenha algum problema ou dúvida relacionada a este estudo, estou ciente de que poderei entrar em contato com o Diretor do Centro de Saúde Escola (Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino – Fone: 3882.52.22), ou com o Chefe do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu (Prof.Dr. Ildeberto Muniz de Almeida – Fone: 3882.33.09).

Botucatu, de de 2009.

Sujeito da pesquisa: (Nome)_____

(Assinatura) _____

Pesquisador responsável: Luciana Cristina Parenti

(Assinatura) _____

Luciana Cristina Parenti
Rua Antonio Amando de Barros, 241.
Bloco 3 Apto 64 - Vila Jardim
Botucatu – SP
Fone: (14) 3813. 76.31
E-mail: lparenti@terra.com.br

Antonio de Padua Pithon Cyrino
Rua Rev. Francisco Lotufo, 695.
Botucatu – SP
Fone: (14) 3882.38.64
E-mail: acyrino@fmb.unesp.br

Anexo 2

Tabela 3 – Campos problemáticos, segundo frequência com que foram reconhecidos pelos portadores e porcentagem (em relação ao total de 275 participantes)

Dimensões	Campos problemáticos	Freq.	%
I. Adoecer	O adoecer provocou tristeza	112	40,7
	O incomodo provocado pelo ônus do cuidado no adoecer	94	34,2
	O adoecer provocou medo da insulina	88	32,0
II. Cotidiano e o cuidado - de - si	Diabetes silencioso	100	36,4
	O incomodo provocado pela insulina	99	36,0
	O medo da insulina	97	35,2
	A dificuldade de perceber a hiperglicemia	88	32,0
III. Cotidiano, cuidado- de -si e o outro	Cozinhar para a família	24	8,7
IV. Cotidiano, cuidado - de - si e o rede social	Quando há conflito familiar	18	6,5
V. Cotidiano, cuidado- de -si e os serviços	Intervalo longo entre as consultas	109	39,6
	A descontinuidade do cuidado	39	14,2
	A dificuldade de comunicação profissional- paciente	23	8,4
TOTAL		132	48,0

Tabela 4 – Características sócio - demográficas dos diabéticos entrevistados, usuários do CSE, que identificaram como campos problemáticos a “organização do serviço”

Características		Freqüência	Percentual
Sexo	Feminino	101	76,6
	Masculino	31	23,4
Cor	amarela	0	0,00
	branca	118	89,40
	indígena	0	0,00
	parda	08	6,06
	preta	06	4,54
Religião	Católico	87	65,90
	Evangélico	29	21,96
	Espírita	10	7,60
	Outra	06	4,54
	Maior a 1,51		
Participou de cuidados com outras pessoas com DM	Sim	33	25,0
	Não	99	75,0
Atividade física	Sim	87	66,0
	Não	45	34,0
Total		132	100

Tabela 5 – Perfil de uso de serviços de saúde dos diabéticos entrevistados, usuários do CSE, que identificaram como campos problemáticos a “organização do serviço”.

Características		Frequência	Percentual
Tipo de consulta (já recebida)	Médica	130	67,00
	Nutricionista	42	32,00
	Enfermagem	20	10,00
	Outros profissionais	2	1,00
Consulta médica (no último ano)	1 vez	6	5,00
	2 a 3 vezes	51	41,45
	4 vezes	66	53,64
Consulta de enfermagem (no último ano)	1 vez	0	0,0
	2 a 3 vezes	0	0,0
	4 vezes	2	100,0
Consulta nutricionista (no último ano)	1 vez	2	50,0
	2 a 3 vezes	1	25,0
	4 vezes	1	25,0
Consultas	Somente agendadas	88	70,40
	Agendadas e “extras”	36	28,80
	Outros	01	0,80
Participação em grupos	Diabetes	27	62,80
	Outros grupos	16	37,20
Utilização de outros serviços para o cuidado do DM	Sim	40	30,30
	Não	92	69,70
Total		132	100

Anexo 3**ROTEIRO DO GRUPO FOCAL****1. Apresentação e introdução**

1.1. Apresentação do pesquisador, moderador e colaboradores

1.2. Agradecer a presença dos convidados

1.3. Apresentação dos objetivos da pesquisa e da reunião pela pesquisadora

Sou Luciana, enfermeira do Centro de Saúde Escola, porém hoje estou aqui também como pesquisadora. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre diabetes, através do programa de pós – graduação do Depto. de Saúde Pública da FMB - UNESP. Para vocês entenderem, do que se trata esta pesquisa vou fazer um breve relato.

Em 2005, foi realizado um estudo sobre as dificuldades que o diabético vive em seu dia-a-dia, o que mostrou dentre uma serie de problemas, que o modo como o serviço se organiza, também, traz muitas dificuldades para vocês. Portanto, o que queremos nesta reunião, é ouvir vocês sobre a assistência que vocês estão recebendo, ou melhor, sobre as dificuldades que vocês enfrentam em nosso serviço. Nós entendemos que é levantando os problemas que podemos enfrentá-los e acreditamos que vocês percebem alguns problemas melhor do que nós, que estamos do lado de cá da mesa.

Essa é uma conversa informal que esperamos a participação de todos vocês. Não há resposta certa ou errada, porque queremos saber a opinião de

vocês a respeito e a experiência de cada um de vocês. Antes, vamos ler um documento, que é chamado de consentimento livre e esclarecido. Para toda a pesquisa, é necessário que as pessoas que participarão estejam bem esclarecidas. Caso concordem, com o que estiver escrito no documento gostaríamos de obter o consentimento de vocês para participação neste estudo. Essa reunião será gravada para posterior análise, mas será garantido o sigilo da identidade dos participantes.

Apresentação dos participantes

Em círculo, os participantes se apresentam falando o nome e a origem do nome.

2. Questões para discussão com os participantes

*2.1. Como vocês descobriram a diabetes e desde então, até hoje, quais foram as maiores **dificuldades** enfrentadas? **Onde encontram apoio para estas dificuldades?***

2.4. Vocês tiveram/tem o apoio de familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, etc? Dessa rede, quem ajuda? Quem atrapalha?

2.2. Onde trataram desde que descobriram?

2.3. Outros recursos que utilizam, como por exemplo: ABAD, laboratórios particulares, etc

2.5. Em que momentos vocês procuram outros serviços para o tratamento? Que serviços são estes?

2.6. Já participaram de grupo de diabetes. Como foi?

2.7. Campos problemáticos

- Com que frequência vocês vêm ao CSE-UVL. É suficiente ou não?*
- Qual é a maior dificuldade que vocês identificam no nosso atendimento? (Por exemplo, tem falta de remédios, demora para ser atendido etc.?)*
- O que vocês fazem quando não conseguem o atendimento? Vocês freqüentam outro serviço também?*
- Desde que iniciaram o tratamento no CSE estão com o mesmo profissional? Isto ajuda ou atrapalha?*
- Como tem sido o atendimento de vocês no CSE? O que vocês sentem falta? Quais são as facilidades e dificuldades?*
- No relacionamento com os profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem), há alguma dificuldade que vocês queiram comentar?*
- Quando adoecem e não tem consulta marcada próxima como é para conseguir uma vaga. Conte-nos como foi para vocês tal situação.*
- Diante de todos estes problemas e dificuldades que sugestões vocês tem para melhorarmos o tipo de atendimento que é prestado no CSE?*

3. Considerações finais

Faremos uma reunião para discutirmos mais estas sugestões que vocês têm. Há interesse em participar?

O que acharam desta reunião?

Agradecemos a presença e a participação de todos. Entraremos em contato assim que organizarmos o próximo encontro.

Anexo 4**ROTEIRO DO GRUPO FOCAL**

Sou Luciana, enfermeira do Centro de Saúde Escola, porém hoje estou aqui também como pesquisadora. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre diabetes, através do programa de pós – graduação do Depto. de Saúde Pública da FMB - UNESP. Para vocês entenderem, do que se trata esta pesquisa vou fazer um breve relato.

Em 2005, foi realizado um estudo sobre as dificuldades que os diabéticos vivem em seu dia-a-dia, e o interessante é que dentre uma serie de problemas levantados, o modo como o serviço se organiza traz muitas dificuldades para vocês. Interessada nestes problemas relacionados ao serviço, fiz alguns grupos, que alguns de vocês participaram para ver se esses problemas se confirmavam. O resultado foi que além de se confirmarem, outros surgiram. Portanto, o que queremos nesta reunião, é apresentar esses problemas e tentar construir junto com vocês possíveis soluções. O objetivo final deste estudo é aprimorarmos a qualidade de nosso serviço, a fim de melhorarmos o atendimento às pessoas.

Essa é uma conversa informal que esperamos a participação de todos vocês. Antes, vamos ler um documento, que é chamado de consentimento livre e esclarecido. Para toda a pesquisa, é necessário que as pessoas que participarão estejam bem esclarecidas. Caso concordem, com o que estiver escrito no documento gostaríamos de obter o consentimento de vocês para participação neste estudo. Essa reunião será gravada para posterior análise,

mas será garantido o sigilo das informações e não haverá a identificação das pessoas.

O primeiro problema apresentado é **o intervalo longo entre as consultas**. Vocês acham que isto tem ocorrido. Como está o intervalo de vocês? Quais são às possíveis soluções?

O segundo problema é **a descontinuidade da assistência**. Muitos pacientes citaram que há muita mudança de profissional médico, e que isto atrapalha o tratamento. Isso tem ocorrido? Quais são às possíveis soluções?

O terceiro problema é **a dificuldade na comunicação com o profissional médico**. Alguns pacientes citaram que o médico às vezes é muito calado, não deixa o paciente à vontade, etc. Como tem sido essa comunicação? O que poderia ser feito para melhorar?

O quarto problema é **a dificuldade em ser atendido fora do dia agendado**, ou seja, conseguir uma consulta extra. Isso já aconteceu com vocês? O que poderia ser feito?

Tem algum outro problema que vocês gostariam de citar?