

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JULIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem

***Avaliação da assistência ao paciente hipertenso e/ou
diabético na Estratégia Saúde da Família***

Karyn Carregã

BOTUCATU – SP

2014

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

***Avaliação da assistência ao paciente hipertenso e/ou
diabético na Estratégia Saúde da Família***

Mestranda: Karyn Carregã

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Justina Papini¹

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Borgato¹

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Enfermagem – Mestrado
Profissional – da Faculdade de Medicina de
Botucatu da Universidade Estadual Paulista
“Julio de Mesquita Filho”, para obtenção do
Título de Mestre em Enfermagem.

¹Professora Assistente Doutora do Departamento de
Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu.

Financiamento: FAPESP (processo nº 2013/043366-0)

BOTUCATU – SP

2014

Dedicatória

Aos meus pais, Nestor e Tere, por me ensinarem, com todo amor e dedicação, que a maior herança provém da educação e dos estudos, por confiarem em mim e me darem coragem para sair de casa tão cedo.

Às minhas irmãs, Nacha e Natália, que são o meu porto seguro, a quem eu penso nos momentos de maior alegria e entusiasmo e também de angústias e incertezas, que estão ao meu lado mesmo a quilômetros de distância.

Ao meu marido Cléo, com todo meu amor, que ao seu lado me faz a mulher mais feliz e realizada do mundo.

Ao melhor amigo e companheiro que alguém pode ter, meu cachorrinho Chopp, que me ensinou o mais puro dos amores, com quem eu divido a minha vida.

À minha querida orientadora Silvia, que segurou na minha mão e me fez seguir em frente, conduzindo, com todo carinho, os meus passos nessa intensa caminhada.

A todos profissionais da Estratégia Saúde da Família que mesmo diante de tanta complexidade e dificuldade, acreditam que amanhã pode ser melhor, que nos dias difíceis, permitem que o amor, o carinho e a dedicação transbordem seus corações.

Agradecimientos

À Deus, por me conduzir até aqui, com sabedoria e perseverança.

Com todo amor, à minha querida avó, que mesmo distante, sempre tão perto através de suas orações.

Aos meus queridos tios, João e Renata, que me acolheram carinhosamente numa importante fase da minha vida e que até hoje vejo o carinho brotar de seus corações e aos meus primos, Felipe e Marina, por todo amor e carinho.

Aos meus queridos amigos e cunhados, Gustavo e Túlio, que estarão eternamente em meu coração, pela amizade, companheirismo e carinho durante todos estes anos.

À Ofélia e ao Midião, que para mim são pessoas muito especiais, por todo carinho.

Aos meus verdadeiros amigos de Piratininga, que fazem parte da minha vida à tanto tempo, quando eu nem pensava em me tornar enfermeira, pela alegria contagiante e por todos os momentos que partilhamos.

Às minhas queridas amigas Nadja, Gisela, Camélia e Juliane pelo companheirismo ao longo destes anos, por me deixarem entrar na vida de vocês e sentir a verdadeira amizade.

Aos meus amigos e colegas de Botucatu, em especial à minha querida equipe que me inspira todos os dias, pela grande amizade que para mim será inesquecível, à minha amiga e companheira de trabalho, Renata, pela cumplicidade e à minha eterna companheira de trabalho, Fabi, por todo carinho.

Às minhas novas famílias Dois Correguenses, Grégio e Rodrigues, pelo imenso carinho.

À Prof^a Maria Helena, minha coorientadora, que desde o início compreendeu a essência deste trabalho, agradeço pela dedicação.

À Prof^a Janete que me acompanha há um tempo, por toda sua sabedoria e poder compartilhar dela.

Ao estatístico Hélio, à orientadora educacional da língua portuguesa Ana Paula, ao Agnaldo, à Ligia e à Marcela, que me ajudaram em momentos decisivos deste trabalho, pela disponibilidade e por toda atenção que me deram.

À Fundação UNI e à Secretaria Municipal de Saúde pela liberação para eu cursar o Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem e pelo apoio ao longo desses dois anos.

A todas as equipes de saúde e aos pacientes, que participaram deste trabalho.

À Fapesp, pelo financiamento de algumas etapas desta pesquisa.

Epígrafe

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de
água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

(Madre Teresa de Calcutá)

Lista de Figuras

Figura 1: Esquema para coleta de dados.....	49
Figura 2: Modelo de causalidade proposto.....	50
Figura 3: Relação entre nota dada pelos pacientes e escore de qualidade de estrutura e processo.....	105

Lista de Tabelas

Tabela 1. Qualidade da estrutura física, dos insumos, dos medicamentos e dos recursos humanos.....	55
Tabela 2. Qualidade do processo - processo de cuidado e registro dos prontuários.....	57
Tabela 3. Descrição das Unidades de Saúde da Família em relação aos profissionais entrevistados.....	60
Tabela 4. Percepção dos profissionais em relação ao paciente hipertenso e/ou diabético, assistência prestada pela unidade de saúde e sua estrutura.....	94
Tabela 5. Correlação entre os escores da estrutura física, dos insumos e dos medicamentos, do processo de cuidado, dos recursos humanos e dos prontuários com as notas dadas pelos profissionais.....	95
Tabela 6. Descrição das Unidades de Saúde da Família em relação aos pacientes entrevistados.....	96
Tabela 7. Percepção dos pacientes entrevistados das Unidades de Saúde da Família participantes em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde.....	105
Tabela 8. Relação entre nota dada pelo usuário e escore da estrutura física, dos insumos e dos medicamentos, do processo de cuidado, dos recursos humanos e dos prontuários das Unidades de Saúde da Família.....	106

*Lista de
Abreviaturas
e Siglas*

USF – Unidade de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
MS – Ministério da Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
APS – Atenção Primária à Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RAS – Redes de Atenção à Saúde
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IRC – Insuficiência Renal Crônica
DM – Diabetes Mellitus
AVE – Acidente Vascular Encefálico
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
OMS – Organização Mundial da Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UNESP – Universidade Estadual Paulista
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
ACS – Agente Comunitários de Saúde
ESC. FIS. – Escore de Estrutura Física e de Insumos
ESC. MED. HAS – Escore de Medicamentos para Hipertensão Arterial
ESC. MED. DM – Escore de Medicamentos para Diabetes
MED. EXISTENTES – Medicamentos Existentes
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IC – Ideia Central
Sd – Desvio Padrão
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
IMC – Índice de Massa Corpórea
ECG – Eletrocardiograma
s.m – Salário Mínimo
UBS – Unidade Básica de Saúde
DN – Data de Nascimento
Tel – Telefone
A – Área
MA – Microárea
F – Família
PA – Índice Pressão Arterial
HGT – Índice Glicemia Capilar

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF), fruto da tentativa de reorganização da Atenção Básica, objetiva fortalecer as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e responder às reais necessidades de saúde dos usuários que buscam esses cuidados, dentre esses, os pacientes portadores de Hipertensão Arterial (HA) e/ou Diabetes Mellitus (DM), doenças que estão crescendo exponencialmente, tornando-se um grande problema de saúde pública, sendo assim, destaca-se a necessidade de realização de estudos que avaliem a qualidade dos serviços de saúde que atendam esta população. A partir do exposto, foi desenvolvido o presente estudo, que apresenta uma abordagem quanti-qualitativa, focada na avaliação da qualidade da assistência à saúde e sua relação com a percepção do portador de HAS e/ou DM e dos profissionais da equipe de saúde da família. O referencial teórico adotado foi o descrito por Donabedian e o referencial metodológico foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para análise dos dados qualitativos. Evidenciou-se expressiva precariedade da estrutura das Unidades de Saúde da Família (USF) em relação aos recursos humanos, obtendo um escore médio de qualidade de 69,4, sendo que 77,7% das unidades apresentavam número insuficiente em relação ao Agente Comunitário de Saúde (ACS). Foram identificadas fragilidades no processo de cuidado, tanto na qualidade do processo de organização, quanto no registro dos prontuários em relação à anamnese e ao exame físico, o escore médio avaliado foi de 43,8. Contudo, os pacientes e os profissionais de saúde avaliaram o cuidado como satisfatório, apesar das dificuldades relatadas no discurso da equipe em relação à assistência. Foi identificada uma correlação positiva significativa entre o escore do processo de cuidado e a percepção dos profissionais em relação à estrutura das USF. Notou-se que a ESF é cercada por fragilidades, sendo necessária uma reformulação no modo de atuação das equipes que prestam assistência à população, além disso, como foi mostrada neste estudo, uma adequação na estrutura das USF para o alcance da melhoria no cuidado em saúde.

Palavras-chave: avaliação da qualidade da assistência, estratégia saúde da família, hipertensão arterial, diabetes.

Abstract

The Family Health Strategy, the result of the attempt to reorganize the Basic Attention, aims to strengthen the guidelines and principles of the Unique Health System and answer to the real health needs of the users that seek for this care, among them, the patients with hypertension and/or Diabetes Mellitus, diseases that are exponentially growing, becoming a great problem of public health, thus, the necessity of running studies that evaluate the quality of the services that attend this population highlights. By the former exposed this study was developed, presenting a quanti-qualitative approach, focused on the evaluation of the health assistance quality and its relation with the perception of the hypertension and Diabetes Mellitus bearer and the professionals of the family health team. The theoretical referential adopted was the one described by Donabedian and the methodological referential was the Collective Subject Speech to analyze the qualitative data. We evidenced expressive precariousness in the structure of the Family Health Unit regarding human resources, obtaining a medium quality score of 69,4, where 77,7% of the units presented insufficient number of Health Community Agents. We identified fragilities in the caring process, both in the quality of the organizing process, and patient clinical records related to the anamnesis and physical exams, the medium evaluated score was 43,8. However, the patients and health professionals evaluated the caring as satisfactory, despite the related difficulties in the speech of the team regarding the assistance. It was identified a significant positive correlation between the caring process score and the perception of the professionals regarding the USF structure. We noted that the Family Health Strategy is surrounded by fragilities, being necessary a reformulation in the mode of action of the teams that provide assistance to the population, besides, as showed in this study, an adequacy in the Family Health Unit structure to reach improvements in health care.

Keywords: assistance quality evaluation, health family strategy, hypertension, diabetes.

Sumário

Apresentação.....	
Introdução.....	24
Revisão de literatura.....	28
Objetivos.....	40
Material e Método.....	42
1. Caracterização do Estudo.....	43
2. Local do Estudo.....	43
3. Sujeitos do Estudo.....	44
4. Período de Coleta.....	44
5. Instrumentos de Coleta.....	44
6. Variáveis do Estudo.....	45
6.1. Variáveis Independentes.....	45
6.2. Variáveis de Desfecho.....	46
6.3. Variáveis de Caracterização.....	47
7. Amostragem.....	47
8. Esquema de Observação.....	48
9. Modelo de Causalidade.....	49
10. Coleta e Análise dos Dados.....	50
10.1. Quantitativa.....	50
10.2. Qualitativa.....	50
11. Procedimentos Éticos.....	53
Resultados.....	54
1. Avaliação de Estrutura e Processo.....	55
1.1. Estrutura das Unidades de Saúde da Família.....	55
1.2. Processo de Cuidado nas Unidades de Saúde da Família.....	56
2. Avaliação de Resultado.....	59
2.1. Profissionais das Equipes de Saúde da Família.....	59
2.1.1. Caracterização dos Sujeitos.....	59
2.1.2. Discurso do Sujeito Coletivo.....	60
2.1.3. Percepção dos Profissionais de Saúde.....	94
2.2. Pacientes das Unidades de Saúde.....	95
2.2.1. Caracterização dos Sujeitos.....	95

2.2.2. Discurso do Sujeito Coletivo.....	96
2.2.3. Percepção dos Pacientes.....	105
Discussão.....	107
1. Avaliação de Estrutura e Processo.....	108
1.1. Estrutura das Unidades de Saúde da Família.....	108
1.2. Processo de Cuidado nas Unidades de Saúde da Família.....	110
2. Avaliação de Resultado.....	113
2.1. Profissionais das Equipes de Saúde da Família.....	113
2.1.1. Caracterização dos Sujeitos.....	113
2.1.2. Discurso do Sujeito Coletivo.....	113
2.1.3. Percepção dos Profissionais de Saúde.....	120
2.2. Pacientes das Unidades de Saúde.....	121
2.2.1. Caracterização dos Sujeitos.....	121
2.2.2. Discurso do Sujeito Coletivo.....	122
2.2.3. Percepção dos Pacientes.....	123
3. Considerações Finais.....	124
Conclusão.....	126
Produto.....	128
Referências.....	130
Apêndices.....	137

Apresentação

A vivência em uma Unidade de Saúde da Família (USF), durante o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, me permitiu compreender a complexidade do cuidado ao paciente portador de hipertensão arterial e/ou diabetes. Isso despertou em mim um interesse pelo assunto. Por isso, desenvolvi o meu projeto de atuação multiprofissional na USF Jardim Aeroporto na área da saúde do adulto, especificamente, aos pacientes hipertensos e diabéticos. Aproveitando o meu envolvimento e principalmente diante de tantos questionamentos relacionados ao processo de cuidado em saúde a esses pacientes, também desenvolvi minha pesquisa de conclusão, que teve como título: “O processo saúde-doença para portadores de doenças crônicas: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”. Nesses últimos três anos atuo em uma USF, agora, com uma melhor compreensão da visão do paciente portador dessas doenças, percebi que a equipe de saúde continua com inúmeras dificuldades em organizar o processo de trabalho e cuidado com essa população. Primeiramente por não compreender a dimensão desse paciente e também pelas próprias demandas trazidas pela descaracterização da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que claramente enfraquece o cuidar na atenção primária desses pacientes. Diante de todos esses questionamentos, após ingressar no Mestrado Profissional, senti a necessidade de ampliar a minha compreensão sobre o cuidado à saúde desses pacientes na ESF no município de Botucatu e propor esta pesquisa de avaliação da qualidade da assistência a essa população, considerando a percepção dos profissionais e dos pacientes.

Introdução

A vivência em uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Botucatu, me permitiu apreender que a equipe de saúde encontra dificuldade em organizar a prática de cuidado aos pacientes com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes de maneira longitudinal e integral; na maioria das vezes as ações são voltadas para o cuidado imediato, sendo que as atividades de prevenção e promoção à saúde são escassas. Além disso, o próprio usuário reproduz esse cuidado, pouco empoderador e restrito a medidas curativas, não se responsabilizando pela melhoria em sua qualidade de vida.

No Brasil, desde a sua criação em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), vem somando importantes discussões acerca do cuidado em saúde. Antecederam a sua criação, movimentos para transformar o Sistema Nacional de Saúde, centrado pela tomada de decisões no âmbito federal e caracterizado pela polaridade entre as medidas preventivas e curativas, estas sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social e pela ausência da participação popular. A partir disso, a Reforma Sanitária propõe uma série de princípios, dentre eles, um conceito ampliado de saúde, sendo esse, legitimado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, considerada um marco democrático na luta pela saúde. Esse conceito é estabelecido, mais tarde, pela Constituição Federal de 1988 que regulamenta a saúde como um direito de todos e um dever do Estado⁽¹⁾.

No início da década de 90, um novo modelo de assistência à saúde foi implantado em diversas regiões do país: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Mais tarde, em 1994, sofrendo influência de outros países com modelos de assistência à família, é criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Saúde da Família (PSF), considerado como estratégia para reorganização do modelo de atenção à saúde, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS ⁽¹⁾.

O PSF, atualmente definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe priorizar a família e o ambiente em que ela vive como centro do cuidado em saúde através de uma visão ampliada do processo saúde-doença ⁽¹⁾. Além disso, é pautada no trabalho em equipe multiprofissional, buscando a integração e a organização das atividades em um território definido e na integralidade do cuidado, de forma contínua, através de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas ⁽²⁾, incluindo todas as fases da vida. Com relação à saúde do

adulto e do idoso, destaque para o cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), particularmente a Hipertensão Arterial e o Diabetes.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes ⁽³⁾ objetiva articular e integrar ações para reduzir fatores de risco, morbimortalidade e suas complicações, priorizando a promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção, diagnóstico precoce e assistência de qualidade na APS.

Porém, o cuidado ainda é restrito às queixas físicas passíveis de abordagem farmacológica, distanciando-se da integralidade e da baixa capacidade de escuta dos profissionais para problemas distintos do foco da ação programática. Desse modo, observa-se uma perda da efetividade na oferta e utilização desses serviços, comprometendo a qualidade da assistência ^(4, 5, 6, 7).

Os serviços de saúde estão estruturados para atender aos sujeitos em um momento de sofrimento, quando ocorre de forma aguda, demandando respostas imediatas. No entanto, quando falamos de DCNT, trata-se de abordar quadros de sofrimento que se prolongam por muito tempo, que alteram a vida cotidiana dos sujeitos e suas relações. Assim, são necessárias determinadas formas de se organizar o processo de trabalho e também de aproximação dos usuários que estejam orientados para um processo contínuo de atenção ⁽⁸⁾.

Esta tem sido uma realidade nos serviços de APS, merecendo maior atenção, pois o cenário brasileiro, em decorrência da queda da mortalidade e da fecundidade no país, é de progressão no número de idosos, particularmente, o grupo com mais de 80 anos ⁽⁹⁾.

No Brasil, os idosos representam 8,6% da população total do País. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da década de 1990 para os anos 2000, a população de terceira idade cresceu 17% ⁽¹⁰⁾. Nos próximos 20 anos, projeções apontam para a duplicação da população idosa de 8 para 15%. Como consequência as DCNT passaram a liderar as causas de óbito no país ⁽⁹⁾, representando 72% do total de mortes, cenário semelhante observado no mundo ⁽¹¹⁾.

Apesar dos avanços, a APS é cercada por fragilidades, sendo expressiva a sua ação no cuidado à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de realização de estudos que avaliem a qualidade dos serviços prestados.

Desse modo, surgem os seguintes questionamentos: *Como se configura a assistência à saúde do paciente hipertenso e/ou diabético na ESF? Como é a experiência da equipe de saúde frente a esse cuidado? Como é a percepção dos usuários diante do cuidado prestado pela equipe de saúde? Há relação entre a qualidade da estrutura da USF e do processo de assistência à saúde com a percepção do paciente hipertenso e/ou diabético e da equipe de saúde?*

Revisão de Literatura

O Sistema Único de Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O Sistema Nacional de Saúde brasileiro, criado a partir da Lei nº 6.229/75, caracterizava-se por um modelo de atenção à saúde medicocêntrico e focado na assistência individual curativa e privatista, desconsiderando os aspectos sociais envolvidos na ocorrência do processo saúde-doença ⁽¹⁾.

Na década de 70, o Movimento Sanitário teve como desafio romper esse modelo, trazendo um (re)pensar a respeito da saúde. Adquiriu legitimidade na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ampliando o conceito de saúde, intimamente relacionado a condições e qualidade de vida. Após esses acontecimentos, em 1988, o conceito foi incorporado à Constituição Federal que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado ⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo posteriormente regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de mudar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população ⁽¹²⁾.

Sendo assim, o SUS compromete-se com a criação de ações intersetoriais, o que incentiva outros setores da sociedade a adotarem políticas públicas que assegurem a oferta de bens, ambientes e serviços saudáveis ⁽⁸⁾.

No Brasil, a APS é caracterizada pelo contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e entendida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, visando à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde ⁽¹³⁾.

É desenvolvida através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com base no trabalho em equipe, destinadas a populações de territórios geograficamente delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica do território onde vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social ⁽¹³⁾.

Diante disso, nota-se que está sendo construída uma APS integral, ampla e abrangente, e não seletiva e para os pobres, como foi observado em outras experiências ⁽¹³⁾.

Em 1994, após a criação do PACS, foi concebido pelo MS um modelo estruturante de reorganização da atenção básica no país, a Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando a criação de um programa de saúde mais efetivo. Tem como proposta a atenção integral, contínua e resolutiva, baseada em ações voltadas para garantia da oferta de serviços, melhoria do acesso e fortalecimento dos princípios do SUS ⁽¹⁴⁾.

Além disso, busca a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados ⁽²⁾. É um espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta sua diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos ⁽³⁾.

O fortalecimento da APS tem sido um processo gradativo, ocasionado principalmente pelo aumento de cobertura da ESF em todo país, na busca pelo cumprimento dos seus princípios: ser o primeiro contato da população com ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços ⁽¹³⁾.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica dá mais um passo importante, ao tornar-se uma das prioridades inseridas no Pacto pela Vida. Dessa maneira, busca-se consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS ⁽¹³⁾.

Em 2008, o governo cria o projeto “Mais Saúde para Mais Brasileiros”, que tem a Saúde da Família como um dos eixos centrais, objetivando aumentar a sua cobertura para 70% até 2011 ⁽¹³⁾. Ainda nesse ano, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), possibilitando a ampliação de práticas integrativas e complementares e a oferta de melhor tecnologia para grande parte das doenças crônicas ⁽¹³⁾.

Em resposta a todos esses desafios, o MS tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças. A Política de Promoção da Saúde tem priorizado ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do

uso do tabaco e álcool. Outro destaque é a expansão da atenção farmacêutica e distribuição gratuita de medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes ⁽¹⁵⁾.

O Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das DCNT, no Brasil (2011-2022), tem como objetivos a promoção do desenvolvimento e da implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas na prevenção e no controle dessas doenças e seus fatores de risco, além do fortalecimento dos serviços de saúde voltados para cuidados crônicos ⁽¹⁵⁾.

Em 2012, a Secretaria de Atenção à Saúde propõe a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, onde são criadas Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nas Linhas de Cuidado Prioritárias. Esse documento tem como finalidades, elaborar diretrizes e relacionar ações e serviços já existentes na prática das equipes de saúde e das gestões, para que assim seja possível identificar uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas ⁽¹⁶⁾.

Apesar desses esforços, a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação dos serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. Esse modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, em que é observada ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar esses desafios da situação de saúde atual ⁽¹⁶⁾.

Sendo assim, o cuidado de usuários com doenças crônicas no modelo vigente não tem alcançado sucesso porque não atinge o singular de cada indivíduo. Essa atenção integral é possível se o cuidado em saúde for organizado em rede e se cada serviço for repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado ⁽¹⁶⁾.

Uma iniciativa que direciona as ações do MS, nesse sentido, foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2012, que estabelece diretrizes para a estruturação da RAS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão no SUS ⁽¹⁶⁾.

Contudo, a implementação de medidas de prevenção representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS. A

prevenção primária e o diagnóstico precoce são as formas mais efetivas de evitá-la e devem ser consideradas metas prioritárias dos profissionais de saúde ⁽¹⁷⁾.

Para isso, foi criado pelo MS um sistema de informação de cadastramento e acompanhamento das pessoas portadoras de Hipertensão Arterial e Diabetes, denominado Hiperdia. Essa ferramenta gera informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e MS. Além disso, o Hiperdia permite a garantia do recebimento das medicações prescritas e, em médio prazo, poderá identificar o perfil epidemiológico da população. Como consequência permitirá estabelecer estratégias de saúde pública, na tentativa de modificar o quadro atual, promover uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e reduzir o custo social ⁽¹⁸⁾.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Hipertensão Arterial e Diabetes

As DCNT se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais. Entre as mais importantes estão a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas ⁽⁹⁾.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares ⁽³⁾. Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Está associada frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e às alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É também o principal fator de risco para as complicações cardiovasculares e Insuficiência Renal Crônica (IRC) ⁽¹⁷⁾.

Considerada a mais frequente das morbidades do adulto, acometendo, em maior número, indivíduos do sexo masculino até os 50 anos, e duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. O excesso de peso e a obesidade central estão associados ao desenvolvimento da HAS assim como a ingestão excessiva de sódio e o consumo de álcool por longos períodos. A atividade física

reduz a incidência da doença hipertensiva, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares. A contribuição de fatores genéticos para a sua gênese está bem estabelecida na população. Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais contribuem para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável ⁽¹⁷⁾.

Por apresentar, na maioria das vezes, um curso assintomático, o seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, determinando um controle muito baixo dos níveis considerados normais ⁽³⁾.

Tratar e até mesmo prevenir a HAS envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se modifiquem hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não medicamentoso quanto àquele com agentes anti-hipertensivos ⁽¹⁷⁾.

O principal objetivo do tratamento não medicamentoso é diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovascular através de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Prevenir o aumento dessas ocorrências constitui o meio mais eficiente de combater a doença hipertensiva, evitando-se as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações ⁽¹⁷⁾.

O Diabetes Mellitus (DM) também é um problema de importância crescente em saúde pública, alcançando proporções epidêmicas. Está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos. Conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, a natureza crônica dessa doença, a gravidade das complicações e os meios necessários para seu controle, torna-na uma doença muito onerosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde ⁽¹⁹⁾.

É considerado um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos ⁽¹⁹⁾.

O DM tipo 2 está presente em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação ou secreção da insulina. Na maioria das vezes, quando a hiperglicemia se manifesta ambos os defeitos estão presentes, mas pode haver predomínio de um deles. Geralmente, os pacientes com essa forma de diabetes

apresentam sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo, pois está associada a outras condições como infecções. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem precisar de insulina para obter controle metabólico adequado ⁽¹⁹⁾.

A sua evolução ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída ⁽¹⁹⁾.

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento da doença: indivíduos acima de 40 anos, com excesso de peso, sedentários e com antecedente familiar para diabetes, mães de recém-nascidos com peso igual ou superior a 4 kg e pessoas com glicemia de jejum alterada ou intolerância diminuída à glicose ⁽¹⁹⁾.

A doença macrovascular de pessoas diabéticas se correlaciona à própria doença aterosclerótica que acomete uma população não diabética, mas de maneira mais precoce, frequente e grave. A doença cardiovascular é a maior causa de morbidade e mortalidade, acarretando altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações ⁽¹⁹⁾.

A prevenção da doença cardiovascular se associa ao tratamento de outros fatores de risco, como hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Em seu conjunto, esses fatores têm sido denominados de risco cardiometabólico ou de síndrome metabólica ⁽¹⁹⁾.

O modo de vida dos portadores de DCNT se manifesta por meio de valores que se configuram pelo acesso à medicação, à possibilidade do tratamento, convivência familiar, apoio social e bem estar, bem como mudança no modo de vida para uma vida mais saudável. Essa realidade é muito diferente das apreendidas no decorrer de toda vida até o momento do aparecimento da doença ⁽²⁰⁾.

Conhecer o modo como essas pessoas enfrentam a doença, ou seja, compreender como elas percebem a situação e quais atitudes tomar diante dela, é condição essencial para que as ações educativas sejam direcionadas para reais necessidades ⁽²⁾.

A manutenção da motivação para não abandonar o tratamento é uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação a essas pessoas, trazendo implicações importantes no gerenciamento das ações

terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige, além da motivação, perseverança e educação continuada ⁽³⁾.

O cuidado integral à saúde da pessoa portadora de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes e da sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com essas morbidades em um processo que vise à qualidade de vida e à autonomia ⁽³⁾.

Além disso, o sucesso no alcance dessas metas é muito limitado quando decorre da ação de apenas um profissional. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens e a equipe multiprofissional é quem irá proporcionar essa ação diferenciada ⁽¹⁹⁾.

Essa abordagem que busca a integralidade orienta uma nova forma de intervenção que transcende ao fazer tradicional, contudo pode ser limitada ou reduzida dependendo da concepção que se tem ⁽²⁾.

A luta pela integralidade e também equidade implica repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde. Assim, a integralidade da atenção poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades. Além disso, a integralidade deve ser pensada como fruto da articulação de cada serviço de saúde ⁽²¹⁾.

A consecução dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, penosa, já que as estruturas dos serviços de saúde estão organizadas conforme paradigma biologicista da doença, portanto, o atendimento ainda se fundamenta no modelo de atendimento clínico individual, modelo de intervenção dominante neste último século, e por serem medidas educativas, necessitam de continuidade em sua implementação ⁽²⁰⁾.

A classificação de ambas as morbidades, assim como a preconização do acompanhamento longitudinal na APS e as diretrizes do tratamento medicamentoso e do tratamento não medicamentoso são aquelas recomendadas pelos Consensos Brasileiros de Hipertensão Arterial e de Diabetes ^(17, 19).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e no mundo

No ano de 2008, 63% (36 milhões) das mortes no mundo foram causadas por DCNT, das quais 9 milhões acometeram pessoas com menos de 60 anos de idade. Além disso, quase 80% das principais doenças crônicas (29 milhões) foram identificadas em países de baixa e média renda ⁽²²⁾.

As doenças cardiovasculares continuarão sendo a primeira causa de morte no mundo, correspondendo a 7,3 milhões por ano. Estima-se que até 2030 deverá superar 26,3 milhões, especialmente na América Latina, onde cerca de 40% das mortes ocorrem ainda durante a fase adulta ⁽²²⁾.

O cenário epidemiológico brasileiro é complexo, em 1930, as doenças infecciosas representavam cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, foi observada a redução progressiva, sendo que em 2003 essas doenças responderam por cerca de 5% das mortes no país ⁽²³⁾. Por outro lado, as doenças cardiovasculares, que representavam 12% na década de 30, são atualmente as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, responsáveis por quase um terço dos óbitos. Em segundo lugar, seguem-se os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência ⁽⁹⁾.

Vários fatores impulsionaram essa mudança no padrão de mortalidade, inclusive a própria modificação demográfica do país, com a queda da mortalidade precoce e aumento da expectativa de vida. Anualmente, acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, o que gera uma demanda importante para o sistema de saúde ⁽⁹⁾.

No Brasil, os idosos representam 8,6% da população total, segundo o IBGE, da década de 1990 para os anos 2000 a população idosa cresceu 17%, o país tem hoje cerca de 20 milhões de pessoas na terceira idade. Em 2025, esse número deve aumentar para 32 milhões de pessoas ⁽¹¹⁾.

Todas as doenças cardiovasculares, respiratórias e cerebrovasculares, diabetes e até o câncer, são consideradas doenças crônicas. No Brasil, também representam um agravo à saúde de grande magnitude, chegando a 72% das causas de morte ⁽¹¹⁾, especialmente as doenças cardiovasculares (31,3%), como infarto, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e renal e morte súbita, o que corresponde a 300 mil mortes anualmente. Em seguida, o câncer (16,3%), as

doenças respiratórias crônicas (5,8%) e o diabetes (5,2%), afetando mais indivíduos que pertencem a grupos vulneráveis, como aqueles que apresentam baixo nível educacional e econômico e os idosos ⁽²²⁾.

De acordo com o MS, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de mortalidade em idosos, com mais de 37% das mortes. As mais comuns são o Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a HAS ⁽¹¹⁾.

A HAS atinge cerca de 30% dos brasileiros adultos ⁽²⁴⁾, na sua maioria grave. O AVE, uma das consequências da falta de controle dos níveis pressóricos, é uma das principais causas de morte e de sequelas no Brasil e no mundo, sendo a primeira causa de mortalidade e incapacidade. Atinge 16 milhões de pessoas no mundo, dessas, 6 milhões morrem. Considerando que, no Brasil, são registradas cerca de 68 mil mortes anualmente, isso gera grande impacto econômico e social. Por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção de medidas para a prevenção e o tratamento da doença ⁽²⁵⁾.

O DM é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. A Federação Internacional de Diabetes estima que existe cerca de 250 milhões de pessoas com o problema em todo mundo, 4% delas (10 milhões) estão no Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 33% da população brasileira, dos 60 aos 79 anos de idade, tem a doença ou alguma alteração relacionada aos níveis glicêmicos ⁽²⁶⁾.

Além disso, no País, é responsável pela primeira causa de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com IRC, submetidos à diálise ⁽²⁷⁾.

Estima-se que, nos países de baixa e média renda, uma queda de 10% na taxa de mortalidade causada por doença isquêmica do coração e AVE geraria uma economia de US\$ 25 bilhões por ano ⁽²²⁾.

Diante deste cenário, a meta global, estabelecida na Assembleia Mundial de Saúde, é de uma redução de 25% na mortalidade precoce por DCNT até 2025 ⁽²²⁾.

Avaliação de Serviços de Saúde

Para conhecer a realidade da assistência à saúde dos portadores de HAS e/ou DM, é importante a realização de estudos que avaliem os serviços que prestam esse atendimento. Avaliar significa determinar, apreciar ou fazer julgamentos. Tem como sentido determinar o valor ou a quantidade de alguma coisa, comparando os resultados com normas ou outros valores e quantidades, servindo como parâmetros, tais como os obtidos por consensos. Pode se avaliar qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização, quer seja uma ação isolada, quer seja todo o sistema de saúde ou mesmo um programa ⁽²⁸⁾.

Ao estudar serviços que oferecem cuidados, elementos fundamentais expressam em termos de quantidade e qualidade, recursos estruturais, humanos e tecnológicos. A qualidade da atenção à saúde é uma questão de natureza ética dessa maneira, prestar cuidados que ainda não foram cientificamente comprovados ou inferiores ao recomendado não é aceitável ⁽²⁹⁾.

A análise de programas ou de seus constituintes à luz de critérios e normas é uma atividade científica que requer, para sua execução, determinado rigor metodológico. É preciso delimitar com clareza o objeto da avaliação, ou melhor, o que se pretende avaliar. Essa decisão traz implicações aos rumos da pesquisa, já que definirá a estratégia a ser empregada na sua condução ⁽³⁰⁾.

Entende-se que a demanda por uma avaliação, requer primeiramente a verificação do conjunto de atores envolvidos, dos recursos disponíveis, do grau de complexidade do problema e das ações e, em particular, a concordância de perspectivas entre quem pleiteia a avaliação e quem a executa, além disso, a identificação de perguntas e formulação de hipóteses. Priorizam-se, portanto, a ciência e as ferramentas adequadas para mensurar o problema e os efeitos do programa preconizados para modificá-lo ⁽³¹⁾.

O referencial teórico adotado neste estudo foi proposto por Donabedian, que apresenta três categorias para avaliação: estrutura, processo e resultado ⁽³²⁾. A partir de seus trabalhos, as avaliações na área de saúde assumiram novos contornos teórico-metodológicos, enfocando o conceito de "qualidade", sistematizando uma série de atributos relacionados aos efeitos do cuidado (eficácia, efetividade, impacto), aos custos (eficiência), à disponibilidade e distribuição dos

recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida ⁽³¹⁾.

O termo qualidade significa o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações, produtos, procedimentos e serviços medidos através de comparação com parâmetros apropriados ⁽²⁸⁾.

Para Donabedian, ao estimar a qualidade dos serviços, deve-se analisar sua estrutura, processo e resultado, sendo o estudo do processo a melhor maneira para se investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência ⁽³²⁾. Vários autores ^(28, 33, 34, 35, 36) têm descrito o seu modelo teórico, considerando que a estrutura abrange informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), especificação de equipamentos e tecnologias e a compara com outros serviços ou até mesmo com padrões estabelecidos como desejáveis.

O modelo proposto por Donabedian fundamenta-se no princípio de que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está intimamente relacionada com a infraestrutura de que dispõe ⁽³²⁾.

O estudo do processo se refere às atividades realizadas pela equipe de saúde, incluindo os componentes técnicos e as relações interpessoais, ressaltando a utilização dos recursos empregados. A análise processual visa identificar os procedimentos necessários e verificar se eles realmente foram aplicados como deveriam e detectar procedimentos desnecessários. Esses estudos podem utilizar, para comparação, padrões que expressam o conhecimento científico e tecnológico alcançado e que representam consenso entre os estudiosos ^(28, 33, 34, 35, 36).

A análise dos resultados corresponde aos efeitos e aos produtos que as ações e os procedimentos provocam, de acordo com os objetivos da intervenção. Avaliar resultados significa conhecer o que ocorre com as pessoas após serem assistidas pelos serviços de saúde. Inclui a satisfação dos usuários e alteração nos níveis de saúde-doença das pessoas e da coletividade ^(28, 33, 34, 35, 36).

Diante do exposto, este trabalho tem como proposta avaliar a assistência à saúde do portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes na ESF, com a finalidade de propor aos gestores municipais intervenções que visem qualificar o serviço de saúde.

Objetivos

Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência à saúde ao portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes com a percepção do paciente e da equipe de saúde da família, a partir da análise da estrutura, processo e resultado.

Objetivos específicos

- Descrever a estrutura disponível nas USF do município de Botucatu para atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes;
- Descrever o processo de assistência à pessoa portadora de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes desenvolvido nas USF;
- Compreender a percepção da equipe de saúde da família sobre o cuidado a esses usuários;
- Compreender a satisfação dos pacientes diante da assistência prestada pela equipe de saúde da família;
- Identificar a relação existente entre estrutura e processo na percepção da equipe de saúde da família;
- Identificar a relação existente entre estrutura e processo no resultado da assistência ao portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes.

Material e Método

1. Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo transversal de caráter analítico e com abordagem quanti-qualitativa, focado na avaliação de estrutura, processo e resultado, conforme o referencial teórico proposto por Donabedian ⁽³²⁾.

2. Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida com todas as equipes de saúde da família da área urbana do município de Botucatu – SP, totalizando nove unidades de saúde.

O município de Botucatu situa-se na região centro-sul do estado de São Paulo e tem população estimada de 127.328 habitantes ⁽³⁷⁾. Pertence ao Departamento Regional de Saúde VI – Bauru e está inserido no Pólo Cuesta.

O serviço municipal de saúde é composto por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS); onze USF, sendo que três delas possuem duas equipes, compreendendo um total de quatorze equipes de saúde, dessas, nove são de área urbana e três de área rural; uma Policlínica; dois Centros de Saúde Escola; quatro equipes do NASF; o Espaço Saúde, compreendendo a Clínica do Bebê e outros serviços de apoio e o SAMU. Além disso, conta com um hospital-escola, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) Júlio de Mesquita Filho; um Pronto-Socorro Municipal Adulto e um Infantil; um Hospital Psiquiátrico, o Hospital Professor Cantídeo de Moura Campos; dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e um Ambulatório de Saúde Mental.

As USF estão localizadas em área periféricas do município e cada equipe atende uma população estimada de 4 mil pessoas, conforme as particularidades de cada área de abrangência.

O cuidado primário à saúde das pessoas portadoras de HAS e DM no serviço público deste município é realizado em todas as UBS, USF e policlínicas, respeitando as especificidades de cada modelo de atenção.

O DATASUS estima que no município de Botucatu existam 21.600 pessoas com HAS, 13.557 pessoas com Diabetes e 6.778 pessoas com ambas as morbidades ⁽³⁸⁾.

A atenção primária à saúde no município de Botucatu apresenta um protocolo de Assistência de Enfermagem que direciona e define o processo de cuidado das equipes de saúde, sendo pautado pelos Consensos Brasileiros de Hipertensão Arterial e de Diabetes ^(17, 19).

3. Sujeitos do Estudo

A pesquisa foi realizada com um profissional de cada equipe de saúde, das seguintes categorias: Enfermeiro, Médico, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), inserido na ESF há pelo menos um ano; e com pacientes adultos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes acompanhados em consulta médica nos últimos três meses, anteriores ao estudo, em determinada USF de cada área de abrangência, independentemente do sexo.

Todos os profissionais das equipes de saúde foram convidados a participar da pesquisa, se o número excedesse o proposto, seria realizado um sorteio.

4. Período de Coleta

O período de coleta dos dados foi de janeiro a outubro de 2013.

5. Instrumentos de Coleta

Os instrumentos de avaliação para coleta de dados foram elaborados pela pesquisadora, com base nos Consensos Brasileiros de Hipertensão Arterial e Diabetes ^(17, 19).

Para avaliação de estrutura (física, de insumos e medicamentos) foi aplicado o instrumento denominado FISMED (Apêndice 1), visando analisar a estrutura física, de insumos e medicamentosa das unidades de saúde e RHUSF (Apêndice 2), para a estrutura de recursos humanos.

A avaliação de processo foi realizada através dos instrumentos de coleta de dados chamados PROGHIP (Apêndice 3) e PRONTUSF (Apêndice 4), o primeiro

para avaliar o processo de cuidado nas USF e o segundo, a qualidade do registro dos prontuários.

O resultado foi avaliado com base na percepção dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela ESF e profissionais dessas USF sobre o cuidado ofertado pela equipe de saúde, esses instrumentos foram denominados PERC_PROF (Apêndice 5) e PERC_US (Apêndice 6), respectivamente, por meio de entrevistas semiestruturada.

6. Variáveis do Estudo

Embora a forma de observação não permita, a rigor, inferir sobre relações causais, as variáveis foram classificadas em variáveis independentes e variáveis de desfecho, além de variáveis de caracterização dos profissionais e dos usuários entrevistados.

6.1. Variáveis Independentes

- Escore da Estrutura Física da USF (em %). Esse escore, que varia de 0% a 100%, representou o percentual de itens do questionário FISMED (Apêndice 1 - Parte de estrutura física e de insumos) respondidos positivamente.
- Escore da Estrutura Medicamentosa (em %). Esse escore, que varia de 0% a 100%, representou o percentual de itens do questionário FISMED (Apêndice 1 - Parte de medicamentos) respondidos positivamente.
- Escore do RH (em %). Esse escore, que varia de 0% a 100%, representou o percentual de itens do questionário RHUSF (Apêndice 2) respondidos positivamente.
- Escore do Processo de Cuidado (em %). Esse escore, que varia de 0% a 100%, representou o percentual de itens do questionário PROGHIP (Apêndice 3) respondidos positivamente.
- Escore dos Prontuários (em %). Esse escore, que varia de 0% a 100%, representou o percentual de itens do questionário PRONTUSF (Apêndice 4) respondidos positivamente.

A fórmula apresentada abaixo representa o cálculo desenvolvido os escores de qualidade.

$$\text{ESCORE FISMED} = \frac{\text{ESC. FIS.} + \text{ESC. MED. HAS} + \text{ESC. MED. DM}}{\text{TOTAL}}$$

$$\text{ESC. FIS.} = \frac{100\% \times \text{N (ITENS ADEQUADOS)}}{\text{TOTAL}}$$

$$\text{ESC. MED. HAS/DM} = \frac{100\% \times \text{N (MED. EXISTENTES)}}{\text{TOTAL}}$$

$$\text{ESCORE RHUSF} = \frac{100\% \times \text{N (ITENS ADEQUADOS)}}{\text{TOTAL}}$$

$$\text{ESCORE PRONTUSF} = \frac{100\% \times \text{N (ITENS ADEQUADOS)}}{\text{TOTAL}}$$

$$\text{ESCORE PROGHIP} = \frac{100\% \times \text{N (ITENS ADEQUADOS)}}{\text{TOTAL}}$$

6.2. Variáveis de Desfecho

- Percepção do paciente sobre o serviço prestado pela USF. As informações captadas pelo questionário PERC_US (Apêndice 5) foram usadas na criação de variáveis que caracterizaram os usuários e expressaram sua avaliação.
- Percepção do profissional sobre o serviço prestado ao paciente. As informações captadas pelo questionário PERC_PROF (Apêndice 6) foram usadas na criação de variáveis que caracterizaram os profissionais das equipes de saúde e expressaram sua avaliação.

6.3. Variáveis de Caracterização

Profissionais

- Idade
- Sexo
- Unidade de Saúde
- Função
- Tempo de trabalho
- Formação
- Tempo de formado
- Formação complementar

Pacientes

- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Estado civil
- Renda familiar
- Tempo de diagnóstico
- Tempo de acompanhamento

7. Amostragem

Amostragem dos prontuários

Em cada USF, foi levantado o total de atendimentos realizados aos hipertensos e diabéticos nos três meses anteriores ao início da pesquisa. Em seguida, 30% desses atendimentos seriam selecionados por amostragem aleatória simples.

O nível de preenchimento dos prontuários foi medido com as informações obtidas com o instrumento PRONTUSF (Apêndice 4). Em seguida, com o auxílio do nível de preenchimento, os prontuários seriam classificados em “preenchimento inadequado” e “preenchimento adequado”. Uma amostra de 30% de usuários com

prontuários de preenchimento inadequado e uma amostra de 30% de usuários com prontuários de preenchimento adequado seriam obtidas por amostragem aleatória simples para a medição da percepção.

No entanto, não foram encontrados prontuários classificados como adequados conforme o escore de qualidade. Desse modo, optou-se por estabelecer critérios mínimos de avaliação, mesmo assim, não foram encontrados prontuários que correspondiam a esses critérios. Diante dessa situação, optou-se por realizar uma análise do registro dos prontuários baseada no escore de qualidade, variando de 0 a 100%, sem adotar a classificação proposta no início. Consideraram-se todos os prontuários dos pacientes, não apenas 30%, devido à grande variabilidade existente entre as USF para consultas médicas agendadas nos últimos três meses.

Cabe ressaltar que, durante a etapa de seleção dos prontuários analisados, foram encontradas outras dificuldades como prontuários não localizados.

Durante o desenvolvimento do projeto, houve mudança no Sistema de Informação das USF, o que dificultou a obtenção do relatório específico que pudesse relacionar todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que passaram por consultas agendadas no período estudado. Para obter essa informação, utilizou-se uma estratégia que dependeu da colaboração de outros profissionais das equipes, identificando esses pacientes que passaram por consultas agendadas no período estudado e principalmente, do adequado manuseio do Sistema de Informação. Disso dependeu a identificação dos prontuários que foram analisados e também as entrevistas com os pacientes.

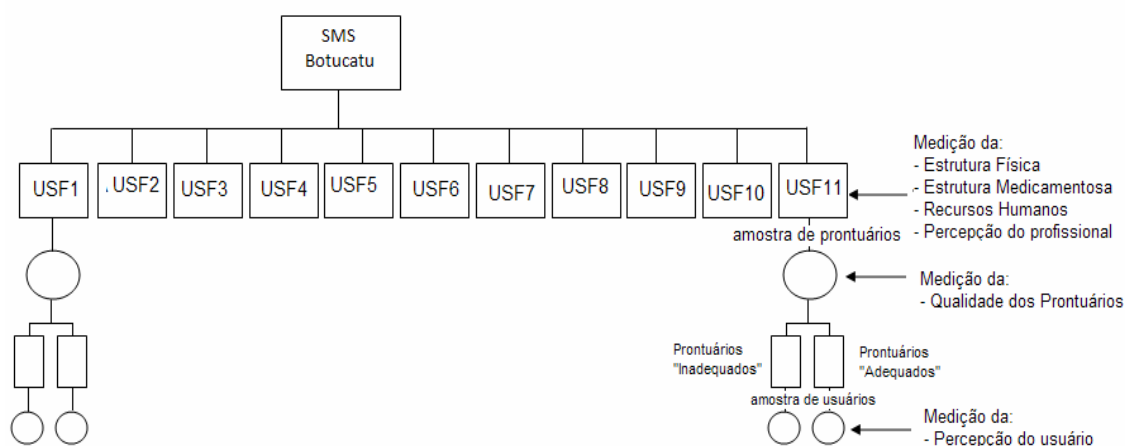
Sendo assim, foram analisados 372 prontuários pela pesquisadora e por uma entrevistadora treinada.

8. Esquema de Observação

No início do desenvolvimento desta pesquisa, foi elaborado um esquema de observação para direcionar a coleta de dados, permitindo uma análise sequencial, como mostra a Figura 1. Primeiramente, seria realizada uma medição da qualidade da estrutura física, de insumos, medicamentos e recursos humanos, do processo de cuidado a esses pacientes e da percepção dos profissionais de saúde. Após essa fase, seria realizada a medição da qualidade dos prontuários, que seriam

classificados em adequados e inadequados, o que daria uma amostra de usuários com seus respectivos prontuários e, assim, permitiria a medição da percepção desse paciente em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde e da qualidade dos registros dos prontuários.

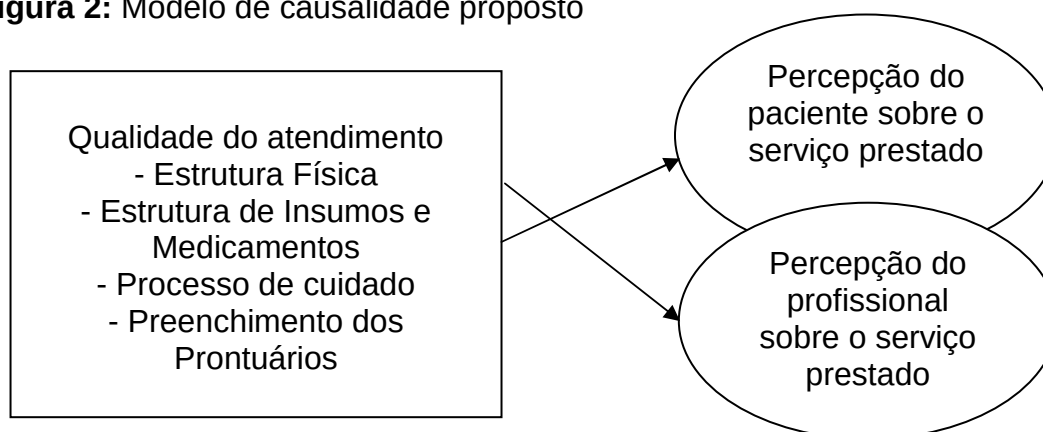
Figura 1: Esquema para coleta de dados



Devido às limitações apontadas acima, houve uma adequação deste esquema de observação em relação à medição da qualidade dos prontuários.

9. Modelo de causalidade

A Figura 2 mostra o modelo de causalidade sob teste. Esse foi pensado levando-se em consideração a qualidade da estrutura das USF e do processo de cuidado. Essa avaliação tem íntima relação com a percepção que os profissionais e os pacientes têm a respeito da assistência à saúde, pois na prática o que se observou é que, de um lado, tem-se uma rede de assistência à saúde fragilizada e, do outro, uma reprodução desse cuidado com diversas lacunas. O modelo supõe que há relação entre os escores da estrutura física, de insumos, medicamentos e recursos humanos das USF, do processo de cuidado e da qualidade dos prontuários com a percepção dos profissionais e dos usuários acerca do serviço prestado.

Figura 2: Modelo de causalidade proposto

10. Coleta e Análise dos Dados

10.1. Quantitativa

Análise Estatística

A relação entre os escores (estrutura física, insumos, medicamentos e recursos humanos das USF, do processo de cuidado e da qualidade dos prontuários) com a percepção dos profissionais foi analisada por abordagem não paramétrica (correlação de Spearman) e a relação desses escores com a percepção dos usuários acerca do serviço prestado foi analisada por regressão linear simples. Relações consideradas significativas se $p < 0,05$. Análises feitas com o software SPSS v15.0.

10.2. Qualitativa

Análise do Discurso do Sujeito Coletivo

A coleta do discurso foi realizada através da entrevista semiestruturada. A entrevista é, acima de tudo, uma conversa a dois, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa ⁽³⁹⁾. É importante componente da realização de pesquisa qualitativa, pois o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez

que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. A entrevista se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, servindo como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico ⁽⁴⁰⁾.

O uso desse tipo de entrevista permite, por meio do discurso, entrar em contato com dados da realidade, com ideias, crenças, opiniões, sentimentos, que se caracterizam pela sua subjetividade. Dessa forma, o entrevistado tem liberdade para expressar o que pensa, mediante tais discursos ⁽⁴¹⁾.

Desse modo, foram usadas as seguintes perguntas norteadoras:

Profissionais das equipes de saúde

- *Qual é a sua experiência em relação ao paciente com HAS e/ou DM?*
- *Qual é a sua experiência, junto com a sua equipe, em relação ao cuidado a esses pacientes?*
- *Qual é a sua opinião sobre a estrutura (física, insumos, medicamentos e recursos humanos) da USF?*

Usuários do serviço de saúde

- *Qual é a experiência que você tem em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde da família?*

As entrevistas com os profissionais de saúde foram previamente acordadas com as enfermeiras e realizadas na própria unidade.

Com os pacientes, primeiramente foram realizadas através de visitas domiciliares com os ACS, porém houve dificuldade em encontrá-los no domicílio cadastrado, pois muitas USF estão com microáreas descobertas pela falta do ACS e os cadastros ficam desatualizados ou um outro profissional não consegue encontrar o endereço. Além disso, foi observada certa apatia e cansaço dos profissionais quando se viram obrigados a contribuir com a pesquisa, o que pode estar relacionado com a sobrecarga de trabalho relatada em muitos discursos, dificultando o planejamento dessas atividades envolvendo trabalhos de pesquisa nas unidades.

As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas pela pesquisadora e com os usuários das USF pela entrevistadora treinada.

O processo de análise dos dados foi realizado com base no referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa é uma forma de organização de dados que sugere a utilização de quatro figuras metodológicas, a saber ⁽⁴¹⁾:

Ancoragem: essa figura deverá ser mencionada quando ficar claramente registrada, no discurso, a marca linguística do entrevistado, quanto a pressupostos, teorias, hipóteses que ele possa mencionar, mas que, na verdade, estão internalizados no indivíduo. Se ela for genérica, não se consegue fazer com que esta ancoragem apareça de fato, não devendo nesses casos ser utilizada;

Ideia Central (IC): é a afirmação que traduz o essencial do conteúdo do discurso explicitado nos depoimentos;

Expressões - Chave: permitem resgatar a essência do conteúdo do discurso, através da transcrição literal de partes dos depoimentos. Deve-se voltar para as questões da pesquisa ao selecionar tais expressões, bem como a ideia central e a ancoragem. A construção do DSC se baseia nessa figura;

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): não se utiliza, com essa proposta de organização dos dados, o agrupamento em categorias, como vem sendo proposto em alguns métodos. Nessa figura, busca-se resgatar o discurso, usando os próprios discursos. Não há uma categoria unificadora, mas sim a busca por *“reconstruir, com pedaços dos discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”* (p. 19).

A construção do DSC parte da seleção das principais ancoragens e/ou ideias centrais, selecionadas através das expressões - chaves originárias dos discursos de cada indivíduo, e conclui, de forma sintética, como se os vários discursos fossem um só. Esse agrupamento de diversos discursos em um DSC deve

ser feito com base na semelhança dos mesmos. Quando houver diferentes idéias, é obrigatória a separação em outro discurso ⁽⁴¹⁾.

Para esta análise do discurso, foi utilizado o Software quali-quantitativo do DSC.

11. Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa passou por avaliação da Coordenação de Saúde do município, representado pelo Seducs da Secretaria Municipal de Saúde.

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (protocolo CEP 4437-2012), recebendo parecer favorável em reunião de 03/12/2012.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue e assinado pelos profissionais e pacientes que aceitaram participar da pesquisa (Apêndice 7).

As entrevistas foram gravadas por meio digital e depois de transcritas na íntegra, foram desprezadas.

Resultados

1. Avaliação de Estrutura e Processo

1.1. Estrutura das Unidades de Saúde da Família

Foram estudadas nove USF, sendo que duas delas apresentaram duas equipes, totalizando 11 equipes de saúde da família. O estudo fez a avaliação de qualidade levando em consideração as unidades de saúde.

A qualidade da estrutura física e de insumos das USF foi avaliada conforme a observação da pesquisadora e também em entrevista feita com as enfermeiras. O escore de qualidade teve uma variabilidade de 82,6 a 100, sendo a média de 90,3, indicando que, na grande maioria das unidades, a estrutura física e de insumos é satisfatória, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Qualidade da estrutura física, dos insumos, dos medicamentos e dos recursos humanos. Botucatu, 2013.

Variável	Média	Mediana	Sd*	Mínimo	Máximo
Escore da estrutura física e de insumos (%)	90,3	87,0	7,5	82,6	100,0
Escore da estrutura medicamentosa (%)	22,4	22,4	0,0	22,4	22,4
Escore do RH (%)	69,4	75,0	15,1	37,5	81,3

*Sd: Desvio Padrão

Este instrumento de avaliação permitiu identificar que três (33,3%) das nove USF consideram o número de salas/consultórios para atendimento insuficientes. Também foi observada a inexistência de banheiro para portadores de necessidades especiais em sete (77,7%), e de consultório odontológico em três (33,3%) das unidades avaliadas. Em relação à sala de esterilização, três (33,3%) relataram não possuir local e equipamentos adequados para a realização deste procedimento, o que pode ser justificado pelo fato de atualmente o município de Botucatu possuir uma central de esterilização. Considerando os insumos, materiais e equipamentos necessários para o atendimento dessa população, apenas uma (14,2%) USF avalia como precária a disponibilidade de mesa e maca nos consultórios, balança para adulto e esfigmomanômetro na unidade.

Em relação à estrutura medicamentosa, foi avaliada a disponibilidade dos medicamentos, no dia da entrevista, com os profissionais, mediante a observação da farmácia das unidades pela pesquisadora. O resultado mostrou que não houve variabilidade nesse aspecto, como está apresentado na Tabela 1, o escore de qualidade teve uma média de 22,4.

O escore de qualidade para avaliar a estrutura dos recursos humanos apresentou valor médio de 69,4. Chama atenção a variabilidade desse escore entre as USF, o mínimo foi de 37,5 e o máximo foi de 81,3 (Tabela 1). Desse modo, fica evidente a fragilidade no aspecto recursos humanos em algumas unidades e também as diferenças que podem existir entre elas.

Esse escore de qualidade demonstra uma precariedade principalmente em relação ao número insuficiente de ACS, sete (77,7%) unidades apresentam número reduzido, o que confirma a fragilidade das equipes de saúde da família, visto que esse profissional é o elo entre a unidade e a comunidade. Três unidades (33,3%) relataram inadequação das equipes de saúde bucal e duas (22,2%), a falta do profissional médico e do auxiliar de enfermagem, o que evidencia ainda mais a precariedade em relação aos recursos humanos das equipes de saúde.

1.2. Processo de Cuidado nas Unidades de Saúde da Família

Em relação ao processo (Tabela 2), o escore médio obtido foi 76,9, variando de 53,8 a 100,0, o que permite confirmar a variabilidade existente entre as USF. Desse modo, podemos presumir que cada unidade elabora o seu processo de cuidado de maneira distinta, não levando em consideração o Protocolo de Assistência de Enfermagem. Como foi observado, três (33,3%) unidades não utilizam esse instrumento para nortear o processo de trabalho/cuidado.

Pode-se relacionar essa variabilidade no escore de qualidade em relação ao processo de cuidado com o que foi observado na análise do escore de qualidade para a estrutura dos recursos humanos.

Tabela 2. Qualidade do processo - processo de cuidado e registro dos prontuários. Botucatu, 2013.

Variável	Média	Mediana	Sd*	Mínimo	Máximo
Escore do processo de cuidado (%)	76,9	76,9	12,8	53,8	100,0
Escore dos prontuários (%)	43,8	45,8	17,8	4,1	91,6

*Sd: Desvio Padrão

O instrumento de avaliação da qualidade do processo de cuidado em relação ao paciente hipertenso e/ou diabético permitiu identificar a não utilização da ficha de acompanhamento do Sistema da Atenção Básica (SIAB) desses programas pelo ACS em três (33,3%) USF estudadas.

Em relação às atividades educativas previstas pela ESF, foi evidenciado que cinco (55,5%) unidades não estavam realizando atividades voltadas para o programa de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes e quatro (44,4%) não realizavam nenhuma outra atividade relacionada a esses programas, como Grupo de Caminhada, Dieta e Perda de Peso, Qualidade de Vida e Convivência.

Para avaliação da qualidade do processo também foram analisadas a qualidade da anamnese e do exame físico através dos registros dos prontuários, uma vez que a qualidade dos registros encontrados nas USF traduz a qualidade da assistência prestada pelas equipes de saúde.

Desse modo, foram analisados 372 prontuários, contudo, no decorrer da pesquisa, surgiu a necessidade de analisar todos os prontuários - e não apenas 30% dos prontuários dos pacientes que passaram por consulta médica agendada nos últimos três meses, pois o número de consultas foi muito baixo e apresentou uma variabilidade muito grande entre as USF.

Como está apresentado na Tabela 2, o escore da qualidade do registro dos prontuários teve uma média de 43,8, apresentando uma variabilidade de 4,1 a 91,6. Nesse aspecto cabe ressaltar que cada profissional desenha a sua assistência à saúde de uma maneira particular, isso pode ser influenciado pela demanda de cada USF conforme será apresentado na análise do DSC. Além disso, também pode estar ligado às diferenças em relação à estrutura de recursos humanos disponível nas unidades.

Essa variação na qualidade do registro dos prontuários pode ser justificada pelo fato de os Consensos Brasileiros de Hipertensão Arterial e de Diabetes considerarem que a história clínica detalhada, o exame físico e a avaliação laboratorial são fundamentais para a confirmação da elevação da pressão arterial e/ou da glicemia, avaliação de lesões em órgão alvos, identificação de risco cardiovascular e diagnóstico da etiologia. Essa investigação deve ser realizada em todas as consultas, conforme a classificação diagnóstica ^(17, 19).

O estudo mostrou uma deficiência em relação ao registro da classificação diagnóstica, do perfil psicossocial, da avaliação dietética e dos fatores de risco para HAS e/ou DM, o mesmo não foi observado para o registro das medicações em uso.

Outro aspecto identificado no presente estudo foi a precariedade de algumas avaliações na realização do exame físico, principalmente em relação à verificação da altura, cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), aferição da circunferência abdominal e avaliação clínica abdominal e vascular periférica. Os índices encontrados para aferição da pressão arterial e peso chamam a atenção, pois deveriam ser avaliados em todas as consultas, o que não acontece na prática.

Em relação à glicemia capilar, também foram observadas limitações no seu registro, porém não podem ser consideradas como relevante, visto que durante o estudo, não foi possível identificar a classificação diagnóstica devido à precariedade dessa informação.

Através desta pesquisa foi possível verificar uma falha em relação às orientações dietéticas, mudanças de estilo de vida, tratamento medicamentoso e possíveis agravos e complicações relacionadas a essas doenças. Observou-se também que os profissionais médicos valorizavam a prescrição medicamentosa, item anotado na grande maioria dos prontuários.

Verificou-se um aspecto favorável em relação ao agendamento dos retornos desses pacientes, porém com fragilidade, visto que todas as USF relataram que fazem o agendamento do retorno no ato da consulta, porém essa informação não foi encontrada na maioria dos prontuários esta informação.

Em relação à solicitação dos exames preconizados pelos Consensos Brasileiros de Hipertensão Arterial e Diabetes ^(17, 19), a pesquisa mostrou uma intensa precariedade na solicitação do exame de raio-x de tórax, eletrocardiograma (ECG) e fundo de olho. Cabe ressaltar que o exame de ECG é realizado na própria

USF. Verificou-se maior solicitação em relação aos exames laboratoriais, também realizados na própria unidade.

2. Avaliação de Resultado

2.1. Profissionais da Equipes de Saúde da Família

2.1.1. Caracterização dos Sujeitos

Foram entrevistados, nesta pesquisa, 34 profissionais das equipes de saúde, sendo a média de 3,7 por unidade. Desses, 31 (91,2%) são do sexo feminino. A idade variou entre 24 e 53 anos, sendo a média de 36,7 anos (Tabela 3).

Quanto ao tempo de trabalho na ESF, encontramos uma média de 3,5 anos, como mostra a Tabela 3, o que nos permite afirmar que esses profissionais apresentam um tempo considerável de experiência na área.

Em relação ao tempo de formação dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, a média foi de 6,3 anos (Tabela 3).

Como apresentado na Tabela 3, a média de enfermeiros e médicos entrevistados por USF foi 31,2% e 19,8%, respectivamente. Esse dado mostra a dificuldade encontrada na execução desta etapa da pesquisa em relação ao profissional médico. Algumas equipes de saúde estavam sem esse profissional ou eles não preenchiam os critérios de inclusão, como foi o caso de duas USF.

Em relação à formação complementar, dos dezessete profissionais de nível superior que foram entrevistados, apenas um não apresenta especialização, pois se trata de um profissional recém-formado.

Tabela 3. Descrição das Unidades de Saúde da Família em relação aos profissionais entrevistados. Botucatu, 2013.

Profissionais	Média	Mediana	Sd*	Mínimo	Máximo
Entrevistados/USF	3,7	4	1,2	2	6
Idade média dos profissionais/USF	36,7	37,0	4,5	29,2	43,0
Tempo médio de trabalho (anos)/USF	3,5	3,4	2,0	1,0	6,0
Tempo médio de formado (anos)/USF	6,3	5,5	3,4	2,5	12,0
% médio do sexo masculino/USF	10,2	0,0	15,5	0,0	33,3
% médicos entrevistados/USF	19,8	25,0	12,4	0,0	33,3
% enfermeiros entrevistados/USF	31,2	33,3	9,8	16,7	50

*Sd: Desvio Padrão

USF: Unidade de Saúde da Família

Em relação à formação complementar, dos dezessete profissionais de nível superior que foram entrevistados, apenas um não apresenta especialização, pois se trata de um profissional recém-formado.

2.1.2. Discurso do Sujeito Coletivo

Os DSC foram organizados conforme os temas abordados durante as entrevistas, as questões realizadas e o questionário estabelecido para esta pesquisa (Apêndice 6).

Tema 1: Experiência em relação ao paciente com HAS e/ou DM.

IC 1: Dificuldade em aderir ao tratamento proposto.

DSC 1

São pacientes que a gente vê muito, na maioria, difíceis de adesão, quando descobrem ficam um pouco relutantes. Dá para tentar melhorar a qualidade de vida desses pacientes, então por ele não sentir nada, a gente percebe que, não

sei se grande parte, mas acabam que não tratam de forma correta como a gente passa o tratamento para eles, não pensam em mudar o hábito de vida. E tem aquele que a gente manda inúmeros agendamentos e ele não vem! Então, que não adere ao tratamento como a gente gostaria. Tem sempre aqueles que não vêm nunca, que às vezes aparece com uma receita de dois/três anos querendo pegar remédio! Então, tem essa dificuldade na adesão. Nós temos muitos pacientes que não aderem ao tratamento, eu acho que, principalmente, o público masculino não adere muito. Eles têm um certo receio, um pouco de medo...“nossa! Eu sou hipertenso, e agora? Vou ter que tomar remédio o resto da vida”. Eu acho que controlar essa pressão que junto vem outras coisas, já vem os problemas metabólicos, já vem o diabetes, sempre eles estão meio associados, então é um grupo difícil de controle, de adesão ao tratamento, tem que ter muito trabalho, não acho que seja fácil assim, todo mundo “ah...marca consulta que vamos não”! É muito teimoso, difícil aderir ao tratamento, principalmente no começo, quando eles estão com a pressão lá em cima, está totalmente descompensado, daí eles ficam preocupados, passam mal, daí eles vem, tomam medicamento, daí quando consegue estabilizar, eles param com tudo! Daí passa aquele período, e depois tem que começar tudo de novo. Então são aqueles pacientes que a gente sempre tem que ficar em cima. Sempre! Não pode descuidar! Existe uma discrepância entre aquele paciente que é mais zeloso, que faz tudo direitinho, que acompanha direitinho, quanto àquele paciente que não adere ao tratamento, a gente sabe que a grande maioria deles não aderem ao tratamento, o que dificulta muito o seu próprio cuidado. As pessoas idosas, alguns aderem melhor aos tratamentos, outros não. Os adultos jovens ou os adolescentes que são diabéticos, muito difícil de adesão ao tratamento, estão sempre descompensados, apesar de ser três/quatro casos, mas são casos bem complicados. Os hipertensos, têm uns que deixam de tomar remédio, sempre as mesmas histórias, que quer beber, aí não tomam o medicamento. Principalmente os diabéticos, eles são bem resistentes ao tratamento, a gente tem um caso aqui bem recente de amputação de perna, e isso mexeu com os outros que são conhecidos, que são da mesma igreja, que vem tirar dúvida, mas mesmo assim eles não tomam o remédio certo, eles não fazem a dieta corretamente, eles são muito resistentes. Tem muitos pacientes que não dão a devida importância para as suas doenças, tomam o remédio quando a pressão ou o diabetes estão altos, não se preocupam

em fazer dieta, atividade física, muitas vezes tomam muitos medicamentos, não conseguem entender pra que serve cada um deles, não fazem o uso regular. A maioria não aderem muito, faltam nas consultas, eles perdem a receita do remédio, faltam nos exames de sangue. Eles não seguem muito, é difícil, eles faltam. Eu fico na pós consulta, então eu vejo os que faltam, os que vêm remarcar, é todo dia pedindo receita. O hipertenso quando ele tem alguns sintomas eu acho que é mais fácil porque é difícil você explicar para a pessoa que ela tem uma doença sendo que ela não sente nada. (E1, E4, E10, E18, E19, E21, E22, E23, E25, E26, E28, E29, E30)

Nesse discurso, os profissionais demonstram que, conforme a suas experiências, os pacientes hipertensos e diabéticos não aderem ao tratamento proposto pelo serviço de saúde, apontando uma resistência a aderir ao acompanhamento imposto por essas morbidades e ao próprio tratamento prescrito, como explicitado nas seguintes falas: “... é um grupo difícil de controle, de adesão ao tratamento, tem que ter muito trabalho...”, “... não dão a devida importância para as suas doenças, tomam o remédio quando a pressão ou o diabetes estão altos, não se preocupam em fazer dieta, atividade física...” e “A maioria não aderem muito, faltam nas consultas, eles perdem a receita do remédio, faltam nos exames de sangue.”.

IC 2: Uso inadequado das medicações prescritas.

DSC 2

A gente tem um pouco de dificuldade que utilizem os remédios da forma que está prescrita, que faça um controle pra gente poder ajustar a dose, só tomam remédio quando sentem alguma coisa. Têm muitos que aderem, mas só tomam o remédio se a pressão estiver alta, mesmo tendo aquele cuidado da gente orientar que a medicação é todo dia, acabam não aderindo. A maioria que não seguem, não fazem o acompanhamento, por mais que oriente, eles tomam medicação errada, isso a gente percebe no dia-a-dia mesmo, aos poucos você vai vendo, muitos fazem direitinho, outros não, nesse caso que não acompanham direitinho a tendência é complicar cada vez mais, aí vai de qualquer jeito, por mais que a gente sempre bata na mesma tecla, alguns não fazem mesmo. Tenho uma paciente que eu deixei os

remédios tudo separadinho, ela misturou tudo outra vez, então se torna muito difícil trabalhar, quando ela vem aqui quem está na farmácia explica tudo certinho de novo, quando vamos ver, ela está tomando tudo errado. A maioria toma o remédio quando quer “ah... hoje a pressão está boa, não vou tomar, aí sobe, ah... hoje eu tomo porque está alta”. Os pacientes que eu vejo que descobrem ser hipertenso e diabético, acham que vão tomar o remédio por um tempo e acabou, parece que eles não têm essa consciência que não existe ex-hipertenso ou ex-diabético, então eles acham que a pressão está controlada e param. (E2, E3, E6, E10, E12, E16, E19, E26, E27, E32)

Nesse discurso, fica evidente que os profissionais acreditam que esses pacientes usam, de maneira inadequada, as medicações prescritas, mesmo havendo esforço por parte da equipe de saúde para orientar o uso correto e regular das medicações, conforme a prescrição médica, e até mesmo, de facilitar o entendimento, separando as medicações de acordo com a posologia, conforme mostra as seguintes falas: *“A gente tem um pouco de dificuldade que utilizem os remédios da forma que está prescrita...”* e *“Tenho uma paciente que eu deixei os remédios tudo separadinho, ela misturou tudo outra vez...”*. Além disso, percebem que muitos pacientes tomam as medicações apenas quando acreditam que os índices da pressão arterial e da glicemia estão alterados. Ademais não se responsabilizam pelo controle pressórico e glicêmico, o que prejudica o ajuste das doses das medicações, como mostram as falas: *“...só tomam o remédio se a pressão estiver alta, mesmo tendo aquele cuidado da gente orientar que a medicação é todo dia, acabam não aderindo”* e *“...que faça um controle pra gente poder ajustar a dose, só tomam remédio quando sentem alguma coisa...”*.

IC 3: Dificuldade em mudar hábitos de vida e aderir ao tratamento não medicamentoso.

DSC 3

A maioria é bem difícil mesmo, no início controlar a hipertensão e o diabetes, conseguir entender que ele precisa mudar hábitos alimentares e atividade física. Depois que eles entendem que junto com a medicação, a alimentação e a

atividade física podem melhorar esse quadro, mas muitas pessoas não entendem isso, que é importante, que não é só o tratamento medicamentoso, acabam não querendo ver tudo, continuam comendo sal, doce e continuam sedentários. São assim, pacientes que não pensam que talvez mudar o hábito de vida, que tem alterações que não necessitam de tratamento medicamentoso, que não aderem à atividade física que a gente preconiza, é muito mais fácil tomar o remédio, então é difícil a gente trabalhar esses pacientes, a maioria não se empenha na forma como deveria no seu tratamento, acha que só o remédio vai resolver ou às vezes nem o remédio porque como não sentem nada acabam não aderindo ao tratamento. A maioria é resistente, porque têm que fazer dieta, tirar coisas que eles são acostumados, eles falam que foram criados com comida feita com banha de porco, carne gorda. Como de repente uma pessoa que viveu sempre com um estilo de vida, que recebeu esse diagnóstico, também demora um pouco pra ele tentar melhorar e aderir, entender que as coisas vão ter que mudar se quiser ter uma vida mais saudável. Mudar seu estilo de vida, uns a gente consegue, mas assim, mudar grandes padrões alimentares, passar do sedentarismo à uma vida ativa, isso é complicado. Mesmo agora a gente estava discutindo com o médico, por exemplo, paciente com diabetes descompensado e não consegue compensar, o que acontece, tem que trocar por insulina, aí é um grande problema também. Porque têm alguns que negam a insulina e a gente vê que por boca não vai resolver mais, e ele tem uma resistência muito grande à insulina. Então, são dificuldades que a gente tem no nosso dia-a-dia realmente. Normalmente os nossos pacientes já vêm de uma cultura, que tipo, alimentação eles comem de tudo, comem carne gorda, é churrasco, é cerveja. Então, não é uma alimentação tão saudável. É muito óleo! Às vezes em consulta a gente pergunta “quantos litros de óleo o senhor usa por mês? Cinco?” Mora uma pessoa, duas pessoas na casa! Eles têm esse costume de muito sal, muito tempero, então modificar esses costumes eu acho difícil. Diabetes é mais difícil pra tratar o paciente do que o hipertenso, tem uma dificuldade na dieta, deixar de usar o açúcar branco, isso daí complica bastante a adesão, a motivação deles, deprime. Aqui no nosso território eu vejo que eles não levam muito em conta essa questão da alimentação, eles acham que assim eu tomo o remédio e isso basta ou então só param de comer fritura. Eles acham que se tomar o remédio, não precisa fazer dieta, são raras as pessoas que querem um estilo de vida melhor, não aderem

a caminhada, exercício físico essas coisas, eles acham que não é necessário. (E1, E4, E5, E10, E11, E12, E18, E19, E20, E23, E26, E27, E32)

Esse discurso demonstra que esses profissionais apresentam uma experiência ruim em relação à adesão dos pacientes com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes em mudar hábitos de vida, principalmente no que diz respeito à dieta alimentar, e aceitar a importância do tratamento não medicamentoso como parte do cuidado à sua saúde, como mostram as falas a seguir: *“... não pensam que talvez mudar o hábito de vida, que tem alterações que não necessitam de tratamento medicamentoso, que não aderem à atividade física que a gente preconiza, é muito mais fácil tomar o remédio...”* e *“... acham que se tomar o remédio, não precisa fazer dieta, são raras as pessoas que querem um estilo de vida melhor, não aderem à caminhada, exercício físico essas coisas, eles acham que não é necessário...”*. Além disso, fica evidente que os profissionais consideram a cultura e as crenças desses pacientes como determinantes para mudanças de hábito alimentar, como está apresentado nas seguintes falas: *“A maioria é resistente, porque têm que fazer dieta, tirar coisas que eles são acostumados, eles falam que foram criados com comida feita com banha de porco, carne gorda.”* e *“Como de repente uma pessoa que viveu sempre com um estilo de vida, que recebeu esse diagnóstico, também demora um pouco pra ele tentar melhorar e aderir.”*

IC 4: População com baixo nível de instrução e conhecimento.

DSC 4

A gente trabalha com uma população que não é, na maioria das vezes, muito bem esclarecida. Então pela dificuldade em lidar com a população, às vezes pela ignorância ou pela falta de aceitação a gente se esbarra nisso aí. Muitas pessoas não sabem nem o que é hipertensão e diabetes, não tem conhecimento, quando ela passa a entender que isso é importante, ela incorpora no tratamento, mesmo a gente orientando, passando na casa todo mês, é complicado. Outra dificuldade são os analfabetos, mesmo explicando os horários, desenhando solzinho e luinha para ajudar a tomar o remédio certinho, é difícil. Tem pacientes de muito difícil adesão, geralmente são os menos instruídos, mesmo você reforçando a

importância da dieta é difícil. A pessoa ser mais instruída, educada para isso, tem mais consciência das seqüelas e dos agravos, maior facilidade de aderir ao tratamento proposto e tem uma co-responsabilização maior, o funcionamento do tratamento é o paciente entender a importância de seguir o tratamento corretamente e de fazer a parte dele. Na maioria das vezes já tem idade avançada e não tem muito estudo, então a cultura da pessoa é defasada, não adere, não consegue absorver tudo isso. Muitas vezes eles não sabem ler, tem que identificar as medicações com solzinho e luinha para facilitar, então tem dificuldade em relação à adesão ao tratamento, entenderem qual remédio é que eles têm que tomar, o horário. Eles sabem que aquele verdinho tem que tomar de manhã, aquele rosinha é a tarde, quando muda a cor da embalagem, acaba gerando uma grande confusão para os pacientes. Então a maior dificuldade é em relação à baixa escolaridade, que dificulta o entendimento do que é a doença, como é o tratamento, os cuidados que eles devem ter. (E3, E14, E15, E16, E17, E33)

Esse discurso demonstra que os profissionais envolvidos percebem o baixo nível de escolaridade da população estudada e compreendem que esse fator está intimamente relacionado com a falta de entendimento a respeito da doença, do autocuidado, do uso adequado das medicações e das possíveis complicações, conforme as seguintes falas: *“Tem pacientes de muito difícil adesão, geralmente são os menos instruídos...”* e *“... a maior dificuldade é em relação à baixa escolaridade, que dificulta o entendimento do que é a doença, como é o tratamento, os cuidados que eles devem ter.”* Outro aspecto evidenciado nesse discurso é que essa baixa escolaridade, na percepção dos profissionais de saúde, influencia a disponibilidade de o paciente aceitar mudanças e se afastar de suas crenças e costumes.

IC 5: Não aceitação da doença e falta de responsabilização pelo cuidado.

DSC 5

Temos um pouco de dificuldade em que os pacientes aceitem a doença. Aqui na nossa unidade a gente tem um número grande de hipertensos e diabéticos, alguns já com complicações, com insuficiência renal, pé diabético, infarto, agora no

final do ano tivemos vários pacientes com infarto, por conta de não ter tratado corretamente a pressão alta, claro que a gente tem paciente que trata certinho, que segue rigorosamente, mas é a minoria, teve uma época que muitos pacientes chegavam aqui com pico hipertensivo, aí tinha os residentes, tiveram essa percepção dessa demanda, trabalharam em grupo. Na maioria das vezes eles são um pouco resistentes por pensar que o diabetes e a pressão alta não são tão perigosos assim, alguns acham que tomando o remédio saram. A pressão alta e o diabetes demoram pra mostrar os sintomas, não são muito de ir no médico, eles não acreditam, se ficarem sem as coisas que gostam vão acabar com a vida deles, quando tem um derrame ou um infarto começam a fazer direito. Não dão a devida importância a doença, eles acham que não vão prejudicar, só quando tem uma insuficiência renal, um infarto, um AVC, uma amputação, mas não adianta falar, não sentem nada, acham que não vai acontecer nada, são bem descuidados. Alguns negam a doença, só querem trocar a receita, não vão atrás, acabam procurando quando passam mal. São coisas que dependem muito do paciente, precisam estar atentos, fazer o controle, tomar os remédios. A maioria quando passam mal procuram o eventual, mas deveria ser uma coisa de rotina, acabam faltando nas consultas, fazem quando tem vontade, quando convém. Quando consegue aceitar que é uma doença, que vai ter que ter o controle, tomar remédio todo dia, fazer dieta, não vai poder beber, a gente consegue trabalhar. O paciente hipertenso e diabético, na maioria das vezes é um doente crônico que não se vê nessa posição, acha que é uma coisa aguda, que vai tomar o remédio e que daqui a pouco pode parar, acha que nada vai acontecer com ele. Tem uns assim, quanto mais descompensado a pressão, pior eles são! Tem alguns que, ah briga, vai lá, dá medicamento, a gente tem uma paciente que a gente vai, assim de ficar um mês indo na casa, dando medicamento na mão dela, fazendo ela tomar, a hora que a gente pára de ir, ela pára de tomar! Ela acha que não é importante, que Deus vai curar, que ela não nasceu com aquilo, então é bem difícil. Aqui na unidade a gente atende esses pacientes volta e meia no eventual, eles acabam vindo com uma descompensação ou de pressão ou do diabetes. Também atendo na consulta agendada, que às vezes eles acabam faltando da agendada e vem no eventual. Alguns têm a concepção que “ah por que que eu vou na consulta se está tudo bem, se está controlado?”, então acaba tendo essa conotação aí. Já aconteceu de eu

atender pacientes que falam assim “Ah! Eu tomei, normalizou e agora voltou”, aí eu volto: “mas você não continua tomando o remédio?” “Não! Eu achei que era só normalizar e tudo já resolvia!” aí eu falo assim: “bom, não tem cura, é uma doença que você vai controlando”, expliquei certinho e aí: “ahh não sabia! Achei que era só pra parar e aí depois normalizava”. Tem o lado dos pacientes que fingem que tomam o remédio, que fazem dieta também, principalmente esses diabéticos que dá pra pegar mais, aí na hora de pedir o exame de hemoglobina glicada, que vê nos últimos três meses a glicemia, que a gente vê se eles estão mentindo ou não! (E3, E4, E5, E6, E7, E8, E12, E15, E21, E24)

Nesse discurso os profissionais apontam que os pacientes portadores de HAS e/ou DM não aceitam a doença crônica e conseqüentemente não se responsabilizam pelo cuidado, como mostram as seguintes falas: *“Não dão a devida importância à doença, eles acham que não vão prejudicar...” e “Alguns negam a doença, só querem trocar a receita, não vão atrás, acabam procurando quando passam mal.”.*

IC 6: Dificuldade de orientar o cuidado em saúde.

DSC 6

Isso acaba dificultando um pouco o nosso trabalho também né, porque como que você convence a pessoa que ela precisa tratar se ela não está sentindo nada, se ela não vê que aquilo é importante para ela, então eu acho que esse paciente é um paciente complicado da gente lidar, são difíceis de lidar, é um trabalho que exige paciência. Aos poucos a gente vai conseguindo orientar e eles vão conseguindo compreender a importância do tratamento, tanto no que diz respeito aos medicamentos como às mudanças de hábitos, que são muito mais difíceis, isso depende da nossa abordagem também. É um trabalho de formiguinha mesmo, fazer com que ele entenda que é uma doença que vai ter para o resto da vida e que precisa de cuidado. (E4, E13, E15, E23, E34)

Esse discurso demonstra que alguns profissionais consideram difícil lidar com esse paciente, pois exige paciência, perseverança e continuidade no cuidado

em saúde, uma vez que, na maioria das vezes, são assintomáticos e não se posicionam como portadores de doenças crônicas, conforme mostram as falas a seguir: “... como que você convence a pessoa que ela precisa tratar se ela não está sentindo nada...” e “... é um trabalho que exige paciência.”. Além disso, também demonstra que essas questões estão relacionadas com a abordagem do profissional.

IC 7: Exigem maior cuidado e atenção da equipe de saúde.

DSC 7

É um paciente que a gente tem que ter um pouco mais de cuidado, uma atenção maior, porque a maioria deles como não tem sintomas, eles não procuram tratamento, muitas vezes eles só vão descobrir que tem a pressão alta ou o diabetes, às vezes passou mal por algum motivo, às vezes até pela própria alteração desses parâmetros, da pressão e da glicemia e aí vem para a unidade ou vai para o pronto socorro e acaba descobrindo que tem, então a hora que descobre já tem muitas coisas que foram acometidas. Então, necessita de cuidado mais de perto mesmo, porque a maioria deles são mais debilitados em relação à alimentação, ao medicamento, exige atenção, para aderir ao tratamento, mudar. São pacientes que necessitam de muitos exames complementares, de uma equipe multiprofissional, não deve ficar focado no médico o paciente com hipertensão e diabetes, porque a consulta é muito ampla, se você restringir a consulta vai perder um monte de informação e ele não vai trazer essa informação se você não for atrás. (E2, E4, E9, E17, E22)

Esse discurso demonstra que os profissionais consideram esses pacientes dependentes de cuidados mais intensos e de maior atenção por parte da equipe de saúde, pois são assintomáticos, resistentes ao tratamento, muitas vezes, apresentam-se descompensados, com acometimento de outros órgãos, isso fica evidente na seguinte fala: “... a gente tem que ter um pouco mais de cuidado, uma atenção maior, porque a maioria deles como não tem sintomas, eles não procuram tratamento... então a hora que descobre já tem muitas coisas que foram acometidas.”. Ademais, os profissionais consideram que esses pacientes precisam

de uma abordagem mais ampla, direcionadas para um cuidado integral, como mostra a fala: “... necessitam de muitos exames complementares, de uma equipe multiprofissional...”.

IC 8: Aderem ao tratamento proposto.

DSC 8

Tem paciente que faz o tratamento, faz dieta, toma o remédio, vem buscar o remédio no dia certinho. Na primeira, os pacientes hipertensos e diabéticos usavam mais a unidade, aproveitavam mais aquilo que a gente proporcionava, aqui tem pacientes que se cuidam, fazem o controle. Os nossos pacientes mais idosos se cuidam mais, se preocupam um pouquinho. A maioria adere, entendem a gravidade do problema, faz direito o tratamento e o acompanhamento, toma a insulina direito, cuida da alimentação, tenho muitos que aderem, que seguem certinho. A gente sempre tem aqueles que aderem muito certinho, têm aqueles que vêm demais, que embora a gente fale “não, o senhor está compensado, está tudo bem, vai retornar em três meses com a enfermeira e em seis meses com o médico”, ele vem todo mês, porque tem a facilidade e quer vir na consulta semanalmente, ou melhor, tinha né, por enquanto a gente não está conseguindo por causa da falta de médico. A experiência é que realmente uns seguem muito bem, outros usam até demais. Essa que não adere, que a gente fica correndo atrás, que não vem nunca, acho que essa é uma minoria. Acho que a maioria adere sim, tem pacientes que aderem facilmente ao tratamento, você vai, faz a visita, vê a medicação, eles sempre estava tomando certinho a medicação. No grupo que tem aqui de qualidade de vida, a gente vê que os hipertensos participam mais que os diabéticos. Os pacientes mais antigos, que já tiveram essa descoberta há muito tempo, eles têm uma mentalidade melhor de tomar o remédio e que é para sempre. Têm pacientes que aderem bastante, que se preocupam, que participam das consultas, que fazem os exames de rotina, que tomam as medicações com cuidado. São pacientes que a gente acaba casando com eles, frequentemente comparecem na unidade de saúde, estão sempre vindo medir a pressão e o HGT, para ver se está controlado. Eu tenho mais facilidade na adesão do hipertenso do que do diabético, acho que o hipertenso parece que se preocupa

mais por causa do coração, então parece que eles dão mais valor, ficam mais preocupados. (E5, E7, E8, E9, E12, E13, E16, E17, E18, E19, E20, E23, E25, E27, E28, E34)

Nesse discurso os profissionais acreditam que uma parcela da sua população aderem ao tratamento proposto e conseguem ser inseridos na rotina da USF, principalmente quando compreendem a doença crônica, como mostram as falas: *“A maioria adere, entendem a gravidade do problema, faz direito o tratamento e o acompanhamento...”* e *“... estão sempre vindo medir a pressão e o HGT, para ver se está controlado.”*.

IC 9: Falta de apoio familiar.

DSC 9

Não é para todos pacientes que você pode falar, às vezes é um idoso, mora sozinho e está deprimido, então tem todo esse cuidado. E tem a família, na realidade a falta dela, na maioria das vezes eles não têm esse suporte, são sozinhos, as famílias estão muito desorganizadas. Têm dificuldade de ter alguém na casa para ajudar, dificuldade dele mesmo se cuidar. A grande dificuldade que a gente tem com alguns paciente é o fato de serem idosos, alguns bem idosos e morarem sozinhos. E não tem quem dá o remédio. (E5, E14, E17, E20)

Esse discurso demonstra que os profissionais percebem uma ruptura na estrutura familiar desses pacientes idosos, além disso, consideram a família como unidade de prestação de cuidado e apoio aos pacientes, conforme mostra a seguinte fala: *“... na maioria das vezes eles não têm esse suporte, são sozinhos, as famílias estão muito desorganizadas.”*.

Tema 2: Experiência, junto com a sua equipe, em relação ao cuidado à esses pacientes.

IC 1: Realização de atividades de prevenção e promoção à saúde.

DSC 1

Um fato que eu achei interessante era que os pacientes que a gente tinha no grupo de caminhada, eu nunca tinha visto eles no eventual, fui conhecer eles na caminhada, estavam super controladinhos, a pressão todo dia, sempre ali, a não ser que tivesse algum fato diferente né, acabava aumentando, mas eram pacientes que pouco usavam a unidade para uma parte mais aguda da doença, tipo pressão alta sempre, não conseguir regular, então eu acho que esse trabalho em equipe de prevenção mesmo, ajuda muito. A abordagem na Unidade de Saúde da Família para o hipertenso e diabético é boa, no ano passado a gente trabalhou com os grupos de hiperdia, eu acho que foi uma experiência legal porque eles trocam idéia, é um grupo onde o paciente pode partilhar as experiências dele com a doença e temos a oportunidade de fazer uma revisão com eles de tudo aquilo que é importante. Esse papo que a gente bate no grupo é bom porque é uma conversa informal que acaba ficando na cabecinha deles. Temos grupo de caminhada as segundas, quartas e sextas, que a gente também direciona esses pacientes pra tentar fazê-los sair do sedentarismo. Quando entrou a doutora foi muito bacana, ela tem a experiência de outras unidades, montou o grupo hiperdia e achei que foi um grupo bem bacana, é aberto, vêm quantas pessoas quiser, a gente não convoca, só orienta, faz um trabalho de educação em saúde, conversa, explica, eu faço teste de pré-diabético. Tem o grupo da caminhada que a agente comunitária faz, tem o grupo de mudança de estilo de vida, que faz orientação sobre colesterol, triglicerídeos, essas coisas, tem o grupo da dor que a fisioterapeuta que faz. Nós fazemos o grupo de mudança do estilo de vida, eu acho que isso também vem ajudando bastante na orientação desses pacientes. (E1, E3, E18, E19, E30, E31)

Esse discurso demonstra que as equipes de saúde conseguem desenvolver atividades de prevenção e promoção à saúde e as consideram

importantes no cuidado à saúde do paciente hipertenso e/ou diabético, conforme está apresentado nas falas: “... a gente trabalhou com os grupos de Hiperdia, eu acho que foi uma experiência legal...”, “Temos grupo de caminhada... pra tentar fazê-los sair do sedentarismo.” e “... faz um trabalho de educação em saúde, conversa, explica, eu faço teste de pré-diabético.”.

IC 2: Trabalho em equipe multiprofissional.

DSC 2

Acho que a equipe toda participa do cuidado do hipertenso e do diabético, trabalhamos junto e muito unido, tem um bom vínculo entre todos, com os próprios pacientes, se eles faltam ou se está acontecendo algum problema, um entra em contato com o outro, um procura ajudar o outro. A equipe inteira é envolvida, desde o auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, é o agente comunitário, então os pacientes diabéticos e hipertensos são acompanhados, na verdade monitorados por todos. Também é disposta nessas atividades fora do horário, sempre participou junto com a gente, então assim, não posso reclamar, sempre foi muito participativa nesse sentido. Toda equipe funciona bem, porque a partir do momento que pedimos um mapa pressórico, eles vêm fazer o mapinha e a auxiliar de enfermagem verifica e vem falar, a gente passa a orientação para ela, orienta, conversa com ele sobre o uso correto do remédio, passam às orientações que a gente dá, elas já sabem também orientar. A gente têm feito consultas compartilhadas, a enfermagem faz uma parte, uma consultinha e a gente faz a outra consulta, eu achei que funcionaram de forma positiva, já os grupos a gente fazia junto, o médico e a enfermeira da equipe, tem outro grupo com a nutricionista, a educadora física e a farmacêutica para tentar melhorar essa orientação, o que ajuda bastante a abordagem. Quando eu entrei a gente tinha a nutricionista, ela também ajudava a equipe a conseguir melhor trabalho com a dieta e tudo mais. Nós temos aqui nutricionistas do 5º ano, eles abriram uma agenda e estão nos ajudando a atender aqueles pacientes com mais dificuldade de aderir ao tratamento. Eu já fiz uma proposta para o farmacêutico trabalhar na casa com esses pacientes que não conseguem tomar esse remédio adequadamente, a gente separa, mas tem

difficuldade, não tem apoio familiar, então não consegue ter um bom resultado ao tratamento porque toma o remédio inadequadamente. Uma vez por mês eu venho pra fazer o teste de sensibilidade do pé-diabético, uma auxiliar de enfermagem prepara sobre alimentação, outra sobre medicação, vem nutricionista, então eu acho uma oportunidade boa, sim. Eu tive um grande apoio da equipe, principalmente do dentista, ele sempre está comigo e os outros profissionais da equipe vão se revezando pra fazer esse grupo. Passa com o enfermeiro, com o médico, já em seguida já é encaminhado pra avaliação com a dentista, mesmo porque a avaliação odontológica no caso do hipertenso e diabético é uma avaliação mais rápida e ela já faz a triagem. (E1, E3, E15, E17, E18, E19, E22, E31, E33)

Nesse discurso fica evidente a importância do trabalho em equipe para garantir a continuidade do cuidado ao paciente hipertenso e/ou diabético, como mostram as falas: *“Acho que a equipe toda participa do cuidado do hipertenso e do diabético, trabalhamos junto...”* e *“A equipe inteira é envolvida, desde o auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, é o agente comunitário...”*. Além disso, os profissionais conseguem ter uma percepção acerca do trabalho multiprofissional na busca pela integralidade do cuidado, conforme as seguintes falas: *“... tem outro grupo com a nutricionista, a educadora física e a farmacêutica para tentar melhorar essa orientação, o que ajuda bastante a abordagem.”* e *“... tinha a nutricionista, ela também ajudava a equipe a conseguir melhor trabalho com a dieta e tudo mais.”*.

IC 3: Descaracterização no processo de cuidado na Estratégia Saúde da Família.

DSC 3

A dificuldade é que não temos muito tempo para dedicar a esse paciente, a demanda espontânea toma conta de quase todo nosso atendimento e essa rotina é desgastante para o profissional, isso reflete na maneira como esse paciente se cuida, ele vai depender dessa nossa abordagem e da maneira como a unidade está organizada para atendê-lo. Ficamos muito limitadas com essa demanda, acho que estamos longe daquilo que é preconizado pela Estratégia Saúde da Família porque a nossa prioridade é sempre o atendimento eventual. Os atendimentos são muito

rápidos, o médico não consegue filtrar tudo, às vezes eles tomam o Captopril, por exemplo, e não sabem nem para quê serve, o médico jamais vai ter tempo de explicar tudo para ele na consulta porque a nossa demanda é muito grande. Às vezes a gente precisa fazer campanhas fora do horário de trabalho para poder atender um maior número de pacientes que passam por atendimento programático, no dia-a-dia acabamos não dando conta porque a demanda espontânea é exagerada mesmo, isso acaba atrapalhando a consulta programática, fica sempre comprometida né, aqui nós temos dois médicos, se um deles tem algum problema, nós temos que desagendar os pacientes e dar prioridade para o atendimento eventual, isso não é Saúde da Família, não podemos nem encaminhar para o PS ou mesmo para as Unidades que trabalham após as seis horas como PA, a gente nunca sabe como vai ser o outro dia, é difícil organizar. Existem municípios que tem um pronto-socorro, tipo, nesse bairro aqui teria um pronto-socorro e atenderia tudo que viria de eventual e essas unidades, atenderiam somente agendado. Deveria ter muito mais atividade, mas eu acho que perdemos muito tempo com essa demanda eventual que a gente tem que atender, deixamos de fazer atividade de promoção e prevenção. Se tivéssemos mais tempo para a prevenção e a promoção, teríamos um sucesso maior, mas infelizmente somos engolidos pela rotina e não conseguimos dar conta de assistir ainda melhor esses pacientes. É uma coisa que fica muito desproporcional a quantidade de paciente eventual e o paciente agendado, você termina de atender o eventual, a hora que você vai atender o agendado não tem mais aquela energia, acaba ficando descompensado, cansa a cabeça. O eventual atrapalha bastante, tentamos fixar horário, é difícil a população conseguir aceitar, isso acaba atrapalhando porque a gente tenta teoricamente acabar tudo até as nove horas e não consegue, já começam chegar os agendados, ficam esperando os eventuais, acaba atrapalhando, o profissional fica tenso, se sente sobrecarregado, não temos pernas. É uma grande demanda de eventual, isso acaba atrasando o atendimento, o paciente fica descontente. O que acontece aqui, que não deveria acontecer, é que o paciente falta da agendada porque vem no eventual, então e a facilidade de passar no médico, de conseguir a consulta, acho que isso torna eles rebeldes no tratamento, dificultando o nosso atendimento e, às vezes, esses pacientes nem precisavam ter vindo tanto no extra, vai tumultuando, enchendo, e às vezes a qualidade do atendimento não sai devido ao excesso da demanda, os

outros médicos reclamam disso em todas as unidades. Então o que deveria ser uma medicina preventiva, uma promoção, essas coisas, às vezes é mais um pronto-socorro mesmo, onde a gente resolve, ajusta a medicação quando não está bem, eu ficaria muito mais feliz se numa consulta fosse mais um bate-papo, o meu trabalho seria mais fácil, mais prazeroso, do que ficar corrigindo problemas de ajuste de medicamento, de insulina. A gente gostaria de fazer um pouco mais, mas a demanda é muito grande, precisava pensar numa redivisão de área. Cada dia cadastramos mais famílias, as micro-áreas estão sobrecarregadas, com isso a gente só consegue atender a demandas e a população fica abandonada, porque são sempre as mesmas pessoas e a população adocece. Eu aqui tenho uma dificuldade porque como sou a única acs, não vou na casa todo mês, acabo não acompanhando, fico mais com a parte de entregar cartinha, cobrir a área toda né, quando todas as micro-áreas tiverem seu agente comunitário vamos conseguir trabalhar melhor, acompanhar de perto. Acho que deveria ter mais espaço na agenda para atender hipertenso e diabético, o programa tem uma inclinação muito grande, às vezes o acompanhamento é mais breve do que a gente consegue fazer, temos uma agenda lotada com os outros problemas que deveriam estar no nível secundário, por exemplo, não temos esse serviço no município para dar esse suporte, então acabamos absorvendo tudo e ocupando a vaga de quem deveria estar acompanhando aqui. Tem município que consegue agendar dez pacientes numa manhã, o profissional começa a atender às sete horas, não é que nem aqui que a gente vai começar atender os agendados as nove, nove e meia, porque tem que deixar vagas para atender as pessoas em situação de eventualidade. Uma reorganização de todo serviço para que a gente tenha uma boa qualidade no atendimento programático, um AME e uma UPA também ajudariam a absorver essa demanda. Eu sinto que vamos tampando os buracos porque a gente não faz prevenção, não dá tempo e os custos com internações de AVC, por exemplo, são muito maiores e dificultosos do que essa reorganização. Agora a gente vê que apesar desses pacientinhos não virem tão assíduos, porque continuaram fazendo atividade física por eles, acabou perdendo um pouco a parte de prevenção, estamos muito focado na doença. Por conta da própria rotina da unidade de atendimento eventual e do Nasf, porque a gente realizava o grupo de quinta-feira, acabou que não conseguimos mais fazer e aí se perdeu um pouco, os pacientes tem essa visão

da questão só do curativo. A gente na Estratégia Saúde da Família não consegue fazer a prevenção como à gente deveria, fazer promoção à saúde, primeiro pela rotina da unidade que eu acho que atrapalha um pouco, e também pela falta de percepção da população em relação a isso, que é importante fazer a prevenção. Acho que poderia ter mais grupos aqui, de caminhada, de controle de ganho de peso, até um grupo do NASF, de qualidade de vida para ter um lazer pra esse tipo de paciente porque, às vezes, as situações estressantes do dia-a-dia acaba subindo a pressão, então são problemas de vida mesmo, e a pessoa controlando os seus problemas sociais, acaba tendo um melhor controle de pressão. A gente tinha um grupo de idosos hipertensos, agora não estamos tendo oportunidade, a equipe está com um número reduzido de funcionários, mesmo assim a equipe faz o que pode, o médico consulta bem, às vezes o paciente vem fora do horário o médico atende, então eu acredito que eles dão o máximo de si. Com o NASF conseguimos ter alguns grupos, mas também agora está um pouco desmembrado. Estou fazendo especialização, a gente vê que os profissionais fazem muita idéia do que seria ideal mesmo para saúde da família, seria o trabalho em grupo, não esse atendimento individual que a gente faz, faz, faz, faz e é todo dia uma bola de neve, fica só apagando um incêndio. A gente teria que ter feito um trabalho antes pra não chegar a esse ponto, mas é um trabalho de formiguinha! (E1, E4, E7, E8, E10, E13, E14, E15, E17, E18, E19, E23, E24, E26, E27, E30, E32, E34)

Esse discurso demonstra que a maioria dos profissionais tem uma percepção crítica do número excessivo de atendimento de demanda espontânea, dificultando a organização do processo de trabalho/cuidado e contribuindo para a descaracterização da ESF, isso fica evidente nas seguintes falas: “... a demanda espontânea toma conta de quase todo nosso atendimento e essa rotina é desgastante...”, “... acho que estamos longe daquilo que é preconizado pela Estratégia Saúde da Família porque a nossa prioridade é sempre o atendimento eventual.”, “... deixamos de fazer atividade de promoção e prevenção.” e “acabou perdendo um pouco a parte de prevenção, estamos muito focado na doença.”. Percebe-se que os profissionais consideram que a rede de assistência apresenta fragilidades no nível secundário de atenção à saúde municipal, conforme mostram as falas: “... não temos esse serviço no município para dar esse suporte, então acabamos absorvendo tudo e ocupando a vaga de quem deveria estar

acompanhando aqui.” e “... um AME e uma UPA também ajudariam a absorver essa demanda.”.

IC 4: Preocupação da equipe de saúde em organizar a rotina do processo de cuidado.

DSC 4

A equipe era muito focada no eventual, os pacientes eram acostumados com esse atendimento, a gente conseguiu fazer um esquema de agendamento quinzenal, e isso reduziu muito a nossa taxa de eventuais, então agora conseguimos fazer o paciente agendado. Tem o trabalho do hiperdia para os pacientes que acabam perdendo um pouco o seguimento, convocamos e a maioria comparece, então a gente acaba não perdendo o acompanhamento deles, acho isso também bem interessante. A gente tinha muitos casos de pressão arterial descompensada, que vinham no extra, que eram pacientes descompensados porque não tomavam o medicamento certinho, montando o hiperdia conseguimos reduzir essas urgências relacionadas à hipertensão e ao diabetes e também conseguimos fazer com que a gente acompanhe periodicamente esse paciente, uns com retorno mais breve, outros com retorno um pouco mais de três meses, outros de seis em seis meses. O hiperdia está sendo realizado uma vez por mês, agendamos em torno de vinte pacientes e faz o atendimento mais direcionado. Se não tem vaga, às vezes encaixa individual, tem os casos que são individuais mesmo, que não vem no hiperdia. Temos atendido como pacientes programáticos, então eles têm um tempo que é dedicado exclusivamente a eles, fazemos as consultas, os pacientes que estão mais controlados a gente procura vê-los pelo menos duas vezes por ano e os pacientes que estão mais descontrolados tem uma periodicidade maior, então, no ano passado essa experiência foi boa, conseguimos captar algumas pessoas que já estavam há muito tempo sem aparecer aqui e que vieram, nem sei se sabiam que iam encontrar um grupo, mas não importa, vieram, foi uma forma de trazê-los até aqui, então achei legal e assim a gente tem um espaço reservado para eles né, isso é importante. Temos o cuidado de que eles passem uma vez por ano em uma consulta médica, uma consulta de enfermagem e um grupo de hiperdia. O grupo de hiperdia acontece

a cada quinze dias na unidade, sempre com um profissional de referência, sempre tem uma acs e uma auxiliar de enfermagem, é lógico que o nosso maior foco é a hipertensão e o diabetes, mas às vezes trabalhamos algum tema diferente. A gente tem a agenda e intercalamos, na verdade é agenda médica e de enfermagem, então a cada seis meses os pacientes que estão bem controlados, eles passam numa consulta e a gente aproveita para reorientar, pedir alguns exames que são necessários. Na consulta de enfermagem a gente trabalha mais a questão de orientação alimentar, medicações e a consulta médica é mais voltada para a clínica né, pensando sempre nessa integração, as consultas são intercaladas entre a enfermeira e o médico, o que diminui a distância e conseguimos ter uma visão mais próxima do paciente. Estou aqui há dois anos e meio e quase todo esse tempo eu tinha os dois médicos, e nós trabalhávamos diferente com cada um, porque cada profissional tem o seu perfil. Então, com a doutora, ela preferia fazer tudo no seu horário de expediente, convocava e atendia no horário de expediente. O doutor já tinha uma demanda maior e não conseguia dar conta, então a gente conseguia fazer fora do horário, não só pela demanda, também por ser uma facilidade, acabava facilitando um pouco a adesão dos pacientes dele. Como eu sou uma enfermeira para dois médicos, eu tenho dificuldade na minha agenda para conciliar com eles, então também fora do horário facilitava um pouco para mim. Tem o dia que é reservado só pra eles, além disso, temos o hiperdia que faz fora do horário, porque no horário de atendimento não dá, não tem como encaixar, então a gente acaba fazendo a cada 15 dias o grupo, muitas vezes tem atendimento, tem orientação e uma palestrinha. Então assim, não está disperso, eles estão inseridos. No ano passado como os médicos tinham a necessidade de pagar horas, então em um dia à noite depois do horário eles atendiam só os pacientes hipertensos e diabéticos, então isso também facilitava porque alguns pacientes trabalham então acabavam vindo com mais facilidade. A cada quinze dias à noite eu tenho o hábito de fazer o grupo, a gente faz reunião, alguém dá uma palestra ou faz alguma roda de conversa e são feitas todas as aferições, o paciente que houver necessidade que eu analise o prontuário, vejo que não estão acompanhando, que estão descompensados ou que precisa fazer exame entra para consulta médica. É a primeira vez que eu estou trabalhando numa equipe aonde a gente atende hipertenso e diabético num horário que é após o expediente. Acho que vale muito a pena porque a gente não está tão

acelerado durante o dia que tem agenda, você fica naquela angústia, que eu tenho que atender todo mundo e você acaba não dando atenção. Então, com esse horário mais estendido que é a cada quinze dias, atende doze pacientes, você acaba ficando mais tranqüila, dando mais atenção, também acho que vale para os pacientes porque eles também ficam mais satisfeitos, tem um tempo maior para ser atendido do que na agenda normal. A gente dá bastante atenção, eles vêm para o controle, se está alterada a pressão ou a glicemia, já fala com o doutor, já pega o prontuário, se precisar alterar ou ajustar a medicação ele já ajusta, a gente orienta de novo, tudo o que precisa, que eles já estão cansados de fazer, de saber, falamos de novo, tanto na farmácia, como em todos os setores que esse paciente acaba passando. Alguns acabam vindo nessas consultas eventuais porque sabidamente são hipertensos e diabéticos e estão passando mal de alguma maneira, então na aferição da pressão ou do HGT podemos constatar alguma alteração, a gente também faz as medidas de rotina, tem horários que as auxiliares de enfermagem aferem as pressões, fazem HGT de quem tem diabetes, e muitos desses pacientes vêm para um controle, e algumas vezes constata que está descontrolada a doença, então a própria auxiliar de enfermagem passa orientação com relação a medicação, e pergunta para nós, médicos e para as enfermeiras também, qual conduta tomar naquele momento. Procuramos sempre atualizar com as ACS a listagem dos hipertensos para ver quem está acompanhando e quem não está, mas não é sempre que conseguimos fazer isso, ver quais estão pelo menos recebendo a visita delas, facilita até o nosso trabalho de perceber qual paciente está precisando. Essa busca através das ACS, passa quem está mais desacompanhado ou até quem vem procurar porque acha que não está tão legal. A gente faz a busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos, pegamos por micro-área todos os hipertensos, todos os diabéticos, convoca para uma data e se ele não vem a gente anota isso em prontuário, por exemplo, daqui seis meses a gente vai chamar novamente, mas também cabe a co-responsabilização dele de vir, e os que precisam fazer uma visita, a gente faz. Toda equipe participa desse cuidado, desde a separação dos prontuários, feito pelo auxiliar administrativo, o acolhimento, quando o paciente é orientado a fazer o controle pressórico, qualquer alteração o auxiliar de enfermagem já procura o médico ou o enfermeiro para orientar a conduta em relação à alteração da pressão arterial. A gente trabalha bem, tem bastante recurso, faz visita, faz

grupo, faz visita com as auxiliares de enfermagem, a gente orienta, vê se está tomando a medicação corretamente. Hoje mesmo eu estava pensando que a saúde está indo até a casa da pessoa, então eu acho que só não se cuida quem não quer mesmo. Tem paciente que não dá para vir no grupo, às vezes não escuta direito, tem alguma dificuldade para vir até aqui, a gente acompanha individual ou faz visita. É bom porque têm muitos pacientes que às vezes não pode vir até o posto, a enfermeira, o médico vai até a casa. As visitas domiciliares para esses pacientes que têm maior dificuldade de estar vindo para o controle, a consulta, a coleta de exames, então tanto os auxiliares de enfermagem, as agentes que já é de rotina, o médico, o enfermeiro, fazem esse acompanhamento de visita domiciliar e na nossa agenda do dia-dia de hipertenso e diabético. No dia de atendimento desses pacientes, a dentista já orienta porque a maioria deles não tem a dentição completa e faz uso de prótese, então, ela sempre tem uma agenda mais flexível no dia que a gente atende hipertenso porque já pedimos uma avaliação dela, para uma orientação de higiene ou para agendamento. As agentes comunitárias na visita domiciliar, principalmente em relação ao tratamento e aos medicamentos, que são pacientes que às vezes acumulam muitos medicamentos em casa, mistura medicamento vencido, então o agente comunitário ali no dia-dia, na casa, orientando e vendo se ele está sendo acompanhado, vindo às consultas, se está assistido e cadastrado como hipertenso e diabético, vê se está tomando o remédio certinho, pega a receita, se eles não têm leitura, faz caixinha, tenta explicar, porque esses pacientes podem ter outras comorbidades e eles acabam trazendo os casos com mais agilidade. Quando tem um exame alterado a gente convoca, manda a cartinha, orienta, a minha parte é orientação, eu vou até casa oriento, explico sobre a doença. A nossa parte enquanto equipe é tentar trazer esse paciente para o acompanhamento, e realmente a gente precisa pensar em alguma estratégia pra isso. Nesse ponto a nossa equipe é muito boa porque vai atrás, o paciente faltou a gente reconvoça. (E1, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E15, E18, E20, E21, E22, E23, E25, E26, E27, E28, E29, E31, E33, E34)

Esse discurso mostra que, conforme a percepção da maioria dos profissionais, as equipes de saúde conseguem compreender a complexidade do cuidado ao hipertenso e/ou diabético e organizar o processo de trabalho/cuidado para tentar atender as necessidades demandadas por esses pacientes, apesar das

inúmeras dificuldades encontradas em sua rotina de trabalho, ficando evidente nas seguintes falas: *“Tem o trabalho do Hiperdia para os pacientes que acabam perdendo um pouco o seguimento...”*, *“Se não tem vaga, às vezes encaixa individual...”*, *“... a gente tem um espaço reservado para eles...”*, *“... no horário de atendimento não dá, não tem como encaixar...”*, *“... a própria auxiliar de enfermagem passa orientação com relação à medicação...”*, *“A gente faz a busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos...”*, *“... os que precisam fazer uma visita, a gente faz.”*, *“No dia de atendimento desses pacientes, a dentista já orienta...”* e *“Quando tem um exame alterado a gente convoca...”*.

IC 5: Olhar diferenciado para esses pacientes.

DSC 5

Pacientes analfabetos a gente separa as medicações que eles vão tomar, para não terem erro na medicação, esse é um trabalho legal! Quando o paciente fica na recepção também tenho que acolher com outros olhos, porque ele pode estar se queixando de alguma dor de cabeça, tenho que verificar se é grave ou se não é, então assim o paciente chegou à unidade tenho que ver o que está acontecendo, olhar como um todo esse paciente. Tem que acolher corretamente! Aqui tem um super atendimento para o hipertenso e o diabético, a gente fica bem em cima deles né, cuida bem, dá uma assistência bem legal, não deixamos esperar muito, se está alterado, já passa para doutora. A equipe procura fazer o máximo possível, os pacientes são muito bem tratados, tem uns que tomam os remédios aqui porque não conseguem tomar a medicação sozinhos em casa, a gente dá o apoio, então depois que ele tomou, o profissional que está no corredor e que vai atender esse paciente, dá chá, dá bolacha, então o nosso tratamento é diferenciado. Temos um cuidado, um carinho especial, não rotulamos o hipertenso e o diabético, é o paciente que tem a doença, a hipertensão e o diabetes, e a gente tenta sempre oferecer uma atenção especial. (E1, E 2, E5, E9, E16, E34)

Nesse discurso, fica evidente a preocupação de alguns profissionais em acolher esses pacientes de uma maneira diferenciada, porém algumas falas demonstram uma fragilidade dos profissionais imporem limite nessa relação

profissional – paciente, banalizando o cuidado para o “tratar bem”, o que pode interferir na autonomia e autocuidado do paciente, como mostra a fala a seguir: “... os pacientes são muito bem tratados, tem uns que tomam os remédios aqui porque não conseguem tomar a medicação sozinhos em casa, a gente dá o apoio, então depois que ele tomou, o profissional que está no corredor e que vai atender esse paciente, dá chá, dá bolacha, então o nosso tratamento é diferenciado.”.

IC 6: Vínculo entre o paciente e a equipe de enfermagem – continuidade do cuidado.

DSC 6

As auxiliares que ficam normalmente na parte da aferição da PA e glicemia, conhecem mais a vida do paciente, muitas vezes mais do que a gente mesmo que atende. Elas sabem o que o paciente comeu, como eles estão tomando a medicação, isso é importante porque às vezes vamos atender o paciente e ele não vai contar na consulta, mas acaba contando para auxiliar que é com quem ele tem mais contato. A equipe de enfermagem é excelente, existe aquela preocupação com o paciente, a gente sempre está conversando, discutindo os casos que chegam diretamente para elas, confio bastante no trabalho delas. O hipertenso e o diabético têm bastante contato com as auxiliares de enfermagem, porque são elas que vão fazer o primeiro contato, aferindo a pressão e o HGT, ensinando a usar insulina, entregando a medicação. Teve uma época que a gente recebia estudante de enfermagem, uma paciente minha ficou durante um tempo acompanhando certinho com o estudante, ele ia junto comigo em visita, marcamos consulta, teve uma que foi multidisciplinar e não é que ela foi tomando o remédio certinho, acho que ela foi gravando as coisas na cabeça, tudo que falava, então eu fui lá peguei a demanda e trouxe. Hoje vou lá faço a visita e vejo como está, olho os remédios, se está verificando a pressão, eu venho, converso com a enfermeira, indico para o hiperdia, então uma se comunica com a outra. (E4, E5, E13, E34)

Esse discurso demonstra a importância da equipe de enfermagem como referência para garantir o vínculo e a continuidade do cuidado ao hipertenso e/ou diabético, além disso, fica evidente a confiança depositada nesses profissionais,

como está apresentada nas falas a seguir: “... acaba contando para auxiliar que é com quem ele tem mais contato.” e “A equipe de enfermagem é excelente, existe aquela preocupação com o paciente... confio bastante no trabalho delas.”.

Tema 3: Opinião em relação à estrutura (física, materiais/medicamentos e recursos humanos) da USF.

IC 1: Estrutura física boa.

DSC 1

A parte de infraestrutura não vejo problemas, é tranquilo, a gente tem espaço suficiente, quando eles procuram a unidade eu acho que é tudo muito tranquilo, temos espaço para quando eles não estão muito bom, quando vem com o diabetes descompensado, a pressão alta, tem uma estrutura que comporta receber os pacientes. Embora os consultórios sejam pequenos, acho que não é por falta de estrutura física que a gente deixa de prestar um atendimento, se a gente quiser fazer um grupo, tem como readaptar na unidade e fazer, mesmo usar o espaço externo. Depois de algum tempo a gente conseguiu conciliar, saiu uma equipe daqui porque eram três equipes, então, agora tem pelo menos consultórios para cada uma das pessoas que vem aqui, conseguimos conciliar o pessoal do NASF que às vezes precisa de um consultório, quando estavam as três equipes isso era muito difícil, a gente até queria atender o paciente, mas muitas vezes não tinha sala. No outro posto antigo era muito pequeno, muito apertado, aqui tem bastante espaço, em termos de consultórios, salas de grupo, salas de espera, para orientação, a farmácia. É uma Unidade grande, tem duas equipes, não falta espaço para atendimento desses pacientes, temos salas e espaço pra fazer grupo, não pode reclamar, a gente vê lugar que é bem pior. Temos uma estrutura diferenciada, até mesmo um espaço externo para trabalho de atividade física, uma caminhada, um exercício de alongamento, aproveitando os profissionais do NASF, fisioterapeuta, educadora física, então em termos de estrutura é excelente, não tenho nem o que falar, é ótima, é melhor do que qualquer hospital, é muito bom, tem bastante espaço.
(E1, E3, E17, E18, E19, E20, E21, E27, E28, E30, E32, E33, E34)

Nesse discurso, os profissionais consideram a estrutura física das USF boa, apesar de alguns relatos demonstrarem uma adequação dessas unidades de saúde, como mostra a seguinte fala: *“Embora os consultórios sejam pequenos, acho que não é por falta de estrutura física que a gente deixa de prestar um atendimento, se a gente quiser fazer um grupo, tem como readaptar na unidade e fazer...”*. Além disso, é apontado que algumas unidades de saúde passaram por um processo de mudança, o que facilitou a reorganização da equipe em relação ao espaço físico da unidade e em consequência disso, melhorou a rotina de trabalho dos profissionais, como está apresentado nesta fala: *“... saiu uma equipe daqui porque eram três equipes, então, agora tem pelo menos consultórios para cada uma das pessoas que vem aqui...”*.

IC 2: Estrutura física inadequada.

DSC 2

Poderia até ter um espaço para eles, porque quem nem, quem está com a pressão alta, toma um remédio e vai para recepção, acho que às vezes ali ele fica tenso, olhando os outros na sala de espera, poderia ter um local para ficarem com alguma coisa para distrair, já os diabéticos é mais difícil porque ficam no soro, mas também um local mais confortável para ele deitar, para não ter que ficar esperando na recepção. Acho que faltam consultórios, tem o mínimo para atender, nós somos em duas equipes, recebemos internos, até agora nesse ano a gente tinha residentes, tem o Nasf, então falta espaço para atender e até mesmo a realização de grupo, é uma coisa que acaba privando a gente também de elaborar outras estratégias. Tem um monte de coisa que a gente não faz por causa da estrutura, a nossa unidade é bem pequena, está crescendo e aumentando os problemas, eu vejo assim, os internos querendo atender e não tem sala, é um problema, poderia ter mais salas pra atendimento, para serem feitos grupos, para essa parte de ginástica, alongamento, para atividades coletivas a gente tem uma sala que é muito pequena. Quando foi projetada a unidade deveria ter projetado uma sala maior para grupo, acho que falta espaço porque recebemos muitos estudantes, tem muita gente e a demanda aumentou muito. Esperamos uma nova adequação, como vai crescendo

muito a população, então você vai ampliando, hoje temos uma unidade grande, mas que não comporta os funcionários porque recebemos muitos estudantes, então se torna pequeno. A estrutura física é boa, mas devido à demanda ser excessiva, a gente tem algumas faltas de salas para o pessoal ajudar, nós temos os internos do sexto ano da medicina e alunas da enfermagem. A estrutura é boa, talvez se pudesse ter alguma coisa mais ampla em relação à parte de atividade física, uma sala de reunião, porque aqui é uma estrutura grande só que tem muita gente, são duas equipes e nós recebemos a faculdade, então fica um pouco a desejar por conta disso, fazemos um revezamento de salas. A gente pensa em grupo daqui, grupo dali, teve grupo que aconteceu aqui na minha sala, não fizemos mais porque fica inviável, é apertada. A sala de espera é um lugar legal, inclusive, na semana que vem nós estaremos fazendo um grupo de resultado de exames, com orientações de nutricionista, educador físico, lógico que não vamos expor os pacientes, mas quem estiver vai aprender também. Aqui na nossa equipe, a dificuldade é que a gente não tem lugar pra grupo, todos os grupos que tiveram até hoje nós, auxiliares de enfermagem, nunca pudemos participar porque não é aqui na unidade, não temos local adequado, é a maior dificuldade. É muito precária, tudo é muito improvisado, ainda estamos em casa alugada, isso dificulta bastante, são ambientes totalmente adaptados, o que dificulta o acesso, dificulta da gente ter aluno. A nossa sala de curativo, que na verdade não é uma sala de curativo, principalmente para os diabéticos, não tem a pia para lavar, não tem a sala adequada, então quando eles vêm com ferida é horrível! Temos uma escadinha que a gente coloca papel lençol, sabemos que contamina, e ali é o mesmo lugar que colhemos sangue, que faz medicação, sabemos que está errado, inadequado e a gente nem faz o curativo tão bem feito quanto deveria ser. (E1, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E22, E23, E24, E25, E26, E29, E31)

Nesse discurso, fica evidente que a maioria dos profissionais consideram a estrutura física das USF inadequadas, principalmente em relação aos consultórios e às salas de grupo, como mostram as falas a seguir: “... vejo assim, os internos querendo atender e não tem sala...” e “... falta espaço porque recebemos muitos estudantes, tem muita gente e a demanda aumentou muito...”. Além disso, a fala: “Temos uma escadinha que a gente coloca papel lençol, sabemos que contamina, e

ali é o mesmo lugar que colhemos sangue, que faz medicação...”, demonstra a dificuldade de terem que improvisar para garantir a assistência ao paciente.

IC 3: Não há falta de medicamentos e de materiais.

DSC 3

Aqui na unidade é difícil a falta de materiais e medicamentos, se falta a gente vai atrás, hoje mesmo não tinha uma medicação, fomos a outra unidade e buscamos, remédio não falta. É muito difícil faltar, temos um pouco de dificuldade em relação ao pedido, mas não chega a ser um problema, a gente sempre tenta contornar, emprestar medicação, mas é raro, pelo menos o básico é difícil faltar, então o paciente não vai ficar sem a medicação, na maioria das vezes que eles procuram tem, pelo menos o que tem na rede sempre encontram! Acho que atende bem a demanda, principalmente agora com essa nova farmacêutica, se acaba, liga na farmácia e eles mandam, mas assim não falta medicamento, pode até faltar por causa do estoque, mas sempre tem o clorana, aqui esse remédio não falta. As coisas que precisa aqui, tipo esteto, esfigmo, tentam manter a manutenção melhor possível, a gente às vezes fica meio sem, mas sempre tem um. Acho que agora deram uma estruturada, compraram bastante coisa nova, sinto falta do esteto para obesos, mas acho que em breve já vai ser solucionado. (E1, E4, E8, E9, E11, E12, E14, E16, E19, E20, E23, E25, E29)

Esse discurso demonstra que alguns profissionais não observam falta de medicamentos e materiais que prejudiquem a assistência a esses pacientes, se isso acontece, a unidade de saúde consegue se organizar para não comprometer essa oferta, isso fica evidente nas seguintes falas: “... *hoje mesmo não tinha uma medicação, fomos a outra unidade e buscamos, remédio não falta.*” e “... *a gente sempre tenta contornar, emprestar medicação...*”.

IC 4: Boa estrutura medicamentosa.**DSC 4**

Acho que Botucatu tem uma estrutura boa de medicação, eu sei que é porque eu vim de um lugar aonde a gente tinha um leque muito pequeno de opções para usar, aqui a gente tem losartan, além do captopril, tem o enalapril que tem uma posologia mais confortável, tem antagonista de canal de cálcio que é a nifedipina, tem três tipos de diuréticos, então eu acho que com o que temos a gente consegue trabalhar legal. Um remédio ou outro que é melhor e sabe que vai ser bom para o paciente, a gente até tenta pactuar se dá para ele comprar, mas com o que temos aqui dá para iniciar um tratamento, um bom tratamento para hipertensão, eu não sei se é a melhor estrutura, a ideal, acredito que não porque tem muito remédio bom, mas acho que para SUS é uma boa estrutura medicamentosa. Em relação à oferta de medicação eu acho que a gente tem o necessário para o tratamento dos pacientes, o que temos de remédio consegue dar conta de atender as necessidades dos pacientes, o que o doutor prescreve e opta está sendo contemplado, é o suficiente. Acho que pelo menos a cesta básica que o município tem de medicamento, para quem é controlado, é suficiente, um ou outro que a gente já viu e tem relatos de que não teve sucesso com esses medicamentos. (E1, E3, E4, E14, E23, E27, E28)

Nesse discurso, alguns profissionais consideram que a rede de Atenção Básica dispõe de uma boa estrutura medicamentosa para atender as necessidades dos hipertensos e diabéticos, como mostram as falas a seguir: “... com o que temos aqui dá para iniciar um tratamento, um bom tratamento para hipertensão...” e “... o que temos de remédio consegue dar conta de atender as necessidades dos pacientes...”.

IC 5: Acontece falta de medicamentos e de materiais.**DSC 5**

Tem hora que a gente realmente tem falta, faltam medicamentos básicos e materiais, também se torna sacrificante para o profissional que está aqui porque muitas vezes o paciente ele não entende, ele pensa que a gente está fugindo na hora de entregar o remédio. Alguns medicamentos às vezes são inseridos, mas depois vem e são retirados, e o paciente se adaptou, mas também para comprar ele não tem condições. O rol de medicamento existe, mas às vezes nesse rol uma porcentagem não tem! Às vezes eu chego a negar algum medicamento, mas também a reposição não é tão rápida quando às vezes pregam que deveria ser! Então, acaba faltando medicamento, mas na medida do possível, a gente acaba suprindo, já consegue repor. Eventualmente ocorre de faltar remédio, principalmente esses medicamentos que não deveriam faltar devido ao uso contínuo, a gente sabe que em muitos casos não é por conta de não ter o medicamento, é falha do pessoal. Até uns dois meses atrás não sentia falta desses medicamentos, principalmente o captopril e o clorana e há alguns meses a gente está sentindo essa falta porque diminuiu muito, então alguns andaram faltando, orientamos que tem farmácia popular, que nem precisa comprar. O que me falta é um carrinho de emergência, que se eu tiver alguma complicação aqui eu não tenho esse carrinho, eu tenho alguns equipamentos, não todos, né! Às vezes pela qualidade do material acaba se quebrando e demora um tempo para ser repostado, então eu vejo essa dificuldade. Material de curativo todo mês falta, nunca é suficiente! O aparelho de pressão não é muito bom, vive indo para o concerto, acho que deveria ter uns aparelhos melhores. Tem algumas faltas pontuais, por problemas de distribuição, mas não é sempre que acontece, não chega a ficar muito tempo com falta de material. (E2, E4, E6, E7, E10, E18, E21, E22, E23, E25, E26, E27, E29, E30, E31, E32, E33, E34)

Esse discurso demonstra que a maioria dos profissionais observam a falta de medicamentos e materiais, conforme as falas a seguir: “... faltam medicamentos básicos e materiais...” e “... chego a negar algum medicamento...”. Outra questão apontada é a fragilidade no processo de organização para garantir essa oferta aos pacientes, como mostram as falas: “... a reposição não é tão rápida quando às vezes

pregam que deveria ser!” e “... não é por conta de não ter o medicamento, é falha do pessoal.”.

IC 6: Deficiência em relação aos recursos humanos.

DSC 6

Acho que funcionário deveria ter mais, para ter um atendimento melhor e garantir que esse paciente programático passe em consulta pelo menos a cada seis meses, e aqui a gente não consegue, uma porque o paciente não se cuida e tem muita demanda, deveria ter mais um médico, aqui eu vejo, os médicos estão esgotados, as enfermeiras também, todo mundo está esgotado, o nosso serviço fica anulado por conta disso, a população está crescendo e a gente não está acompanhando, tem muita gente vindo de fora, estamos com o mesmo número de funcionários do que quando eu entrei, de uns tempos para cá, o número de acs diminuiu ao invés de aumentar, além de ser uma situação muito desigual porque em outras unidades tem uma população muito menor com o mesmo número de acs ou até mais, a gente sabe disso! A demanda é sempre maior do que a gente tem, mas como sempre acabamos dando conta da demanda com o que temos aqui, eu acho que não tem uma urgência por parte da coordenação de colocar novos profissionais. Faltam muitos recursos humanos ainda e por ser uma unidade que a gente não tem o número da população exata, isso acaba desgastando. Pela demanda que nós temos, eu acho que dependeríamos de outro médico, nós temos uma média de cinco mil pacientes, quatro mil são cadastrados e o restante é flutuante pela característica da nossa área, tem muito atendimento eventual, isso consome a nossa equipe, a gente não consegue priorizar outras atividades, como fazer prevenção, infelizmente não dá nem para pensar nisso porque a gente nunca sabe como vai ser o outro dia. Teve uma época que a gente tinha três médicos aqui, que dava conta muito bem do serviço, não faltava vaga na agenda, não tinha um agendamento para muito longe, e de auxiliar de enfermagem talvez se contratassem uma ou duas a mais também facilitaria, assim como de enfermeiro porque a nossa área é uma área grande e que usa muito o serviço. A maior dificuldade é que na maioria das vezes não há substituição e a equipe fica defasada, a nossa população

aumentou muito, agora estamos com mais dois bairros, então há falta de profissionais, quando um falta ou está de férias, ninguém vem para substituir, nunca vem profissional para substituir um outro que teve algum problema. A gente trabalha com o número ali em cima de auxiliar de enfermagem, então tem férias, um entra de licença, é uma grande dificuldade pra suprir e conseguir reposição desse profissional. Eu tinha quatro auxiliar de enfermagem, uma saiu esses dias e agora ficaram três, mas outra está de férias, então ficaram só duas. Não é sempre que eu tenho a equipe de enfermagem inteira, não há uma reposição, então não dá para participar de uma atividade educativa, a questão de atendimento médico também, como é livre demanda, porta aberta, a gente não dispensa ninguém, é difícil ficar uma hora e meia fazendo uma atividade sem ter que atender ninguém, isso também compromete a atividade, principalmente as relacionadas a grupo. Precisaria de mais um auxiliar de enfermagem para ficar tranqüila e treinar outra na vacina, eu tenho uma escalada em cada setor, se faltar um, o outro já vai cobrir duas. Estamos trabalhando com um quadro reduzido de auxiliar de enfermagem, atualmente só com duas, por férias e demissão, mas é um numero insuficiente, trabalhar com duas auxiliares é muito complicado! Se a minha médica tem algum problema, posso esperar que vou ficar um tempo sem médico, não tem profissionais para fazer essa cobertura, é difícil! Estou vivendo com o maior problema dos médicos, depois que os dois saíram um vem, mas ficam quinze dias, vai embora, agora estou com a médica há dois dias esperando que ela realmente vá ficar, e o provab que eu espero que fique até fevereiro. Agora a gente vai ficar sem médico, sempre acontece de estar faltando, agora eu estou com outro colega que está na minha área, por isso que eu também estou tendo essa tranqüilidade de trabalho, principalmente de agendamento, e fazer um trabalho mais amplo em medicina de família, mas, por exemplo, eu estou saindo e o colega vai ficar sozinho! Então, vamos ver se resolve esse problema, fora os auxiliares de enfermagem, semana passada mesmo tinham três, porque uma estava de férias e outra de licença médica, fica difícil suprir a demanda de atendimento. Está faltando agente comunitário, tanto na urbana quanto na rural. Na rural está faltando três agentes, na urbana dois e tem uma que saiu de licença maternidade e não tem ninguém para cobrir a área dela. Tem duas áreas descobertas e nessas duas eu tenho hipertenso e diabético! Então, às vezes a gente descobre um que aparece do nada, é área descoberta, que fazia acompanhamento,

perdeu segmento, isso atrapalha bastante o andamento. A gente está sempre trabalhando com déficit de agente comunitário, isso atrapalha demais a busca ativa. Tanto é que eu saio do meu serviço e vou buscar minhas crianças lá na minha mãe e a hora que eu estou voltando eu vejo agente ainda trabalhando pelas casas até tarde. Aqui, eram quatro, uma pediu para ser mandada embora, ficaram três, a outra está de licença gestante, somos só em duas, então está bem sobrecarregado. O agente comunitário é um profissional que está defasado mesmo, e ele é muito importante pra se trabalhar na saúde da família, não tem como fazer saúde da família sem agente comunitário! Nada de contratar, pelo contrário, eles trabalham aqui e cobrem as outras áreas na medida do possível. É muito difícil, a gente fica juntando os cacos! Estamos com um gravíssimo problema com relação ao agente comunitário de saúde, a nossa área está muito defasada, tem muitas micro-áreas que estão totalmente descobertas, então os pacientes crônicos não estão recebendo visitas periódicas do ACS, e a gente perde muito com isso, ficamos sem o feedback do controle desses pacientes, do uso correto dos medicamentos, se teve algum evento adverso, se foi hospitalizado, fica difícil essa comunicação. Não estamos mais trabalhando como um PSF porque o agente comunitário não trás mais a demanda, você acaba resolvendo e planejando tudo que chega na Unidade, isso acaba prejudicando principalmente o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e o cadastramento desses pacientes, aqui é um bairro muito rotativo, as pessoas mudam, vem pessoas novas e muitas vezes demoram para procurar um serviço de saúde e quando tem um agente comunitário que faz a visita, o cadastro domiciliar, a gente consegue capturar mais rápido esses pacientes. A médica, a enfermeira, a auxiliar administrativa e a da limpeza quando saem de férias não tem reposição, ninguém vem cobrir! Na falta do médico, é o enfermeiro que banca né! Tenho até dó do enfermeiro! Eu fiquei sem o auxiliar administrativo, outro profissional da equipe acaba cobrindo, vira um caos, é uma bagunça! É muito difícil! Se alguém sai de férias, tinha que cobrir, nós não temos isso e não é nessa unidade, é em todas. A rotatividade dos funcionários é imensa! (E4, E5, E6, E7, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E25, E26, E28, E29, E31, E32, E33, E34)

Nesse discurso, fica evidente o descontentamento da maioria dos profissionais em relação aos recursos humanos, principalmente a falta do ACS, do auxiliar de enfermagem e do médico, e reconhecem que isso dificulta o

acompanhamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos segundo o que é preconizado pela ESF, conforme mostram as falas a seguir: *“Não é sempre que eu tenho a equipe de enfermagem inteira...”*, *“Agora a gente vai ficar sem médico, sempre acontece de estar faltando...”*, *“A gente está sempre trabalhando com déficit de agente comunitário...”* e *“... o nosso serviço fica anulado por conta disso...”*. Também aponta uma falha no processo de substituição desses profissionais, gerando uma sobrecarga de trabalho e a descaracterização desse modelo de atenção, como está apresentado nas falas: *“... todo mundo está esgotado...”*, *“É muito difícil, a gente fica juntando os cacos!”* e *“A maior dificuldade é que na maioria das vezes não há substituição e a equipe fica defasada...”*.

IC 7: Estrutura medicamentosa inadequada.

DSC 7

Poderia ter uns remédios de pressão mais caro, eu vejo que às vezes os pacientes reclamam que não tem condições de comprar! Temos o básico, mas sinto falta de alguns medicamentos que nos auxiliam indiretamente no controle da hipertensão ou do diabetes, por exemplo, a Sinvastatina. Tem uma série de medicamentos que a gente não tem na rede, por exemplo, a Anlodipina, e usamos bastante, então o que tem é o básico. Temos muito pouco medicamento para tratar hipertenso e diabético, se eu for fazer uma atualização em diabetes hoje, você vê que estamos muito aquém do que deveria em relação aos remédios, temos o feijão com arroz dos hipoglicemiantes, e para hipertensão também. Acho que a gente deveria trabalhar com associação e medicações mais modernas. Eu costumo tentar os medicamentos da unidade mesmo, só que com alguns pacientes sou bem sincero, eu vejo e falo “olha, não estamos controlando com os medicamentos aqui do posto, tem condições de comprar outro medicamento?” Passo outros medicamentos que não tem aqui, mas pra quem tem condição, pra quem não tem, me viro para ver o que eu consigo ajustar, até que ponto eu consigo controlar a hipertensão ou diabetes dessa pessoa. Então, faltam algumas classes mais modernas de medicamento! A rede atende uns oitenta por cento do necessário, dá para tentar melhorar principalmente os que vêm da Unesp, que tem que fazer aquela

parte de solicitação de alto custo, as sinvastatinas, o beta bloqueador que é rotina eles estarem usando. (E5, E11, E13, E15, E22, E24, E30, E34)

Esse discurso demonstra que alguns profissionais consideram a estrutura medicamentosa da rede de Atenção Básica do município de Botucatu precária em relação à terapêutica escolhida para o paciente hipertenso e/ou diabético, como mostram as seguintes falas: *“... sinto falta de alguns medicamentos que nos auxiliam indiretamente no controle da hipertensão ou do diabetes...”*, *“... estamos muito aquém do que deveria em relação aos remédios, temos o feijão com arroz dos hipoglicemiantes, e para hipertensão também.”* e *“... deveria trabalhar com associação e medicações mais modernas.”*

2.1.3. Percepção dos Profissionais de Saúde

A Tabela 4 mostra os resultados da avaliação de resultado considerando a percepção dos profissionais. Em relação à experiência com o paciente portador de HAS e/ou DM (Nota 1), a média do escore foi de 6,8. Quando perguntado sobre a experiência em relação à assistência prestada junto com a sua equipe (Nota 2), a nota média dada pelos profissionais foi de 8,2; e para a experiência em relação à estrutura da unidade (Nota 3), a média foi de 7,0.

Tabela 4. Percepção dos profissionais em relação ao paciente hipertenso e/ou diabético, assistência prestada pela unidade de saúde e sua estrutura. Botucatu, 2013.

Percepção dos profissionais	Média	Mediana	Sd*	Mínimo	Máximo
Média da nota 1**	6,8	7,0	0,7	5,8	7,5
Média da nota 2***	8,2	8,3	0,7	7,0	9,5
Média da nota 3****	7,0	7,2	0,8	5,3	7,8

* Sd: Desvio Padrão

Experiência em relação ao paciente hipertenso e/ou diabético,* Experiência em relação à assistência prestada pela unidade de saúde, **** Experiência em relação à estrutura da unidade.

Avaliando ainda a nota dada pelos profissionais, houve uma correlação positiva entre o escore do processo de cuidado e a percepção deles em relação à estrutura das USF, apresentado na Tabela 5. Isso indica que, na percepção dos

profissionais, a qualidade do processo de cuidado aumenta à medida que as USF apresentam uma estrutura adequada. Contudo, não foram observadas outras correlações, o que mostra que mesmo com as fragilidades no processo de cuidado, recursos humanos e registro dos prontuários, os profissionais não consideram isso como problema.

Tabela 5. Correlação entre os escores da estrutura física, dos insumos e dos medicamentos, do processo de cuidado, dos recursos humanos e dos prontuários com as notas dadas pelos profissionais. Botucatu, 2013.

		Percepção dos profissionais		
		Nota 1	Nota 2	Nota 3
Escore estrutura física,				
insumos e medicamentos	R	0,461	-0,056	0,427
	P	0,211	0,886	0,252
Escore processo de cuidado	R	0,112	-0,335	0,777*
	P	0,775	0,378	0,014*
Escore recursos humanos	R	-0,114	0,459	0,127
	P	0,771	0,214	0,745
Escore prontuários	R	0,36	-0,61	0,49
	P	0,342	0,075	0,177

*Correlação positiva significativa entre o escore do processo de cuidado e a percepção dos profissionais em relação à estrutura das USF.

2.2. Pacientes das Unidades de Saúde

2.2.1. Caracterização dos Sujeitos

Foram entrevistados 46 pacientes, em média 5,1 por USF. Desses, 33 (71,7%) eram do sexo feminino e 13 do sexo masculino (28,3%), apresentaram idade variando entre 32 e 82 anos, com média de 61,7 anos, mostrando que a maioria dos entrevistados eram idosos. Cerca de 89,6% dos pacientes viviam com companheiro ou familiar, apresentavam renda média familiar de 1,7 salários mínimos e 31,1% eram analfabetos (Tabela 6).

Em relação ao tempo de diagnóstico, a média foi de 11,7 anos, contrapondo esse dado, o tempo médio de acompanhamento na ESF encontrado foi de 4,4 anos, como mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Descrição das Unidades de Saúde da Família em relação aos pacientes entrevistados. Botucatu, 2013.

Usuários	Média	Mediana	Sd*	Mínimo	Máximo
Entrevistados/unidade	5,1	5,0	1,1	3,0	6,0
Idade média (anos)/unidade	61,7	62,2	3,3	55,7	65,0
Renda média familiar (s.m)**	1,7	1,8	0,5	1,0	2,7
Tempo de diagnóstico (anos)	11,7	10,8	2,8	8,5	16,8
Tempo de acompanhamento (anos)	4,4	5,4	2,3	1,0	6,8
% paciente sexo masculino/unidade	28,3	25,0	11,6	16,7	50,0
% de usuários que vivem com companheiro ou familiar/unidade	89,6	83,3	9,9	80,0	100,0
% analfabetos/unidade	31,1	33,3	18,0	0,0	50,0

* Sd: Desvio Padrão

**S.m= salário mínimo

2.2.2. Discurso do Sujeito Coletivo

Os DSC foram organizados conforme o tema abordado durante as entrevistas, a questão realizada e o questionário estabelecido para esta pesquisa (Apêndice 5).

Tema 1: Experiência em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde.

IC 1: Bom atendimento.

DSC 1

Aqui é muito bom, né? A gente tem tudo! Começando com as enfermeiras, elas atendem bem. Tratam com carinho, toda vez da consulta eu sou bem tratada, graças a Deus! Não tenho reclamação nenhuma, eu vou lá e sou bem atendida! É

muito bom, toda vez que eu venho, acompanho direitinho e sou muito bem tratada, percebo que eles se preocupam com a gente. Eu percebo um cuidado muito grande com o idoso, porque a minha mãe já é bastante idosa né, tem oitenta e quatro anos, trago ela sempre aqui e tem um tratamento muito especial, muito bom, tem um cuidado muito grande com ela, comigo, a minha irmã frequenta aqui também, é hipertensa, e é muito bem tratada. Sempre que você precisa falar o que está sentindo eles dão atenção, fazem perguntas pra gente, eu sou muito bem atendida. Nós viemos de outro bairro né, e estou muito contente aqui. A gente sente como se fosse a família, é muito bom, eles são muito simpáticos, a gente chega e já vê um sorriso nas meninas ali da recepção, da farmácia, o pessoal trata a gente muito bem, isso já ajuda porque você já vem com um probleminha de saúde e se não é bem tratado, você tem a tendência de ir pra casa triste né, e aqui não, o pessoal acolhe muito bem, é muito bom mesmo. Elas se preocupam com a saúde da gente sabe, eu venho aqui e vou para casa tranquila. Em geral quando a gente vai no médico, vai um pouco preocupada, quando chego aqui, como eu conheço todo mundo, elas são alegres, a gente vem tranquila pra cá, sabe então isso ajuda muito na saúde, ter amizade, ser bem tratada, isso ajuda mesmo. Já conheço todo mundo, eu fico satisfeito, é uma maravilha! Toda vez que eu precisei, fui bem atendida, eu não tenho o que reclamar das meninas, de jeito nenhum, conheço a maioria ali. Acho o serviço excelente, para mim está ótimo porque eu sempre fui bem atendida, já me conhece, já sabe tudo o que eu tenho, às vezes preciso uma consulta extra, consigo. O atendimento é uma beleza, pra mim é nota dez! As consultas são bem, muito boa. Eu gosto de me cuidar aqui, eles se interessam e falam com você, o atendimento é agradável. Eles conhecem a gente, principalmente o médico, já sabe bem, eu tenho muitos problemas não tenho só a hipertensão, então, ele cuida bem dessa parte, para mim está ótimo! (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E11, E13, E16, E17, E19, E20, E21, E23, E27, E31, E32, E33, E37, E38, E39, E40, E42, E43, E44, E45, E46)

Esse discurso demonstra que os pacientes consideram a experiência em relação ao atendimento boa, levando em consideração o modo como os profissionais os tratam, isso fica evidente nas falas: “*Tratam com carinho, toda vez da consulta eu sou bem tratada, graças a Deus!*” e “*Sempre que você precisa falar o que está sentindo eles dão atenção, fazem perguntas pra gente, eu sou muito bem atendida...*”. Para os pacientes, é difícil realizar uma avaliação crítica do cuidado

prestado pela equipe de saúde. Percebe-se que a relação de vínculo estabelecida com a equipe de saúde é decisiva para tal avaliação e, muitas vezes, as redes de apoio desses usuários são tão fragilizadas que o fato de chegarem ao serviço de saúde e serem “bem tratados”, já é o suficiente para considerarem o atendimento bom. Isso fica evidente na seguinte fala: *“A gente sente como se fosse a família, é muito bom, eles são muito simpáticos, a gente chega e já vê um sorriso nas meninas ali da recepção, da farmácia...”*.

IC 2: Satisfação em relação ao cuidado ofertado pela USF.

DSC 2

Tem muito cuidado, toda vez que eu venho aqui medir a pressão, participo também do grupo Bom Viver, sou muito ajudada aqui, tinha uma vida agitada e passei a ficar mais parada, nesse mês muitas vezes eu vim aqui e conversava até horas com as funcionárias. Eu acho aqui melhor do que os outros lugares, me marcaram na Unesp e eu já fui atendida, estou com suspeita de câncer, são bem atenciosos. Eu fazia caminhada com a turma aí, agora parece que pararam, né! Achava muito bom, me sentia muito bem, media a pressão aqui, ficava um pouco aqui nessa área fazendo ginástica e depois fazia a caminhada. Uma vez eu estava aqui, tinha feito a caminhada, fomos lá e voltamos, cheguei aqui, fui olhar para cima e caí, a outra médica que estava já me socorreu. Sempre quando tenho problema em alguma coisa ou se eu acho que o comprimido não está resolvendo venho aqui, falo e eles aplicam uma injeção. Mês que vem eu tenho exame de sangue e de urina e em setembro já vou passar com a médica. Pedem exames, inclusive os meus problemas eu descobri tudo por exame né, mas não deixaram de correr atrás, toda vez que você vem é bem atendido! Minha mulher veio e marcou consulta, eu venho quando preciso né, e acho que eu estou bem de consultas, eles levam o papel na minha casa, a agente comunitária foi ontem levar o papel em casa, vai atrás quando eu não venho, quando eu sumo daqui eles vão atrás. Esses dias mandaram dois papéis em casa, é que eu estou com problema na vista, daí me mandaram para fazer consulta lá no hospital do bairro. Quando precisa mudar a consulta eles avisam. Agora mesmo eu fiz o Papanicolau, eles orientam bem! No tempo que eu

tive derrame, a médica e a enfermeira foram em casa, consultavam e levavam os remédios, pedem todos os exames. Eles chamam a gente, você faz exame, vê como que está, conversam, falam e explicam o que vai acontecer, orientam a gente. Quando eu estava ruim, a diabetes estava alta, eles mandaram vir aqui, aplicaram soro para hidratar. Eu fiz exame de novo, hoje eu vim ver como que está, sempre que eu precisei, atenderam, me orientaram os riscos do diabetes e da minha pressão, que estava alta, me atenderam e deram remédio, faziam eu ficar até abaixar. Às vezes que eu passo mal, venho rapidinho aqui, elas medem rapidinho, vê como que está, ficam preocupadas, pode vir a qualquer hora que eles atendem. (E3, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E17, E18, E19, E21, E26, E27, E33, E37, E38, E39, E42, E45)

Nesse discurso, fica claro que os pacientes estão satisfeitos com o processo de cuidado ofertado pela equipe de saúde, consideram a rotina em relação à solicitação de exames e agendamento de consultas médicas como prioridade para o acompanhamento, conforme apresentado nas seguintes falas: *“Mês que vem eu tenho exame de sangue e de urina e em setembro já vou passar com a médica.”* e *“Minha mulher veio e marcou consulta, eu venho quando preciso né, e acho que eu estou bem de consultas...”*. Contudo, também aparecem, nas falas, a importância do diálogo na relação médico-paciente e da orientação/explicação, como determinantes para se sentirem satisfeitos com a assistência prestada pelos profissionais de saúde, ainda que muito voltada para o médico, como nas falas a seguir: *“Eles chamam a gente, você faz exame, vê como que está, conversam, falam e explicam o que vai acontecer...”* e *“...sempre que eu precisei, atenderam, me orientaram os riscos do diabetes e da minha pressão, que estava alta, me atenderam e deram remédio, faziam eu ficar até abaixar.”* Além disso, os pacientes consideram o papel do ACS como parte desse cuidado da unidade de saúde, o que fica evidente nesta fala: *“eles levam o papel na minha casa, a agente comunitária foi ontem levar o papel em casa, vai atrás quando eu não venho, quando eu sumo daqui eles vão atrás.”*

IC 3: Descontentamento com o atendimento da USF.**DSC 3**

Às vezes demora, mais o médico, né? Até hoje eu nunca passei nessa médica, ela começou falar palavras que não agrada né, mediu minha pressão, eu não sei se ela achou que estava alta e falou: “O senhor está com a pressão muito alta, o senhor não vai caminhar”, até respondi pra ela: “Você não manda em mim, eu vou caminhar se eu quiser, se eu não quiser eu não vou”, ela falou: “O senhor vai passar pelo médico” até respondi ela mal, depois eu fiquei meio sentido de falar isso, peguei e fui embora e afastei! Fiquei bastante tempo sem vir. Eu chego aqui e me atendem, mas tem vez que eu venho aqui morrendo de dor, muito tempo que eu tenho dor no joelho, às vezes eu quero passar numa extra com o medico, não, as enfermeiras que me chamam e atendem. Agora mesmo se for marcar uma consulta, é só para janeiro, fevereiro, nem que eu precise! Tenho consulta marcada a cada um ano, sei lá, então eu venho de extra e quando eu me sinto mal mesmo vou na farmácia, porque as vezes chega aqui a fila está grande e até você passar no médico, chegar sua vez de extra, é difícil né, eu tenho medo de passar mal então vou direto na farmácia, já tem a receita do que eu tomo. Não marco consulta porque aqui tem dificuldade de marcar né, você vai marcar só para o ano que vem, demora muito, eu não posso esperar então se passo mal tenho que correr pra farmácia. Tem que acordar cedo, você chega e tem uma fila, às vezes o médico nem atende a gente, só se tiver morrendo, ele tem mais gente pra atender né, é muita gente! Não é só por culpa dos médicos, às vezes tem pouco medico pra muita gente. Você vem aqui de manhã às sete horas pra passar numa extra, às vezes a sua pressão está alta e você fica horas e horas ali parada esperando, então você acaba indo para farmácia. Antes era mais fácil, você tinha mais contato com o médico, mas esse que entrou agora eu nem conheço, nossa sinto falta dos outros médicos porque eles sempre se preocupavam. Eu queria ter mais médicos aqui, que pedisse exame para gente, que marcasse a cada três meses pelo menos, mas esperar seis, sete meses eu não tenho paciência. Não está bom, porque com a outra médica eu fazia três, quatro consultas no ano, agora esse ano é a segunda consulta, não tirei sangue, não sei como está meu sangue, eu preciso fazer eletro, tenho que pedir para

doutora, porque a doutora não pede. A gente que tem que vir marcar consulta, é toda segunda-feira, das seis até as oito, não seria melhor da uma até as cinco, porque tem muita gente de idade que às seis horas está aqui para marcar uma consulta, não poderia ser qualquer dia da semana? Marquei a consulta com ela e ela falou: “Fica do jeito que está mesmo” e mandou eu vim medir o diabetes duas vezes, eu venho todo dia aqui medir meu diabetes, mas quem que vai olhar? Eu tenho que remarcar para ela ver o diabetes. E se eu venho aqui ninguém nem da bola, até achei diferente, porque eu quase não venho aqui e as meninas que estão atendendo já não são as mesmas. Eu venho buscar remédio aqui e não quer dar porque a receita é velha, manda a doutora renovar, ela fala que não tem tempo, que tem que marcar consulta, ele vai perder dia de serviço pra renovar uma receita? Então, a gente compra. A parte de marcar consulta é demorada, você marca para daqui três meses. A minha pressão estava alta, estava dezoito por onze, a médica não fez nada, eu tomei remédio por minha conta mesmo. Ela põe só o aparelho assim no coração, não põe nas costas, nem nada. (E1, E7, E12, E13, E14, E15, E21, E22, E24, E25, E26, E28, E29, E30, E34, E35, E36, E41)

Esse discurso demonstra que esses pacientes também estão descontentes com o atendimento prestado pela USF, principalmente em relação às consultas médicas, ficando evidente a demora no atendimento das consultas extras e no agendamento de consultas médicas. Diante disso, os usuários procuram outro tipo de atendimento que possa dar uma resposta mais rápida à sua necessidade, conforme o que é explicitado nestas falas: “... e quando eu me sinto mal mesmo vou na farmácia, porque as vezes chega aqui a fila está grande e até você passar no médico, chegar sua vez de extra, é difícil né...” e “Não marco consulta porque aqui tem dificuldade de marcar né, você vai marcar só para o ano que vem, demora muito, eu não posso esperar então se passo mal tenho que correr pra farmácia.”.

IC 4: Faltam médicos nas USF.**DSC 4**

De vez em quando falta médico, uma hora está de férias, fica sem, não tem ninguém para atender! A gente entende que passou por um período meio difícil, eu falo assim de não ter médicos, mas não dá para ficar assim né. Pelo menos para mim não é bom, já teve até repórter aqui, porque o médico, o único que tem ainda falta, esse dia que eu vim ele não veio, aí a enfermeira deu uma carta para eu ir para o pronto socorro, fui atendida lá, aqui não. É difícil, às vezes você vem e não tem médico, a gente precisa né, principalmente quem tem a pressão alta e o diabetes, eles falam que a gente precisa se cuidar, mas quando a gente vem não tem o médico para atender, sempre acontece alguma coisa diferente. Outro dia eu vim até o posto e falaram que não dá para agendar consulta porque o médico está saindo e não tem outro para vir no lugar, isso é muito ruim né. Sem falar de tudo que demora porque a desculpa é sempre que não tem médico, a receita não ficou pronta porque só tem um médico para dar conta de tudo, é assim! (E4, E5, E12, E17, E18, E23, E32, E33, E34, E41, E45)

Esse discurso reflete a falta de médicos que algumas USF estão apresentando, conforme mostra esta fala: “... eles falam que a gente precisa se cuidar, mas quando a gente vem não tem o médico para atender, sempre acontece alguma coisa diferente.”, isso dificulta os atendimentos e uma assistência à saúde integral, pois fica evidente que, em algumas delas, o processo de trabalho fica prejudicado pela ausência desse profissional, como está apresentado na fala: “Outro dia eu vim até o posto e falaram que não dá para agendar consulta porque o médico está saindo e não tem outro para vir no lugar... Sem falar de tudo que demora porque a desculpa é sempre que não tem médico, a receita não ficou pronta porque só tem um...”.

IC 5: Valorização do cuidado médico.**DSC 5**

Eu gosto mais de consultar com os médicos, eu não gosto de ser atendida pelas enfermeiras, mas se precisar passar com elas eu passo, porque elas me tratam bem, são carinhosas, atenciosas, então eu passo né, mas assim por preferência é o medico porque eles dão remédio, sabe o que a gente precisa né. Muitas vezes eu venho aqui morrendo de dor e não sou atendida por médico, só por enfermeira, eu não gosto, porque a gente confia no medico né, é no médico que a gente confia, agora se uma enfermeira te atende, ela pergunta para gente o que se tem, o que está sentindo, “eu tenho dor de cabeça, eu tenho dor na garganta, tenho diabetes, colesterol”, ela escreve ali para nada, como vai passar um remédio, ela vai passar um remédio? Não tem como a enfermeira passar um remédio. Agora ela me atendeu, sei lá como que é o nome dela, deu o resultado dos exames que eu fiz, falei para ela que eu queria pelo menos um paracetamol para dor, ela fez a receita do paracetamol e saiu com o meu prontuário, não sei se o medico ia vir, não sei! Só sei que do atendimento aqui eu não acho graça. Então eu não confio, no médico eu confio sim, mas quando ele atende. Prefiro a consulta do médico do que com a enfermeira, eu consulto assim, uma vez com a enfermeira e uma vez com o médico, mas precisa ter mais médico mesmo. A enfermeira também é uma pessoa bacana, eu gosto do atendimento dela, é bem interessante, mas eu gosto mesmo do médico, que é tanta coisa para ele sozinho e ele tem paciência, ele pede exames tudo direitinho. Eu gostaria que viesse pelo menos mais um médico para cá, porque ele fica sozinho, é ruim para ele e para gente também que espera mais tempo, uma enfermeira a mais não resolveria nada porque ela não vai entender o que o médico entende. (E11, E12, E16, E21, E27, E30, E33, E34, E42, E43)

Nesse discurso, os pacientes demonstram uma valorização em relação ao cuidado médico em detrimento a outros profissionais, principalmente ao enfermeiro, pois a maioria das prescrições medicamentosas é médica, isso está apresentado nas seguintes falas: “... por preferência é o médico porque eles dão remédio, sabe o que a gente precisa né.” e “... eu venho aqui morrendo de dor e não sou atendida por médico, só por enfermeira, eu não gosto, porque a gente confia no medico né...”

agora se uma enfermeira te atende... como vai passar um remédio...”. Além disso, esse discurso mostra que os pacientes desconhecem o papel do enfermeiro na ESF, estando evidente na seguinte fala: “... uma enfermeira a mais não resolveria nada porque ela não vai entender o que o médico entende.”.

IC 6: Satisfação em relação à estrutura medicamentosa e de insumos.

DSC 6

Encontro tudo, remédio, as coisas para medir o diabetes, tanto para mim, como para os meus filhos. Quando não tem pego na farmácia que ela indica lá no centro, até da Unesp eu peguei aqui, hoje mesmo peguei pomada da Unesp para o útero. Quando me dão a receita eu vou na farmácia, sempre tem os medicamentos, nunca faltaram com remédio comigo, toda às vezes tinha o remédio, a única vez que não teve, a médica me deu quase uma cartela com doze remédios até chegar o meu, ela sempre passa o que tem no posto mesmo. Medicamento, quem pega é minha mulher, toda vez que vem tem os remédios, nunca faltou remédio para mim, do medicamento que eu tomo nunca faltou nenhum. Toda vez que eu venho buscar aqui sempre teve, insulina e remédio da pressão aqui nunca faltou, só ficou uns dois dias sem vir, mas não demorou muito, quando chegou eu vim buscar, até o aparelho do diabetes eu pego aqui, pego tudo né! Os remédios, tudo que eu pego agora tem, antigamente não, faltava muito remédio. (E2, E4, E5, E6, E8, E10, E11, E13, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E27, E28, E33, E38, E41, E44, E45, 46)

Nesse discurso, os pacientes demonstram que estão satisfeitos com a estrutura medicamentosa e de insumos ofertadas pela USF, não observando uma falta expressiva de medicamentos, como é apresentado nas seguintes falas: “Quando não tem pego na farmácia que ela indica lá no centro, até da Unesp eu peguei aqui...” e “...a única vez que não teve, a médica me deu quase uma cartela com doze remédios até chegar o meu...”. Além disso, nota-se que há uma preocupação dos médicos em prescrever os medicamentos disponíveis na unidade, o que justifica essa satisfação dos usuários, ficando evidente na fala: “... ela sempre passa o que tem no posto mesmo.”.

2.2.3. Percepção dos Pacientes

Como mostra a Tabela 7, a avaliação de resultado também considerou a percepção dos pacientes que tiveram seus prontuários analisados em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde (Nota 1). Nesse aspecto, a média do escore foi de 8,9, apresentando uma variabilidade de 8,1 a 10. Evidenciou-se que eles consideram a assistência ofertada pelas equipes de saúde satisfatória mesmo com as fragilidades observadas por este trabalho.

Tabela 7. Percepção dos pacientes entrevistados das Unidades de Saúde da Família participantes em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde. Botucatu, 2013.

Percepção dos pacientes	Média	Mediana	Sd*	Mínimo	Máximo
Média da nota 1	8,9	8,8	0,6	8,1	10

*Sd: Desvio Padrão

A figura 3, assim como a Tabela 8, mostra que não há relação entre os escores de estrutura física, de insumos e medicamentos, processo de cuidado, recursos humanos e registro dos prontuários com a nota dada pelos pacientes, ou seja, os escores de qualidade não aumentaram à medida que aumentaram a nota dada por eles, o que permitiu concluir que esses indivíduos não souberam avaliar a qualidade da assistência prestada pelas USF.

Figura 3: Relação entre nota dada pelos pacientes e escore de qualidade de estrutura e processo.

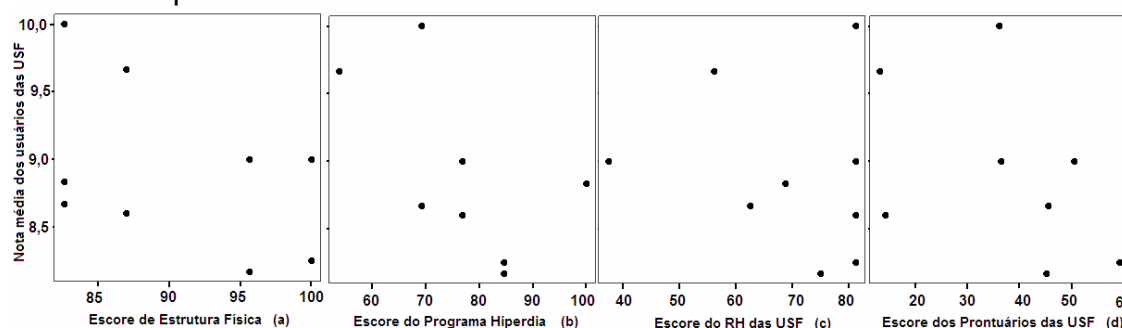


Tabela 8. Relação entre nota dada pelo usuário e escore da estrutura física, dos insumos e dos medicamentos, do processo de cuidado, dos recursos humanos e dos prontuários das Unidades de Saúde da Família. Botucatu, 2013.

Percepção dos pacientes	B	Ep	t	P	IC95%
Estrutura Física, Insumos e Medicamentos¹					
Constante	12,24	2,47	4,95	0,00	(6,4 – 18,0)
Escore Estrutura	-0,04	0,03	-1,35	0,22	(-0,1 – 0,03)
Processo de Cuidado²					
Constante	11,07	1,12	9,84	0,00	(8,4 – 13,7)
Escore Processo de Cuidado	-0,03	0,01	-1,94	0,09	(-0,06 – 0,01)
Recursos Humanos³					
Constante	9,39	1,05	8,91	0,00	(6,9 – 11,8)
Escore Recursos Humanos	-0,01	0,01	-0,47	0,65	(-0,04 – 0,03)
Prontuários⁴					
Constante	9,51	0,52	18,21	< 0,001	(8,27 – 10,74)
Escore Prontuários	-0,01	0,01	-1,24	0,255	(-0,01 – 0,01)

¹R²=20%; p = 0,085, ²R²=35%; p = 0,243, ³R²= 3%; p = 0,374, ⁴R²= 318; p = 0,667
(Shapiro-W

Discussão

1. Avaliação de Estrutura e Processo

1.1. Estrutura das Unidades de Saúde da Família

Neste trabalho, assim como em estudo realizado por Cotta et al. (2006)⁽⁴²⁾, na cidade de Teixeira – Minas Gerais, sobre a organização do trabalho e perfil dos profissionais da ESF revelou-se que 30% dos profissionais entrevistados consideraram a infraestrutura da USF precária. Segundo Castanheira et al. (2009) - que realizou uma pesquisa de avaliação sobre a qualidade da assistência da atenção básica do centro-oeste paulista - as instalações, as salas, o espaço físico, em sua maioria, não estavam adequados à demanda; as condições básicas de infraestrutura eram precárias, faltando banheiros, cadeiras e bebedouro, além da ventilação inadequada⁽⁴³⁾. Situação semelhante foi encontrada neste estudo em relação à adequação das salas/consultórios das USF e a inexistência de banheiro para portadores de necessidades especiais.

Estudo realizado por Assunção et al. (2001) em Pelotas – Rio Grande do Sul, para avaliar os cuidados dispensados aos diabéticos na rede de atenção primária à saúde, evidenciou que há disponibilidade dos hipoglicemiantes orais em 70% das unidades⁽⁴⁴⁾, estando em concordância com o que foi encontrado neste trabalho. Não foi observada pelos primeiros autores⁽⁴⁴⁾ a disponibilidade de insulina e insumos em todas as unidades de saúde, pois o município de Pelotas conta com um programa que centraliza o atendimento a esses pacientes, diferentemente de Botucatu, onde há dispensação em todas as unidades, pois o programa é descentralizado.

Contudo, considerando a estrutura medicamentosa, o instrumento deste estudo permitiu avaliar apenas a presença ou não de determinado medicamento no momento da avaliação e que alguns esquemas terapêuticos trazidos pelos Consensos Brasileiros de Hipertensão Arterial e Diabetes incluem medicamentos que não estão na relação municipal de medicamentos, cuja elaboração considera o perfil epidemiológico do município.

Quanto aos recursos humanos, corrobora com esta pesquisa um estudo realizado por Castanheira et al. (2009)⁽⁴³⁾, que também evidenciou que 32% do total

das unidades estudadas relataram ter permanecido sem nenhum médico por algum período.

Oposto aos resultados encontrados nesta pesquisa, o estudo de Cotta et al (2006) ⁽⁴²⁾, que buscou compreender a organização do trabalho e perfil dos profissionais do PSF, identificou que as equipes de Saúde da Família estão em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo MS no que diz respeito aos recursos humanos.

Segundo o Departamento de Atenção Básica a ESF deveria ser composta por equipe multiprofissional, possuindo no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por microárea e de 12 agentes comunitários por equipe, sendo que cada uma delas deveria ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma área adscrita ⁽⁴⁵⁾.

Outra questão considerada em relação aos recursos humanos, identificado pelo presente estudo, é o fato de os profissionais não terem nenhuma atividade de educação permanente e continuada para a assistência ao paciente portador de hipertensão arterial e/ou diabetes. Segundo Costa et al. (2011), em pesquisa de avaliação da implantação da atenção à hipertensão pelas equipes de saúde da família, realizada no município de Recife – Pernambuco, os profissionais de saúde apresentaram inadequada qualificação dirigida à assistência ⁽⁴⁶⁾. Cotta et al. (2006) apontaram que a qualificação/capacitação do profissional de saúde era um dos caminhos para o alcance de maior qualidade dos serviços de atenção à saúde ⁽⁴²⁾. Em 1992, foi realizada a IX CNS, que defendeu a importância da implementação de uma política nacional de recursos humanos efetiva no SUS, incorporando ações de qualificação e/ou formação permanente de seus trabalhadores ⁽⁴²⁾.

Cotta et al. (2006) relataram grave crise da situação de trabalho desses profissionais de saúde, desde o aspecto salarial, a carreira profissional até a precariedade de recursos técnicos e materiais, destacando a necessidade de melhorias no serviço de saúde prestado à população, através da qualificação, capacitação e aprimoramento dos profissionais ⁽⁴²⁾.

1.2. Processo de Cuidado nas Unidades de Saúde da Família

Em relação à qualidade do processo de cuidado, Malfatti & Assunção (2011) analisaram a frequência de acompanhamento da ESF ao paciente portador de HAS e/ou DM, e identificaram falhas no processo de preenchimento das fichas de acompanhamento aos programáticos do SIAB, apesar dos esforços do MS para normatização das ações, tendo este como o potencializador de práticas de vigilância⁽⁴⁷⁾, o mesmo foi encontrado neste trabalho.

Considerando a organização do processo de cuidado, do mesmo modo que foi evidenciado neste estudo, Costa et al. (2011)⁽⁴⁶⁾ apontaram que muitas equipes de saúde não seguiam um protocolo para o atendimento clínico dos hipertensos.

Nesta mesma pesquisa⁽⁴⁶⁾, em relação às ações de prevenção e promoção à saúde, os autores evidenciaram predomínio de atividades individuais educativas direcionadas para os hipertensos como parte do tratamento. Segundo Castanheira et al. (2009), as ações programáticas à Saúde do Adulto ainda são precárias, 20% das unidades de saúde realizavam essas atividades, situação semelhante foi identificada em relação às ações de educação em saúde⁽⁴³⁾. Esses achados vêm de encontro com o observado no presente estudo, revelando que essas atividades em grupo ainda são escassas na ESF.

Para avaliação da qualidade do registro dos prontuários, foram considerados, neste estudo, todos os prontuários dos usuários que passaram em consulta médica agendada (programática) nos últimos três meses anteriores ao início da pesquisa e foi observado que o número de consultas agendadas também apresentou uma grande variabilidade entre as unidades, sendo que em algumas delas o número foi muito inferior ao que é esperado pela ESF. O discurso dos profissionais de saúde entrevistados confirmou esse dado, uma vez que esse modelo está descaracterizado pelo excessivo atendimento de demanda espontânea na maioria das unidades, dificultando a priorização de consultas agendadas aos programáticos.

Em relação à qualidade do registro dos prontuários, estudo de avaliação apontou precariedade de informações neles contidas. Os autores observaram registro inadequado em mais da metade dos prontuários analisados⁽⁴⁸⁾. Apesar de

sua importância, no presente trabalho, não foi encontrado nenhum prontuário com todas as informações necessárias para o acompanhamento destes pacientes.

Resultados semelhantes aos deste estudo, pesquisa realizada por Vasconcellos et al. (2008) ⁽⁴⁸⁾, sobre avaliação da qualidade do prontuário na atenção básica no município do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, identificou registros inadequados referentes aos aspectos sociais, como a situação familiar, que é fundamental em áreas de atuação de programas que têm a família como objeto.

Souza & Garnelo (2008) realizaram um estudo, no município de Manaus – Amazonas - sobre a etnografia do cuidado aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes, e identificaram a inexistência de escuta e acolhimento das queixas que acompanhavam a história pessoal de adoecimento, as limitações físicas e sociais geradas e as repercussões dessa condição de doente crônico na vida cotidiana. Observaram que, durante as consultas, os pacientes não encontravam meios de expressar essas questões psicossociais que, atualmente, são consideradas dimensões do adoecimento ⁽⁵⁾.

Essa oferta de cuidado elimina a possibilidade de acompanhamento dessas dimensões, comprometendo a integralidade do cuidado, além disso, a falta de conhecimento das condições de vida dos usuários e suas repercussões no tratamento dificultavam a adequada abordagem ⁽⁵⁾. Nesse sentido, o atendimento encontrado nas unidades foi caracterizado pelo modelo emergencial-curativo, sendo incapaz de produzir uma atenção individualizada e de criar vínculo com o paciente ⁽⁵⁾.

Resultados semelhantes aos acima descritos também foram observados em uma pesquisa de avaliação da assistência realizada por Paiva et al. (2006) no município de Francisco Morato – São Paulo, que permitiu identificar uma precária qualidade da assistência, sendo que apenas 36% das anamneses foram consideradas ótimas e 25%, incompletas ⁽⁴⁾.

O exame físico também era um procedimento excepcional segundo Souza & Garnelo (2008) ⁽⁵⁾. Após a coleta sumária das queixas, os médicos efetuavam a prescrição medicamentosa sem considerar os aspectos que envolviam a integralidade dos pacientes ⁽⁵⁾, observações semelhantes às obtida por Paiva et al. (2006), que demonstraram as deficiências na realização desses procedimentos na ESF do município estudado ⁽⁴⁾.

Em estudo de avaliação dos registros em saúde na atenção primária realizado por Vasconcellos et al. (2008), foi evidenciado que o registro do peso, cuja verificação deveria ser realizada em todas as consultas, era muito ruim ⁽⁴⁸⁾. Isso também foi observado em relação ao registro da aferição da pressão arterial e da glicemia ⁽⁴⁸⁾. O registro da verificação do perímetro da cintura era praticamente inexistente, o que também sugeria dificuldade na continuidade do cuidado prestado tanto ao paciente com hipertensão arterial quanto àquele com diabetes, além de baixa qualidade técnico-científica ⁽⁴⁸⁾.

Corroborando com os resultados acima, Paiva et al. (2006) identificou que 43,7% dos prontuários apresentavam exame físico considerado como insatisfatório e apenas 10,9% passaram por exame físico considerado ótimo ⁽⁴⁾.

Em relação à orientação dietética, Souza & Garnelo (2008) também encontraram limitações dessas informações registradas no prontuário ⁽⁵⁾. O profissional médico apresentava dificuldades em orientar a dieta, resumindo a orientação a uma série de alimentos que não podem ser consumidos, porém, não ofereciam orientações sobre o que seria adequado ⁽⁵⁾. Contudo, evidenciaram um peso excessivo em relação ao componente farmacológico, desvalorizando a dimensão relacional do cuidado ⁽⁵⁾. Tais achados complementaram o estudo de Alves & Nunes (2006), realizado em Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Ribeirão Preto – São Paulo - em 2002, que apontaram que a educação em saúde, quando realizada em consultas individuais, tem um caráter essencialmente prescritivo, com ênfase no uso correto da medicação e no cumprimento da dieta ⁽⁴⁹⁾, o presente estudo também observou este comportamento. Tais achados reforçam a formação médica curativa ainda vigente nos serviços de saúde.

Em relação ao seguimento do cuidado em saúde do paciente hipertenso e/ou diabético, o agendamento das consultas de retorno apareceu na maioria dos atendimentos, o mesmo foi observado por Paiva et al. (2006), em que o retorno foi agendado para 79, 7% desses pacientes ⁽⁴⁾. No presente trabalho, apesar dos retornos agendados, verificou-se um número reduzido de consultas programáticas em relação aos atendimentos de demanda espontânea, mostrando que o próprio paciente procura o serviço num momento de adoecimento.

2. Avaliação de Resultado

2.1. Profissionais das Equipes de Saúde da Família

2.1.1. Caracterização dos Sujeitos

Ficou evidenciado um predomínio de profissionais entrevistados do sexo feminino, adultos jovens. O mesmo encontrado por Cotta et al. (2006) ⁽⁴²⁾, que ao traçar o perfil da equipe, identificou que 57% eram do sexo feminino, sendo faixa etária predominante de 20 a 30 anos (42,9%), com idade variando entre 19 e 57 anos.

2.1.2. Discurso do Sujeito Coletivo

Tema 1: Experiência em relação ao paciente com HAS/DM.

Referente a este tema, foi observado que os pacientes hipertensos e/ou diabéticos apresentavam dificuldade em aderir ao tratamento proposto pela equipe de saúde, particularmente às mudanças dos hábitos e estilo de vida e, na maioria das vezes valorizavam o tratamento medicamentoso.

A resistência do paciente em não se conscientizar sobre a adesão à terapia medicamentosa é um dos problemas mais comuns na população idosa. Segundo estudo realizado por Rocha (2008), sobre a adesão à prescrição medicamentosa do idoso, 23,3% dos pacientes afirmaram que suspendiam a medicação quando se sentiam melhor e 26,4%, que aumentavam a dose quando sentiam piora dos sintomas ⁽⁵⁰⁾. No entanto, a ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, levava os pacientes a não aderirem aos seus tratamentos da maneira desejada ⁽⁵¹⁾. Esses achados corroboram com o presente estudo, pois na percepção dos profissionais entrevistados, os pacientes hipertensos e/ou diabéticos não aderiam ao tratamento medicamentoso. Administravam suas medicações apenas quando apresentavam algum sintoma e, ao perceberem melhora, paravam, o que pode ser explicado, na opinião dos profissionais, pelo fato dessas doenças cursarem de forma silenciosa.

Segundo estudo realizado por Pères et al. (2007) sobre os sentimentos e comportamentos dos pacientes diabéticos no controle da doença, são inúmeras as dificuldades relacionadas no seguimento do tratamento: rejeição e negação da condição de doente, sofrimento e revolta devido às restrições impostas pela alimentação, atividade física e medicamentos ⁽⁵²⁾.

Assim como esta pesquisa, Paiva et al. (2006) ⁽⁴⁾ encontraram dificuldade desses pacientes mudar seu estilo de vida. Em relação à avaliação dietética, apenas 32,8% dos pacientes estudados mostraram ter uma dieta adequada ⁽⁴⁾. Outro estudo realizado no Sul do Brasil em 2001, também identificou uma baixa adesão à dieta ⁽⁴⁴⁾. Em relação à atividade física, 75% referiram não ter o hábito de praticar, o mesmo foi encontrado por Siqueira (2002) ⁽⁵³⁾ em estudo realizado em Ribeirão Preto e por Piccolomini (2002) ⁽⁵⁴⁾, em Piracicaba. Ambos os municípios do estado de São Paulo, com 41% e 62,7% de sedentarismo, respectivamente.

No estudo de avaliação dos cuidados dispensados aos diabéticos na rede de atenção primária à saúde realizado por Assunção et al. (2001), foi revelado que 27% dos pacientes usavam apenas medicamentos para tratar a doença, o que apontava para a baixa adesão à dieta e ao exercício ⁽⁴⁴⁾.

No presente trabalho, foi observado que os profissionais de saúde percebiam a maior valorização da prescrição medicamentosa em detrimento às mudanças de hábitos de vida por parte dos pacientes. Pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto – São Paulo, por Guimarães & Takayanagui (2002), sobre as orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o controle do diabetes tipo 2, encontraram 70% das orientações iniciais relacionadas com a prescrição medicamentosa e uma minoria de orientações quanto às mudanças no hábito alimentar antes de iniciar a medicação ⁽⁵⁵⁾. Desse modo, observou-se que a valorização da prescrição medicamentosa primeiramente se dá pelos profissionais de saúde, e que os pacientes são apenas coadjuvantes nesse processo de cuidado, não sendo esperado que eles tenham uma visão diferente acerca do tratamento de sua doença.

Neste estudo também foi observado que, na percepção dos profissionais, o baixo nível de instrução e conhecimento da população é decisivo para a sua adesão ao tratamento e controle da doença. Resultados semelhantes foram encontrados por Contiero et al. (2009) numa pesquisa realizada em Presidente

Venceslau – São Paulo, no ano de 2007 que, além do baixo nível de escolaridade, observou associação com as comorbidades apresentadas e tendência a incapacidades físicas, mentais e cognitivas importantes, o que dificultaria ainda mais o entendimento e, conseqüentemente, a adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos prescritos ⁽⁵⁶⁾.

Em concordância com este estudo, Pères et al. (2007) ⁽⁵²⁾ evidenciaram que os pacientes, especificamente os portadores de diabetes, rejeitavam e negavam a doença, dificultando o seguimento do tratamento. Nesse trabalho, os profissionais percebiam que o fato de os pacientes não aceitarem a condição de doentes crônicos, levava-os a não se responsabilizarem pelo cuidado à sua saúde.

A autonomia do paciente, o poder de tomar decisões e o direito de aderir ou não às prescrições são obstáculos à melhoria da organização dos serviços, na percepção dos profissionais, que se apropriam do investimento tecnológico como alternativo para melhorar a qualidade da atenção e garantir a adesão dos pacientes às suas prescrições ⁽⁵⁾. Diante dessa impotência e da dificuldade de orientar o cuidado em saúde, relatado por alguns profissionais entrevistados neste trabalho, percebeu-se que essa abordagem ao paciente com doença crônica guarda íntima relação com a rotina da USF.

Desse modo, conforme mostrado por Souza & Garnelo (2008) ficou evidente que a equipe de saúde se estrutura em torno da demanda espontânea e das queixas atuais, distanciando-se das relações pautadas pela confiança, capacidade de diálogo e de negociação por parte dos profissionais, sendo incapaz de criar vínculo com o paciente ⁽⁵⁾.

Taddeo et al. (2012) em estudo realizado no Ceará, que analisou a percepção dos pacientes com doenças crônicas acompanhados pela ESF sobre o empoderamento, identificaram que os pacientes apontaram algumas barreiras geográficas que dificultavam o acesso à saúde e assim, o acompanhamento na USF ⁽⁵⁷⁾. Também foi observado que a adesão ao tratamento estava intimamente ligada a um atendimento diferenciado, baseados no respeito e na confiança, sendo a orientação e a educação em saúde, elementos primordiais para incentivar a prática de cuidado ⁽⁵⁷⁾.

Portanto, diante do que foi apontado no presente trabalho e observado por outros pesquisadores ^(46, 57), torna-se necessária uma mudança na abordagem dos

profissionais que atuam na ESF, uma vez que o objetivo é promover a saúde através de ações intersetoriais e interdisciplinares.

O envolvimento da família no tratamento medicamentoso e não medicamentoso do hipertenso e/ou diabético é de extrema importância, sendo imprescindível o vínculo entre eles e a equipe de saúde, isso poderá fazer a diferença na adesão ao tratamento proposto ⁽⁵⁶⁾. Esse vínculo permite melhor compreensão da complexidade da rede de cuidado e suporte que permeia cada família, além de uma aproximação dela com as morbidades apresentadas pelos seus doentes, sendo importante que esses pacientes desenvolvam o auto-cuidado junto com seus familiares ⁽⁵⁸⁾.

Estudo realizado no município de Maringá – Paraná - por Lopes & Marcon (2009), com o objetivo de compreender a experiência familiar com o paciente hipertenso, revelou que essa participação no cuidado é um importante fator para o seguimento do tratamento e o controle da doença ⁽⁵⁹⁾. Apontou ainda que a participação da família quando os pacientes não eram dependentes de cuidado, foi esporádica e, em apenas alguns casos, os membros apresentavam mudança de hábitos de vida relacionados à dieta alimentar e à prática de atividade física ⁽⁵⁹⁾.

Tema 2: Experiência, junto com a sua equipe, em relação ao cuidado a esses pacientes.

Neste tema, foi observado que as equipes de saúde da família realizavam atividades de prevenção e promoção à saúde ao paciente hipertenso e/ou diabético. No trabalho de Castanheira et al (2009) ⁽⁴³⁾, 23 das 26 USF estudadas realizavam ao menos três atividades de educação em saúde na comunidade no último ano, sendo que dentre as principais atividades estavam as direcionadas à prevenção de doenças crônicas. Resultados semelhantes foram vistos neste trabalho, conforme a percepção dos profissionais entrevistados. Como foi observado nas entrevistas, há uma preocupação das equipes de saúde em organizar a prática de cuidado a esses pacientes incluindo ações em grupo de prevenção e promoção à saúde, contudo, o mesmo não foi observado na avaliação da qualidade do processo de cuidado.

A pesquisa realizada por Guimarães & Takayanagui (2002), mostrou que as orientações recebidas pelos pacientes, no momento do diagnóstico, foram

transmitidas, na maioria das vezes (96,5%), pelo médico, sem a participação de outros profissionais e 82,2% dos pacientes entrevistados relataram ter recebido orientações sobre o tratamento medicamentoso e/ou dieta alimentar, não sendo observadas orientações em relação à prática de atividade física. Desse modo, foi apontada a importância da prática de cuidado em educação em saúde ser direcionada por uma equipe multiprofissional ⁽⁵⁵⁾.

Esses achados refutam o que foi encontrado no presente estudo. Os profissionais, em suas entrevistas, apontavam o trabalho de uma equipe multiprofissional, uma vez que a ESF em Botucatu conta com o NASF no processo de cuidado a esses pacientes. Isso pode ser evidenciado pela avaliação de qualidade do processo, a qual mostrou que outros profissionais realizavam atendimento a esses pacientes.

Foi observada a expressiva descaracterização da ESF na percepção dos profissionais, especialmente em decorrência da exagerada demanda espontânea presente nas USF, e ficou evidente a fragilidade no processo assistencial reforçada pela precariedade dos registros dos prontuários apresentada neste trabalho.

Souza & Garnelo (2008), também evidenciaram essa descaracterização do processo de cuidado na atenção básica ⁽⁵⁾. Mostraram que o atendimento era feito principalmente por meio da demanda espontânea, o que dificultava o acesso aos cuidados, observando que, especificamente na USF, a fragilidade em assistir a área de abrangência, somada à intensa pressão dessa demanda limitava a ação da equipe de saúde às atividades no interior da unidade, priorizando as consultas médico-curativas ⁽⁵⁾.

Os resultados encontrados por Castanheira et al. (2009) revelaram que as USF realizavam maior proporção de consultas médicas agendadas, no entanto 39,4% das unidades avaliadas, incluindo as UBS, realizavam entre 70 e 100% de consultas não agendadas ⁽⁴³⁾. Apesar de serem modelos distintos de atenção primária, o estudo apontou uma expressiva utilização do serviço pelos pacientes em consultas de demanda espontânea ⁽⁴³⁾, condizendo com o que foi encontrado no presente estudo.

Frente a isso, observou-se uma divergência entre aquilo que ampara a pessoa com hipertensão e/ou diabetes, assistida por um modelo de atenção que preconiza a integralidade do cuidado e o vínculo entre equipe e paciente como

garantia da continuidade da assistência, com a prática profissional imposta por essa distorção da ESF, levando os profissionais a priorizarem um cuidado centrado no indivíduo doente e que focaliza aspectos biomédicos, privilegiando os farmacológicos, em detrimento de ações de prevenção e promoção à saúde ⁽⁵⁾.

Castanheira et al. 2009 reforçaram a focalização em alguns aspectos biológicos da hipertensão arterial e do diabetes na USF pesquisada, distanciando-se da integralidade do cuidado. Observaram que os pacientes eram exageradamente direcionados para outros atendimentos, sem haver uma abordagem de todos os aspectos que permeassem os indivíduos, atingindo outro princípio da ESF, que tem como base do atendimento o cuidado generalista ⁽⁴³⁾.

Do mesmo modo que foi observado no presente trabalho, o estudo de Castanheira et al. (2009) ⁽⁴³⁾ apontou que a dificuldade de acesso a outros níveis de atenção do sistema também direcionou ao comprometimento da efetividade do cuidado na atenção básica.

Em concordância com o presente estudo, uma pesquisa sobre o papel da regionalização do SUS na busca da integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes, realizada por Rosa et al. (2009) ⁽⁶⁰⁾, também evidenciou fragmentação dos serviços, que direcionavam de modo descontínuo a assistência a cada evento da doença, não permitindo comunicação entre eles. Esses autores sugeriram que, em decorrência disso, especificamente para as doenças crônicas, observa-se a mortalidade precoce. Desse modo, esse arranjo do modelo de atenção diverge do que é idealizado pela linha de cuidado.

No presente estudo, foi observada preocupação da equipe de saúde em organizar a rotina do processo de cuidado a esses pacientes. Pesquisa de avaliação da implantação da ESF, realizada por Escorel et al. (2007) em 10 municípios com mais de 100 mil habitantes, de quatro regiões do país, revelou que 82 a 100% das unidades de saúde avaliadas priorizavam o acompanhamento ao paciente hipertenso e 78 a 98% ao diabético ⁽⁶¹⁾. Foi encontrado que a maioria das equipes de saúde organizavam o cuidado a esses pacientes de acordo com a complexidade dessas doenças ⁽⁶¹⁾. Os profissionais apontavam que realizavam consultas agendadas, especialmente médicas e de enfermagem, grupos de educação em saúde e outras atividades extramuros e visita domiciliar, mostrando que a ESF estava cercada por avanços ⁽⁶¹⁾.

Segundo a fala dos profissionais, avaliados neste estudo, existia importante vínculo entre o paciente e a equipe de enfermagem, tornando-os referência no cuidado em saúde e favorecendo a continuidade da assistência. Estudo realizado por Victor et al. (2007) em Fortaleza – Ceará - que teve como objetivo relatar a experiência da formação de um grupo de idosos direcionado por enfermeiras da ESF e a importância do cuidado de enfermagem, revelou a área de atuação como promotora de saúde na vida dos idosos, o mesmo resultado foi encontrado na presente pesquisa ⁽⁶²⁾.

Tema 3: Opinião em relação à estrutura (física, materiais/medicamentos e recursos humanos) da USF.

No estudo realizado por Castanheira et al (2009), também ficou evidenciado, assim como para a presente pesquisa, que a maioria das unidades de saúde possuía instalações inadequadas ⁽⁴³⁾. Em 53 de 113 unidades avaliadas o número de sala era insuficiente e o espaço físico inadequado à demanda ⁽⁴³⁾. Do mesmo modo, o estudo realizado por Costa et al. (2011) ⁽⁴⁶⁾, mostrou que as dimensões da estrutura e do processo de trabalho foram classificadas como insatisfatórias segundo os profissionais entrevistados, sendo que as principais limitações estavam relacionadas ao espaço físico, principalmente número insuficiente de consultórios e inexistência de sala para realização de atividades em grupo.

Esses achados corroboram com o que foi encontrado nesta pesquisa segundo a percepção de alguns profissionais que relataram estrutura física inadequada, com expressiva insuficiência de salas para atendimento e inadequação do espaço físico em relação ao aumento da demanda.

Rosa et al. (2009) ⁽⁶⁰⁾, semelhante aos resultados deste estudo, observaram que os medicamentos são disponibilizados e distribuídos pelo sistema de saúde, entretanto na maioria das vezes, não havia uma rotina de acompanhamento e regulação para a sua distribuição. De acordo com Costa et al. (2011), a distribuição de medicamentos essenciais para o tratamento da hipertensão foi o componente que apresentou melhor desempenho, apesar disso, foi verificado

que apenas 37,5% das unidades possuíam uma regularidade na distribuição e os insumos eram insuficientes⁽⁴⁶⁾.

Em relação ao número insuficiente de ACS, que foi encontrado no presente estudo, uma pesquisa realizada por Mendonça (2009)⁽¹³⁾, que tem como título “Saúde da Família, agora mais do que nunca!”, apontou um desafio para além da formação técnica do profissional desta equipe, o da forma de contratação, pois a partir da Emenda Constitucional nº 51, de 2006, a profissão deve ser regulamentada como um emprego público no SUS. Desse modo, pode-se presumir que tal fato dificultaria a contratação desses profissionais, como o que foi observado no município de Botucatu.

No estudo de Castanheira et al. (2009), é apontada a falta do médico nas USF, 36 das 113 unidades de saúde avaliadas relataram ter permanecido sem médico por algum período durante o último ano⁽⁴³⁾. Esse achado foi coerente com a percepção de alguns profissionais de saúde, evidenciada por esta pesquisa, que também apontou para a falta desse profissional em algum momento de sua rotina de trabalho. Tal fato pode levar a um prejuízo no cuidado integral a esses pacientes, descaracterizando a essência do atendimento multiprofissional.

2.1.3. Percepção dos Profissionais de Saúde

Observou-se que os profissionais, conforme já foi explicitado e discutido anteriormente, apontaram uma experiência conflituosa em relação aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, ao cuidado prestado pela equipe e à estrutura das unidades. Porém os DSC identificaram que esses sujeitos relataram as suas experiências com mais facilidade do que foi expresso em suas notas. Também chamou atenção que, apesar das fragilidades, consideraram o cuidado prestado pela sua equipe de saúde como satisfatório.

2.2. Pacientes das Unidades de Saúde

2.2.1. Caracterização dos Sujeitos

Em concordância com o que foi encontrado neste trabalho, estudo sobre a ESF no tratamento de doenças crônico-degenerativas, realizado por Zavatini et al. (2010) ⁽⁵⁸⁾ no município de Maringá – Paraná, no período de 2006 a 2009, foi apontada uma diferença entre os sexos, com maior prevalência de indivíduos do sexo feminino, o mesmo foi identificado por Marin et al. (2008) ⁽⁶³⁾ e Ribeiro et al. (2008) ⁽⁶⁴⁾ em pesquisas semelhantes realizadas nos municípios de Marília – São Paulo e Belo Horizonte – Minas Gerais. Essa característica pode ser atribuída a uma procura mais expressiva por parte das mulheres aos serviços de saúde para o acompanhamento dessas morbidades, além da existência de programas de saúde específicos para essa população ⁽⁵⁸⁾.

Semelhante ao que foi observado neste trabalho, Zavatini et al. (2010) identificaram que a faixa etária mais prevalente entre os indivíduos avaliados foi de 60 a 69 anos, o que pode ser justificado pela maior incidência de hipertensão e/ou diabetes nesta população, além da maior procura por serviços de saúde por parte das pessoas quando atingem uma faixa etária mais avançada ⁽⁵⁸⁾.

Outro estudo ⁽⁴⁾ corrobora com o que foi encontrado nesta pesquisa, em relação à renda mensal dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, que apresentavam uma renda familiar baixa, 31% possuíam renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. Já Assunção et al. (2001) ⁽⁴⁴⁾, identificaram que 70% tinham renda de até 3 salários-mínimos mensais. Além disso, autores ⁽⁴⁾ ⁽⁴⁴⁾ identificaram baixa escolaridade dessa população, sendo 22,2% de analfabetos e 34,7% nunca tinham freqüentado a escola, mas destes, 16% relataram ao menos saber ler.

Em relação ao tempo de diagnóstico, Assunção et al. (2001) encontraram que 51,3% sabiam que eram diabéticos pelo menos há 5 anos, sendo que o tempo de diagnóstico variou de menos de um até 37 anos. O mesmo foi identificado pelo presente estudo, que verificou uma diferença entre o tempo de diagnóstico e o tempo de acompanhamento na unidade ⁽⁴⁴⁾.

2.2.2. Discurso do Sujeito Coletivo

Neste estudo, foi apontado pelos pacientes entrevistados, que o atendimento nas USF é bom, apesar das inúmeras fragilidades que já foram apresentadas. Sendo assim, percebe-se que esses usuários não possuem senso crítico que seja capaz de avaliar a assistência e, para eles, o fato de os profissionais “tratarem bem”, configura satisfação em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde.

O mesmo foi observado na pesquisa realizada por Lima et al. (2007)⁽⁶⁵⁾, em Porto Alegre – Rio Grande do Sul sobre o acesso e acolhimento. Eles verificaram que a maioria dos usuários consideraram que tudo é válido para serem atendidos, até mesmo chegar ainda de madrugada à unidade para conseguir consulta, sendo este um dever de quem deseja receber a assistência e uma característica do sistema público de saúde⁽⁶⁵⁾. Os pacientes destacaram também o ato de examinar como uma demonstração de bom desempenho e também de responsabilização do profissional que presta a assistência⁽⁶⁵⁾.

Os achados encontrados em relação à avaliação da qualidade dos registros dos prontuários, no presente estudo, são incoerentes com essa percepção dos pacientes sobre o cuidado ofertado pela equipe. Contudo condiz com a fala dos profissionais ao se preocuparem com a organização do processo de assistência a esses pacientes.

A mesma pesquisa realizada por Lima et al. (2007), também revelou que entre as dificuldades de acesso que causavam descontentamento da população em relação aos serviços de saúde, o longo período de espera pelo atendimento e a escassa oferta de consultas médicas foram os mais referidos pelos usuários⁽⁶⁵⁾. Esse achado foi coerente com o que ficou evidenciado neste estudo, uma vez que na percepção de alguns pacientes há demora nos atendimentos e dificuldade em agendar consultas médicas. Essa fala dos pacientes revelou coerência com o que foi observado na entrevista com os profissionais de saúde.

Os achados encontrados nesta pesquisa estão em concordância com o que foi encontrado por Castanheira et al. (2009)⁽⁴³⁾, como já foi apontado anteriormente, e são coerentes com o relato dos profissionais e dos pacientes, que

também revelaram a falta de médicos nas USF, prejudicando a assistência à saúde da população adscrita.

Na pesquisa realizada por Guimarães & Takayanagui (2002) foi apontado que na maioria das vezes as orientações recebidas pelos pacientes, no momento do diagnóstico, foram transmitidas pelo médico, em apenas um caso houve a participação de um profissional da equipe de enfermagem ⁽⁵⁵⁾. Desse modo, é incoerente exigir que os pacientes tenham uma visão diferente da assistência à saúde por outros profissionais, se os próprios serviços ofertam um cuidado direcionado a este profissional.

A pesquisa realizada por Lima et al. (2007) identificaram que os usuários referiram facilidade para receber o medicamento prescrito ⁽⁶⁵⁾. Do mesmo modo, no presente estudo, os pacientes demonstraram satisfação em relação aos medicamentos e, até mesmo, aos insumos, fato que não foi observado por alguns profissionais de saúde entrevistados uma vez que relataram que faltam medicamentos.

2.2.3. Percepção dos Pacientes

Evidenciou-se neste estudo que os pacientes, de uma maneira geral, estavam satisfeitos com o cuidado prestado pelas equipes de saúde. O mesmo foi encontrado no estudo de Paiva et al. (2006), que identificou que 68,8% dos pacientes entrevistados estavam satisfeitos com a atenção recebida na USF ⁽⁴⁾.

Desse modo, em concordância ao que foi encontrado nesta pesquisa, Vasconcellos et al. (2008), evidenciaram fragilidade nos registros dos prontuários, apontando para uma prática clínica e de cuidado ainda precária em todos os municípios por eles estudados ⁽⁴⁸⁾. Essa relação é defendida por Donabedian ⁽³²⁾ evidenciando que a qualidade dos registros efetuados seja reflexo da qualidade da assistência prestada.

No entanto, esse achado não condiz com a percepção de alguns pacientes, uma vez que a nota dada para o cuidado ofertado pela equipe de saúde não tem correlação com o escore de qualidade dos registros dos prontuários, apresentados neste estudo.

Contudo, a nota dada por esses pacientes em relação ao cuidado ofertado pela equipe de saúde, pode não expressar a percepção do usuário de maneira fidedigna, pois os mesmos podem ter ficado constrangidos ao falar sobre o serviço de saúde do qual dependem, apesar de terem sido adotados os devidos cuidados em relação à ética da pesquisa.

3. Considerações finais

Este estudo proporcionou a avaliação da qualidade da assistência à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos na ESF e a relação com a percepção dos profissionais de saúde acerca do seu processo assistencial e dos pacientes que recebem este cuidado. Apesar de todas as dificuldades, teve seus objetivos respondidos.

Foi possível compreender que a estrutura das unidades de saúde apresentava algumas fragilidades, especialmente às relacionadas à estrutura física e de recursos humanos. Os achados encontrados com o escore de qualidade da estrutura corroboram com a percepção dos profissionais de saúde e também com a dos usuários, principalmente em relação à falta do médico e do ACS nas unidades.

Identificou-se que cada equipe de saúde prestava assistência a esses pacientes de modo particular. Não houve uma congruência em relação às ações realizadas pelas USF e a utilização das fichas de acompanhamento do SIAB pelos ACS. Isso também pode estar relacionado com a grande variabilidade que foi apresentada pelo escore de qualidade da estrutura de recursos humanos. Porém, os discursos dos profissionais mostraram que as equipes se preocupavam com a organização do processo de trabalho/cuidado.

Foi possível apreender que as unidades de saúde apresentavam dificuldade no desenvolvimento de ações educativas em grupo, o que está em concordância com a fala dos profissionais, levando ao entendimento de que a ESF está descaracterizada, uma vez que essas atividades deveriam ser citadas como prioridade das equipes.

Evidenciou-se precariedade de informações nos prontuários em relação ao registro da classificação diagnóstica, do perfil psicossocial, da avaliação dietética e dos fatores de risco para HAS e/ou DM. Outro aspecto identificado foi a não

realização de algumas avaliações do exame físico, principalmente a verificação da altura, cálculo do IMC, aferição da circunferência abdominal e avaliação clínica abdominal e vascular periférica. A aferição da pressão arterial e do peso não foi realizada em todas as consultas, conforme mostrou o registro dos prontuários.

Esses achados reforçam a precariedade no processo de cuidado das USF avaliadas e podem estar relacionados com a fragilidade dos recursos humanos, identificado tanto na avaliação de estrutura como na fala dos profissionais que apontavam claramente a falta do médico, do mesmo modo que foi apresentado no discurso dos pacientes, e do ACS e ao relatarem valorização do atendimento de demanda espontânea.

Foi possível compreender que os pacientes hipertensos e/ou diabéticos ora consideravam o atendimento bom, demonstrando satisfação em relação ao cuidado recebido, mesmo com todas essas fragilidades, também percebidas por eles, e sendo reforçado pela nota dada; ora apontavam descontentamento com o atendimento principalmente com a demora, dificuldade de agendar consulta médica e a ausência deste profissional.

Os profissionais de saúde, em seus discursos, revelaram um grande número de atendimento de demanda espontânea e perceberam que isso dificulta a organização do processo de trabalho/cuidado, contribuindo para a descaracterização da ESF.

Não houve correlação significativa entre estrutura e processo na percepção dos pacientes, mostrando uma falha no processo de avaliação por parte desses sujeitos. Em relação à nota dada pelos profissionais, foi possível identificar uma correlação positiva significativa entre o escore do processo de cuidado e a percepção dos profissionais em relação à estrutura das USF, indicando que, na percepção dos profissionais de saúde, a qualidade do processo de cuidado aumenta à medida que as unidades apresentavam uma estrutura adequada.

Conclusão

Diante do exposto, conclui-se que as Unidades de Saúde da Família ainda ofertavam uma assistência centrada no modelo biomédico, priorizando a doença através da valorização do atendimento de demanda espontânea, afastando-se dos princípios do Sistema Único de Saúde, principalmente da integralidade do cuidado.

Fica evidente a necessidade de uma reorganização desses serviços de saúde baseada nos princípios que norteiam a Estratégia Saúde da Família, visto a complexidade do cuidado aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Ressalta-se a importância da realização de estudos de avaliação da qualidade de serviços de saúde para a elaboração de estratégias de intervenção em seus processos organizacionais e assistenciais e que permitam mudanças nas práticas de cuidado.

Produto

O Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem tem como objetivo a mudança da prática profissional através de um projeto de pesquisa que vise a um processo de intervenção.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados aos gestores municipais de saúde, visto que estes sugerem uma problemática não apenas de responsabilidade das equipes de saúde da família. Isso deverá ocorrer no primeiro semestre de 2014 durante a reunião mensal de enfermeiras gerentes.

A partir deste trabalho, foi construído um roteiro de apoio para capacitação das equipes de saúde (Apêndice 8), como ferramenta para organizar a prática de educação permanente em conjunto com as enfermeiras das USF, de forma que cada unidade possa organizar o cuidado integral do paciente hipertenso e/ou diabético de acordo com os Consensos que orientam o acompanhamento desses doentes e com as Linhas de Cuidado, para que os todos pacientes recebam atendimento e acompanhamento adequado para controle de sua doença.

Proposta de padronização de ficha/cartão de identificação e acompanhamento a ser utilizado pelos profissionais de (Apêndice 9).

Referências

1. Garbois JA, Vargas LA, Cunha FTS. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. *Physis*. 2008; 18 (1).
2. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Fundação Telefônica. Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família. São Paulo; 2001.
3. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº15 – Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília; 2006.
4. Paiva CP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22 (2): 377-85.
5. Garnelo L, Souza MLP. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes na Atenção Básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (11).
6. Didier MT, Guimarães AC. Otimização de recursos no cuidado primário da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(2).
7. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comum aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11 (3).
8. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde volume 8. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Brasília; 2006.
9. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília; 2005.
10. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/09/14/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sao-a-maior-caoa-de-morte-no-mundo-diz-oms>>. Acesso em: 08/08/2012.
11. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso>>. Acesso em: 08/08/2012.
12. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627>. Acesso em: 17/09/2012.
13. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14 (1).
14. Xavier AJ, Reis SS, Paulo EM, D`orsi E. Tempo de adesão à Estratégia Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13 (5).

15. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
16. Ministério da Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília; 2012.
17. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. 2010; 17 (1).
18. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807>. Acesso em: 16/07/13
19. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 08/08/2012.
20. Machado LRC, Car MR. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. Rev Esc Enferm. 2007; 41(4): 573-80.
21. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p.113-26.
22. Andrade JP, Arnett DK, Pinto F, Pineiro D, Junior SCS, Mattos LAP, Machado CA, Oliveira GMM, Dohmann HF, Gielen S. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Carta do Rio de Janeiro III Brasil Prevent/ I América Latina Prevent Arq Bras Cardiol. 2013; 100(1):3-5.
23. Barbosa JB, et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas 6ª ed. In: Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro; 2003.
24. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso/doenca-cardiava-hipertensiva>>. Acesso em: 08/08/2012.
25. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso/acidente-vascular-cerebral>>. Acesso em: 08/08/2012.
26. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso/diabetes>>. Acesso em: 08/08/2012.
27. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº16 – Diabetes Mellitus. Brasília; 2006.
28. Pereira MG. Qualidade dos serviços de saúde. In: Epidemiologia: teoria e prática 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 538-60.
29. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (2): 5337-41.

30. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18 (6): 1561-9.
31. Matida AH, Camacho LAB. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e sínteses no processo de avaliação nos processos de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (1): 37-47.
32. Donabedian A. The quality of care – how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. 1988; 260 (12): 1743-8.
33. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (1): 80-91.
34. César CLG, Tanaka OU. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso no sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12 (2): 59-70.
35. Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
36. Stenzel ACB. A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada (dissertação). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1997.
37. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10/08/2012.
38. Disponível em: <<http://www.hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10/08/2012.
39. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 406.
40. Neto OCO. Trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, et al. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 12ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 1994. p.51-66.
41. Lefrève F, Lefrève AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educsc; 2000. p.138.
42. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Brasília. Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15 (3).
43. Castanheira ERL, Dalben I, Almeida MAS, Puttini RF, Patricio KP, Machado DF, Junior ALC, Nemes MIB. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18 (2).

44. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35 (1): p. 88-95 .
45. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em 03/12/1014.
46. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16 (2).
47. Malfatti CRM, Assunção NA. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família . Rio de Janeiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16 (1).
48. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1).
49. Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Comun Saúde Educ*. 2006; 9: 131-47.
50. Rocha CH. Adesão à prescrição médica em idosos de porto Alegre – RS. *Ciênc e saúde coletiva*. 2008; 13: 703-10.
51. Leite SN. Adesão á terapêutica medicamentosa: o que o farmacêutico tem a ver com isso? In: Cordeiro BC et al. *Farmacêutico na Atenção à Saúde*. Iatajaí: Univali; 2005. p. 75-90.
52. Pêres DS, Santos MA, Zanetti ML, AA Ferronato. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev Latino Americana de Enfermagem*. 2007; 15(6).
53. Siqueira FPC. Estilo de vida e hipertensão [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
54. Piccolomini AF. Caracterização de indivíduos com diabetes mellitus matriculados em duas unidades básicas de saúde de Piracicaba [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
55. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2 *Rev. Nutr. Campinas*. 2002; 15 (1).
56. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1): 62-70.

57. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento dos pacientes com doenças crônicas. *Ciênc e saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 2923-30.
58. Zavatini MA, Obreli-Neto PR, Cuman RKN. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. Porto Alegre. *Ver Gaúcha Enferm*. 2010; 31(4).
59. Lopes MCL, Marcon SS. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2): 343-50.
60. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venâncio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. São Paulo. 2009; 12 (2).
61. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2007; 21(2).
62. Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4): 724-30.
63. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(7):1545-55.
64. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4): 724-32.
65. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1): 12-7.

Apêndices

APÊNDICE 1

FISMED - Sobre a estrutura física, insumos e medicamentos da Unidade de Saúde da Família.	SIM	NÃO
Tem salas suficientes e adequadas com higiene, ventilação e privacidade para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem consultórios com recursos materiais mínimos para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem sala de espera com condições adequadas e com cadeiras para os usuários?		
Tem banheiro para os usuários?		
Tem banheiro para pessoas portadoras de necessidades especiais?		
Tem bebedouro para os usuários?		
Tem farmácia?		
Tem salas suficientes para realização de procedimentos de enfermagem?		
Tem de sala de vacina?		
Tem consultório odontológico?		
Tem sala de expurgo/esterilização?		
Tem copa/cozinha para os funcionários?		
Tem banheiro para funcionários?		
Tem mesas suficientes e adequadas para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem cadeiras suficientes e adequadas para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem macas suficientes e adequadas para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem escadas com 2 degraus suficiente e adequadas para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem balança para adultos (peso e altura) suficiente e adequada para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem esfigmomanômetro e estetoscópio clínico suficiente e adequado para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem fita métrica flexível e inelástica suficiente e adequada para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem glicosímetro suficiente e adequado para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem lancetas suficientes e adequadas para o atendimento ao hipertenso/diabético?		
Tem fitas para o glicosímetro suficientes e adequadas para o atendimento ao hipertenso/diabético?		

Tem os seguintes medicamentos para hipertensão arterial?

() Clortalidona () Hidroclorotiazida () Indapamida () Indapamida () Bumetanida
 () Furosemida () Piretanida () Amilorida () Espironolactona () Triantereno
 () Alfametildopa () Clonidina () Guanabenz () Moxonidina () Rilmenidina
 () Reserpina () Atenolol () Bisoprolol () Carvedilol () Metoprolol () Nadolol
 () Nebivolol () Propranolol () Pindolol () Doxazosina () Prazosina
 () Prazosina () Terazosina () Hidralazina () Minoxidil () Verapamil () Retard
 () Diltiazem () Anlodipino () Felodipino () Isradipino () Lacidipino
 () Lercanidipino () Manidipino () Nifedipino Oros () Nifedipino Retard
 () Nisoldipino () Nitrendipino () Benazepril () Captopril () Cilazapril
 () Delapril () Enalapril () Fosinopril () Lisinopril () Perindopril () Quinapril
 () Ramipril () Trandolapril () Candesartana () Irbesartana () Losartana
 () Olmesartana () Telmisartana () Valsartana () Alisqureno

Tem os seguintes medicamentos para diabetes?

() Clorpropamida () Glibenclamida () Glipizida () Gliclazida () Gliclazida MR
() Glimepirida () Repaglinida () Nateglinida () Metformina () Arcabose
() Rosiglitazona () Pioglitazona () Sitagliptina () Vildagliptina () Exenatida
() Insulina NPH () Insulina Regular

Assinale com X o medicamento existente

APÊNDICE 2

RHUSF - Sobre os recursos humanos da Unidade de Saúde da Família	SIM	NÃO
O número de médicos está adequado em relação ao número de equipes e área de abrangência?		
O número de enfermeiros está adequado em relação ao numero de equipes e área de abrangência?		
O número de dentistas está adequado em relação ao número de equipes e área de abrangência?		
O número de auxiliares de enfermagem está adequado em relação ao número de equipes e área de abrangência?		
O número de ACD está adequado em relação ao numero de equipe e área de abrangência?		
O número de ACS está adequado em relação ao numero de equipe e área de abrangência?		
O número de auxiliares administrativos está adequado em relação ao número de equipes e área de abrangência?		
O número de auxiliares de serviços gerais está adequado em relação ao número de equipes e área de abrangência?		
Formação dos médicos*		
Formação dos enfermeiros*		
Todo(s) o(s) médico(s) realiza(m) atendimento ao hipertenso/diabético?		
Todo(s) o(s) enfermeiro(s) realiza(m) atendimento ao hipertenso/diabético?		
Todo(s) o(s) dentista(s) realiza(m) atendimento ao hipertenso/diabético?		
Há nutricionista que realiza atendimento ao hipertenso/diabético?		
Há outros profissionais que realizam atendimento ao hipertenso/diabético?		
Houve capacitação para a assistência às pessoas portadoras de HAS/DM?		

*Preencha: 1 para Graduação / 2 para Especialização / 3 para Residência
4 para Mestrado / 5 para Doutorado / 6 para Pós Doutorado

APÊNDICE 3

PROGHIP - Sobre o processo de cuidado na Unidade de Saúde da Família (Programa Hiperdia)	SIM	NÃO
A equipe de saúde realiza o cadastro dos usuários no Programa Hiperdia?		
Existe cópia da ficha de inscrição do Programa Hiperdia no prontuário?		
O ACS utiliza a ficha de acompanhamento de HA e DM do Sistema da Atenção Básica?		
A agenda é organizada conforme os grupos programáticos?		
O protocolo é usado para acompanhar os pacientes hipertensos/diabéticos?		
A agenda da USF é aberta?		
A USF consegue garantir os retornos ao paciente hipertenso/diabético?		
O médico realiza VD ao paciente com HAS/DM?		
O enfermeiro realiza VD ao paciente com HAS/DM?		
O auxiliar de enfermagem realiza VD ao paciente com HAS/DM?		
Outros profissionais realizam VD ao paciente com HAS/DM?		
Tem grupo de Hiperdia?		
Tem outras atividades para os pacientes hipertensos/diabéticos?		

APÊNDICE 4

PRONTUSF - Sobre os prontuários da Unidade de Saúde da Família	SIM	NÃO
De acordo com o prontuário, na última consulta médica agendada:		
Tem classificação diagnóstica da HAS/DM?		
Tem informações sobre perfil psicossocial?		
Tem informações sobre avaliação dietética?		
Tem informações sobre fatores de risco?		
Tem informações sobre medicações em uso?		
De acordo com o prontuário, em todas as consultas do último ano:		
A PA foi aferida?		
A glicemia capilar foi medida?		
O peso foi medido?		
A altura foi medida?		
O IMC foi calculado?		
A circunferência abdominal foi medida?		
A avaliação cardíaca foi realizada?		
A avaliação pulmonar foi realizada?		
A avaliação abdominal foi realizada?		
A avaliação vascular periférica foi realizada?		
A decisão terapêutica foi tomada?		
As orientações sobre estilo de vida e hábito alimentar foram dadas?		
As orientações sobre o tratamento medicamentoso foram dadas?		
As orientações sobre possíveis complicações foram dadas?		
O retorno foi agendado?		
De acordo com o prontuário, no último ano:		
Foram pedidos exames laboratoriais?		
Foi solicitado RX de tórax?		
Foi pedido ECG?		
Foi pedido exame de fundo de olho?		

APÊNDICE 5

PERC_US - Percepção do usuário sobre o cuidado prestado pela Unidade de Saúde da Família

Unidade de Saúde da Família*	
Idade do usuário (em anos completos)	
Sexo do usuário (1 para Masculino 0 para Feminino)	
Escolaridade (0: Analfabeto 1: Ensino Fundamental 2: Ensino Médio 3: Ensino Superior)	
Estado Civil (1:Solteiro 2: Casado 3: Separado 4: Divorciado 5: União Estável)	
Renda Familiar (em salários mínimos)	
Tempo de diagnóstico (em anos)	
Tempo de acompanhamento (em anos)	

Qual é a experiência que você tem em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde da família?

Dê uma nota de 0 a 10:

APÊNDICE 6

PERC_PROF - Percepção do profissional sobre o serviço prestado ao usuário

Unidade de Saúde da Família*	
Idade do profissional (em anos completos)	
Sexo do profissional (0: Feminino / 1: Masculino)	
Função (1: Médico / 2: Enfermeiro / 3: Auxiliar de Enfermagem / 4: ACS)	
Tempo de trabalho na USF (em anos completos)	
Formação profissional (0: Fundamental / 1: Médio / 2: Superior)	
Tempo de formado (em anos completos)	
Formação complementar (1: Lato sensu / 2: Stricto sensu)	

Qual é a sua experiência em relação ao paciente hipertenso e/ou diabético

Dê uma nota de 0 a 10:

Qual é a sua experiência, junto com a sua equipe, em relação ao cuidado a esses pacientes?

Dê uma nota de 0 a 10:

Qual é a sua opinião sobre a estrutura (física, insumos, medicamentos e recursos humanos) da USF?

Dê uma nota de 0 a 10:

APÊNDICE 7

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Apresentação: Sou Karyn Carregã, enfermeira, CPF: 337.171.118-84, pesquisadora responsável pelo trabalho: “A Avaliação da assistência ao paciente hipertenso e/ou diabético na Estratégia Saúde da Família”.

Instituição de ensino: Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Informações sobre o estudo

Esta pesquisa busca avaliar a qualidade da assistência ao paciente portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes na Estratégia Saúde da Família.

Solicito seu consentimento, através da assinatura deste termo, para participar do estudo respondendo às perguntas que serão gravadas e após análise dos dados, serão destruídas. As repercussões são mínimas, apenas a exposição de suas ideias em relação ao serviço. Suas informações serão utilizadas exclusivamente por mim, que mantereí sigilo sobre a sua identidade, deste modo, o seu acompanhamento na unidade de saúde não será prejudicado. Gostaria ainda de esclarecer que a sua participação na pesquisa é livre e desta forma você tem a liberdade de recusar ou retirar, a qualquer momento, o consentimento sem nenhum prejuízo. Este termo de consentimento livre e esclarecido é realizado em duas vias, para que uma fique em posse do entrevistado. É esperado que as conclusões deste estudo possam ser utilizadas pelos gestores de saúde local, com a finalidade de se alcançar ações mais efetivas, em relação à assistência ao indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, tendo recebido e compreendido as informações acima, concordo em participar.

Botucatu, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Pesquisadora: Karyn Carregã, Endereço – Rua da Harmonia, nº 20, ap. 31. Recanto Azul. Botucatu, SP. E-mail: karyn_carrega@hotmail.com Telefone de contato: (14) 99604-5141. **Orientadora:** Silvia Papini Berto. Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, Distrito de Rubião Júnior, s/n, CEP: 18.618-970. E-mail: spberto@fmb.unesp.br Telefone: (14) 3880-1316.

Apêndice 8. Roteiro de apoio para capacitação das equipes de saúde

⇒ Apresentação do trabalho para a coordenação da atenção básica e enfermeiras gerentes das unidades de saúde.

1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT).
2. As DCNT no Brasil e no mundo.
3. Hipertensão Arterial e Diabetes – Diagnóstico e Classificação.
4. Rotina e acompanhamento pela atenção primária.
5. História Clínica, avaliação física e laboratorial.
6. Abordagem Multiprofissional – Ações individuais e em grupo.
7. Modificações no estilo de vida e sua abordagem.
8. Apresentação dos dados encontrados neste trabalho e reflexão com a equipe de saúde.
9. Elaboração de quadro de propostas pelas equipes de saúde (coordenados pelas enfermeiras).

⇒ Avaliação semestral pelas enfermeiras e apresentação na reunião de enfermeiras gerentes.

Apêndice 9. Ficha/cartão de identificação e acompanhamento do paciente hipertenso e/ou diabético

Nome:	DN:	Tel.:	A:	MA:	F:
Classificação Diagnóstica:					
Observações:					

Acompanhamento em Consultas/Grupos

Data da Consulta	Profissional	PA	HGT	IMC	Agendamento Exames	Agendamento Retorno/Grupo

Controle Pressórico e Glicêmico

Data	Hora	PA	HGT	Profissional

Controle de Medicamentos

Medicações em uso	Data da Entrega	Próxima Entrega

Anamnese:

Classificação Diagnóstica:

História Pregressa:

Perfil Psicossocial/ Fatores de Risco:

() Fatores Estressores:

() Prática de Atividade Física:

() Dieta Alimentar:

() Comorbidades:

() Tabagismo:

() Etilismo:

() Uso de Outras Drogas:

História Familiar:

Últimos Exames (Rotina HAS e/ou DM):

Último Papanicolaou/MMG ou Exame de Próstata:

Vacinação: () Em Dia () Atrasada:

Recordatório Alimentar:

Café-da-manhã	Colação	Almoço	Café-da-tarde	Jantar	Ceia

Medicações em Uso:

Avaliação Física:

Peso: _____ Altura: _____ CA: _____ IMC: _____ PA: _____ HGT: _____

Geral:

Cardíaca:

Pulmonar:

Abdominal:

Vascular Periférico:

Conduta:

() Decisão Terapêutica:

() Orientações sobre o Tratamento Medicamentoso

() Orientações sobre o Tratamento Não Medicamentoso

() Orientações sobre os Fatores de Risco e Complicações

() Solicitados Exames:

() Retorno:

() Grupo:

