



Átila Carlos Missias

Caminhos pela rede: trajetórias assistenciais de pacientes diabéticos no município de Niterói/RJ

Niterói/RJ

2022

Átila Carlos Missias

Caminhos pela rede: trajetórias assistenciais de pacientes diabéticos no município de Niterói/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino

Coorientador: Prof. Dr. Leandro Marcial Amaral Hoffmann

Niterói/RJ

2022

Ficha catalográfica automática - SDC/BFM
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M678c Missias, Átila Carlos
Caminhos pela rede: trajetórias assistenciais de pacientes diabéticos no município de Niterói/RJ / Átila Carlos Missias. - 2023.
95 f.: il.

Orientador: Marcos Paulo Fonseca Corvino.
Coorientador: Leandro Marcial Amaral Hoffmann.
Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Niterói, 2023.

1. DIABETES MELLITUS. 2. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS. 3. TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS. 4. Produção intelectual. I. Corvino, Marcos Paulo Fonseca, orientador. II. Hoffmann, Leandro Marcial Amaral, coorientador. III. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. IV. Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

Átila Carlos Missias

Caminhos pela rede: trajetórias assistenciais de pacientes diabéticos no município de Niterói/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 30 de novembro de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino (Orientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Leandro Marcial Amaral Hoffmann (Coorientador)
Universidade Federal Fluminense

Niterói/RJ

2022

Dedico esta pesquisa a todos os trabalhadores que acreditam e lutam para que a APS se torne cada vez mais forte, resolutiva e próxima daquilo que os usuários realmente necessitam.

À minha família e aos meus amigos, que comemoram cada vitória comigo e que são meu apoio na busca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A gratidão é a virtude das almas nobres

Esopo

Meu primeiro agradecimento sempre foi e sempre será a Deus, que, além de me levar aos lugares que nunca imaginei, sustenta-me e protege-me das adversidades todos os dias. À Nossa Senhora Aparecida, pelas tantas vezes que intercedeu por mim com graças e bênçãos.

À minha mãe, pelas orações, preocupação, apoio, incentivo, e tanta ajuda. Ao meu pai Manoel, aos meus irmãos Áquila e Débora, à minha cunhada Elaine e aos meus tão amados sobrinhos Kalleb e Kauã. Com eles, eu divido minhas alegrias, frustrações e planos.

À minha família (a família do Zé Roque), que me ama e demonstra tanta admiração e orgulho pela pessoa que venho me tornando. Em especial, à tia Fia e à vó Maria, por todas as orações, amor e cuidado.

Eu amo vocês, família!

Aos meus amigos, pessoas essenciais e com as quais eu divido o meu dia a dia. Cada um sabe da importância que tem em minha vida, do quanto sou grato por tanto apoio, por me ouvirem, por me aconselharem e me abraçarem nos momentos que poderiam ser muito difíceis se vocês não estivessem comigo. Amo muito vocês!

Agradeço aos meus orientadores e colegas de profissão, Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino e Dr. Leandro Marcial Amaral Hoffman, pela colaboração, disposição e apoio durante todo o curso e na construção deste trabalho.

À coordenadora do mestrado, Dra. Patty Fidelis de Almeida, por transmitir tanto conhecimento, por sua dedicação ao curso, sua disponibilidade, disposição e tamanha boa vontade em ajudar a todos os alunos.

Aos demais professores, por compartilharem seus conhecimentos, experiências e por nos inspirarem com tantas demonstrações de amor pela saúde pública.

Um agradecimento especial a todos os professores que passaram em minha vida. Vocês são os principais responsáveis por tudo isso.

À secretária do PROFSAÚDE/UFF Rafaela Fidelis, por ser tão empenhada e dedicada ao seu trabalho, e por toda gentileza e carinho com os alunos.

Aos meus colegas de turma, Rapha, Luísa, Flávia, Cassi, Richarlison e Bianca, com quem dividi tantos momentos de alegria, estresse, cansaço e muita superação. O incentivo durante as apresentações, as mensagens de carinho, os desabafos, as boas risadas vão ficar para sempre na memória. Eternos lacradores!

À professora Dra. Estela Márcia Saraiva Campos, por suas valiosas contribuições na banca de qualificação.

Aos alunos de Iniciação Científica, pela participação no trabalho e imenso apoio durante a realização das entrevistas.

Aos grandes amigos da FAB, pelo apoio, parceria e pelos bons momentos compartilhados. Ao Maj.-Brig. Cloer e ao Ten.-Cel. Macedo, por compartilharem suas experiências e tantos conhecimentos sobre medicina e APS.

Agradeço a todos os colegas e amigos que fiz nas diversas Unidades de Saúde da Família em que trabalhei. Vocês foram essenciais para a minha escolha e formação como médico de família e comunidade.

Aos profissionais do PMF de Niterói, que abriram as portas da unidade, receberam-me com muito carinho, acompanharam-me até os domicílios dos usuários e auxiliaram-me em tudo que precisei, sempre com muita gentileza e boa vontade.

Um agradecimento especial aos protagonistas deste trabalho, os usuários que participaram deste estudo. Sou muito grato pela disponibilidade, pela confiança e por dividirem um pouco da vida de vocês comigo. Foi um prazer conhecê-los.

A todos vocês, meus queridos, muito obrigado!

MINHA TRAJETÓRIA

Nasci no ano de 1986, na cidade de Ipatinga, no estado de Minas Gerais. Tenho um irmão e uma irmã, e somos filhos de pais separados. Por ser o irmão mais velho, sempre carreguei comigo a responsabilidade de zelar pelo bem-estar da minha família.

Cursei todo o ensino básico em escola pública e precisei conciliar as atividades escolares com o trabalho, desempenhando diversas funções, ainda muito jovem. Quando terminei o ensino médio em 2003, não tinha ideia do que iria fazer. Embora tivesse o enorme desejo de entrar para a faculdade, as condições financeiras me impediam de realizar esse sonho.

No ano de 2004, comecei a trabalhar como vigilante na prefeitura da minha cidade; e no ano seguinte, uma universidade recém-instalada no bairro abriu vestibular para diversos cursos. Interessei-me pela carreira de Educação Física, realizei a prova e fui aprovado em primeiro lugar. Com o apoio do meu pai, matriculei-me e consegui chegar ao final do primeiro semestre e garantir a matrícula no segundo período. Entretanto, já não era possível arcar com as mensalidades, pois, devido ao horário, tive que largar o emprego.

Ao final do ano, decidi realizar a prova do ENEM e consegui uma bolsa do Programa Universidade Para Todos (ProUni) para o curso de Biologia. No mesmo período, comecei a trabalhar no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No início do quarto semestre, percebi que, embora tivesse grande admiração pela área da educação, o curso não contemplava os planos que tinha enquanto profissional de nível superior. Foi quando descobri que havia bolsa do ProUni para o curso de Medicina. Novamente, realizei a prova do ENEM e fui agraciado com uma bolsa integral em uma faculdade a 80 km da minha cidade. A decisão de deixar o emprego, mudar de cidade, não poder trabalhar não foi fácil. Contudo, a vontade era grande; e, com o apoio de amigos e de familiares, ingressei na faculdade de medicina.

O contato com a saúde da família começou logo no primeiro semestre. O currículo da instituição previa atividades práticas nas Unidades de Saúde do município ao longo dos ciclos básico e clínico. Logo me identifiquei com aquele ambiente. Um espaço dinâmico, com profissionais de diversas áreas, o trabalho em equipe, a população trazendo problemas diversos...

No quinto período, já estava à frente da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade de Caratinga (LAMEFAC); e desenvolvíamos diversos trabalhos, orientados

principalmente por um grande e inspirador médico de família e comunidade chamado Igor Claber.

Ao final da faculdade, ainda não tinha certeza se queria seguir na especialidade. Embora me sentisse bastante inclinado para tal, como boa parte dos egressos do curso de Medicina, eu gostava de diversas áreas e não conseguia tomar essa decisão logo ao fim da graduação.

Então, trabalhei durante um ano em uma Unidade de Saúde de Belo Horizonte – e, para minha sorte, das cinco equipes de saúde da família, quatro delas eram compostas por médicas de família. Foi impossível não ser influenciado. Era nítida a paixão daquelas médicas pelo trabalho. Eu admirava como elas lidavam tão bem com a complexidade de casos que apareciam todos os dias. E elas eram muito resolutivas!

No início de 2014 saí de Belo Horizonte e fui trabalhar no interior por meio do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) do governo federal. Durante o ano de trabalho, cursei uma especialização em Saúde da Família, pós-graduação vinculada ao programa.

Não tinha mais jeito! Eu sentia que não sabia fazer outra coisa que não atuar na Atenção Primária. E no ano de 2016, mudei-me para a cidade do Rio de Janeiro para finalmente ingressar na residência em Medicina de Família e Comunidade pelo Programa da Secretaria Municipal de Saúde. No mesmo ano, comecei uma especialização em Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) em parceria com a Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

A residência foi na Clínica da Família Marcos Valadão, na comunidade de Acari, Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Posso dizer que foram dois anos intensos, em vários sentidos. Quanto aprendizado! Conviver com a comunidade, com os trabalhadores daquela unidade foi simplesmente uma das experiências mais incríveis da minha vida.

Foram dois anos que me fizeram crescer como profissional e, principalmente, como pessoa. A residência, além de me ensinar a lidar com a pluralidade e a complexidade da Atenção da Primária, sedimentou em mim valores que levarei pelo resto da vida.

Concluída a especialização, fui trabalhar em uma Clínica da Família, desempenhando os papéis na assistência e na gestão, como responsável técnico. A unidade era campo de trabalho dos residentes e, também, recebia acadêmicos de Medicina, o que me envolveu com o maravilhoso processo de ensino.

Nesse período, houve a troca de governo da cidade do Rio de Janeiro, e começaram a surgir sucessivos atos que configuravam um desmonte da APS no município. As unidades enfrentavam problemas com desabastecimento, demissão de profissionais, atrasos salariais, entre outros problemas decorrentes de diversas mudanças.

Eu já não tinha a mesma motivação para desempenhar as minhas funções. Além de perder boa parte do aparato de trabalho, os atrasos salariais estavam comprometendo a minha vida pessoal. Eu comecei a ver vários colegas deixando o trabalho e buscando oportunidade em outras cidades, e até na saúde suplementar.

Em meio à situação, tive notícia da abertura de concurso para médico de família na Aeronáutica. Decidi me inscrever; e após várias e longas etapas, fui aprovado. Em dezembro de 2018, despedia-me da Clínica da Família Sérgio Nicolau Amin e entrava em um mundo completamente desconhecido.

Passados os seis meses do curso de adaptação, retornei ao Rio de Janeiro e assumi o posto de trabalho no Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG). Era um trabalho completamente diferente do que eu fazia no SUS.

Em poucas semanas, consegui um emprego em uma clínica da família, para trabalhar 20 horas e conciliar com o trabalho na FAB. Fiquei lá por 45 dias, porque, mais uma vez, a política estava interferindo no trabalho, e as equipes não mais poderiam ter médico com carga horária inferior a 40 horas.

Foi pouco tempo na unidade, entretanto, foi nesse período que me inscrevi no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE). A aprovação no programa foi uma das coisas mais importantes que já me aconteceram. Como desejei esse ingresso!

Entrar no mestrado era um sonho que começava em meio à pandemia da covid-19. Nós, profissionais de saúde, tivemos que ter muita força para suportar todas as adversidades impostas pelo vírus. A população estava sofrendo muito, e nós éramos uma esperança para ela.

Do HFAG, fui trabalhar na Diretoria de Saúde da Aeronáutica, agora em um projeto grande de reestruturação do sistema de saúde da instituição. Foi um período rico, e tudo o que aprendi como médico do SUS, na assistência e na gestão – e cursando um mestrado em saúde da família –, ajudou-me a alavancar a APS em todas as unidades da FAB no Brasil.

Encerrado o período de reestruturação, entrei com um pedido de transferência e pude retornar para Minas Gerais. Agora mais próximo das pessoas que amo e perto de dar um passo grande na minha vida acadêmica e profissional, sinto-me realizado e extremamente feliz.

Não foi fácil, mas valeu a pena cada sacrifício, cada noite mal dormida, cada momento na frente do computador, seja nas trocas com os professores e colegas, seja escrevendo este trabalho. Tenho muito orgulho da minha trajetória. Foram várias pedras, mas também foram vários motivos para seguir. Por aqui, só gratidão!

*De tudo, ficaram três coisas:
a certeza de que ele estava sempre começando,
a certeza de que era preciso continuar e
a certeza de que seria interrompido antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo.
Fazer da queda um passo de dança,
do medo uma escada, do sono uma ponte,
da procura um encontro.*

Fernando Sabino – O encontro marcado

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), organizado predominantemente de forma fragmentada, não tem respondido satisfatoriamente às demandas impostas pelo aumento expressivo das condições crônicas. Um modo de superar o obstáculo da fragmentação é a constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS), com interação entre os serviços e com a Atenção Primária à Saúde (APS) assumindo a função de ordenadora da rede. Sendo assim, este estudo qualitativo teve o objetivo de caracterizar e analisar o acesso e a continuidade dos cuidados entre APS e Atenção Especializada (AE) no município de Niterói, a partir de Trajetórias Assistenciais (TA) de pacientes diabéticos. A pesquisa foi feita utilizando roteiro semiestruturado com usuários do Programa Médico de Família (PMF) nas regiões de saúde do município. Os dados coletados foram categorizados a partir da aplicação da técnica de análise de conteúdo temático. Os resultados apontaram que, embora a experiência dos usuários com a APS seja positiva, existem lacunas nos cuidados do diabético que surgiram nas narrativas, como a alta rotatividade de médicos, a disponibilidade insuficiente de medicamentos, a participação limitada dos enfermeiros na assistência e a comunicação insuficiente entre profissionais e usuários. A pesquisa revelou uma sobrevalorização da AE em detrimento da APS. Na busca por cuidados, houve relatos de utilização de serviços privados. A participação em atividades de educação e promoção em saúde foi baixa entre os entrevistados. Os principais pontos positivos foram a facilidade de acesso geográfico, a facilidade para marcar consultas e realizar exames e a relação de proximidade com os trabalhadores, principalmente os agentes comunitários de saúde. O acesso à AE foi facilitado, entretanto, após a chegada a esse nível de atenção, surgiram problemas, tais como falta de um profissional de referência, rotatividade de médicos e falhas na comunicação interpessoal. No que tange à continuidade dos cuidados entre APS e AE, não foi identificada integração entre os dois níveis, com a ausência de mecanismos de compartilhamento de informações e a assistência acontecendo de forma isolada nos pontos de atenção. Mesmo com as dificuldades apresentadas, os usuários avaliaram bem os serviços. Os resultados deste trabalho demonstraram que ainda é preciso avançar para superar as barreiras da fragmentação, organizando a rede e os processos de trabalho, com foco no usuário e nas suas necessidades a fim de garantir a continuidade dos cuidados e uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Continuidade dos cuidados. Trajetórias assistenciais.

ABSTRACT

The Unified Health System (UHS), organized predominantly in a fragmented way, has not responded satisfactorily to the demands imposed by the significant increase in chronic conditions. One way to overcome the obstacle of fragmentation is the constitution of Health Care Networks (HCN), with interaction between services and with Primary Health Care (PHC) assuming the role of organizer of the network. Therefore, this qualitative study aims to characterize and analyze the access and continuity of care between PHC and Specialized Care (SC) in the city of Niterói, based on Assistance Pathway (AP) of diabetic patients. The research was carried out using a semi-structured script with users of the Family Doctor Program (FDP), in the health regions of the municipality. The collected data were categorized through the application of the thematic content analysis technique. The results showed that although the users' experience with PHC is positive, there are gaps in diabetic care that emerged in the narratives, such as the high turnover of physicians, insufficient availability of medicines, limited participation of nurses in care, insufficient communication between professionals and users. The research revealed an overvaluation of SC to the detriment of PHC. In the search for care, there were reports of use of private services. Participation in health education and promotion activities was low among respondents. The main positive points were the ease of geographic access, the ease of scheduling appointments and performing exams, and the close relationship with workers, especially CHA. Access to SC was facilitated, however after arriving at this level of care, problems arose such as the lack of a reference professional, the turnover of physicians and failures in interpersonal communication. Regarding the continuity of care between PHC and SC, no integration between the two levels was identified, with the absence of information sharing mechanisms and assistance occurring in isolation at the points of care. Even with the difficulties presented, users rated the services well. The results of this work showed that it is still necessary to move forward to overcome the barriers of fragmentation, organizing the HCN and work processes, focusing on the user and their needs in order to guarantee the continuity of care and quality assistance.

Keywords: Diabetes mellitus. Continuity of care. Assistance pathway.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Transição do modelo piramidal e hierárquico para o modelo de redes de atenção à saúde	27
Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa.....	36
Quadro 2 – Matriz para análise do acesso e acompanhamento do paciente diabético na Atenção Primária e na Atenção Especializada e a continuidade dos cuidados entre os dois níveis de atenção.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DANT	Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IT	Itinerários Terapêuticos
MS	Ministério da Saúde
PMF	Programa Médico de Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RASPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Trajetórias Assistenciais
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4 REVISÃO DA LITERATURA	23
4.1 O AVANÇO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A NECESSIDADE DE UM NOVO MODO DE CUIDAR	23
4.2 A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS E OS DESAFIOS DA FRAGMENTAÇÃO	25
4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIABETES	30
4.4 AS TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS COMO REFLEXO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	33
5 METODOLOGIA	34
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
5.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	34
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
5.4 CENÁRIO DA PESQUISA	37
5.5 COLETA DE DADOS	38
5.6 TRATAMENTO DOS DADOS	38
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
6 RESULTADOS	41
6.1 ACESSO À APS	41
6.2 ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO NA APS.....	46
6.3 ACESSO E CUIDADO NA AE	50
6.4 CONTINUIDADE DOS CUIDADOS ENTRE APS E AE	53
7 DISCUSSÃO	55
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	75
APÊNDICE A – Cronograma de atividades do projeto	75
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	76

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	83
ANEXOS	86
ANEXO A – Carta de Anuência.....	86
ANEXO B – Autorização de Pesquisa	87
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP	88

1 INTRODUÇÃO

A prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) teve aumento significativo nos últimos anos, e isso pode ser associado a vários fatores, como as mudanças demográficas, as modificações nos estilos de vida e a transição epidemiológica. Esses agravos se caracterizam por ser um grupo de doenças que possuem história natural prolongada, muitas vezes resultantes da interação de diversos fatores de risco, longos períodos de latência, e por associarem-se a deficiências e a incapacidades funcionais (MENDES, 2011).

O grupo das DCNT (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) é responsável por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade), e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (MALTA *et al.*, 2017). No Brasil, a realidade também não é diferente: só no ano de 2017, as DCNT foram responsáveis por 73% das mortes gerais e por 17% das mortes prematuras (CHRISTOFOLETTI *et al.*, 2020).

As DCNT são passíveis de prevenção, e as estratégias incluem ações capazes de interferir nos fatores de risco modificáveis, por meio da promoção à saúde e do estímulo à adoção de hábitos saudáveis. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil. Atualizado em 2020 (2021-2030), o plano apresenta-se como uma diretriz para prevenção dos fatores de risco das DCNT, e promoção da saúde, buscando diminuir as iniquidades em saúde (BRASIL, 2021).

O Diabetes Mellitus (DM), que está em entre as DCNT, é um dos problemas de saúde mais frequentes no mundo e sua prevalência em adultos tem aumentado muito nas últimas décadas (SANTOS *et al.*, 2020). Pacientes com DM2 têm aumento do risco de mortalidade geral, estimando-se uma redução da expectativa de vida de 4 a 8 anos em comparação com indivíduos sem diabetes (SBD, 2019).

As complicações decorrentes do DM são responsáveis por altas taxas de hospitalização, causando grande impacto econômico nos sistemas de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento, que ainda apresentam desafios no enfrentamento das doenças infecciosas. A isso, somam-se os custos indiretos atribuíveis à mortalidade prematura e a incapacitações temporárias e permanentes decorrentes dessas complicações (SBD, 2019).

No Brasil, o sucesso no controle do DM depende de uma mudança de postura do sistema de saúde, que ainda é prioritariamente voltado para as condições agudas, agindo de forma fragmentada, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença. A

adoção de estratégias orientadas para a promoção e a prevenção de saúde e para o gerenciamento da doença no seu estado já estabelecido deve ser prioridade (MENDES, 2012).

Os determinantes sociais da saúde possuem estreita relação com as doenças crônicas, pelo fato de retratarem a complexidade dos fenômenos e de trazerem para a abordagem dos fatores de risco e proteção componentes econômicos, sociais, políticos e culturais (BRASIL, 2021).

Para o adequado cuidado do paciente portador de diabetes, espera-se que se estabeleçam pontos importantes, como o vínculo entre os pacientes e os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar e a garantia de acesso e atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Pelas repercussões da doença, e por sua evolução com desfechos negativos quando não tratada adequadamente, é imprescindível a imposição da continuidade de cuidados nos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2021).

As RAS possuem papel fundamental nos cuidados às pessoas com diabetes. Primeiro, pela sua capacidade de interagir com diversos agentes e pontos de atenção dentro de um sistema e, segundo, por promover a integração de ações e serviços de saúde, a fim de prover uma atenção de forma contínua, integral e de qualidade (MENDES, 2012).

Dentro da RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca pela sua capacidade de desenvolver atividades de coordenação do cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados. Além disso, por constituir a porta de entrada principal da rede, ela favorece e organiza o acesso aos demais níveis de atenção (ALMEIDA, 2018).

Na busca por cuidados e por soluções para seus problemas de saúde, é preciso que os usuários caminhem pela rede, que transitem pelos serviços nos diversos níveis assistenciais de forma articulada e integrada. Esse percurso pode ser formal, seguindo o fluxo das RAS quando eles existem, ou podem ser influenciados por diversos fatores, inclusive a própria vontade do paciente (STARFIELD, 2002).

Esse percurso realizado pelo usuário dentro da rede de saúde recebe o nome de Trajetória Assistencial (TA) (MEDEIROS *et al.*, 2016). O estudo da TA permite a avaliação de como os serviços conseguem ou não atender aos princípios da integralidade e da resolutividade na atenção à saúde às pessoas em condição crônica, e de que forma essas pessoas respondem à oferta e à acessibilidade aos serviços de saúde ao buscarem resolutividade para os seus problemas de saúde (SILVA, 2015).

Considerando a importância da interlocução entre os pontos de atenção à saúde, para a oferta de cuidados integrais, o presente trabalho tem o objetivo de analisar, por meio da

perspectiva dos pacientes diabéticos, o acesso e a continuidade do cuidado entre a APS e a Atenção Especializada (AE) do município de Niterói.

2 JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, vem ocorrendo aumento expressivo da prevalência dos agravos crônicos. Nesse sentido, a resposta do sistema de saúde ainda tem sido com a oferta de serviços voltados predominantemente para a cura, com consultas episódicas e reativas, e com níveis de atenção que não se comunicam entre si. Esse modelo de atenção à saúde tem se mostrado ineficaz, pois os pacientes portadores de doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes, por exemplo, necessitam de cuidados prolongados que devem ser oferecidos, sobretudo, por uma APS qualificada, organizada, integrada aos demais níveis de atenção e com papel de destaque na coordenação do cuidado (MENDES, 2011).

Um dos atributos que devem ser considerados para as discussões da resolutividade da APS e da RAS é a integralidade. Ela traduz a garantia de que os usuários terão acesso a qualquer tipo de serviço, de acordo com a necessidade de cada um. Ao mesmo tempo, esse atributo trata da responsabilização de toda a rede em oferecer tais serviços em qualquer parte de seu trajeto, que pode ser nos cuidados no domicílio, nos ambulatórios ou nos hospitais (STARFIELD, 2002).

Compreender como o paciente diabético tem sido assistido na RAS de Niterói, sob a perspectiva do cuidado integral, possibilita um entendimento sobre que forma as práticas de cuidado e gestão estão organizadas de modo a responder às necessidades de seus usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar e analisar o acesso e a continuidade dos cuidados entre APS e AE no município de Niterói a partir de trajetórias assistenciais de pacientes diabéticos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o funcionamento da RAS do município em relação à assistência ao diabético.
- Conhecer as trajetórias assistenciais de pacientes diabéticos na busca por cuidados na RAS de Niterói.
- Identificar as facilidades e os limites encontrados pelos usuários portadores de diabetes na RAS de Niterói.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O AVANÇO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A NECESSIDADE DE UM NOVO MODO DE CUIDAR

O perfil de morbimortalidade resulta da interação de diversos fatores interdependentes, e é, em geral, influenciado pelas condições de vida e pelo desenvolvimento de cada população. No Brasil, por exemplo, esse perfil tem sofrido diversas mudanças na sua construção ao longo do tempo; e como uma das causas disso, pode-se associar o aumento da expectativa de vida da população (PEREIRA *et al.*, 2015).

O conceito de transição epidemiológica está relacionado com as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo de transição engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e mudança de predomínio de mortalidade para morbidade (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Uma das principais características do processo de transição epidemiológica é o aumento na prevalência das DCNT, que vêm se espalhando rapidamente pelo Brasil. Entre as principais, estão as doenças cardiovasculares, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), DM, doenças respiratórias crônicas e doenças osteoarticulares (PEREIRA *et al.*, 2015).

As DCNT representam um problema de saúde mundial, afetando principalmente os países de média e baixa renda (GOULART, 2011). No Brasil, elas são responsáveis pela maior parte das mortes, incluindo mortes precoces, além de gerarem gastos elevados para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade, causando impactos negativos no desenvolvimento do país (DUNCAN *et al.*, 2012; CHRISTOFOLETTI *et al.*, 2020). Dados do MS apontam que, em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT (BRASIL, 2021).

Estudos atribuem diversas causas ao aumento das DCNT, como o crescimento dos fatores de risco modificáveis, que envolvem uso de tabaco e álcool, a obesidade, as dietas não saudáveis e o sedentarismo (MALTA *et al.*, 2017), bem como a mudança do perfil epidemiológico decorrente do envelhecimento da população (SCHRAMM *et al.*, 2004; PEREIRA *et al.*, 2015).

Acrescenta-se, ainda, a influência dos determinantes sociais, sobretudo do baixo nível socioeconômico, que é um forte preditor de causalidade, morbidade e mortalidade prematura por DCNT (SILVA *et al.*, 2021). De acordo com Barreto (2017), a ocorrência das mais diversas doenças se agrava entre os grupos sociais que vivem em situações socialmente desfavoráveis, ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação.

As doenças crônicas, além da mortalidade, apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. A isso, soma-se o grande impacto causado na vida do indivíduo e de sua família pelo seu potencial de diminuição da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013b).

Diante da magnitude do problema, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem, há alguns anos, investindo em políticas que priorizam o enfrentamento das DCNT, com ações direcionadas à prevenção e à promoção da saúde, ao gerenciamento das doenças e à formulação de indicadores que avaliem adequadamente as ações de saúde. Nesse sentido, em 2011, o MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2021).

O Plano abordou os quatro principais grupos de doenças crônicas e seus fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Também, definiu diretrizes e ações nos eixos de vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2021).

No ano de 2021, surgiu uma nova versão do Plano de Ações Estratégicas do MS, que, desta vez, passa de um plano específico para as DCNT para um documento mais completo, envolvendo os Agravos Não Transmissíveis. Intitulada “Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento Das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030” (Plano de DANT), o Plano foi elaborado com a contribuição de representantes das secretarias, das agências, dos institutos e das fundações ligadas ao MS, de gestores e trabalhadores da saúde dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, do setor privado, de pesquisadores e representantes da sociedade civil; e apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DANT e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde (BRASIL, 2021).

De fato, as DCNT estão avançando de maneira acelerada, e parece que os sistemas de saúde de vários países se encontram diante de uma crise que deixa evidente que, apesar dos esforços, as respostas sociais atuais são ineficazes diante desse avanço. Isso se deve principalmente ao fato de não conseguirem garantir a continuidade dos processos de atenção a essas condições, respondendo prioritariamente às condições agudas e aos eventos que decorrem da agudização das condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada (OPAS, 2011).

Para Mendes (2011), deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde, o que parece não estar acontecendo neste momento. Portanto, é imperativa uma nova organização do Sistema de Saúde brasileiro pautada na integralidade do cuidado dos usuários, buscando superar o modelo vigente, que também é ineficiente e inadequado diante das DCNT devido à característica de intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas. Sob essa ótica, essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede, em que cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado (BRASIL, 2013b).

A integralidade está relacionada com a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população (LAVRAS, 2011). Ela consiste basicamente em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas aos usuários que necessitam de cuidados, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações. Para sua efetivação, deve estar apoiada em medidas estratégicas de gestão, financiamento e informação (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A integralidade também muito tem a ver com capacidade de resolução dos pontos de atenção. A APS, em especial, deve estar organizada de tal forma que seja capaz de oferecer ao usuário todos os tipos de serviços em atenção à saúde, e isso inclui também os encaminhamentos responsáveis para outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

4.2 A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS E OS DESAFIOS DA FRAGMENTAÇÃO

O SUS é predominantemente marcado pela oferta de serviços de forma fragmentada, com pontos de atenção que não se comunicam entre si, e por uma APS com pouco destaque na sua função de eixo central de uma rede de atenção (BOUSQUAT *et al.*, 2017), o que vem trazendo resultados desfavoráveis em relação ao cuidado, particularmente das doenças crônicas. O modelo vigente é hierarquizado, em forma de pirâmide, formatado segundo as

complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Nesse modelo, a APS aparece como o nível de menor complexidade, o que não é verdade, uma vez que é ali que há predomínio da maior parte dos problemas de saúde da população. Essa visão errônea sobre complexidade tem levado à valorização dos níveis secundário e terciário por parte dos gestores e à banalização dos serviços prestados pela APS (MENDES, 2011).

A fragmentação do cuidado acontece de várias formas, mas, de modo geral, aparece como falta de coordenação entre os níveis assistenciais e pontos de atenção, o que impacta no desempenho dos sistemas de saúde. Ademais, no que diz respeito à experiência dos usuários do sistema, essa fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (OPAS, 2011).

Mendes (2011) destaca as características dos sistemas fragmentados de atenção à saúde:

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. (MENDES, 2011, p. 50).

O SUS tem demonstrado melhor desempenho no manejo clínico das condições agudas do que para o manejo clínico das condições crônicas devido à complexidade de ações que envolvem o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido por meio de sistemas integrados (LAVRAS, 2011).

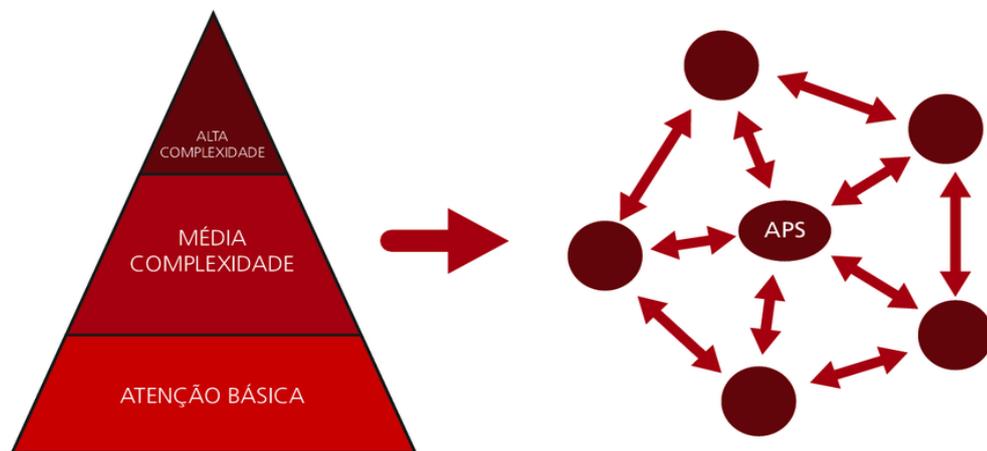
O cuidado em saúde, sobretudo de usuários com doenças crônicas, deve se dar de forma integral. O modelo vigente não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (BRASIL, 2013b).

Uma alternativa para a superação dessa fragmentação do cuidado é a organização do Sistema de Saúde em Redes de Atenção, o que tem impacto positivo na continuidade da assistência aos usuários com doenças crônicas, principalmente para aqueles que possuem mais de uma condição (OPAS, 2011; VIANA *et al.*, 2018).

Os sistemas de saúde organizados em rede têm se mostrado mais eficazes e de melhor qualidade quanto às ações e serviços, aos custos, com maior satisfação dos usuários e melhores indicadores globais de saúde em diversas realidades (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Entretanto, este é um dos grandes desafios para o SUS: construir um sistema integrado, com articulação no âmbito regional e que seja capaz de garantir uma atenção de qualidade, a partir de boas práticas clínicas e de gestão (LAVRAS, 2011).

A figura a seguir ilustra como se dá a substituição do modelo hierárquico e piramidal pelo modelo de rede poliárquica de atenção à saúde em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais, onde um ponto se conecta a vários outros, e no centro, a APS sendo o centro ordenador da rede (MENDES, 2011).

Figura 1 – Transição do modelo piramidal e hierárquico para o modelo de redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011, p. 84).

A ideia de organização de um sistema de saúde em rede foi proposta pela primeira vez em 1920, pelo médico britânico Bertrand Dawson; e o documento criado por ele, conhecido como Relatório Dawson, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As ideias contidas no documento de Dawson serviram como base para a criação do Sistema de

Saúde da Inglaterra e inspiraram a reorganização dos sistemas de saúde em vários países (LAVRAS, 2011)

No Brasil, no ano de 2010, foram estabelecidas as Diretrizes para Organização da RAS no âmbito do SUS através da Portaria nº 4.279/2010. O documento enfatiza o arcabouço legal que fundamenta esse processo, com destaque para o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e reconhece as experiências do MS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), bem como os apoios promovidos pelo CONASS (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 4.279/2010 define a RAS como sendo:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010).

E seus objetivos são:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010).

Desde o estabelecimento das diretrizes para organização da RAS, o MS vem investindo nas políticas de criação e fortalecimento das RAS. No ano de 2013, instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPC) (BRASIL, 2013b), e, em 2014, estabeleceu diretrizes para a organização das linhas de cuidado da RASPC (BRASIL, 2014).

Com essa forma de organizar o sistema de saúde, os serviços passam a ser integrados e organizados na lógica de rede, e todos os pontos de atenção são importantes e responsáveis. Nesse modelo, o cuidado é ofertado de maneira interativa e compartilhada, considerando a definição da população em territórios específicos com o objetivo de garantir oferta integral em saúde. Além disso, esse modelo abre caminhos para ampliação do acesso, aumento da equidade, melhoria da qualidade da atenção e melhor desempenho do sistema de saúde (ALMEIDA, 2018).

Na RAS, espera-se que a APS seja a porta de entrada preferencial, principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado, desempenhando a função de ordenar o

fluxo e contrafluxo de pessoas e informações pelos pontos de atenção e sistemas de apoio (OPAS, 2011). Todavia, diversos estudos demonstram que a APS tem encontrado entraves ao se efetivar como serviço de primeiro contato e para exercer seus atributos, especialmente a coordenação dos cuidados (ALMEIDA; SANTOS, 2016; SANTOS; GIOVANELLA, 2016; BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Por definição, a APS é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, portanto, é o local onde a população tem fácil acesso, no qual os vínculos são criados e em que são resolvidos os problemas de saúde mais comuns dos usuários. Trata-se de um conjunto de práticas integrais à saúde que visa responder a necessidades individuais e coletivas, sendo considerada internacionalmente como base para os modelos de assistência à saúde, na qual o usuário ocupa o centro das ações de cuidado em saúde (OPAS, 2011).

O protagonismo da APS com suas ações de coordenação do cuidado constitui estratégia para diminuir os desfechos negativos da fragmentação da assistência (ALMEIDA, 2018). Entre os fatores que têm impacto sobre a coordenação e a continuidade dos cuidados, estão a atuação dos médicos da porta de entrada, que assumem a gestão e a responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário na rede, e a capacidade de resolução da APS, ou seja, a sua capacidade de responder à maior parte dos problemas de saúde da população, em tempo oportuno, com garantia de acesso e continuidade dos cuidados (ALMEIDA *et al.*, 2011; SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Embora vários estudos apontem a APS como coordenadora do cuidado dentro da RAS, é um elemento essencial para a continuidade dos usuários com doenças crônicas; a realidade é que APS no Brasil não tem conseguido exercer esse papel por diversos motivos, entre os quais, barreiras de acesso, baixa resolutividade, indisponibilidade de informações, fluxos desorganizados entre a APS e a AE e insuficiência de investimentos (ALMEIDA; SANTOS, 2016; BOUSQUAT, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018).

A continuidade dos cuidados se constitui um aspecto central na atenção à saúde, particularmente quando se trata de doenças crônicas (BRITO *et al.*, 2012). Entenda-se a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes pontos de atenção, de uma forma coerente, lógica e oportuna, o que garante a melhoria da assistência, contribui para a diminuição dos custos e apresenta-se como uma estratégia adequada e uma política a ser seguida pelos serviços de saúde. Considera-se que existe continuidade dos cuidados quando estes são prestados de forma a complementarem-se em um tempo adequado. (MENDES *et al.*, 2017).

A continuidade dos cuidados está relacionada com a maneira de lidar com problemas que exigem mais do que uma consulta ou que requerem transferência de informações. O alcance da continuidade depende de mecanismos essenciais relacionados com os profissionais, que idealmente devem ser mantidos ao longo do tempo, evitando a rotatividade, e aos meios de registro, como o prontuário médico, contendo informações precisas e completas a respeito do paciente (STARFIELD, 2002).

Deve-se considerar a experiência do usuário com a continuidade dos cuidados, pois, ao incluir opiniões dos diferentes atores envolvidos na atenção à saúde, torna-se possível obter informações valiosas, que permitem observar as lacunas e fortalezas ao longo da atenção à saúde, além de identificar aspectos necessários à implantação de medidas que melhorem a assistência (BRITO *et al.*, 2012).

De modo geral, a continuidade do cuidado resulta da interação entre o acesso adequado ao cuidado em saúde pelos indivíduos, o apropriado fluxo de informação entre os profissionais e os serviços de saúde e a coordenação entre os referidos serviços. Para os usuários, configura a prática do cuidado coerente e integrada ao longo do tempo. Para os trabalhadores, é a necessidade de ter informação e conhecimento suficientes sobre um indivíduo para melhor atendê-lo (SOUZA, 2014).

De acordo com Almeida *et al.* (2018), a conformação da rede de modo desarticulada, caracterizada por intensa fragmentação entre níveis de atenção, é um ponto extremamente relevante, que exerce influência direta sobre a experiência dos usuários em suas trajetórias assistenciais com cuidados descontinuados. Portanto, a superação dessas características se faz essencial e urgente.

4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIABETES

O DM é um problema metabólico relacionado com a deficiência na produção de insulina, na ação desse hormônio ou em ambos os mecanismos, o que gera um quadro de hiperglicemia persistente, a qual está fortemente associada às complicações crônicas em nível micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. Entre os tipos mais comuns, estão o Diabetes tipo 1 (DM1), caracterizado por deficiência completa na produção de insulina, e o DM2, quando há perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina, sendo este último o tipo responsável por 90% a 95% dos casos de DM (SBD, 2019).

Trata-se de uma das doenças crônicas de maior prevalência, afetando cerca de 9% da população mundial com 20 a 79 anos (SBD, 2019). O DM tem sido um problema para todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento; e dadas as mudanças no perfil da população, estima-se que, até 2030, os casos continuem aumentando expressivamente. Além de todas as complicações e do impacto econômico para os sistemas de saúde decorrentes do DM, a doença ainda está entre os nove agravos que mais causam perda de anos de vida saudável (SANTOS *et al.*, 2020; MUZY *et al.*, 2021).

O tratamento do DM envolve mudanças no estilo de vida, adesão à alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, monitorização sistemática da glicemia, cessação de hábitos de vida inadequados, como tabagismo e etilismo, reconhecimento e manejo adequado de complicações agudas, como a hipo e a hiperglicemia (SBD, 2019).

No Brasil, o diabetes também figura como um importante problema de saúde pública. Dados da *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019* apontaram que 7,7% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes. Em 2013, esse valor era de 6,2%. As mulheres (8,4%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (6,9%). Em relação aos grupos de idade, quanto maior a faixa etária, maior o percentual, que variou de 0,6%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, a 21,9%, para as pessoas de 65 a 74 anos de idade. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 21,1% (IBGE, 2020).

Em 2017, o Brasil ocupava a quarta posição entre os países com maior número de pessoas com diabetes, atrás apenas da China, da Índia e dos Estados Unidos da América. A projeção para 2045 não é animadora, passando o país da quarta para a quinta posição, sendo superado pelo México (SBD, 2019). Em relação aos óbitos, dados de 2011 mostram que o DM foi responsável por 5,3% das mortes ocorridas no país (ISER *et al.*, 2015).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2019) associa o aumento da prevalência do diabetes a vários fatores, como rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, aumento do estilo de vida sedentário, aumento do número de indivíduos com excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes.

Os determinantes sociais da saúde exercem forte influência sobre a ocorrência e a prevalência das DCNT (BARRETO, 2017). Sobre o DM, em especial, dados do IBGE (2020) apontaram maior predominância de diagnóstico de diabetes nas pessoas sem instrução e com ensino fundamental incompleto (12,9%). Em trabalho realizado por Melo *et al.* (2021), utilizando dados da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição, em 2015/2016, no estado do

Pernambuco, foi constatado que as pessoas com menor grau de instrução (19%), aposentados (23%), que não recebiam bolsa família (14,1%) e que apresentavam destino de dejetos (15,9%) e abastecimento de água ofertado de outras formas (15,8%) tiveram uma maior prevalência de DM.

Para Starfield (2002), a desigualdade em saúde é proporcional à desigualdade das condições socioeconômicas. A autora afirma que os níveis educacionais, as condições de moradia e nutrição, os riscos ambientais (tanto físicos quanto sociais), a situação das famílias, os recursos psicológicos e a exposição aos efeitos mitigadores das intervenções de atenção à saúde possuem relação direta com as causas de enfermidades.

O enfrentamento de tais determinantes requer dos serviços e dos profissionais a articulação do trabalho de maneira intersetorial e interdisciplinar, considerando a realidade local do território, sendo capazes de estabelecer relações de cuidado efetivas, a partir de várias estratégias, entre elas, o vínculo e o diálogo (BROCH *et al.*, 2020).

A alta prevalência de DM e o impacto nos campos da saúde e da economia evidenciam que os sistemas de saúde devem investir em ações de prevenção, de controle da doença e nos cuidados longitudinais (FLOR; CAMPOS; 2017). Por se tratar de uma Condição Sensível à Atenção Primária à Saúde (CSAPS), o DM e todas as complicações agudas ou crônicas decorrentes da doença poderiam ser evitadas se a APS fosse devidamente resolutiva (MARIMOTO; COSTA, 2017).

Entretanto, a APS brasileira ainda possui grandes problemas estruturais e de processos. Entre eles, estão: as barreiras no acesso marcadas por subdimensionamento/subfinanciamento; o número elevado de usuários cadastrados em uma mesma equipe; a rotatividade de profissionais, sobretudo os médicos; o número reduzido de especialistas em Medicina de Família e Comunidade; o excesso de burocratização e os problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos e priorização de grupos específicos. Tal realidade sugere que a APS apresenta graves problemas de acesso e que sua capacidade de oferecer cuidado de forma integral, coordenada e resolutiva ainda está longe de ser a ideal (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Dados de um levantamento feito pela (Universidade Federal de São Paulo/Fundação Oswaldo Cruz (Unifesp/Fiocruz) comprovam que o Brasil não apresenta bom desempenho no controle do diabetes. Foi feita uma pesquisa por meio da realização de hemoglobina glicosilada em 6.671 portadores de diabetes, na faixa etária de 18 a 98 anos, em dez cidades pelo país. O estudo mostrou que apenas 10% dos indivíduos com DM1 estavam controlados e que somente 27% dos portadores de DM2 apresentaram níveis glicêmicos normais (MENDES, 2012).

Acompanhar a TA de portadores de diabetes possibilita conhecer a situação de integração entre níveis e fluxo de informações entre os serviços. Dessa forma, a utilização dessa doença como condição traçadora é adequada e útil para avaliar a continuidade da assistência (BRITO *et al.*, 2012).

4.4 AS TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS COMO REFLEXO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A definição de TA algumas vezes pode ser confundida com o conceito de Itinerários Terapêuticos (IT). Ambos partem da perspectiva do usuário para a compreensão da busca por cuidado, mas apresentam diferenças nas dimensões de tempo, espaço e relações. Enquanto os IT se referem às redes de relações sociais, incluindo ou não as redes de serviços, as TA possuem uma delimitação, referindo-se ao percurso assistencial na busca por cuidado exclusivamente nos serviços da rede formal (MEDEIROS *et al.*, 2016).

As TA têm sido consideradas importantes ferramentas de avaliação da RAS. Por intermédio dessa metodologia, é possível analisar como os serviços estão se organizando para atenderem às necessidades dos usuários, no que diz respeito ao acesso, cuidado integral e resolutividade, especialmente para os portadores de doenças crônicas (SILVA, 2015). Diferentemente de outras metodologias avaliativas, com características mais quantitativas, as TA possibilitam identificar as facilidades e os pontos críticos da RAS a partir das experiências e necessidades percebidas pelos próprios usuários. Além disso, evidencia aspectos do processo de trabalho, organização, funcionamento da rede e qualidade do cuidado prestado (GERHARDT *et al.*, 2016).

A experiência narrada pelos usuários é capaz de explicitar os pontos fortes, as fragilidades e as barreiras nos processos de busca por cuidados dentro de uma rede de serviços (ALVES, 2016). Portanto, realizar avaliação em saúde sob a ótica do usuário é considerada uma ferramenta democrática de prática social na perspectiva do direito assegurado nos princípios e diretrizes do SUS (MEDEIROS *et al.*, 2016).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, para análise do acesso das ações de continuidade do cuidado a partir das TA de pacientes portadores de DM no município de Niterói/RJ.

Minayo (2009) aponta que a pesquisa qualitativa é adequada quando se pretende entender o universo das percepções e opiniões das pessoas, bem como suas representações e crenças. E isso é possível porque esse tipo de pesquisa possibilita a expressão dos indivíduos em suas diversas dimensões, aproximando a teoria e a metodologia da realidade social.

5.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas utilizando roteiro semiestruturado que apresenta tanto questões fechadas quanto abertas (Apêndice B). As perguntas fechadas compreenderam, em sua totalidade, as questões relacionadas com o levantamento do perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa; enquanto as perguntas abertas questionaram a esses sujeitos assuntos relativos à descoberta do DM, à assistência à saúde na APS e na AE e à continuidade dos cuidados entre APS e AE.

O roteiro de entrevista foi aplicado como teste, e os resultados foram apresentados para o grupo de estudos do projeto ao qual este trabalho está vinculado.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram como sujeitos da pesquisa: adultos maiores de 18 anos, com diagnóstico de diabetes, usuários das unidades do Programa Médico de Família (PMF) e dos serviços de AE do município de Niterói. A participação na pesquisa foi voluntária e com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pacientes selecionados, seguindo os aspectos éticos previstos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice C).

Foram entrevistados usuários cadastrados em unidades do PMF das cinco regionais de saúde, sem limitar o número de participantes *à priori*, seguindo o critério de saturação de conteúdo (MINAYO, 2009). A identificação e a captação dos participantes foram feitas

mediante contato prévio com o profissional enfermeiro do PMF selecionado em cada unidade. A localização dos usuários foi feita por telefone e através do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Todos os usuários convidados aceitaram participar da pesquisa.

As entrevistas ocorreram no período de setembro de 2021 a maio de 2022 e contaram com a colaboração de acadêmicos da Universidade Federal Fluminense (UFF), voluntários e bolsistas da disciplina de Iniciação Científica.

Os nomes dos entrevistados e das unidades, bem como o nome de profissionais ou outras pessoas mencionadas durante a entrevista, foram omitidos para preservar suas identidades. As Regiões de Saúde foram codificadas com a sigla RS, seguida por um numeral de 1 a 5, diferenciando as cinco Regionais. Os participantes foram codificados com a sigla US, seguida de um número em ordem cronológica das entrevistas na regional e da sigla da Regional de Saúde, conforme exemplo: US01_RS01.

Foram realizadas 22 entrevistas, com duração média de 36 minutos, sendo 19 realizadas dentro das unidades e 3 no domicílio. Os usuários eram adscritos em 9 unidades do PMF, pertencentes às 5 Regionais de Saúde. A distribuição dos participantes ficou da seguinte forma: 6 usuários da RS01; 4 da RS02; 5 da RS03; 5 da RS04; e 2 da RS05.

Participaram do estudo: homens e mulheres, com idades entre 22 e 77 anos, sendo 15 deles com idade superior a 60 anos, com tempo médio de diagnóstico de diabetes de 15 anos. No grupo de entrevistados, 9 eram aposentados, 7 estavam exercendo alguma atividade remunerada e 6 participantes relataram ser trabalhadoras do lar. Também entre os participantes, 12 referiram ser os principais provedores do lar, e a renda média foi de até 1 salário mínimo. Nenhum usuário possuía plano de saúde privado, dependendo exclusivamente dos serviços do SUS.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa

Identificação	Idade	Gênero	Raça/cor	Diagnóstico de DM	Nível educacional	Situação de trabalho/ocupação	Situação conjugal	Filhos	Principal provedor do lar	Renda mensal (salário mínimo)	Benefício social Assistencial	Plano de Saúde Privado
US01_RS01	47	F	Parda	2021	Fundamental incompleto	Do lar	Com parceiro	3	Sim	Até 1	Bolsa Família	Não
US02_RS01	80	F	Parda	2014	Fundamental incompleto	Aposentada	Sem parceiro	7	Não	Até 2	Não	Não
US03_RS01	77	F	Parda	2009	Fundamental incompleto	Aposentada	Sem parceiro	Não	Sim	Até 1	Não	Não
US04_RS01	48	F	Parda	2021	Médio incompleto	Do Lar	Com parceiro	3	Não	Até 1	Bolsa Família / Arariboia	Não
US05_RS01	61	F	Preta	1997	Médio	Auxiliar de enfermagem	Com parceiro	1	Sim	Até 2	Não	Não
US06_RS01	64	M	Branca	2009	Fundamental	Comerciante	Com parceiro	2	Sim	Até 2	Não	Não
US01_RS02	61	F	Parda	1991	Fundamental incompleto	Do Lar	Sem parceiro	2	Não	Até 1	Bolsa Família / Arariboia	Não
US02_RS02	57	M	Parda	2016	Médio incompleto	Autônomo	Com parceiro	2	Sim	Até 2	Não	Não
US03_RS02	61	F	Branca	2011	Médio	Aposentada	Sem parceiro	3	Sim	Até	Não	Não
US04_RS02	72	F	Preta	2021	Fundamental incompleto	Aposentada	Sem parceiro	3	Não	Até 2	Não	Não
US01_RS03	56	F	Parda	1988	Fundamental	Do Lar	Com parceiro	2	Não	Até 3	Não	Não
US02_RS03	73	F	Parda	1972	Fundamental incompleto	Do Lar	Sem parceiro	3	Sim	Até 1	Não	Não
US03_RS03	62	F	Parda	2010	Fundamental incompleto	Do Lar	Sem parceiro	1	Sim	Até 1	CRAS	Não
US04_RS03	76	F	Branca	2007	Fundamental incompleto	Aposentada	Sem parceiro	Não	Sim	Até 1	Não	Não
US05_RS03	46	F	Parda	2021	Fundamental incompleto	Diarista	Com parceiro	1	Não	Até 1	Não	Não
US01_RS04	22	F	Preta	2019	Superior incompleto	Estagiária	Sem parceiro	Não	Não	Até 1	ProUni	Não
US02_RS04	71	F	Parda	1985	Fundamental incompleto	Aposentada	Sem parceiro	4	Sim	Até 1	Auxílio Emergencial	Não
US03_RS04	66	M	Preto	2013	Superior	Representante Comercial	Com parceiro	6	Não	Até 4	Não	Não
US04_RS04	53	F	Parda	2000	Superior	Professora	Com parceiro	2	Não	Até 2	Não	Não
US05_RS04	75	F	Parda	2012	Fundamental incompleto	Aposentada	Sem parceiro	2	Sim	Até 1	Auxílio Emergencial	Não
US01_RS05	65	M	Parda	2016	Fundamental incompleto	Aposentado	Sem parceiro	Não	Sim	Até 1	Não	Não
US02_RS05	68	F	Preta	2005	Fundamental incompleto	Aposentado	Com parceiro	2	Não	Até 3	Não	Não

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas, 2022.

5.4 CENÁRIO DA PESQUISA

O trabalho foi realizado nas unidades do PMF, no município de Niterói, que faz parte da Região de Saúde Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

Niterói é um município com população estimada para o ano de 2020 de 516.981 pessoas e a densidade demográfica é de 3.848 hab./km² (IBGE, 2022). Possui 52 bairros divididos em 5 regiões administrativas: Praias da Baía, Norte, Leste, Pendotiba e Oceânica. A Secretaria Municipal de Saúde adota o seguinte ordenamento territorial como critério para implementação de políticas e serviços: Norte I, Norte II, Norte III, Praias da Baía I, Praias da Baía II, Itaipu, Piratininga e Pendotiba (NITERÓI, 2021).

A cidade possui alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), 0,837 em 2010 (IBGE, 2022), entretanto, cerca de 15% da população reside em áreas de vulnerabilidade social. O município apresenta um contexto de crescimento urbano desigual, com bairros nobres de rendas médias e altas em situações díspares aos assentamentos informais e bairros pobres, com padrão habitacional precário e concentração de população de baixa renda (NITERÓI, 2021).

Com o crescimento populacional desordenado, Niterói esbarra com as dificuldades e os desafios em manter uma infraestrutura adequada de habitação, transporte, educação e saúde que dê conta de sua população (SOUSA, 2015).

Na cidade, existem 1.257 estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 91% privados (90% empresariais e 1% sem fins lucrativos) e os outros 9% são públicos para atendimento no SUS, com destaque para os 43 Módulos do PMF, 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 8 Policlínicas Regionais, 2 Policlínicas de especialidades, 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 7 ambulatórios de Saúde Mental, 10 módulos de Residência Terapêutica, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto, 1 CAPS infantil, 1 CAPS álcool e outras drogas, 1 Unidade de acolhimento infantojuvenil, Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mário Monteiro, SAMU (Regional), além de 6 unidades hospitalares. Ainda no âmbito da atenção primária, há duas equipes de Consultório na Rua, 27 equipes de Saúde Bucal e 5 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (NITERÓI, 2021).

O PMF de Niterói foi idealizado em 1991, adaptado do sistema de saúde cubano, e seu primeiro módulo foi inaugurado em 1992. O modelo promovia uma parceria com as associações de moradores das comunidades cobertas pelo programa para cogestão das

unidades. Desde então, o PMF passou a integrar a rede de assistência à saúde do município, representando importante porta de entrada do usuário nesse sistema (SANTOS, 2015).

5.5 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram agendadas mediante contato prévio com os usuários a fim de evitar deslocamentos desnecessários; e, também, oportunamente após alguma atividade realizada pelo usuário na unidade. Além disso, foram realizadas entrevistas no próprio domicílio do indivíduo. Assim, uma vez que houve a gravação das entrevistas, foi necessária a transcrição delas para o desenvolvimento do tratamento e análise dos dados qualitativos emergentes das entrevistas.

5.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados provenientes da aplicação do instrumento sobre o perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa sofreram um tratamento estatístico por frequência simples. Os demais dados coletados foram tratados a partir da aplicação da técnica de análise de conteúdo temático de Bardin, seguindo as etapas básicas: pré-análise, com leitura flutuante de todo o material colhido, para organização das informações e sistematização das ideias, a fim de direcionar a análise; exploração do material, para definição das categorias; e tratamento dos resultados, em que houve a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações dos dados e nas conclusões da pesquisa (BARDIN, 2011).

Após o término das transcrições, foi realizada leitura das entrevistas, destacando diversas falas dos participantes, separadas em pré-categorias, baseadas no roteiro. A partir daí, foi realizada nova leitura para a construção das categorias do resultado da pesquisa.

Para guiar a análise dos dados, foi elaborada uma matriz a partir de três pontos: do roteiro de entrevistas, da leitura acerca do tema da coordenação do cuidado pela APS em regiões de saúde e, também, de componentes que surgiram a partir da experiência dos usuários com a RAS.

Quadro 2 – Matriz para análise do acesso e acompanhamento do paciente diabético na Atenção Primária e na Atenção Especializada e a continuidade dos cuidados entre os dois níveis de atenção

Categoria	Componentes
Acesso à APS	Unidade que realizou o diagnóstico do diabetes
	Tempo entre diagnóstico e tratamento
	Conhecimento do local de funcionamento da unidade e facilidade de acesso
	APS como serviço de primeiro contato, busca regular e de cuidado oportuno
	Compreensão do papel da ESF
	Vínculo com o serviço e com os profissionais
	Profissional de referência
	Visita domiciliar da equipe
	Informações e dúvidas esclarecidas pelos profissionais
Acompanhamento do paciente diabético na APS	Principal serviço de acompanhamento do diabetes
	Busca de atendimento na rede privada
	Acesso a exames e medicamentos
	Atividades de prevenção e educação em saúde
	Rotatividade ou ausência de profissionais
	Dificuldades para o acompanhamento
Acesso e cuidado na AE	Acesso ao especialista e exames especializados
	Marcação de consultas com o especialista
	Realização de exames
	Profissional de referência
	Rotatividade de profissionais
	Informações e dúvidas esclarecidas pelos profissionais
Continuidade dos cuidados entre APS e AE	Comunicação entre APS e AE
	Percepção do usuário de continuidade do cuidado
	Acompanhamento compartilhado entre os níveis de atenção

Fonte: elaboração própria.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho faz parte do projeto intitulado: “Coordenação e continuidade do cuidado entre APS e AE no município de Niterói”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas, sob parecer nº 4.456.756 e CAAE 34986920.8.0000.8160, com anuência do município.

6 RESULTADOS

Após a realização, a transcrição e o processamento da pesquisa, destacamos algumas categorias de análise para apresentação dos resultados da pesquisa: acesso à APS; acompanhamento do paciente diabético na APS; acesso e cuidado na AE; e continuidade dos cuidados entre APS e AE.

6.1 ACESSO À APS

Para avaliar o acesso dos usuários com diabetes à APS, buscou-se identificar, nos relatos dos participantes da pesquisa, elementos que a apontassem como porta de entrada do sistema, que mostrassem os aspectos relacionados com a resolutividade e que evidenciassem a APS como a referência na busca de resolução dos problemas de saúde dos pacientes (STARFIELD, 2002).

Nesta categoria, serão apresentados resultados que responderam aos questionamentos sobre a unidade onde foi descoberto o diabetes, o conhecimento do local de funcionamento da unidade e da facilidade de acesso, sobre a marcação de consultas, a compreensão do papel da equipe de saúde da família, do vínculo com o serviço e com os trabalhadores, da existência de algum profissional de referência, se os participantes conhecem a ACS, se recebem visita domiciliar da equipe e, por fim, se os profissionais emitem informações e orientações aos usuários.

Entre os 22 participantes da pesquisa, 12 entrevistados mencionaram ter descoberto a doença na APS; 1 deles, na AE, e os demais descobriram em atendimento na emergência. Dos usuários entrevistados, 15 relataram que apresentavam algum sintoma, entre os quais, polidipsia, poliúria, cicatrização lenta, infecção urinária de repetição, visão embaçada ou parestesias.

Em relação aos fatores de risco para diabetes, encontra-se: história familiar da doença; idade avançada; obesidade e sedentarismo (SBD, 2020). Neste estudo, 18 pacientes apresentaram pelo menos uma dessas condições.

As falas a seguir retratam como se deu a descoberta da doença:

Nesse dia, foi um dia de sábado, isso aqui não estava funcionando. Eu fui no [nome do hospital]. Então, eu passei uns três dias indo no [nome do hospital]. Baixava, subia, baixava, subia, baixava, subia... Até logo depois eu comecei a tratar aqui [PMF]. Conseguiu controlar, eu tomei insulina regular. E vim para cá. (US13_RS02)

[...] Aí chegou um dia que passei mal e fui parar lá no [nome do hospital]. Aí do [nome do hospital] eu fui descobrir que eu tinha. (US16_RS02)

Eu vou te dizer como. Passaram um trote pra minha casa dizendo que estavam com meu filho [...]. Quando falaram que iam matar meu filho, eu caí durinha, eu desmaiei. Aí descobrimos que não era ele, meu marido me levou lá pro hospital e eles continuaram ligando. Eu desmaiei e tava quase entrando em coma. Tava diabética e não sabia. (US09_RS03)

Não, eu não senti nada. Eu cheguei pra fazer exame, toda vez que a gente passa pelo médico, a gente passa pela triagem. Aí quando mediu, tava 400. Dali eu continuei no tratamento, devido a uma hidradenite debaixo do braço que não fechava, aí já veio a descoberta do porquê que não fechava [...] eu fiquei meio estranha porque não aceitei, e ainda não aceito. (US07_RS01)

Entre os entrevistados, apenas dois não começaram o tratamento logo que receberam o diagnóstico. Uma participante relatou que recebeu o diagnóstico de diabetes na AE onde acompanhava com o cardiologista, há mais de 20 anos, porém só iniciou o tratamento há pouco mais de 8 anos. Referiu que, por ter se mudado de área, não conseguiu dar seguimento ao tratamento. Além disso, relatou dificuldade na adesão a tratamentos medicamentosos.

Eu comecei a perder a visão e eu sentia muita sede durante a noite. Aí eu me tratava com o doutor [nome do médico], cardiologista, lá na [nome da policlínica], porque eu morava lá. Aí eu pedi a ele pra me orientar do porquê eu estava desse jeito. Aí ele falou que ia fazer o teste de glicose. O teste veio positivo. Aí ele me encaminhou pro endócrino. Mas eu me mudei pro Cantagalo, então não pude dar continuidade lá. Só comecei o tratamento aqui [...] Porque eu não gosto de médico, eu não tenho paciência pra médico e não tenho paciência pra medicamento. Praticamente são 16 comprimidos por dia. Quem é que gosta de viver à base de comprimido? Ninguém! Então eu nunca gostei disso, nunca tive disposição pra isso. (US04_RS04)

Todos os entrevistados relataram conhecer os locais de funcionamento das Unidades de Saúde e referiram facilidade de acesso, não encontrando obstáculos para a marcação de consultas, que são agendadas diretamente na unidade ou por meio do ACS. Houve relatos de acesso por consultas agendadas, bem como por consultas de demanda espontânea.

Em relação ao pessoal que anda por aí, eu acho até facilidade para marcar. Tudo bem. Mas eu tenho que tá aqui muito cedo. Por exemplo, segunda-feira aqui, acho que marcou. Minha mulher também é diabética, então marcou para ela. (US13_RS02)

Não, desde o mesmo dia que eu marco, assim... se eu vier de manhã, eu marco de manhã, sou atendida de manhã. Se eu vier à tarde, eu marco de tarde, sou atendida de tarde. Porque é demanda, né?. (US16_RS02)

Eu cheguei aqui, fui pra triagem, aí ela [a glicemia] tava alta, tomei a insulina e fiquei em observação. Quando ela chegou em 200, a doutora me encaminhou para emergência do [nome do hospital]. (US07_RS01)

Eu ligo pra [nome da enfermeira] peço pra ela marcar. Ou aquele negócio, chego lá de supetão e falo: “tô precisando”. Como ela me conhece por causa do meu caso, ela me atende. (US06_RS03)

Eu venho e marco. Saio daqui já com o dia da consulta. Dependendo do que eu esteja sentindo, o doutor [nome do médico] me manda esperar e já me atende. Eu não sinto dificuldade aqui. (US03_RS04)

Eu chego aqui, e geralmente eu nem marco, eu chego e ela [médica] me atende. Porque eu venho quando já tô passando mal. É só chegar aqui, falar com as meninas e elas marcam aqui. (US04_RS04)

Quando eu tenho alguma dúvida, eu venho aqui e a [nome da enfermeira] explica. Até as caixinhas [de remédio], sabe o que ela fez? Desenhou o sol pra quando é manhã. Quando é à noite, ela bota uma lua. (US05_RS04)

A usuária US01_RS04 também apontou facilidade para agendar as consultas de retorno: “[...] A consulta de retorno é marcada logo após a consulta mesmo. A gente sai da consulta direto pro balcão, e ali a moça já marca” (US01_RS04).

Uma participante da pesquisa referiu que houve piora no tempo de marcação das consultas e atribuiu esse fato à falta de profissionais médicos.

Ah, aqui é horrível! Não gosto não. Já foi bem melhor antigamente. Agora ficou muito ruim. Porque antigamente tinha bastante médico, não faltava. A gente vinha e já marcava pra semana seguinte. Agora tá marcando pra um ou dois meses depois. Isso fica muito ruim pra mim. (US21_RS01)

Alguns participantes relataram que buscam a APS para resolver problemas pontuais, demonstrando dificuldade em estabelecer vínculo com o serviço.

Não tive muita consulta aqui não. Eu venho aqui sim, faço uma consulta. Mas eu não passo mal, por isso eu não tenho consulta aqui quase. (US09_RS03)

A única coisa que eu venho fazer aqui era medir pressão e glicose. Como agora como eu tô medindo em casa, aí eu só venho mesmo aqui para pegar remédio, essas coisas assim. Eu tô fazendo medicamento em casa. (US16_RS02)

Não, eu costumo vir num período não tão certo. (US13_RS02)

Olha, só quando eu vou, se eu for lá pedir uma consulta, mesmo sem marcar eles atendem [...]. Mas o acompanhamento, é tipo assim, não é rotineiro eles estarem marcando “ah, a senhora tem diabetes, então tal dia está marcado, vamos remarcar”, não. E assim, o acompanhamento, eu acho que eles deviam marcar todo mês uma consulta, mesmo que fosse de rotina. (US06_RS03)

Só se eu passar mal, eu procuro os médicos. Se eu não passar mal, eu vou levando. Mas eu nunca procuro porque eu sou rebelde, como eu falei. Então, eu não procuro médico, só quando eu tô passando mal mesmo. (US15_RS02)

Algumas narrativas evidenciaram que os usuários não compreendem a lógica de organização dos serviços em rede.

É, porque... assim, não tem endócrino para acompanhar a gente. Se a gente tiver com alguma coisa, tem que ir para [nome da unidade] porque aqui não tem especialista mesmo. Deveria ter endocrinologista, não tem. É o clínico geral para tudo, é pediatra, entendeu? Se você descobrir que você tem um câncer, tem que vir um outro médico de fora ou encaminhar você para outro campo. (US20_RS01)

Ah, lá na emergência sempre eu vou. Eu tenho muita infecção urinária, de vez em quando eu vou lá no [nome do hospital]. [...] Ah, especialista, né? Não tem. Aqui só tem clínico geral. E aí a gente quando precisa muito, aí eles mandam a gente para outro médico. (US17_RS03)

Não é ótimo. Não é ótimo porque, por exemplo, eu teria que ter um acompanhamento com o médico, mais com o endócrino. (US13_RS02)

Às vezes, a gente passa mal por causa da diabetes, aqui eles não podem fazer nada, você tem que correr para emergência. Mas saber se você tá bem, se sua diabetes tá controlada, eles nunca perguntam sobre isso. (US20_RS01)

Uma emergência aqui [PMF], eu não entendo. Que uma emergência aqui não tem. Se você chegar aqui, não tem. Encaminha para lá [Emergência]. (US12_RS02)

O vínculo com os profissionais do PMF foi citado por vários entrevistados, e durante a entrevista, sugeriram várias falas que demonstram carinho pelos trabalhadores.

As meninas [ACS] são bem atenciosas. Qualquer probleminha vai lá em casa. Inclusive, na época do covid, tanto o [nome do profissional enfermeiro] quanto as meninas, quanto até mesmo o [nome do profissional médico], foram lá em casa. (US13_RS02)

Me sinto à vontade, quando elas [ACS] podem me ajudar, me ajudam, me orientam. Me sinto bem, elas me orientam. Aqui elas são muito boas. (US12_RS02)

Ah, eles me atendem bem, nota 10. Não tenho nada que falar delas, não. Sempre quando venho, sou bem atendida. Não tenho o que reclamar. (US16_RS02)

Só que no acompanhamento eu tô bem, as doutoras entendem. Porque tem doutora que só olha pra sua cara e escreve. Elas aqui conversam, tão com sorriso e a gente vê que elas não trabalham por estar, com raiva. (US07_RS01)

As consultas são sempre como vocês viram ali, a gente interage muito, eu escuto muito o conselho dela [médica] [...] E a única pessoa que me fez escutar alguma coisa foi ela. Ah, eles [ACS] vêm, me levam o que precisa [...] Aí eu assino que recebi e só. (US04_RS04)

Entre os 22 entrevistados, apenas 2 responderam que nunca tiveram consulta com o médico, 17 deles já foram atendidos pelo enfermeiro e 10 dos participantes informaram que já passaram em atendimento com o dentista. Ao serem questionados sobre a existência de um profissional de referência, 11 participantes disseram ser o enfermeiro, 4 responderam ser o ACS, 2 falaram que é o médico, 1 respondeu ser o técnico de enfermagem, 2 informaram que são o ACS e o enfermeiro e 2 responderam que não possuem nenhum profissional de referência.

Essa referência se manifestou quando os entrevistados precisaram de orientação ou quando buscaram por atendimento.

Quando eu tenho alguma dúvida, eu venho aqui e a [nome da técnica de enfermagem] explica. Até as caixinhas [de remédio], sabe o que ela fez? Olha que vergonha [rindo]. Desenhou o sol pra quando é manhã. Quando é à noite, ela bota uma lua. (US05_RS04)

Então, sempre que eu preciso de uma orientação, eu venho aqui ou pergunto a ela [enfermeira], e ela me orienta a vir aqui. (US01_RS04)

Eu ligo pra [nome da enfermeira] peço pra ela marcar. Ou aquele negócio, chego lá de supetão e falo: “tô precisando”. Como ela me conhece por causa do meu caso, ela me atende. (US06_RS03)

A grande maioria dos entrevistados conhece os ACS e são capazes de citar algumas atividades desenvolvidas por estes profissionais, como a visita domiciliar, a comunicação sobre a marcação de exames e de consultas, por exemplo. Entre os 22 entrevistados, apenas 2 disseram não conhecer o seu ACS. Eles sabem da existência do profissional, têm certo conhecimento do que fazem, mas não sabem dizer quem é o responsável pelo seu território. Uma entrevistada, embora não soubesse o nome da sua ACS, conseguiu identificá-la e demonstrou uma relação de afeto pela profissional: “É essa, eu esqueci o nome dela. Vou perguntar o nome dela pra menina do posto. Eu adoro essa menina, ela é um amor de pessoa” (US09_RS03).

Em relação à visita domiciliar, 12 participantes disseram que já receberam visita de algum profissional da equipe (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem). Quinze entrevistados relataram que já receberam visita do ACS. Nenhum dos entrevistados afirmou receber visitas de forma regular. Houve relatos de contatos para entrega de marcação de

consultas e exames, algumas visitas por solicitação do paciente e, outras vezes, de uma visita de urgência.

Só eventualmente, quando surge um agendamento de consulta de última hora, ou um exame que demorou a sair e ele leva. Mas, assim, é bem pontualmente. (US01_RS04)

As agentes de saúde vão na minha casa pra saber como eu estou. Eu passei mal uma certa vez, se não me engano foi ano passado, e a [nome da médica] foi à minha casa. (US04_RS04)

[...] como eu sou uma pessoa diabética que ando toda descontrolada, em consequência de ter perdido um membro, que também já é um luto, [...] eu acho que devia ter um pouco mais, assim, de um profissional, de um psicólogo, alguma pessoa que viesse, se a gente não pudesse ir lá, pra conversar. Porque faz falta pra gente. Faz muita falta. (US01_RS03)

Não, não ligam para saber se o paciente tá bem. Eu acho que isso não poderia ser assim. É difícil, às vezes, eles irem lá em casa também para saber. Só vão se tiver alguma coisa para entregar, uma referência, aí sim. (US20_RS01)

Quando questionados se os profissionais fornecem informações e esclarecem dúvidas sobre o acompanhamento do diabetes, 20 dos 22 entrevistados disseram que sim, que recebem informações e que entendem o que é passado. Uma entrevistada disse que o profissional médico não abre espaço para questionamentos e que sente falta de orientações sobre sua doença.

[...] os profissionais são muito bons, as enfermeiras principalmente, as técnicas também. Só essa questão dos médicos mesmo que faz cair essa nota mesmo, porque o médico é uma pessoa que a gente sempre quer informação, e o médico não dá essa abertura, explica de má vontade[...] uma coisa que eu sinto falta é de orientação [...] Eu me sentia meio à deriva. Porque eu recebi o diagnóstico de diabetes, mas eu não sabia se era tipo II ou tipo I. Depois que eu vi que era tipo II, pelas minhas próprias conclusões, porque ninguém se dispôs a me explicar. Eu sinto falta desse contato, das informações, porque como é uma doença nova pra mim, eu fiquei à deriva. Eu não sabia muita informação, então muita coisa a gente procura na internet. Só que eu não confio na internet, porque tem muita informação errada, então eu acho que poderia melhorar essa parte das informações, porque mesmo a gente perguntando, ainda assim ela não se aprofunda muito. (US01_RS04)

6.2 ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO NA APS

Os componentes avaliados nesta categoria são: principal serviço de acompanhamento do diabetes; busca por cuidados na rede privada; acesso a exames e medicamentos;

desenvolvimento de atividades de prevenção e educação em saúde; rotatividade ou ausência de profissionais; e principais dificuldades encontradas pelos pacientes no acompanhamento da doença.

Entre os entrevistados, dez usuários relataram que o principal serviço de acompanhamento do diabetes é a APS, nove falaram que são acompanhados principalmente pela AE e três participantes informaram que são acompanhados pelos dois serviços. As falas de alguns entrevistados sinalizaram uma fragilidade da APS em ser a referência no seguimento dos pacientes.

Não, só quando eu venho aqui [sobre o acompanhamento]. Por exemplo, eu venho aqui hoje e eles me pedem exame de sangue, urina e fezes. (US19_RS01)

Aqui é só assim mesmo, é contínuo quando eu venho. Não tem aquele acompanhamento igual era antigamente. Tinha que ter aquela regra certinha. Não posso depender desse posto aqui para ter aquela consulta certinha, todo mês ali, a pessoa me acompanhando. (US12_RS02)

Eu não tenho uma regularidade [...] é, porque não há uma regularidade. Porque também eu acho que nem as vagas para os diabéticos que têm aqui, não tem vaga suficiente. (US13_RS02)

Olha, só quando eu vou, se eu for lá pedir uma consulta, mesmo sem marcar eles atendem. [...] Mas o acompanhamento, é tipo assim, não é rotineiro eles estarem marcando “ah, a senhora tem diabetes, então tal dia está marcado, vamos remarcar”, não. (US06_RS03)

Consulta mesmo, eu não lembro. Mas de vez em quando eu venho aqui pra conversar com elas. Ontem mesmo eu vim. (US05_RS04)

O usuário US03_RS04 disse se sentir acompanhado, destacando a busca ativa quando se ausenta por um tempo da unidade, mas parece se tratar de uma particularidade de um profissional específico.

Os diabéticos, eu posso falar por mim, o doutor [nome do médico] ele tem um trabalho que ele faz e nos acompanha, entendeu? Então se eu passo um tempo sem vir, eles vão atrás de mim. (US03_RS04)

Um participante manifestou na fala preocupação em perder o direito de usar um serviço caso esteja usando o outro.

Eu falei pra eles: olha, eu tenho médico de família, mas eu trato no [nome do hospital]. Eu fui sincera, eu não gosto de mentira. Mas eu não vou sair daqui também não. (US09_RS03)

Quando questionados sobre a busca por cuidados na rede privada, oito participantes disseram que fazem acompanhamento ou estiveram pelo menos uma vez em consulta com especialista particular. Um entrevistado referiu que um dos motivos por essa busca é a falta de profissional médico.

É complicado porque eu quase não venho, quase não tem médico. Não, porque aqui eu só pego receita. Eu pago no particular, o doutor [nome do médico] porque o posto aqui a gente não consegue. (US22_RS01)

Em relação aos exames complementares, todos os entrevistados disseram que a Unidade do PMF é quem faz a marcação, e não houve relatos de dificuldades para a realização destes.

Eu venho, o médico atende, ele tira a receita, né? A via do exame. Aí eu vou lá na frente. As meninas marcam na hora. Agendam na hora. Olha, essa eles marcaram para uns quinze dias depois, porque foi semana passada que eu estive aqui. É, uns quinze dias, mais ou menos. (US13_RS02)

Para marcar? Era rápido. Por exemplo, eu vim aqui hoje [quarta-feira] no médico, daqui terça ou quarta, ou amanhã ou depois... até que exame de sangue, eles não demoravam para fazer, não. (US17_RS03)

Eu trago o papelzinho, elas marcam. (US12_RS02)

Sobre o acesso aos medicamentos, nove entrevistados disseram que não conseguem todos os medicamentos na unidade de saúde. Muitas vezes, precisam recorrer à Farmácia Popular, e há situações em que é necessário comprá-los.

Eu pego aqui no posto. A não ser quando aqui não tem, aí eu vou para a farmácia popular. Mas quase sempre, aqui não tem. (US12_RS02)

É, às vezes tem que comprar mesmo. (US03_RS04)

Em relação às atividades de prevenção e educação realizadas pela APS, dos 22 entrevistados, 11 disseram já ter recebido convite para participar, e 6 participaram. As justificativas pela não participação nas atividades, quando convidados, variaram entre falta de tempo e de interesse.

Não. Porque eu, antes, trabalhava em casa de família ainda. Agora que eu não tô mais. E eu não tinha muito tempo. Aí eu não participava dessas coisas assim. (US17_RS03)

Não. Eu não, já me convidaram várias vezes, mas eu sou desleixado. (US13_RS02)

Não, não gosto disso. (US04_RS04)

Já fui chamada, mas nunca participei. (US01_RS04)

A entrevistada US05_RS04 relatou como positiva a experiência com as atividades em grupo, mas queixou-se por não estarem mais acontecendo.

Ah, é uma palestra muito boa! Ajuda muito! Agora tem muito tempo que não faz. Sobre a nossa doença, foi muito legal. No final, deram até um papelzinho pra casa, com o que pode comer e o que não pode. (US05_RS04)

A alta rotatividade e a falta dos profissionais, sobretudo dos médicos, foram citadas por diversos entrevistados.

Olha, para dizer a verdade, já mudou muito, como agora vai mudar tudo de novo. Porque a gente não tem... a única médica que ficou bastante tempo, foi a doutora [nome da médica] que ela saiu, saiu assim... a gente não entendeu, mas ela ficou bastante tempo. Mas enfermeiro, técnico de enfermagem, já mudou muito. É uma situação chata porque quando você pega amizade com uma pessoa, a pessoa vai ter que sair. Como já teve vários enfermeiros que eu já tive conhecimento, muito bons também, que tiveram que sair. A mesma coisa desses agora, vão ter que sair também. A gente pega uma intimidade com eles... é muito chato, realmente não é legal. (US20_RS01)

Aqui mudou muito, muita coisa. Isso também prejudica à beça. (US12_RS02)

É. Mas agora aqui tá muito precário. Depois que ela [a médica] saiu, nunca mais... tem o médico, assim, vem, mas vai embora. A gente fica sem médico. Fica um tempão sem médico. Não tem médico para atender a gente. A gente vai ficando, né?. (US17_RS03)

Ah, aqui é horrível! Não gosto não. Já foi bem melhor antigamente. Agora ficou muito ruim. Porque antigamente tinha bastante médico, não faltava. A gente vinha e já marcava pra semana seguinte. Agora tá marcando pra um ou dois meses depois. Isso fica muito ruim pra mim. (US21_RS01)

Eu acho que deveria ter um tempo de carência. Os médicos deveriam ficar um certo tempo na unidade. E quando um estivesse saindo, já deveria ter outro entrando, pra entender como funciona o programa. Por quê? Porque você me conhece, eu me abro pra você. Toda vez que muda, quebra essa sequência. (US03_RS04)

A maior parte dos entrevistados relatou que não encontra dificuldades para o acompanhamento do diabetes apesar de demonstrarem desentendimento quanto ao funcionamento da Rede. Três participantes citaram o transporte para fora do município como um obstáculo para os cuidados.

Eu acho que deveria ter uma assistência para o deslocamento do paciente que começa a usar a especialidade. Você tem pessoas desempregadas, passando fome, e muitos são autônomos. Um paciente é encaminhado lá pro [nome da unidade], você tem que garantir pelo menos um meio pra essa pessoa chegar. É covardia quando cê dá uma referência pro [nome da unidade] e não sabe nem como essa pessoa vai chegar lá. (US03_RS04)

É aquilo que falei pra vocês. A dificuldade, geralmente, é quando precisa pagar passagem. Dificulta muito [...] E lá, tem vezes que a médica não vai. Aí você gasta dinheiro de passagem [...] Tudo é mandado pro [nome da unidade]. Já deixei de fazer vários exames porque eu não tinha o dinheiro da passagem. Tomografia computadorizada. Não consegui fazer, tive que remarcar duas vezes porque a passagem daqui pra lá é cara. Já faltei ultrassonografia porque não tinha dinheiro. (US04_RS04)

A minha dificuldade é a passagem. (US09_RS03)

De modo geral, os participantes da pesquisa avaliaram como positiva a experiência com o serviço de APS. Apenas dois entrevistados disseram estar insatisfeitos com o serviço e que os profissionais desse nível de atenção não estão preparados para o acompanhamento do diabetes.

É bom, até meu esposo gostou, e agora está fazendo aqui, porque ele fazia fora. (US07_RS01)

No geral, a minha experiência é bem positiva. (US01_RS04)

É muito bom, é ótimo. Quem me atende é a doutora [nome da médica] e a atendente técnica [nome da técnica de enfermagem], mas todos aqui do posto são muito, muito, muito competentes. São ótimas pessoas e se disponibilizam a tudo [...]. Estão mais do que preparados. Porque a primeira coisa que um profissional tem que ter é a atenção, e é o que eles mais têm. (US04_RS04)

“É bom, não vou dizer que é ótimo, é bom”. (US06_RS03)

6.3 ACESSO E CUIDADO NA AE

Nesta categoria, serão avaliados os componentes: acesso ao especialista e exames especializados; facilidade de marcação de consultas com o especialista; existência de profissionais de referência; rotatividade de profissionais; e recebimento de informações/esclarecimento de dúvidas pelos profissionais do serviço especializado.

Todos os entrevistados acessaram a AE, tanto para consultas quanto para a realização de exames. No período da pesquisa, dos 22 participantes, 11 tiveram contato com as especialidades de endocrinologia; 3, com a cirurgia vascular; 1, com a cardiologia; 1, com a

oftalmologia; 1, com a endocrinologia e oftalmologia; 1, com especialidade da odontologia; e 3 usuários para a realização de exames.

A APS é a responsável pelo agendamento das consultas com os especialistas segundo 19 entrevistados. Dois participantes disseram haver um pré-agendamento, e um entrevistado referiu acessar diretamente o serviço especializado. Na experiência dos entrevistados, para acessar pela primeira vez o serviço de referência, é necessário o encaminhamento da APS, mas, a partir daí, as consultas podem ser marcadas diretamente na unidade especializada.

O primeiro encaminhamento vem daqui pra lá, mas a partir disso a gente começa a marcar só lá diretamente. Marca tudo lá, não precisa mais ficar vindo aqui. (US01_RS04)

Eu comecei a ser tratado pela endócrino em 20/05/2019. O doutor [nome do médico] encaminhou, o posto marcou, o ACS foi lá em casa e levou a referência. (US03_RS04)

Aí ela tá mandando pra essa outra médica, não sei nem o que ela tá falando, o papel tá lá com a menina. (US02_RS04)

Para 15 entrevistados, houve facilidade para marcação da consulta com o especialista. Entre os demais, observou-se a queixa de demora para marcação, como expressado por estas duas usuárias:

Então, foi como eu te falei, lá é muito difícil pra conseguir consulta. Demorei quase um ano pra conseguir. Eu posso ir direto. Mas é difícil conseguir. Vou lá várias vezes pra tentar marcar, mas até desisti. (US05_RS04)

Tem que ser por aqui. A médica dá o encaminhamento, o encaminhamento vai pra não sei aonde, e demora meses. (US21_RS01)

Um dos participantes relatou que os serviços de referência apresentam dificuldade para absorver a demanda de pacientes que são encaminhados pelo PMF.

Hoje você não consegue resolver o problema do território porque o PMF aumentou, a demanda aumentou, mas as policlínicas não aumentaram. As policlínicas não conseguem dar conta. (US03_RS04)

Em relação às consultas de retorno, parece não haver uma sistematização. Treze entrevistados disseram que a marcação é feita pelo PMF, e 8 participantes responderam que é marcado diretamente na policlínica.

Sobre os exames solicitados pelos especialistas, 14 entrevistados disseram que não encontram dificuldade, 5 relataram que acham difícil porque demora muito, 1 participante respondeu que sua maior dificuldade é o transporte. Os outros 2 usuários disseram que não precisaram realizar exames solicitados pelo especialista.

Os exames de rotina solicitados pelos especialistas são realizados no PMF. O material para exame é coletado na unidade e enviado para um dos três laboratórios ao qual a regional está vinculada. Entretanto, há exames que são mais específicos, e são realizados nas policlínicas regionais, e há outros em que o usuário precisa se deslocar do município para realizá-los.

Eu vou lá [serviço de referência], passo pelo médico, o médico me dá o papel, eu venho aqui [no PMF] e marco [...] Aí depois quando chega, alguém daqui me avisa que eu tenho que ir tal dia lá no exame fazer o exame. (US12_RS02)

Marco lá [no serviço especializado]. Aí os exames vêm para cá [PMF]. Faço os exames aqui [...] aí pede para fazer os exames, ela passa para eu fazer aqui. (US16_RS02)

Quando questionados sobre a existência de um profissional de referência na AE, apenas sete entrevistados responderam que possuem, sendo que seis deles disseram ser o médico e um referiu ser o enfermeiro.

A rotatividade de profissionais também foi citada por alguns participantes da pesquisa.

Ah, porque lá teve uma troca de médicos agora. Mas eu não sei exatamente se eles já contrataram uma nova, mas se contrataram eu ainda não fui atendida por ela. E eu tinha uma consulta de retorno, mas não pude fazer por causa da troca. (US01_RS04)

[...] Muito bom o dentista, graças a Deus. Tá perto de sair também. Tô até com dó porque é o único dentista que sabe do meu problema. Quería tanto que ele ficasse. Via mudar também. (US20_RS01)

[...] Porque quando eu fui fazer a primeira vez, acabou, não existiu mais. Eu ia procurar saber, não tinha mais, tinha acabado [consulta com endocrinologista]. Ninguém atendia mais esse negócio de pé. Aí ano passado eu falei com ela [médica da APS] que ninguém faz nada no pé, tô ruim dos pés por conta da diabetes. (US09_RS03)

O entrevistado a seguir refere que há pouca rotatividade de profissionais enfermeiros na policlínica, e atribui isso ao fato de existir um vínculo empregatício por concurso público.

É, porque a consulta de enfermagem na policlínica é com um quadro de enfermeiros permanente, são enfermeiros concursados, então não tem alta rotatividade. (US03_RS04)

Dos 22 entrevistados, 17 disseram que recebem informações e orientações dos profissionais da AE. Entre os demais, uma usuária, que fez a mesma queixa sobre o acompanhamento na APS, referiu que, no serviço especializado, não é bem orientada sobre sua condição de saúde nem sobre os exames solicitados e os medicamentos que são prescritos.

Ela [a médica da AE] basicamente só me pediu os exames, não falou muita coisa. Ela comentou que na época minha glicose estava alterada, e foi aí que ela acrescentou a Gliclazida, porque até então eu não tomava essa medicação. Ela me passou os exames, mas não entrou em muitos detalhes. (US01_RS04)

Sobre a satisfação com o acompanhamento na AE, 19 entrevistados disseram que estão satisfeitos com os serviços prestados.

6.4 CONTINUIDADE DOS CUIDADOS ENTRE APS E AE

Aqui será avaliada a comunicação entre APS e AE, a percepção do usuário em relação à continuidade do cuidado e se o tratamento do diabetes é compartilhado entre os dois níveis assistenciais.

Entre os entrevistados, 14 participantes afirmaram ter recebido algum relatório ou resultado de exame para entregar para o especialista.

A doutora que encaminhou devido ao diabetes. E eu já uso óculos pra longe, então ela disse que a diabetes afeta a visão, mas tá tudo ok, não deu nada. Só continuar com meus óculos, normal. Ela me deu o encaminhamento com tudo escrito já. (US07_RS01)

Essa doutora aqui [do PMF] é tão legal, que eu tava com os exames tudo ruim e ela fez um bilhete pra eu entregar pra doutora lá [da AE]. (US05_RS04)

Entretanto, apenas sete entrevistados disseram que já receberam uma contrarreferência para ser entregue na unidade do PMF.

Não, tipo assim, eu tenho até que pegar um laudo meu com tudo o que aconteceu lá, pra colocar aqui. (US09_RS03)

Isso. Quando tem que trazer aqui eles avisam: “ó, você leva lá no teu posto, mostra a sua médica que mandou você pra cá”. (US02_RS04)

Não, eu vou lá. Aí vou ser consultado lá e manda vir para cá o papel para ser encaminhado para outro lugar. De lá, veio tudo para cá, as papeladas. Aí daqui vai para não sei para onde, só Jesus sabe onde que tá. (US12_RS02)

A maioria dos entrevistados achou que não há comunicação entre os dois níveis de atenção. Por vezes, relataram que são eles próprios os responsáveis por fornecerem as informações do que ocorreu nos atendimentos em outra unidade.

Eu não acho que eles se comuniquem, porque os médicos desse posto nunca sabem o que eu fiz lá. Eles sabem quando eu comento que teve troca de medicamento, resultado de exame. Mas se eu não trouxer resultado de exame, eles não se comunicam. (US01_RS04)

Não, entre eles não há comunicação não. A doutora lá me pergunta o que aconteceu no mês e eu conto tudo. (US06_RS03)

Não existe conexão entre as duas áreas. Tem que falar tudo de novo. Aí fica aquela coisa chata. (US21_RS01)

Dois usuários referiram que sentem falta de um sistema integrado, que contenha suas informações clínicas. Um deles disse que o profissional perde tempo de consulta buscando informações em prontuário de papel. Além disso, o entrevistado comentou sobre os gastos na realização de exames que já foram realizados, porém o profissional não tem acesso.

Não, poderia ser melhor mesmo. Inclusive, em termo de sistema. Em vez de bater aqui, você vai tentar, poderia ser um sistema compartilhado. (US13_RS02)

A gente deveria ter uma rede pra quando digitasse meu número, o médico lá saberia qual foi meu último exame. Enquanto isso aqui [PMF] não estiver ligado com a policlínica e com o hospital [...] deveria ter nuvens pra isso. Isso aumenta os custos, porque você acaba fazendo exames desnecessários. Hoje você vê uma endócrino abrir uma ficha de papel procurando um papel pra saber o que ela conversou comigo na última consulta. Você perde muito mais tempo lendo informação do que atendendo o paciente. (US03_RS04)

Diante disso, foi questionado se os participantes sentiam que havia continuidade dos seus cuidados, e apenas cinco entrevistados disseram que percebiam essa continuidade. Os demais relataram que o tempo de espera para uma consulta com o especialista, a demora para a realização de exames e a troca constante de médicos eram os principais responsáveis pela descontinuação dos cuidados.

7 DISCUSSÃO

A partir dos resultados da pesquisa, com foco na experiência dos entrevistados com a RAS de Niterói, serão apresentadas algumas reflexões sobre o acesso e o acompanhamento na APS e na AE, bem como as ações de continuidade do cuidado em diabetes pelos dois níveis assistenciais.

A descoberta do diabetes, como de qualquer outra doença, pode ser um momento delicado para várias pessoas, que podem apresentar diversas reações, como choque, negação, raiva, tristeza e ansiedade. Isso pode levar à minimização da doença e acarretando o adiamento dos cuidados necessários (CARVALHO, RODRIGUES; CATARINO, 2019). A aceitação do diagnóstico de diabetes geralmente é difícil, como mencionado por alguns entrevistados, pois existe muito medo em relação às mudanças que podem decorrer da convivência com a doença, como as restrições alimentares, a dependência de medicamentos e as possíveis complicações.

A APS deve ser o local prioritário para a realização do diagnóstico de doenças comuns como o diabetes (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011). Entretanto, pouco mais da metade dos entrevistados recebeu seu diagnóstico nesse nível de atenção. Entre os participantes, dez receberam o diagnóstico da doença no serviço de emergência.

Embora quase todos os participantes tenham respondido que começaram o tratamento imediatamente após o diagnóstico, é importante salientar que há riscos de descontinuidade do cuidado quando o paciente inicia o tratamento de uma doença que exige acompanhamento em um local que não possui essa finalidade, como é o caso dos serviços de emergência. Costa *et al.* (2021) corroboram essa afirmação quando dizem que é muito importante que, logo que seja diagnosticado, o paciente comece o tratamento e estabeleça vínculos com os profissionais envolvidos no processo de cuidar, a fim de garantir o acesso e o atendimento na RAS.

No município de Niterói, não foram identificados documentos que normatizam uma linha de cuidado do diabetes. Entende-se que o fluxo assistencial e a oferta de ações de saúde são determinados de forma reativa, sem pactos e organização do processo de trabalho.

Todos os participantes da pesquisa afirmaram conhecer o local de funcionamento da unidade do PMF e relataram facilidade de acesso. Esse é um ponto fundamental das RAS, pois, sendo a APS a porta de entrada do sistema, ou seja, o primeiro elemento de um contínuo e integrado processo de atenção à saúde, é muito importante que sua localização seja de fácil

acesso, estando o mais próximo possível dos locais de moradia e trabalho das pessoas (OMS, 1979).

Os entrevistados também apontaram facilidade para a realização de consultas, tanto as agendadas quanto as de demanda espontânea. A ausência de barreiras para conseguir atendimento é um fator que implica a qualidade da assistência, e o tempo de espera para uma consulta pode afetar a satisfação dos pacientes e a resolutividade do sistema de saúde (GALVÃO *et al.*, 2020).

Entretanto, um dos participantes da pesquisa mencionou a falta de médicos como fator que dificulta o acesso devido à demora para a marcação de uma consulta. Esse é um problema já apontado no município de Niterói (ACYLINO, 2019) e em outras partes do Brasil (CECILIO, 2012; ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Além das consultas programadas, é importante que as equipes se adequem para atender às demandas espontâneas. Alguns motivos pelos quais essa organização se faz necessária: primeiro porque os usuários também são capazes de definir o que é necessidade de saúde para eles, por isso podem acessar o serviço a qualquer momento em que se sentirem incomodados; o segundo motivo é que a APS tem capacidade para resolver diversos problemas, entre eles, algumas urgências, sem que haja necessidade do usuário acessar outro serviço; e, terceiro, o acolhimento do usuário em seu momento de vulnerabilidade é uma ocasião propícia para criar e fortalecer vínculos (BRASIL, 2013a).

Os pacientes diabéticos frequentemente apresentam situações que demandam atendimento urgente na APS, como hiper e hipoglicemias, infecção urinária, infecção de feridas de pé diabético, entre outros (SBD, 2019); e mesmo que sejam referenciados para outro nível de assistência, o ideal é que o primeiro contato seja com a Atenção Primária por questões de localização e até mesmo pelo vínculo dos pacientes com o serviço. Portanto, é preciso que haja uma organização das agendas para acolher esses casos.

Dados deste trabalho mostram que, para alguns usuários, a APS é o local de resolver problemas simples e pontuais, como renovar receitas, aferir pressão arterial e glicemia, assim como aparece em outros estudos (CECILIO *et al.*, 2012; BOUSQUAT *et al.*, 2017; ACYLINO, 2019).

Mendes (2011) relata em seu livro *As Redes de Atenção em Saúde* que existe no SUS uma visão distorcida em relação à APS no que diz respeito à sua complexidade. Pela lógica do sistema, a APS é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Segundo o autor, esse conceito distorcido leva a uma banalização da APS e a uma sobrevalorização das

práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Essa sobrevalorização da AE em detrimento da APS também foi observada entre alguns participantes desta pesquisa. Os relatos dos entrevistados sinalizaram para desprestígio do médico generalista que atua no PMF, falta de compreensão do seu papel e percepção de que ele é um profissional pouco resolutivo. Essa situação pode ser considerada a responsável pelo pouco reconhecimento profissional e social da APS, como encontrado na literatura (ALMEIDA *et al.*, 2011; CECILIO *et al.*, 2012).

O estabelecimento de vínculo, princípio fundamental para ampliar a eficácia das ações do serviço de saúde (COSTA *et al.*, 2021), foi diversas vezes destacado nas narrativas dos participantes da pesquisa, sobretudo na APS. No PMF, todos os profissionais foram citados como referência para os usuários, estando em destaque os ACS e os técnicos de enfermagem. Na AE, para cinco dos seis entrevistados que alegaram ter um profissional de referência, o médico especialista foi que assumiu essa posição.

A criação de vínculo com o usuário estimula as práticas de autocuidado e a continuidade da assistência como consequência dos laços de confiança que são gerados (RÊGO; RADOVANOVIC, 2018). Além disso, quando há vínculo, aumentam as chances de o usuário reconhecer qual o seu papel no seu plano de cuidado, o que favorece a participação nas tomadas de decisões e prestação de serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Durante o trabalho de campo, foi possível perceber que a maioria dos profissionais possui familiaridade com os usuários. Em todas as unidades visitadas, os profissionais que colaboraram com a identificação e a localização dos participantes demonstraram conhecê-los pelo nome além de terem ciência dos seus endereços de residência. Essa aproximação ajudou no contato com os entrevistados, bem como facilitou o acesso aos seus domicílios.

Essa é uma característica fundamental e particular da APS, que por ser uma fonte regular de contato com os usuários, estando nas proximidades do seu cotidiano, as relações interpessoais vão surgindo ao longo do tempo. Ademais, como colocado por Starfield (2002) quando discorre sobre o atributo da longitudinalidade, nessas relações, o indivíduo é tratado como uma pessoa completa, cujos valores, contextos sociais, emocional e familiar são sempre levados em consideração. Assim, os profissionais passam a conhecer os usuários e os usuários passam a conhecer seus profissionais.

A figura do ACS como facilitador do acesso foi constantemente citada pelos entrevistados, assim como em outros trabalhos (ALMEIDA; SANTOS, 2016; ACYLINO, 2019). A presença dos ACS revela a sua potencialidade em integrar a comunidade e facilitar o

acesso aos serviços de saúde. Por ser parte integrante da comunidade, mostram-se familiarizados com as demandas da população por também vivenciá-las (BROSCH *et al.*, 2020).

Sobre o trabalho desenvolvido pelo ACS, destacou-se a visita domiciliar, mencionada por mais da metade dos entrevistados. Entretanto, a maior parte das visitas, segundo as narrativas, não possuía uma regularidade e tinha a finalidade de informar os usuários sobre as datas e os horários de consultas e exames agendados, o que evidencia a participação limitada do ACS em outras atividades no território, como aparece no estudo de Bousquat *et al.* (2017). Os ACS possuem potencialidades que vão muito além das visitas de caráter burocrático, como a captação de pacientes, o acompanhamento das famílias, a disseminação de informações, o desenvolvimento de ações educativas, a busca de informações e as visitas às famílias de pacientes internados, como apontado em alguns trabalhos (MENDES, 2011; ALMEIDA, 2016; BROSCH *et al.*, 2020).

Os participantes da pesquisa demonstraram facilidade em realizar exames complementares solicitados pelos profissionais do PMF. Segundo os entrevistados, os exames laboratoriais são coletados na própria unidade, e isso configura estratégia importante na ampliação da percepção de resolutividade por parte dos usuários, como citado por gestores do município de Belo Horizonte no estudo de Almeida *et al.* (2011).

Uma dificuldade encontrada nas narrativas em relação à realização de exames foi o deslocamento dos usuários para unidades fora do município. Alguns exames de imagem, constantemente, são realizados em uma unidade de referência na cidade do Rio de Janeiro, o que implica a necessidade do uso de meios de transporte.

Os fluxos dentro da RAS devem levar em consideração alguns pontos sobre o contexto dos usuários, como, por exemplo, a distância geográfica, a disponibilidade de transporte e os meios para prover o pagamento do transporte. Essa ideia está de acordo com Almeida *et al.* (2018), que dizem que a definição dos serviços de referência deve ser orientada por lógicas mais centradas nos usuários e nas suas necessidades em saúde. Ademais, a fim de subsidiar o trabalho em rede, é essencial que haja a garantia de transporte sanitário, permitindo o fluxo adequado dos usuários entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações programadas (STARFIELD, 2002; (BRASIL, 2013b).

A comunicação entre profissionais e usuários portadores de diabetes é extremamente importante para garantir sucesso no tratamento (SBD, 2019). Entre os participantes, a maior parte relatou experiência positiva com os profissionais em relação aos esclarecimentos de dúvidas e orientações sobre os cuidados com o diabetes.

Existem evidências de que a comunicação adequada tenha influência positiva nos desfechos de doenças (SANTOS 2020). Ademais, a interação entre o profissional de saúde e o indivíduo com diabetes pode favorecer mudanças de comportamento desde que ocorra adequação da linguagem por parte do profissional (SBD, 2019).

Uma usuária relatou uma experiência negativa em relação à comunicação com os profissionais médicos, tanto da APS quanto da AE. Por não receber orientações suficientes, a usuária disse que, por diversas vezes, precisou buscar informações em outras fontes, como a internet. Esse achado na pesquisa vai ao encontro de outros trabalhos, como o de Oliveira e Gomes (2004), que verificou a insatisfação com a consulta médica entre adolescentes portadores de doenças crônicas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Segundo o autor, boa parte dos adolescentes não criou vínculos com os profissionais, com o argumento de que os médicos tratavam apenas dos sintomas, não mostrando interesse pelo paciente. Em Rio Branco, no Acre, Pereira e Azevêdo, (2005) estudaram a relação médico-paciente sob a ótica do usuário, e concluíram que 70% pacientes não consideraram suficientes as informações oferecidas pelos médicos.

Os usuários não se sentem satisfeitos quando não estão em evidência ou percebem que o foco é apenas a doença e não há consideração de suas dúvidas, sentimentos e expectativas. O contrário acontece quando a abordagem é centrada no usuário, com a exploração da doença e dos sentimentos envolvidos e a valorização da experiência do paciente com seu problema.

Um estudo recente realizado com 408 pacientes hipertensos e diabéticos, usuários de unidades de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mostrou que a maioria dos pacientes se sentia satisfeita com o atendimento médico por haver nas consultas uma abordagem centrada na pessoa, com cordialidade do profissional, atenção às queixas dos usuários e explicações sobre o problema de saúde e os prognósticos. Isso evidencia o quão fundamental é o papel desempenhado pela abordagem médica na produção de satisfação com a consulta e com os serviços de saúde (CASTRO; KNAUTH 2021).

No que diz respeito ao acompanhamento do diabetes, de acordo com as narrativas dos usuários, a APS não parece ocupar lugar de destaque no seguimento dos pacientes. Entre os entrevistados, menos da metade relatou ser este o principal serviço de acompanhamento. Esse resultado vai de encontro ao que dizem diversos autores, que afirmam que a APS deve ser a protagonista na condução das doenças crônicas, mesmo quando há referência para outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002; LAVRAS, 2011; MENDES, 2011; BOUSQUAT *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018).

O atributo que aponta a APS como a ordenadora da RAS, organizando os fluxos e contrafluxos dos usuários no sistema de saúde, é a coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Segundo Almeida *et al.* (2018), a coordenação dos cuidados pela APS está diretamente relacionada com a promoção de melhorias na qualidade da prestação do cuidado, na redução de barreiras no trânsito entre os níveis de atenção e na integração de ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território.

Assim como encontrado neste trabalho, outros estudos também apontam uma dificuldade da APS em ser a ordenadora da RAS (ALMEIDA; SANTOS, 2016; BOUSQUAT *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018; ACYLINO, 2019).

Para os pacientes diabéticos, ter o cuidado coordenado é fundamental, uma vez que, pela complexidade da doença, muitas vezes exige-se o envolvimento de outros profissionais no acompanhamento além da realização periódica de exames complementares. Essas necessidades compõem o percurso assistencial do usuário, que idealmente deve ser orientado pela APS. Sem a atenção adequada, o usuário corre o risco de não ter suas necessidades atendidas além da exposição a exames desnecessários, duplicidade de tratamentos e excesso de medicação (ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Alguns usuários relataram ter acessado a rede privada para a realização de exames complementares e para consultas com especialistas. A utilização de serviços privados para a busca de cuidados também aparece em outros trabalhos (CONIL *et al.*, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2011; BOSQUAT *et al.*, 2017; ACYLINO, 2019). Outrossim, os usuários buscaram a rede privada por motivação própria, como no estudo de Conil *et al.* (2008). Além disso, a “demora” foi citada como causa principal pela busca.

A busca por cuidados particulares pode ser o reflexo de uma rede com capacidade resolutiva insuficiente para o atendimento das demandas dos usuários. Por não terem suas necessidades atendidas, alguns usuários acabam buscando outros caminhos fora do serviço público.

Bousquat *et al.* (2017) ressaltam que este *mix* assistencial público-privado estabelece uma fragmentação do cuidado e fragiliza a capacidade de ordenação da APS. Além disso, os gastos decorrentes dessa busca podem trazer impactos significativos para as famílias.

Pode-se deduzir que os participantes desta pesquisa tiveram algum impacto financeiro decorrente da busca por serviços na rede privada. Primeiro, por nenhum deles possuir planos de saúde, o que implica o pagamento por desembolso próprio ou de algum familiar; e, segundo, pelo fato de a maior parte dos usuários possuir renda média de até 2 salários mínimos.

Vários usuários relataram que constantemente faltam medicamentos para tratar o diabetes na APS, o que reflete no comprometimento da resolutividade e da integralidade do cuidado. Além disso, gera gastos para as famílias que precisam acessar as farmácias particulares. Achados de outros trabalhos revelaram que os usuários não conseguiram todos os seus medicamentos na APS, evidenciando fragilidade na capacidade resolutiva desse nível assistencial (ALMEIDA *et al.*, 2011; ALMEIDA; SANTOS, 2016; BOUSQUAT *et al.*, 2017; MUZY *et al.*, 2021).

Em relação às atividades de educação em saúde, os resultados da pesquisa apontam para uma baixa participação dos usuários. As causas estão tanto na adesão quanto na oferta de ações de promoção de saúde pela APS. As atividades educativas em grupos facilitam a vinculação dos usuários à rede básica e são estratégias fundamentais para a produção de autonomia e garantia do autocuidado para pacientes diabéticos (ALMEIDA *et al.*, 2018; SBD 2019).

A baixa participação dos usuários em atividades de promoção à saúde também foi encontrada por Acylino (2019), estudando as TA de mulheres com lesão precursora do câncer de colo útero em uma Região de Saúde do Rio de Janeiro.

Muzy (2021), em seu trabalho que investiga as lacunas na atenção à saúde do diabético, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), aponta que aproximadamente metade das equipes realiza grupos de apoio ao autocuidado de doentes crônicos.

Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento; portanto, a educação em saúde deve ser prática primordial na APS (BRASIL, 2013b). Ademais, a APS é o nível assistencial mais adequado para viabilizar a articulação de saberes interdisciplinares no cuidado individual e coletivo, além da mobilização comunitária, capaz de provocar mudanças significativas na dinâmica do território (PRADO; SANTOS, 2018).

Cabe ressaltar que este trabalho foi realizado durante a pandemia da covid-19, que impossibilitou a realização de atividades coletivas pelas unidades de saúde.

Além da falta de médicos, encontrada nos relatos e já mencionada nesta discussão, a alta rotatividade desse profissional também foi apontada como barreira para a continuidade dos cuidados tanto na APS quanto na AE. De acordo com Medeiros *et al.* (2010), essa rotatividade implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência do sistema. Acrescentam que, para a APS, os

prejuízos se manifestam em custos com a capacitação da equipe, interrupções nos programas de saúde, prejuízos aos usuários e, principalmente, incapacidade desses profissionais em estabelecer vínculo com a comunidade.

No PMF, conforme encontrado nas narrativas, a rotatividade de profissionais se mostrou uma importante barreira na continuidade dos cuidados dos pacientes diabéticos. Diante de uma urgência, os casos são atendidos por médicos de outras equipes, assim como a renovação de receitas, mas as atividades de rotina, como as consultas e a solicitação de exames, não são realizadas.

Na linha de cuidado do diabetes em Niterói, há uma centralização das consultas no profissional médico. Ainda que alguns usuários mencionassem atendimento realizado pelo enfermeiro, as atividades relatadas nesse contato não configuram uma consulta de acompanhamento como previsto na literatura (BRASIL, 2013b). Os enfermeiros desempenham papéis prioritariamente de gestão e de promoção de saúde, com pouca participação na assistência de fato.

O acesso à AE se deu sem dificuldades, como relatado pela maioria dos usuários, e os agendamentos das consultas e exames foram realizados quase totalmente pela APS, o que significa que a porta de entrada tem sido prioritariamente pelas unidades do PMF, como também encontrado no estudo de Acylino (2019).

Em outros trabalhos, encontraram-se outras vias para acesso à AE (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; BOUSQUAT *et al.*, 2017). No estudo de Santos e Giovanella (2016), fala-se da obrigatoriedade de acesso à AE, regulado via APS; porém, com uma realidade distinta do que está previsto nos discursos políticos e documentos institucionais, com solicitações e encaminhamentos paralelos para diferentes pontos de atenção, feitos por diversos setores na rede.

O acesso ao especialista por meio da APS é uma forma de organizar os fluxos na rede, e deve ser realizada de acordo com as necessidades da população, e não motivada por outras circunstâncias, baseada em protocolos e diretrizes clínicas. Dessa forma, qualifica-se a demanda aos serviços especializados e garante-se o princípio da equidade (BRASIL, 2013b).

Algumas dificuldades foram encontradas pelos usuários na AE, como o fato de não possuírem um profissional de referência, embora o médico especialista ocupando esse papel tenha sido citado por alguns entrevistados. Pelas narrativas, não existe vínculo entre os usuários e os profissionais da AE, e a rotatividade de médicos também aparece como barreira para a continuidade do cuidado, com desmarcações de consultas, atrasos para agendamentos e retorno com outros profissionais.

A maioria dos entrevistados referiu receber informações e esclarecimentos sobre seus problemas de saúde e disse que, apesar de a AE apresentar problemas, está satisfeita com os serviços prestados por esse nível assistencial.

Savassi (2010) afirma que um dos aspectos fundamentais da qualidade do serviço refere-se à satisfação de seu usuário. A percepção do usuário tem interferência no acesso e no estabelecimento de vínculos, além de criar uma relação horizontal no processo de cuidado.

Pelas narrativas, a comunicação entre APS e AE se deu por poucas vezes e, quando ocorreu, restringiu-se às formalidades burocráticas de referência e contrarreferência tradicionais. Esses instrumentos, segundo Bousquat *et al.* (2017), são insuficientes para a organização das RAS com continuidade informacional e coordenação pelas equipes de APS. Parece que a falta de comunicação ainda é pior quando a via é da AE para APS, pois a existência de contrarreferência dos serviços especializados para o PMF foi mencionada por uma parcela muito pequena dos entrevistados.

A falta de comunicação entre os serviços foi percebida pela maioria dos participantes da pesquisa, os quais, por vezes, foram os responsáveis por transmitir as informações clínicas de um setor para o outro, uma prática que, além de comprometer a qualidade da assistência, também causa desgastes nos usuários. A falta de informações dos pacientes que acessam outros serviços é um desafio muito grande para a APS cumprir seu papel de coordenadora do cuidado e de viabilizar a continuidade do cuidado.

Assim com encontrado no trabalho de Acylino (2019), não foram identificados mecanismos de compartilhamento de responsabilidades entre APS e AE. As ações acontecem de forma isolada em cada setor, sem nenhuma conexão entre os dois níveis assistenciais.

A comunicação entre os pontos da rede é deficitária, com apenas dez unidades da Atenção Básica dispo de Prontuário Eletrônico do Cidadão (sete Módulos do Médico de Família e três UBS) (NITERÓI, 2022). A disponibilidade de informações é fundamental para a coordenação do cuidado, e a ausência de prontuários informatizados e integrados na RAS dificulta a comunicação interprofissional e a integração entre os pontos de atenção (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; BOUSQUAT *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Mesmo diante de algumas dificuldades, os serviços foram bem avaliados pelos usuários. Nos dois níveis assistenciais, não foram encontradas barreiras de acesso, o que foi apontado como um dos pontos mais positivos para a maioria dos participantes. Além disso, o vínculo com os profissionais, particularmente da APS, foi um fator que influenciou na boa avaliação, corroborado por manifestações de afeto e proximidade encontradas em diversas narrativas.

A falta de comunicação entre os níveis assistenciais e o pouco destaque da APS da coordenação dos cuidados talvez tenham sido os maiores problemas encontrados neste trabalho. Esses entraves configuram um desafio muito grande para a integração da RAS em Niterói e, conseqüentemente, comprometem gravemente a continuidade dos cuidados dos pacientes diabéticos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho trouxeram para reflexão pontos importantes sobre a centralidade do usuário nas práticas assistenciais e na organização da rede para prover cuidados em saúde de forma integrada e contínua. Por meio das experiências narradas pelos participantes da pesquisa, foi possível concluir que ainda é preciso caminhar um pouco mais para superar as barreiras impostas pela fragmentação dos serviços.

A utilização das TA como referencial metodológico possibilitou identificar como se dá o acesso à rede, a experiência dos usuários com os serviços e trabalhadores, e ainda foi possível observar as fragilidades e as potencialidades do sistema em relação ao cuidado integral do paciente diabético.

A escolha do diabetes como evento traçador foi estratégica, pois se trata de uma condição com uma multiplicidade de fatores de risco, com longo período assintomático e uma história natural que dura muitos anos (SBD, 2019). Na avaliação de um serviço de saúde, tendo como norteadora uma doença com essas características, é possível observar desde as ações e as estratégias adotadas na APS para vigilância dos fatores de risco e prevenção, passando pela realização de diagnóstico e a instituição de tratamentos oportunos, até o encaminhamento e o acesso aos exames e aos cuidados oferecidos pelos demais níveis assistenciais.

Com o avanço das DCNT, a APS deve, cada vez, mais assumir o importante papel de vigilância da distribuição e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco em sua população de abrangência. Um bom diagnóstico de situação no território possibilita a adoção de estratégias para prevenção e controle dessas doenças, com consequente diminuição da incidência e das terríveis complicações associadas a elas.

Esta pesquisa revelou uma APS potencialmente frágil em sua abrangência, com dificuldades em assumir seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Entretanto, pontos favoráveis devem ser destacados, como a acessibilidade, a relação afetuosa entre a população e os profissionais – sobretudo os ACS –, as quase inexistentes barreiras para o atendimento e a realização de exames, e o bom grau de satisfação dos usuários com o serviço.

A oferta de consultas programadas e de demanda espontânea mostrou que as unidades estão organizadas de forma a acolher as necessidades dos usuários no momento que eles sentem necessidade de buscar cuidados. Essa organização é fundamental para ampliar o acesso e a oferta de serviços.

Embora o estudo tenha revelado uma relação de proximidade entre a APS e a população – e que muitas vezes este nível de atenção tenha se mostrado como fonte regular de busca de cuidados –, algumas narrativas revelaram que é preciso avançar no que diz respeito ao prestígio social dos profissionais do PMF, bem como na compreensão do seu real papel no processo de cuidar. Além disso, os esforços devem ser contínuos na busca da valorização da APS, levando em consideração sua complexidade e sua potencial capacidade resolutiva.

O vínculo entre trabalhadores e usuários, importante instrumento para a garantia da corresponsabilidade e continuidade do cuidado, deve ser estimulado no ambiente da APS. Para isso, é necessário ações de formação e qualificação dos profissionais, a fim de garantir que elementos essenciais, como acolhimento e escuta qualificada, respeito e compromisso com a população, estejam inseridos no processo de trabalho das equipes. Além disso, sugere-se à gestão prover estratégias que incentivem a fixação das equipes de saúde da família e diminuam a rotatividade de profissionais, citada neste trabalho como fator que interfere negativamente na criação de vínculos, oferta e continuidade de cuidados na APS.

Os ACS foram figuras essenciais no desenvolvimento deste trabalho pela sua capacidade de interação com o território e pelo domínio de diversas questões relacionadas com as necessidades de saúde de sua população adstrita. Conhecer o território é fundamental para entender como as pessoas vivem e como surgem os problemas de saúde. Entretanto, para além do conhecimento e do domínio da comunidade, os ACS devem estar mais inseridos nos processos de promoção e vigilância em saúde, com uma atuação que chegue bem próxima de todas as suas potencialidades.

A atuação do enfermeiro no acompanhamento do diabético também deve ser ampliada. Compreende-se que o cuidado não deve ser centrado na figura do médico, colocando-o como principal agente na prestação do serviço. O enfermeiro é peça-chave da assistência, desde a vigilância e as intervenções sobre os fatores de risco até a implementação e a execução do plano de cuidados dos usuários (BRASIL, 2013b).

O acesso à AE se deu por meio de encaminhamentos realizados pela APS, ainda que por vias formais e burocráticas expressas por guias de referência e contrarreferência. A ausência de dificuldades para agendamento de consultas e exames na AE foi um fator que influenciou na satisfação dos usuários; entretanto, alguns entraves foram encontrados após a chegada ao serviço. Sugerem-se esforços contínuos para superar as lacunas no cuidado na AE no que diz respeito ao vínculo com os profissionais, na fixação de equipes, as barreiras de comunicação, o intercâmbio de informações a integração com os demais pontos de atenção.

A interação entre a AE e APS foi quase inexistente, o que evidenciou uma desarticulação da RAS, marcada pela ausência de fluxos de informações bem definidos e por cuidados oferecidos de forma isolada pelos pontos de atenção. O alcance da integralidade depende diretamente da cooperação mútua de todos os níveis assistenciais, com elementos que promovam a integração clínica e coordenem os mecanismos de governança (MENDES, 2011). No que tange à comunicação interprofissional, faz-se urgente a adoção de estratégias para que as informações transitem com fluidez entre os diversos serviços da rede (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Diante do que foi exposto neste estudo, recomenda-se que o fortalecimento da APS seja o objeto de um movimento contínuo de melhoria da assistência, pautada na coordenação dos cuidados, centrado nas necessidades dos usuários e de suas famílias. Esse movimento inclui mudanças significativas no sistema e no processo de trabalho dos setores, como o reconhecimento e a estratificação da população para o devido planejamento de ações de vigilância dos fatores de risco das DCNT e de promoção de saúde, investimentos em sistemas informatizados integrados, para geração e disseminação da informação, atuação mais consistente dos diversos profissionais envolvidos na assistência e responsabilização e comprometimento de todos os níveis assistenciais com a qualidade e a continuidade do cuidado.

Por fim, vale ressaltar que as reflexões apresentadas neste trabalho não possuem caráter definitivo e conclusivo. No entanto, ao abordar o cuidado do usuário diabético na rede de saúde de Niterói, emergiram questões relevantes no que diz respeito às barreiras para alcançar a integralidade, que devem ser intensificadas em outros estudos.

Espera-se que esta dissertação consiga chegar próximo do propósito das pesquisas científicas de trazer reflexões e propor soluções para problemas relevantes para nossa população. Outrossim, que possa servir de instrumento no planejamento de ações cujo objetivo seja a melhoria dos cuidados prestados ao paciente diabético.

REFERÊNCIAS

ACYLINO, E. M. **Caminhar é preciso:** trajetórias assistenciais em uma região de saúde do Rio de Janeiro. 2019. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, 2018. Número especial.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam. Salud Publica**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 80-93, 2016.

ALVES, P. C. Itinerários terapêuticos, cuidado à saúde e a experiência do adoecimento. *In:* GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários Terapêuticos:** integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2016. p. 125-146.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 63, p. 50-54, 2 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRITO, E. S. V. *et al.* Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 4, p. 413-423, out./dez. 2012.

BROCH, D. *et al.* Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 54, 2020.

CARVALHO, B. S.; RODRIGUES, C. P.; CATARINO, E. M. Diabetes: o emocional afetado pela doença. *In*: COLÓQUIO ESTADUAL DE PESQUISA MULTIDISCIPLINAR, 1, 2019, Goiás. **Anais [...]**, Goiás: UNIFIMES, 2019.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2702-2714, 2021.

CECILIO, L. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CHRISTOFOLETTI, M. *et al.* Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2018487, 2020.

CONIL, E. M. *et al.* O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

COSTA, J. H. R. *et al.* Cuidados em saúde aos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Enferm. UFPE on line**, [s. l.], v. 15, p. e244995, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/244995/37811>. Acesso em 3.fev.2022

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 126-134, 2012. Suplemento 1.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes *mellitus* e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2021.

GALVÃO, T. F. *et al.* Tempo de espera e duração da consulta médica na região metropolitana de Manaus, Brasil: estudo transversal de base populacional, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, p. e2020026, 2020.

GERHARDT, T. E. *et al.* Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2016. p. 125-146.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Opas, 2011.

HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados: Niterói**. [S. l.]: IBGE, 2022 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/niteroi.html>. Acesso em: 3 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 3 out. 2022,

ISER, B. P. M. *et al.* Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015.

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

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 4s, 2017. Suplemento 1.

MARIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* As trajetórias assistenciais revelando a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças cardiovasculares. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2016. p. 421-437.

MELO, S. P. S. C. *et al.* Determinantes socioeconômicos do diabetes mellitus em um contexto de desigualdades no nordeste brasileiro. **REAS**, [s. l.], v. 13, n. 5, 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MENDES, R. F. P. *et al.* A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 841-853, 2017.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MUZY, J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37 n. 5, p. E00076120, 2021.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Participativo 2022-2025**. Niterói: SMS, 2021. Disponível em: [http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Participativo%20Saude%2003.05.2022_of f4.pdf](http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Participativo%20Saude%2003.05.2022_of%20f4.pdf). Acesso em: 1 out. 2022.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. **Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas**. Est. Psicol., Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma-Ata**. Brasília: UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS: contribuições para debates**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

PEREIRA, M. G. A. AZEVÊDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 153-157, 2005.

PEREIRA, R. A. *et al.* O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Rev. Cien. FAEMA**, [s. l.], v. 6 n. 1, p. 99-108, 2015.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 379-395, set 2018. Número especial.

RÊGO, A. S.; RADOVANOVIC, C. A. T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 71, n. 3, p. 1093-1100, 2018.

SANTOS, A. L. *et al.* Adesão ao tratamento de diabetes mellitus e relação com a assistência na atenção primária. **Rev. Min. Enferm.**, [s. l.], v. 24, p. e-1279, 2020.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 48-63, 2016.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **R. Bras. Med. Fam. e Comun.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHRAMM, J. M. A *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, A. G. *et al.* Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1193-1206, 2021.

SILVA, M. S. **Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no SUS a partir da retinopatia diabética grave.** 2015. 136 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020.** São Paulo: Clannad; 2019.

SOUSA, C. M. B. **A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000.** 2015. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

SOUZA, L. R. B. **A continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes mellitus: estudo em duas redes do estado de Pernambuco.** 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde: UNESCO, 2002.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 361-378, 2018. Número especial.

VIANA, A. L. D. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Cronograma de atividades do projeto

ATIVIDADE	2021									2022									
	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N	F E V	M A R	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T	O U T
Revisão da literatura																			
Elaboração do projeto																			
Aplicação do teste-piloto																			
Seleção e reunião com os acadêmicos voluntários																			
Qualificação do projeto																			
Planejamento das atividades de campo																			
Atividades de campo (entrevistas)																			
Transcrição das entrevistas																			
Análise das entrevistas																			
Produção do TCM																			
Apresentação do TCM																			

Fonte: elaboração própria.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista



ROTEIRO DE ENTREVISTA
Trajórias Assistenciais de pacientes diabéticos em Niterói

Data da entrevista:	Início:	Final:	Duração:
Identificação e perfil socioeconômico			
Nome: _____			
Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____			
Cor (autodeclarada): () Branca () Parda () Preta () Indígena () Amarela () Outra:			
Gênero: () Masculino () Feminino () Travesti () Transexual () Outro: () Não sei responder () Prefiro não responder			
Endereço: _____			
E-mail: _____		Telefone: _____	
UBS: _____		Equipe: _____	
Nível Educacional: () Fundamental incompleto () Fundamental () Médio incompleto () Médio () Superior incompleto () Superior			
Situação conjugal: () com parceiro () sem parceiro			
Filhos: () sim () não Quantos: _____			
Ocupação: _____			
Provedor (a) principal do lar: () sim () não			
Rendimento mensal do lar (salário mín.): () Até 1 () Até 2 () Até 3 () até 4 () + q 4			
Recebe benefício social: () sim () não Qual? _____			
Plano de saúde: () sim () não Qual: _____			
Hábitos			
Fumante: () sim () não Se sim, há quantos anos: _____ Quantos cigarros/dia: _____			
Uso de álcool: () sim () não Se sim, frequência (nº dias/semana): _____			
Atividade física: () sim () não Se sim, quantos dias na semana _____			
Informações clínicas (podem ser preenchidas antes ou depois/consultar prontuário)			
Tempo de cadastro na UBS: _____			
Diagnóstico de DM desde: _____ Início do tratamento DM: _____ (prontuário)			
Tipo de diabetes: _____ tratamento DM: _____ (prontuário)			
Último atendimento na UBS: _____ Tipo de atendimento: _____ (prontuário)			
Último atendimento na Atenção Especializada: _____			
Tipo de atendimento: _____ (prontuário)			

Introdução e apresentação

O motivo de procurá-lo(a) foi porque soubemos que o(a) Sr.(a) tem problema de diabetes e o motivo principal dessa entrevista é conhecermos um pouco do cuidado recebido, dos serviços de saúde que buscou para se tratar e das dificuldades que encontrou para acessar estes serviços. Gostaríamos que o(a) Sr.(a) falasse um pouco sobre o seu cuidado para o diabetes!

Bloco 1 – A descoberta do Diabetes

1.1 Como o(a) Sr.(a) descobriu que tinha diabetes? Poderia nos contar um pouco sobre o momento do seu diagnóstico?

- O(A) Sr.(a) apresentou algum sintoma do diabetes?
- Em que serviço de saúde ou outro lugar o(a) Sr.(a) recebeu o diagnóstico?
- Buscou o atendimento espontaneamente, por indicação de algum profissional de saúde ou de conhecidos/amigos/familiares?
- O(A) Sr.(a) costumava fazer exame de glicose? De quanto em quanto tempo? Por qual motivo realizava o exame? Onde era realizado?

1.2 O(A) Sr.(a) começou seu tratamento assim que descobriu o diabetes? Em qual serviço iniciou o tratamento?

- Se não começou, qual foi o motivo?
- O(A) Sr. (a) apresentou alguma dificuldade para seguir o tratamento proposto pelo médico? qual?

1.3 Houve alguma mudança na sua rotina pessoal, familiar em função do diabetes? Qual(is)? Como o(a) Sr.(a) se sente sendo diabético?

Bloco 2 – O cuidado na Atenção Primária à Saúde

2.1 Como é seu acompanhamento do diabetes no posto de saúde (UBS)? Fale um pouco sobre esse serviço de saúde e sobre como é o atendimento, quem são as pessoas que te atendem...

- Quem mais frequentemente te atende no posto de saúde? Quem é o profissional do posto de saúde que te acompanha mais de perto? Em quem o(a) Sr.(a) mais confia e procura primeiro no posto quando precisa de algum atendimento de saúde?
- Como faz para marcar uma consulta no posto de saúde (*faz fila, pega senha, é pré-agendado*)?

- Quanto tempo demora para marcar uma consulta médica no posto de saúde? Como foi a consulta médica, caso tenha feito?
- O(A) Sr.(a) já foi atendido pelo(a) enfermeiro(a) no posto de saúde? E pelos(as) técnicos(as) de enfermagem? Qual foi o tipo de atendimento?
- O(A) Sr.(a) já foi atendido pelo(a) dentista do posto de saúde? Qual foi o tipo de atendimento?
- O(A) Sr.(a) conhece o(a) ACS de sua área? Qual o nome dele(a)? Recebe visitas em casa do(a) ACS? De quanto em quanto tempo? Quais são as atividades desenvolvidas pelo(a) ACS quando realiza a visita domiciliar?
- Algum outro profissional do posto de saúde já fez uma visita domiciliar? Qual?
- De quanto em quanto tempo o(a) Sr.(a) tem feito o exame de glicose no sangue? Quando foi o último exame? Sabe quanto estava a glicose nesta última vez que mediu?
- Além do exame de sangue, o(a) Sr.(a) costuma medir a glicose capilar? (aquela que faz com a picada no dedo) Se sim, onde o(a) Sr.(a) o faz? Foi orientado(a) por algum profissional?
- O(A) Sr.(o) costuma ser pesado(a)?
- O(A) Sr.(a) consegue todas as suas medicações para diabetes no posto de saúde? Costuma haver falta de medicação? O que o(a) Sr.(a) faz nestes casos?
- Algum(a) profissional do posto te orienta sobre como tomar a medicação para diabetes? Quem? Como o(a) Sr.(a) costuma tomar estas medicações (*explorar se toma conforme prescrição, se para quando se sente bem etc.*).
- E quando o(a) Sr.(a) precisa de algum exame laboratorial – sangue (hemograma, glicose) ou urina, como faz para realizar? Consegue fazer pelo posto? Qual foi a última vez que fez? Como faz para pegar os resultados? Costuma ser rápido ou demorado?
- O(A) Sr.(a) já participou de alguma atividade educativa no seu posto? Se sim, sobre qual tema ou assunto foi? O(A) Sr.(a) foi convidado(a) para participar desta atividade, ou foi por conta própria? Se foi convidado, como este convite chegou até o(a) Sr.(a)? Se foi por conta própria, como ficou sabendo desta atividade?
- O(A) Sr.(a) já participou de alguma atividade educativa/grupo específica sobre diabetes?
- O(A) Sr.(a) sempre consegue ser atendido pelos mesmos profissionais do posto ou tem muita mudança? Qual profissional mais muda?

- O(A) Sr.(a) se sente à vontade para conversar com os profissionais de saúde do posto e esclarecer suas dúvidas? Consegue compreender as informações dadas pelos profissionais?
- Como o(a) Sr.(a) avalia o acompanhamento de seu diabetes no posto de saúde? Considera que os profissionais estão preparados para acompanhá-lo?
- Como o(a) Sr.(a) avalia o seu comprometimento com o tratamento do diabetes?

Bloco 3 – A experiência com a atenção especializada

3.1 Agora gostaríamos de saber qual é o passo a passo de como o(a) Sr.(a) faz quando precisa do atendimento de algum especialista. É importante que tente lembrar em detalhes do caminho de seu tratamento:

- Alguém do posto marca a consulta especializada para o(a) Sr.(a)? Como acontece a marcação (*faz a marcação na UBS na hora que a referência é pedida; alguém da UBS faz o agendamento posteriormente e depois avisa; quem é responsável por avisar; o usuário tem que ficar retornando à UBS para saber da marcação*)? Ou o(a) Sr.(a) vai diretamente ao serviço especializado, sem necessidade de marcação de consulta pelo posto de saúde? Nos dê um exemplo da última vez que precisou
- Em qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) costuma se consultar com o especialista?
- Nos conte como foi esta última consulta (*este é um critério de inclusão, o entrevistador saberá antes*). Qual foi o especialista que te atendeu? Onde foi? Por que precisou ser encaminhado para este especialista?
- O(A) Sr.(a) conhece a equipe do serviço especializado? Há quanto tempo faz acompanhamento de saúde lá? Qual profissional atende o(a) Sr.(a) com maior frequência ou tem muita mudança de profissional?
- Quanto tempo demorou entre o pedido do encaminhamento e a realização da sua consulta com o especialista (*esta é uma informação importante, buscar algum documento que consiga precisar o tempo entre o pedido da referência e a realização da consulta*)?
- O(A) Sr.(a) já recebeu da equipe do posto de saúde resultados de exames ou relatórios para entregar ao profissional do serviço especializado na hora da consulta?

- O(A) Sr.(a) se sente à vontade para conservar com os profissionais de saúde do serviço especializado e esclarecer suas dúvidas? Consegue compreender as informações dadas pelos profissionais?
- Algum profissional do serviço especializado faz contato com o(a) Sr.(a) quando não comparece à consulta? Como é realizado este contato?
- Depois da consulta com o especialista, o(a) Sr.(a) recebeu algum relatório ou algo escrito para entregar aos profissionais do posto de saúde?
- É necessário o uso de transporte para comparecer as consultas e procedimentos no serviço especializado? Qual? Como é custeado o seu transporte?
- Algum profissional do posto de saúde procurou saber se o(a) Sr.(a) compareceu ao atendimento no serviço especializado? (*busca de notícias, orientações, visitas domiciliares*)? Se sim, qual profissional?

3.2 Como o(a) Sr.(a) avalia o tratamento que recebe no serviço especializado? (*perceber se prefere ser atendido na atenção especializada ou no posto de saúde e explorar as razões*).

3.3 Agora gostaríamos de saber qual é o passo-a-passo de como o(a) Sr.(a) faz quando precisa realizar algum exame especializado (*ver no prontuário de houve algum pedido/referência*).

- Alguém do posto marca o exame especializado para o(a) Sr.(a)? Como acontece a marcação (*faz a marcação na UBS na hora que a referência é pedida; alguém da UBS faz o agendamento posteriormente e depois avisa; quem é o responsável por avisar; o usuário tem que ficar retornando à UBS para saber da marcação*)? Ou o(a) Sr.(a) vai diretamente ao serviço especializado, sem necessidade de marcação de consulta pelo posto de saúde? Nos dê um exemplo da última vez que precisou (*fundo de olho, outro*).
- Em qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) costuma realizar os exames especializados? Onde foi realizado seu último exame especializado? Por que precisou fazer este exame?
- Quanto tempo demorou entre o pedido do encaminhamento e a realização de seu exame (*esta é uma informação importante, buscar algum documento que consiga precisar o tempo entre o pedido da referência e a realização do exame*)?

- Como recebeu os resultados do exame (*teve que ir buscar, alguém avisa quando está pronto etc.*)? Qual foi aproximadamente o tempo entre a realização e chegada dos resultados?
- O(a) Sr.(a) recebe resultados de exames para entregar aos profissionais do posto de saúde? Costuma mostrar seus exames a algum profissional do posto de saúde?

3.3 O(A) Sr.(a) utiliza outros serviços de saúde na cidade? Quais? Como e por quem foi encaminhado? Já precisou de algum tipo de internação ou atendimento hospitalar ou UPA? Nos conte como foi.

3.4 Como o(a) Sr.(a) se sente sendo acompanhado por mais de um profissional de saúde, em mais de um serviço de saúde? O(A) Sr.(a) percebe que cada um destes profissionais sabe o que aconteceu com o(a) Sr.(a) quando esteve nos diferentes serviços? O(A) Sr.(a) percebe que há continuidade ou discordância (*cada um diz uma coisa diferente, não se falam, cada um passa medicações diferentes, repetem os exames – esta é uma questão central para observar se o usuário percebe o cuidado como um contínuo*).

Bloco 4 – Outros caminhos do cuidado

- É comum que o(a) Sr.(a) procure especialistas ou laboratórios da rede privada para atender alguma necessidade do seu tratamento? Por quê? Para quais tipos de atendimento? Isto acontece com muita frequência? (*se for expressivo, explorar bem as razões para utilização da rede privada*)
- O(A) Sr.(a) procura também outro tipo de ajuda para cuidar da sua saúde, sem serem os serviços de saúde, como: farmácias, benzedadeiras, pastor, remédios caseiros, entre outros? Em quais situações procura estas outras formas de cuidar da sua saúde? (*perceber o tipo de uso, se complementar ou substitutivo ao sistema formal*)
- Algum amigo, conhecido, político já ajudou o(a) Sr.(a) a conseguir atendimento na rede pública? Nos conte como foi?
- O(a) Sr.(a) buscou informações sobre seu problema de saúde na internet? Sobre o que e onde encontrou informações? Considerou as informações da internet verdadeiras? Por que buscou informações na internet? Discutiu estas informações com seu(a) médico(a) ou outro profissional de saúde?

- Alguém da sua família foi contatada por algum profissional de saúde? Em que momento? Com qual objetivo? Seus familiares participam de seu acompanhamento de saúde?

Bloco 5 – Os cuidados durante a pandemia do novo Coronavírus

- Durante a pandemia, alguma consulta no posto teve que ser remarcada?
- Durante a pandemia, alguma consulta com especialista teve que ser remarcada?
- Durante a pandemia, algum exame precisou ser remarcado?
- O(A) Sr.(a) acha que a pandemia dificultou seu tratamento? De que forma?
- Durante a pandemia, o(a) Sr.(a) precisou buscar a emergência? Foi por causa do diabetes?

Bloco 6 – Considerações finais da(o) participante

5.1 Que nota o(a) Sr.(a) daria para o atendimento de saúde recebido no acompanhamento de seu diabetes? Qual o motivo/razão desta avaliação?

- Fale como se sente com o tratamento e atenção recebida nos serviços de saúde.

5.3 Quais são as principais barreiras ou dificuldades que o(a) Sr.(a) identifica para fazer seu tratamento de diabetes?

5.4 Há mais alguma questão que ache importante falar sobre seu problema de saúde e sobre seu tratamento?

Obrigado(a)!!!

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS (5)

Dados de identificação

Título do Projeto: “Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói”

Pesquisadora Responsável (coordenadora do projeto): Prof^a Dr^a Patty Fidelis de Almeida

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável (coordenadora do projeto): Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal Fluminense

Contato da Pesquisadora: telefone (21) 97951-7071 – email: pattyfidelis@id.uff.br

Nome completo do Participante (em LETRA LEGÍVEL):

APRESENTAÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA:

O(A) Sr.^(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói**”, de responsabilidade da pesquisadora Prof^a Dr^a Patty Fidelis de Almeida, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Esta pesquisa foi contemplada pelo Edital do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados, parceria da Prefeitura Municipal de Niterói-RJ, Universidade Federal Fluminense e Fundação Euclides da Cunha (FEC).

Este termo atende a Resolução 466/2012 e a Resolução 510/2016, e destina-se a esclarecer o(a) Sr.^(a) sobre os objetivos da pesquisa, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta pesquisa tem como objetivo principal entender como é seu acompanhamento em saúde. Nós queremos compreender quais são os serviços de saúde que o(a) Sr.^(a) mais procura, quais são os profissionais que acompanham o(a) Sr.^(a) mais de perto e se há alguma dificuldade para conseguir fazer seu acompanhamento de saúde, seus exames e consultas, na rede de Niterói.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

Sua participação na pesquisa consistirá na realização de uma entrevista, com duração aproximada de 1 hora, em local combinado previamente com o(a) Sr.^(a). Caso o(a) Sr.^(a) permita, a entrevista será gravada em voz (não será gravada em imagem), mas garantiremos seu sigilo. A gravação será apagada depois que as entrevistas foram transcritas. A entrevista seguirá um roteiro de perguntas sobre seus cuidados em saúde.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

O benefício deste estudo é aumentar o conhecimento sobre a organização da rede de serviços de saúde para as pessoas com diabetes ou açúcar no sangue, com o

Rubrica participante: _____ Rubrica pesquisador(a): _____ Página 1 de 3

objetivo de buscar melhorar a assistência no município de Niterói. Reforçamos o compromisso deste estudo com o sigilo de sua condição e das informações que nos forem dadas.

É possível que aconteçam alguns desconfortos durante a entrevista, como a exposição de informações pessoais ou constrangimento em responder alguma pergunta sobre o seu tratamento. Neste caso, o(a) Sr.(a) poderá desistir a qualquer momento de participar da entrevista, sem qualquer prejuízo. Caso se sinta mal, com algum problema de saúde ou informação solicitada, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente. Mais uma vez, será respeitada sua privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais.

Para reduzir possíveis desconfortos e riscos que este estudo possa gerar, o(a) pesquisador(a) se compromete a esclarecer previamente a proposta do estudo e se disponibiliza para atender quaisquer dúvidas existentes, estando o(a) Sr.(a) livre para participar ou recusar-se a participar.

Para participar deste estudo, o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Sua participação neste projeto não oferece nenhum risco que seja previsível, com exceção do possível desconforto descrito acima.

SIGILO DAS INFORMAÇÕES E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA:

Para a divulgação dos resultados deste estudo, o(a) Sr.(a) não será identificado pelo seu nome nem pelas suas iniciais, mas com letras do alfabeto e números, que não irão permitir identificar nem o(a) Sr.(a), nem os serviços de saúde e profissionais que atendem o(a) Sr.(a). As informações obtidas nessa pesquisa são confidenciais e permanecerão guardadas pelos pesquisadores (por cinco anos), sob responsabilidade da pesquisadora-responsável, sendo que as gravações realizadas serão apagadas após a sua transcrição.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados em trabalhos científicos e relatórios de pesquisa feitos por alunos e professores da UFF, sem identificar a sua participação ou qualquer outra informação que permita identificá-lo(a), respeitando o direito de manter o seu estado de saúde em sigilo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO:

Se ainda tiver alguma pergunta sobre esta pesquisa, sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta e tirar todas as dúvidas. Suas perguntas serão respondidas a qualquer momento (antes, durante e após a entrevista), bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro. As ligações poderão ser realizadas a cobrar, caso considere importante. Contato da Profª Drª Patty Fidelis de Almeida: telefone celular (21) 97951-7071 – email: pattyfidelis@id.uff.br.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de

dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas. E.mail: etica.ret@id.uff.br. Tel/fax: (21) 2629-9189.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Diante dos esclarecimentos, o(a) Sr.(ª) tem o direito de analisar se quer ou não participar desse estudo e terá liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr.(ª) ou para seu tratamento na rede de atenção à saúde de Niterói – RJ ou qualquer outra penalização. Sua participação é voluntária.

CONSENTIMENTO:

Este termo de consentimento encontra-se em duas vias – uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será entregue a(o) Sr.(ª).

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em ser participante do projeto de pesquisa “Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói”. Recebi uma via deste documento, rubricada em todas as páginas assinada por mim e pelo membro da equipe da pesquisa, autorizado(a) pela pesquisadora principal para realizar os procedimentos do estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Niterói, ____ de _____ de _____

(Assinatura do participante)



Impressão Datiloscópica

Autorização para gravação de voz da entrevistas: () sim () não

Nome do(a) pesquisador(a) que obteve o consentimento e realizou a entrevista

Assinatura do(a) pesquisador(a) que obteve o consentimento e realizou a entrevista

PATTY FIDELIS DE ALMEIDA Assinado de forma digital por PATTY FIDELIS DE ALMEIDA
 pattyfidelis@id.uff.br:03232 pattyfidelis@id.uff.br:03232196675
 196675 Date: 2021.09.23 10:26:55 -03'00'

Profª Drª Patty Fidelis de Almeida ISC/UFF (pesquisadora responsável)

Rubrica participante: _____ Rubrica pesquisador(a): _____ Página 3 de 3

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que esta Instituição tem interesse em participar do projeto intitulado *Coordenação e Continuidade dos Cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no Município de Niterói*, submetido ao Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados (PDPA), sob a coordenação da Prof^ª. Dr^ª. Patty Fidelis de Almeida e vice coordenação da Prof^ª. Dr^ª Regina Fernandes Flauzino, autorizando a sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo (s) Comitê (s) de Ética em Pesquisa responsável (is) por sua avaliação.

Niterói, 05/06/2020.

Data, Assinatura e carimbo do responsável institucional*

Rodrigo Alves Torres Oliveira
Secretário Municipal de Saúde
Presidente da Fundação Municipal de Saúde
Matricula 437 521-8

ANEXO B – Autorização de Pesquisa



Secretaria Municipal de Saúde
Fundação Municipal de Saúde de Niterói
Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa - NEPP

Autorização de Pesquisa

Autorizamos, segundo o parecer da Subsecretária de Saúde datado de 25/01/2021 no processo 200/10146/2020, a pesquisadora **Patty Fidelis de Almeida**, a iniciar o estudo intitulado “**Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói**”.

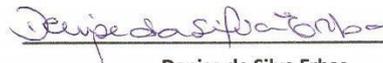
O estudo será desenvolvido em **TODAS as Unidades de Saúde do PMF**; em **TODAS as Policlínicas Regionais e de Especialidades**, no município de Niterói/RJ.

Aguardamos o resultado em cópia da pesquisa, para o acervo do **NEPP** e possível apresentação aos profissionais dos setores envolvidos.

Declaramos que se trata de projeto aprovado pelo Edital do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados, com parceria entre Prefeitura Municipal de Niterói, UFF e Fundação Euclides da Cunha, em consonância ao “Plano Estratégico Niterói que queremos” em sua diretriz “Saudável”, cabendo ao NEPP organizar a entrada dos pesquisadores nas unidades de saúde para coleta de dados.

Q NEPP
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE E PESQUISA
FMS/PMF NITERÓI

Niterói, 26 de janeiro de 2021.


Denise da Silva Erbas


Denise S. Erbas
Coordenação NEPP
FMS/PMF Niterói
Matr. 1431814

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

UFF - UNIVERSIDADE
FEDERAL FLUMINENSE -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói

Pesquisador: Patty Fidelis de Almeida

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34986920.8.0000.8160

Instituição Proponente: Instituto de Saúde da Comunidade

Patrocinador Principal: MUNICIPIO DE NITEROI

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.456.756

Apresentação do Projeto:

Protocolo vinculado à projeto de pesquisa foi aprovado pelo Edital “Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados” da Universidade Federal Fluminense, Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense, em conjunto com a Prefeitura Municipal de Niterói, em consonância ao “Plano Estratégico Niterói que Queremos” em sua diretriz “Saudável”, linha de pesquisa e extensão “Gestão do cuidado e Redes de Atenção à Saúde”.

Trata-se de avaliação de outra emenda ao protocolo (já aprovado pelo Parecer Consubstanciado CAEE 34986920.8.0000.8160, de 11 de setembro de 2020), inserindo mais um grupo de participante de pesquisa composto por pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2, com o acréscimo de mais um pesquisador na equipe do projeto, e respectivos ajustes, afirmando a pesquisadora coordenadora (cartaemendaCep2.pdf 23/11/2020 18:54:51) que não foram procedidas outras alterações no projeto – inclusive já avaliado e aprovado pelo CEP.

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1669507_E2.pdf 23/11/2020 18:57:3), Projeto Detalhado (EmendaProjetocompletoCEP2.pdf 23/11/2020 18:50:50), : resumo, metodologia, critérios de inclusão e critérios de exclusão.

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

UFF - UNIVERSIDADE
FEDERAL FLUMINENSE -



Continuação do Parecer: 4.456.756

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo geral:

Analisar e caracterizar a coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói com vistas a qualificar e fortalecer as Redes de Atenção à Saúde.

Objetivos específicos:

- * Caracterizar práticas, conhecimentos e utilização de mecanismos de coordenação do cuidado entre APS e AE na experiência de médicos;
- * Reconstruir as trajetórias assistenciais de usuários na busca por cuidados na Rede de Atenção à Saúde a partir de três eventos traçadores: HIV/Aids, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, câncer bucal e COVID-19;
- * Identificar e propor estratégias organizacionais/profissionais com resultados positivos para a coordenação e continuidade dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“Riscos:

Médicos da APS e da AE: É possível que aconteçam alguns desconfortos durante a entrevista, como a exposição de informações sobre sua atividade laboral ou constrangimento em responder alguma pergunta.

Usuários: É possível que aconteçam alguns desconfortos durante a entrevista, como a exposição de informações pessoais ou constrangimento em responder alguma pergunta sobre o tratamento. Neste caso, o(a) usuário(a) poderá desistir a qualquer momento de participar da entrevista, sem qualquer prejuízo. Caso se sintam mal, com algum problema de saúde ou informação solicitada, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente.

Benefícios:

Médicos da APS e da AE: A participação no estudo contribuirá para o melhor conhecimento sobre a coordenação clínica entre níveis no município de Niterói-RJ e os resultados poderão contribuir para a melhoria do SUS locorregional e brasileiro, sendo este o principal benefício.

Usuários: Aumentar o conhecimento sobre a organização da rede de serviços de saúde para as pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, HIV, Covid e câncer bucal com o

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

UFF - UNIVERSIDADE
FEDERAL FLUMINENSE -



Continuação do Parecer: 4.456.756

objetivo de buscar melhorar a assistência no município de Niterói”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia: “estudo avaliativo com abordagem quantitativa e qualitativa envolvendo diversas técnicas e fontes de informação por meio de estudo de caso, realizado no município de Niterói, com a aplicação de questionário e entrevista”.

“Critério de Inclusão:

Médicos das Equipes de Saúde da Família – Programa Médico de Família – APS Serão critérios de inclusão: atuação mínima de 3 meses na equipe de Saúde da Família no mês anterior que precederá o início da realização das entrevistas.

Médicos da atenção especializada – Policlínicas Regionais e de Especialidades. Serão critérios de inclusão: atuação mínima de 3 meses no respectivo serviço de atenção especializada no mês anterior que precederá o início da realização das entrevistas; ser médico responsável por atendimento de usuários referenciados pelas equipes de PMF.

Usuários: pessoas vivendo com HIV/Aids.

Os participantes serão selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: usuários maiores de 18 anos; residentes no município de Niterói; e diagnosticados com HIV/Aids há pelo menos um ano a partir do início do trabalho de campo, que atendam aos critérios de acompanhamento na Atenção Primária à Saúde, isto é, não apresentem infecções oportunistas ou co-infecções e estejam com carga viral indetectável, de acordo com informações registradas no setor de vigilância em saúde das Policlínicas Regionais, ou seja, são usuários e usuárias cuja condição clínica se assemelha a sujeitos não portadores de HIV/Aids.

Usuários: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Os participantes serão selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: pessoas maiores de 18 anos; usuários cadastrados em unidades do PMF; usuários com diagnóstico de HAS que tenham realizado consulta com especialista nos últimos 12 meses do início do trabalho de campo,

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

UFF - UNIVERSIDADE
FEDERAL FLUMINENSE -



Continuação do Parecer: 4.456.756

visto o objetivo de analisar a continuidade do cuidado e trânsito pela RAS, assim como possíveis barreiras de acesso, desde a atenção básica até os níveis especializado e hospitalar, buscando-se também, identificar estratégias de comunicação entre os profissionais envolvidos nos cuidados.

Usuários: Câncer Bucal.

Os participantes serão selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: pessoas maiores de 18 anos; residentes no município de Niterói; usuários vinculados a uma Equipe de Saúde Bucal do PMF; com diagnóstico de neoplasia de lábio e cavidade oral (CID – C00 a 10); encaminhados para ponto de atenção terciária para tratamento, no período de julho de 2018 a junho de 2020.

Usuários com diagnóstico de Covid-19:

usuários maiores de 18 anos; residentes no município de Niterói; diagnosticados com Covid-19 até junho de 2020; usuários que tenham utilizado serviços de saúde para tratamento; usuários que tenham finalizado o tratamento até o momento de realização da entrevista; usuários que estejam cadastrados em Unidades do PMF.

Usuários com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2: pessoas maiores de 18 anos; usuários cadastrados em unidades do PMF; usuários que tenham o DM2 acompanhados principalmente pelo SUS, usuários com diagnóstico de DM2 que tenham realizado consulta com especialista da rede nos últimos 12 meses do início do trabalho de campo, visto o objetivo de analisar a continuidade do cuidado e trânsito pela RAS, assim como possíveis barreiras de acesso, desde a atenção básica até os níveis especializado e hospitalar, buscando-se também, identificar estratégias de comunicação entre os profissionais envolvidos nos cuidados. Este critério será verificado no documento administrativo das “gerências de hipertensão arterial e diabetes” presente nas unidades do PMF para registro dos atendimentos e controle dos casos.

Critério de Exclusão:

Médicos das Equipes de Saúde da Família – Programa Médico de Família – APS Serão critérios de exclusão: profissional que após duas tentativas de agendamento e realização da entrevista, não forem acessados pelo pesquisador; estar de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento das funções na equipe de Saúde da Família durante o período de realização das entrevistas.

Médicos da atenção especializada – Policlínicas Regionais e de Especialidades. Serão critérios de

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

UFF - UNIVERSIDADE
FEDERAL FLUMINENSE -



Continuação do Parecer: 4.456.756

exclusão: profissional que após duas tentativas de agendamento e realização da entrevista, não forem acessados pelo pesquisador; fazer parte dos especialistas da policlínica, mas não atender usuários referenciados pelo PMF, ou seja, só realizar atendimentos de referência interna do próprio serviço especializado; estar de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento das funções na Policlínica durante o período de realização das entrevistas.

Usuários: pessoas vivendo com HIV/Aids. Serão critérios de exclusão: usuários sem condição psicológica (quadros de depressão, ansiedade, outros transtornos mentais) relatados pelo próprio usuário ou responsável durante o contato prévio para agendamento da entrevista, realizado pelo pesquisador; e usuário que, mesmo realizando acompanhamento de HIV/Aids em Policlínica Regional de Niterói, não seja morador do município e por este motivo, não estaria adscrito a uma unidade do PMF.

Usuários: Hipertensão Arterial Sistêmica. Serão critérios de exclusão: usuários sem condição psicológica (quadros de depressão, ansiedade, outros transtornos mentais) relatados pelo próprio usuário ou responsável durante o contato prévio para agendamento da entrevista, realizado pelo pesquisador; usuários que tenham sofrido acidente vascular encefálico com comprometimento da fala ou dos movimentos, identificado previamente pelo pesquisador junto à equipe do PMF responsável pelo acompanhamento.

Usuários: Câncer Bucal. Serão critérios de exclusão: usuários sem condição psicológica (quadros de depressão, ansiedade, outros transtornos mentais) relatados pelo próprio usuário ou responsável durante o contato prévio para agendamento da entrevista, realizado pelo pesquisador; usuários que tenham sofrido procedimentos mutiladores que tenham afetado a fala, identificado pelo pesquisador durante o contato prévio para agendamento da entrevista ou pela equipe de Saúde Bucal do PMF.

Usuários com diagnóstico de Covid-19: usuários sem condição psicológica (quadros de depressão, ansiedade ou outras sequelas provocadas pela Covid-19); usuários com sequelas graves decorrentes da infecção relatados pelo próprio usuário ou responsável durante o contato prévio para agendamento da entrevista, realizado pelo pesquisador;

Usuários com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2: usuários sem condição psicológica (quadros

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

UFF - UNIVERSIDADE
FEDERAL FLUMINENSE -



Continuação do Parecer: 4.456.756

de depressão, ansiedade, demência ou outros transtornos mentais) relatados pelo próprio usuário ou responsável durante o contato prévio para agendamento da entrevista, realizado pelo pesquisador; usuários que tenham sofrido acidente vascular encefálico com comprometimento da fala ou dos movimentos, identificado previamente pelo pesquisador junto à equipe do PMF responsável pelo acompanhamento”.

Tamanho da Amostra no Brasil: 300 participantes

Orçamento englobando verbas de custeio, capital, bolsas e outros: R\$ 200.000,00 pela Prefeitura Municipal de Niterói.

Cronograma adequado.

O TCLE está redigido em linguagem apropriada, com o detalhamento dos direitos, dos procedimentos, dos riscos e dos benefícios associados à escolha de participar de uma pesquisa, assegurando a remessa de uma via para o participante, conforme determinado nas Resolução CNS nº 466/12 e Resolução CNS nº 510/16.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente emenda e respectivo protocolo atendem aos ditames de eticidade do sistema CEP/CONEP, devendo ser aprovada.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo “relatório” para serem devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº. 001/13, item XI.2.d.

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 4.456.756

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1669507_E2.pdf	23/11/2020 18:57:30		Aceito
Outros	cartaemendaCep2.pdf	23/11/2020 18:54:51	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDM2.pdf	23/11/2020 18:52:42	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EmendaProjetoCompletoCEP2.pdf	23/11/2020 18:50:50	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECovid.pdf	21/08/2020 16:47:02	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/07/2020 16:31:25	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPVHA.pdf	30/06/2020 10:43:00	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMedicosABAE.pdf	30/06/2020 10:42:32	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHAS.pdf	30/06/2020 10:42:10	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECancerBoca.pdf	30/06/2020 10:41:49	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
Declaração de concordância	Cartadeanuencianiteroi.pdf	29/06/2020 14:44:16	Patty Fidelis de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

UFF - UNIVERSIDADE
FEDERAL FLUMINENSE -



Continuação do Parecer: 4.456.756

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

NITEROI, 11 de Dezembro de 2020

Assinado por:
FABIO REIS MOTA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br