

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA – UniALFA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Joyce Ribeiro do Carmo

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROGRAMA DE CONTROLE A HIPERTENSÃO E
DIABETES EM IPORÁ**

GOIÂNIA

2018

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA – UniALFA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSUS*
MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Joyce Ribeiro do Carmo

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROGRAMA DE CONTROLE A HIPERTENSÃO E
DIABETES EM IPORÁ**

Texto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Centro Universitário Alves Faria, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional,

Orientadora: Doutora Leila Maria Ferreira Salles.

GOIÂNIA
2018

À minha família, pelo incentivo e apoio dado a mim em todos os momentos da minha vida. Nesse em especial, não poderia ser diferente! Por acreditarem em mim, mais que eu mesma poderia acreditar e por depositarem em mim a confiança de concluir mais essa etapa. A eles dedico esse trabalho, que para mim é uma grande conquista pessoal e profissional. Uma conquista que só tem valor, por tê-los como base de tudo. A eles, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus. A Ele toda honra e glória. Pelo amor incondicional que independe de minhas falhas. Por me capacitar e dar o dom de cuidar de pessoas, de poder com minhas mãos e conhecimento ser canal de tratamento e cura. Uma mera serva de seu poder e misericórdia.

Aos meus pais, Jorge e Suelma, pilares da minha vida, por tanto amor e cuidado. Os maiores apoiadores de todas as batalhas que procuro lutar, que me ofereceram uma base sólida em Deus e me mostraram, por meio do exemplo e sábios ensinamentos, que a mudança deve começar por nós mesmos, que me incentivam a ir além, que acreditam mais em mim do que eu mesma consigo acreditar, que me possibilitam a realização desse mestrado.

A meu irmão Jorge Filho que, por toda minha vida, é o maior responsável por minha formação de caráter, pelo exemplo de irmão e por se fazer presente em todas as fases da minha vida.

A meu namorado, Heitor, que me ensina todos os dias o verdadeiro sentido de ser presente, que me encoraja nos desafios e que é meu exemplo de determinação, ética e hombridade, pelo amor depositado em cada gesto, dia após dia, e pelo cuidado especial que tem comigo, em especial durante o mestrado, tornando-o possível, por acreditar que sou capaz e me fazer enxergar isso todos os dias das nossas vidas.

Aos meus amigos, de vida, de mestrado e profissão, que são estímulos diários para novas conquistas e novos desafios.

Aos meus alunos, que mantêm viva em mim a capacidade de continuar sonhando, de me tornar melhor a cada dia, e de lutar pela construção de um mundo melhor.

Em especial, a minha orientadora, professora Doutora Leila Maria Ferreira Salles, pela chance de conhecer uma profissional comprometida e dedicada, com quem aprendi tanto nesse tempo de convívio.

E ao professor, Doutor Nelson Bezerra Barbosa, que com tanto carinho idealizou essa pesquisa, que foi e é um grande exemplo de profissional, que demonstrou tanto cuidado nas fases iniciais dessa pesquisa. Os frutos também são seus!

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção dessa pesquisa, minha sincera gratidão.

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

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

CARMO, Joyce Ribeiro. **Políticas públicas na saúde: um estudo sobre a estratégia de saúde da família no programa de controle a hipertensão e diabetes em Iporá.** Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Centro Universitário ALFA – UniALFA, Goiânia, 2018.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais frequentes por possuírem inúmeros fatores de risco, alguns deles ligados a hábitos de vida e a condições de saúde. A prevalência, em Goiás, para acometimento de HAS e DM é de 33% e 8,2%, respectivamente. As doenças crônicas têm alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo altos gastos com assistência médica, internações e tratamento. O objetivo geral deste estudo é analisar ações da Estratégia de Saúde da Família para controle de HAS e DM, no município de Iporá. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Os procedimentos metodológicos empregados neste estudo para atingir os objetivos propostos de analisar a Estratégia Saúde Da Família para controle de HAS e DM no município de Iporá. As principais ações executadas pelos profissionais da saúde das unidades básicas de saúde (UBS) visitadas são as relacionadas ao processo do cuidado, e à assiduidade do acompanhamento dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) ao paciente cadastrado no programa e à preocupação com o controle das doenças. O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes (HiperDia) tem, desde sua criação o propósito de identificar o público alvo e acompanhar os portadores de HAS e DM, de maneira a minimizar os agravos causados por essas patologias. Resultados: é perceptível que as ações desenvolvidas no município de Iporá conseguem alcançar satisfatoriamente o que a política pública de saúde propõe. É possível observar que as ações englobam a promoção, prevenção e tratamento e, ainda, disponibiliza suporte humano para os usuários, o que vai além do que se exige dos profissionais, favorecendo os resultados positivos obtidos pelo programa. Pode-se considerar os serviços de assistência regional em saúde no município de Iporá adequado. Pela análise aplicada, as unidades apresentam qualidade de serviços ofertados aos usuários do HiperDia e boa capacidade de controle dos mesmos.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Hipertensão. Diabetes. Sistema único de saúde. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

CARMO, Joyce Ribeiro. **Public Policies on health: a study on the family health strategy does not have a program for the control of hypertension and diabetes in Iporá.** Postgraduate Program Stricto Sensu, University Center ALFA - UniALFA Goiânia, 2018.

Systemic arterial diabetes (HSD) and diabetes mellitus (DM) are the most frequent chronic noncommunicable diseases (NCDs) in some risk factors, some of them linked to life and health habits. The prevalence, in Goiás, for follow-up of 33% and 8.2%, respectively. Chronic diseases have a high cost for the SUS, requiring high expenses with medical care, hospitalizations and treatment. The general objective of this study is the actions of the Family Health Strategy for the control of SAH and DM, in the municipality of Iporá. This is a qualitative research. The statistical criteria were applied in this study to reach the proposed goals of health analysis for the control of SAH and DM in the municipality of Iporá. The patient has been applied to occupy the health and health care salary (ESF) with patient and problem with assiduity of health careers (ESF) to patient enrolled in program the control of diseases. The Hypertension and Diabetes Surveillance and Monitoring System (HiperDia) has, since its inception, the intention to disseminate the target public and to accompany patients with STD and DMP in order to minimize the aggravations caused by these diseases. Results: it is noticeable that the new actions in the municipality of Iporá are activated in a satisfactory way for a public health policy. It is possible that the actions involve a promotion, prevention and treatment and also provide the support for the users, which goes beyond what is required of the professionals, favoring the positive results of a program. Medical-professional health-care counseling in the appropriate municipality of Iporá. By the applied analysis, as the unit of quality of services offered to the users of HiperDia and good capacity of control of the same ones.

Key words: Health Care. Hypertension. Diabetes. Health Unic System. Family health strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	26
Figura 2 – Mapa da localização do município e área urbana de Iporá (GO)	39
Figura 3 – Mapa da localização dos estabelecimentos Hospitalares, Laboratoriais e ESF de Iporá (GO)	43
Figura 4 – Mapa da distribuição dos bairros no município de Iporá e localização das ESF..	44
Figura 5 – Pirâmide Etária do Município de Iporá	45
Figura 6 - Mortalidade por causa no Município de Iporá, Go	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Recursos Humanos Disponibilizado pelo Sistema de Saúde no Município de Iporá, Go	46
Tabela 2 – Distribuição de Internações/causa no Município de Iporá, Go	47
Tabela 3 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sínteses das metodologias de pesquisa	33
Quadro 2 – Síntese dos dados dos entrevistados	37
Quadro 3 – Distribuição dos bairros no município de Iporá	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DATASUS	Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia	Programa de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes <i>mellitus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Posto de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

INTRODUÇÃO	13
1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: SISTEMA ÚNICO E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	18
1.1 Diretrizes e Princípios Organizativos do Sistema Único de Saúde	18
1.2 Organização da assistência à saúde	21
1.3 ESF como Porta de Entrada para o Sistema de Saúde	26
1.3.1 Assistência a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes <i>Mellitus</i> : O programa HiperDia	28
2 METODOLOGIA	33
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO	37
3.1 A saúde pública em Iporá: contextualizando onde o estudo foi feito	37
3.2 Ações executadas pelas Estratégia de Saúde da Família no HiperDia	48
3.3 O depoimento dos entrevistados: análise e discussão.....	49
3.3.1 A Estratégia de Saúde da Família no município	50
3.3.2 O programa HiperDia.....	51
3.3.3 O trabalho e suas condições	56
3.4 Algumas considerações	58
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
4.1 Desenvolvimento em saúde e sua importância para o desenvolvimento regional	30
REFERENCIAS	63
APENDICE I.....	71
APENDICE II	72
APENDICE III	85

INTRODUÇÃO

As políticas de Desenvolvimento Regional têm por objetivo pensar a melhoria e evolução do estado nação, dando suporte a regiões que apresentem desenvolvimento mais lento frente a outras regiões do país. Os estudos que tem por objeto analisar o desenvolvimento regional que buscam identificar os pontos fracos e fortes de cada região, e estimular o crescimento no que é fundamental, apresentar uma posição importante no desenvolvimento da sociedade, que busca garantir o progresso de regiões que sejam menos desenvolvidas, oportunizando o acesso e oferta a inovações na educação, saúde, alimentação, recursos hídricos, agrícolas, enfim, promovendo renovação e crescimento (FOCHEZATTO, 2010).

Os estudos sobre desenvolvimento regional consideram as características de cada região e procuram que o progresso aconteça de acordo com a necessidade da mesma adaptando os recursos naturais existentes e fazendo disso uma oportunidade para a expansão desses recursos, gerando o progresso para a população e melhoria nas receitas obtidas (FOCHEZATTO, 2010).

As análises sobre as políticas de desenvolvimento regional indicam estar ocorrendo um aprimoramento na utilização e equilíbrio no incentivo dinâmico do território. Ou seja, ações impulsionadas por estas políticas públicas têm apresentado resultados satisfatórios no que concerne ao crescimento do estado nação e o que está conforme ao conceito de desenvolvimento regional de desenvolver todas as regiões do estado brasileiro de maneira que elas consigam prosperar para que assim o Estado consiga ter um crescimento mais equânime (DINIZ, 2009).

O crescimento territorial e o deslocamento populacional do Brasil aconteceram de maneira desordenada o que gerou um avanço urbano ágil e concentrado nos grandes centros ocasionado pela industrialização dos meados do século XX. Como consequência desse avanço rápido e inesperado e a não distribuição equânime dos investimentos, o Brasil enfrentou disparidades na oferta de serviços assistenciais à população (DIAS, 2012).

Por causa desse desordenamento demográfico buscar ações que visem o desenvolvimento regional no Brasil se tornou uma necessidade principalmente nas áreas econômica e assistencial. Neste sentido, segundo Dias (2012) O planejamento estratégico de ações no país requer atenção dos gestores para que o desenvolvimento aconteça de maneira homogênea, levando crescimento econômico para todas as regiões, como forma de conter a

concentração de riquezas, o que ocorrerá com o apoio de organizações públicas comprometidas a incentivar e promover políticas públicas que gerem desenvolvimento local e regional. Sendo que entre as áreas que impactam o desenvolvimento regional está a saúde.

Acompanhando uma tendência mundial, o Brasil tem sofrido importantes alterações no perfil demográfico, devido principalmente à dinâmica do crescimento populacional, que resultou em significativa redução nas taxas de natalidade e fecundidade paralelo ao aumento da expectativa de vida sendo uma das consequências dessa transição demográfica o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MALTA *et al.*, 2006).

As doenças crônicas são patologias de longa duração não emergenciais e multifatoriais, que normalmente perduram por mais de três meses. Algumas dessas doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), obesidade, dislipidemias, se configuram como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹, tendo relação com o estilo de vida, hábitos alimentares, sedentarismo e hereditariedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). São doenças de alta frequência em muitos países, que não distingue a condição socioeconômica da população e ainda gera altos custos para os sistemas de saúde (DUNCAN *et al.*, 2012; REZENDE, 2014).

As DCNT são responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade, e suas complicações são causa de 63% das mortes no mundo. Segundo o Ministério da Saúde quase 30% das mortes registradas no país são em decorrência dessas complicações. A prevalência em Goiás para acometimento de HAS e DM é de 33% e 8,2% respectivamente.

Sendo caracterizadas por inúmeras patologias, as DCNT mais comuns e que serão tratadas no presente trabalho, são HAS e DM, que são condições que favorecem as complicações do aparelho circulatório, com evolução gradativa e silenciosa, e integram o grupo com maiores internações hospitalares decorrentes dessas complicações (GOULART, 2011; REZENDE, 2014).

A HAS e o DM são as DCNT mais frequentes por possuírem inúmeros fatores de risco, alguns desses fatores estão ligados aos hábitos de vida, como, o sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, estresse e alimentação inadequada. Ocorrem também principalmente pelas condições de saúde, como a obesidade, doenças genéticas ou pela somatização de outra doença crônica. A hereditariedade é o fator que mais dificulta a prevenção a essas patologias, mas em contrapartida possibilita o diagnóstico precoce.

¹ Partindo de outra vertente, temos também as doenças crônicas transmissíveis, da qual a origem é infecto contagiosa, como por exemplo, a AIDS, Tuberculose, Hepatite B e C, entre outras que não serão tratadas aqui.

Os programas de saúde pública no Brasil, dada as gravidades destas patologias visam principalmente a sua prevenção por meio de um crescente desenvolvimento de ações para promoção e controle das mesmas (REZENDE, 2014). Para isso, são adotadas estratégias que visam a conscientização de toda população, com especial atenção aos grupos de risco.

Sendo empregadas principalmente providências que visam à diminuição do consumo de álcool e tabaco, como leis de controle de venda e consumo excessivo, a associação do álcool com a direção de veículos, e a proibição de propaganda desses produtos. Além de Políticas nutricionais, que regulamentam a propaganda e exigem a colocação de informações nos rótulos de alimentos ricos em açúcar, sal e lipídeos, além da atenção a merenda escolar (DUNCAN *et al.*, 2012; REZENDE, 2014).

Trata-se de doenças sem perspectiva de cura, mas a HAS e o DM garantem possibilidade de controle e podem proporcionar uma vida normal ao portador, caso este mantenha os cuidados necessários para controle dos níveis pressóricos e das taxas de açúcar no sangue (SCHIMIDT *et al.*, 2011).

A pressão arterial é estabelecida pelos seus níveis pressóricos normais, que é a pressão exercida pelo sangue contra a parede dos vasos sanguíneos, pelos movimentos de contração (pressão sistólica) e dilatação (pressão diastólica) do músculo cardíaco. Essa pressão é considerada dentro dos níveis pressóricos normais, quando apresentam valores de 120 para sístole cardíaca, e 80 para a diástole cardíaca em milímetro de mercúrio (12/8 mmHg). Quando ocorrem divergências frequentes do débito cardíaco e quando os valores são iguais ou superiores a 14/9 mmHg tem-se a patologia chamada de Hipertensão Arterial Sistêmica, (NOGUEIRA *et al.*, 2010; SCHIMIDT *et al.*, 2011).

As alterações no débito cardíaco em decorrência da HAS podem conduzir a complicações nos chamados órgãos-alvo, como cérebro (AVC – acidente vascular cerebral), coração (risco de cardiopatia como a insuficiência cardíaca ou infarto do miocárdio), vasos sanguíneos, e rins (insuficiência renal). Com isso, alguns mecanismos estão intimamente relacionados ao aumento da pressão arterial, como aumento dos níveis de colesterol, a obesidade, principalmente o aumento de adiposidade na região abdominal e o DM (NOGUEIRA *et al.*, 2010; SCHIMIDT *et al.*, 2011).

O acometimento da HAS é favorecido pela somatização de preditores clínicos comuns, como o sobrepeso, idade (sendo mais comum em adultos, e a frequência aumenta com o avanço da idade), raça, mais constantemente em pessoas negras, e ainda pela herança genética. Igualmente, existem os fatores externos, ou controláveis, que tem íntima relação

com o estilo de vida do indivíduo, como má alimentação, falta de atividade física, estresse, tabagismo e o consumo excessivo de álcool e sódio.

Também no grupo de DCNT, o DM tem alta prevalência em indivíduos adultos. O DM pode apresentar variadas formas da doença, com diferentes aspectos de acometimento como o Diabetes do tipo 1, que tem diagnóstico na infância/adolescência, e é a forma insulina dependente da doença; o DM tipo 2 que ocorre por níveis altos de glicose na corrente sanguínea e não depende de insulina para controle. Essa forma apresenta-se na vida adulta, obtida principalmente pelo alto consumo de açúcar e carboidratos e pode ser expressa em gestante, na forma do Diabetes Gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O DM é uma patologia causada por distúrbios metabólicos, onde o indivíduo por apresentar altas concentrações de glicose na corrente sanguínea – hiperglicemia, não possui produção de insulina equivalente para transporte desse alto nível glicêmico.

Assim como a HAS, o DM não é uma doença curável, mas seu controle proporciona uma vida normal ao indivíduo. Se não controlado o DM pode determinar várias complicações, como o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, doença vascular periférica (risco de pé diabético²), aterosclerose, doença cerebrovascular, nefropatias, retinopatias, neuropatias e HAS (ARSA *et al.*, 2009).

Fatores de risco como sedentarismo, má alimentação e sobrepeso associados a hereditariedade configuram maior susceptibilidade à essa patologia. O controle do DM se dá pela associação de uma alimentação equilibrada, práticas de atividade física regular, dieta restritiva de açúcares primários e secundários e, se necessária, utilização de hipoglicemiantes. Buscando manter os níveis plasmáticos de glicose entre 70 a 100, que são os níveis desejáveis em jejum alimentar, sendo que em um processo patológico a glicose ultrapassa 120, e entre 100 e 120 há a necessidade de investigação aprofundada, o que caracteriza uma predisposição ao DM (ARSA *et al.*, 2009; FERREIRA; CAMPOS, 2014).

As doenças crônicas como a HAS e DM têm alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo altos gastos com assistência médica, internações e tratamento. Já para a população, os crescentes números de mortes precoces, ou risco de incapacidade causadas pelas DCNT, fomentam consideráveis investimentos para promoção da prevenção em defesa de uma vida saudável. Como são notórios os benefícios apresentados pelo controle dessas patologias, o Sistema Único de Saúde (SUS) formulou e desenvolveu um programa para

² Condição gerada pela dificuldade de cicatrização ocasionada pelo DM. Feridas e cortes nos membros inferiores tem maior probabilidade de não cicatrizarem, gerando feridas expostas, com grandes chances de necrose.

informar, controlar, prevenir e promover a saúde aos portadores de HAS e DM em todos os níveis de gravidade e complexidade destas doenças envolvendo assim ações que vão desde a APS às necessidades de média e alta complexidade específicas desse grupo (ALVES, 2005; REZENDE, 2014).

Tudo isso evidencia então a importância de se analisar o programa cadastramento, acompanhamento e controle destas doenças, na lógica de redes assistenciais, tendo a Estratégia Saúde da Família desenvolvida pela Sistema Único de Saúde (SUS) como política prioritária para organização da atenção à saúde da população acometida por estas patologias.

Este estudo tem, pois, por interesse, investigar as Estratégias Saúde Da Família na medida em que consiste em uma política pública na área de saúde. Deste modo constitui-se como objetivo geral deste estudo avaliar o programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos no município de Iporá.

Constituem-se em objetivos específicos deste estudo:

- identificar as principais ações executadas pela Estratégia de Saúde da Família no programa de controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus no município de Iporá.
- caracterizar a percepção dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) sobre o programa de controle de HAS e DM no município.

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo consiste em uma revisão bibliografia da área objeto deste estudo. Esta revisão tem por objetivo fundamentar as análises dos dados.

O segundo capítulo descreve a metodologia e os procedimentos metodológicos utilizados neste estudo.

No terceiro capítulo é feita a análise e discussão. Contextualizando o município de Iporá, local onde este estudo foi feito, e a análise dos depoimentos dos profissionais de cada Unidade de Saúde, representando a Estratégia de Saúde da Família.

Por fim, as considerações finais correspondem ao quarto capítulo.

1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: SISTEMA ÚNICO E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Este capítulo apresenta a fundamentação teórica que embasa este estudo. Para tanto são apresentados e discutidos as diretrizes e princípios que organizam o SUS, a Organização da assistência à saúde a Acessibilidade ao sistema pelos usuários e a Assistência aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*.

1.1 Diretrizes e Princípios Organizativos do Sistema Único de Saúde

A criação do SUS permitiu a incorporação de grandes contingentes populacionais que não tinham acesso ao sistema público de saúde. A universalização do acesso ao sistema de saúde rompe com esse modelo anterior, que prevê acesso a serviços de saúde apenas aos contribuintes do sistema previdenciário, chamado de sistema de contrapartida. Nesse modelo anterior ao SUS, e ao princípio de universalidade, apenas os contribuintes do sistema previdenciário tinham acesso à saúde, ou seja, somente os empregados de carteira assinada.

Por isso era chamado de “sistema de contrapartida”, a assistência só era oferecida para o cidadão que contribuía com o sistema, na forma de arrecadação previdenciária. Com a proposta de um sistema com princípio de universalidade o acesso passa a ser direito de todo e qualquer cidadão, independente de estar empregado ou não (ANDRADE; ANDRADE, 2010; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A implantação de um sistema de serviços de saúde que fosse destinado a todos os cidadãos brasileiros sem distinção e que oferecesse serviços em todas as suas necessidades, estabelece um importante desenvolvimento político e social. A compreensão da importância que as políticas públicas de saúde têm mediante as práticas de controle e notificação de doenças, favorece a evolução de estratégias mais eficientes e a elaboração de novas práticas de saúde.

A criação desse sistema possibilitou apontar aspectos norteados pelos princípios da Constituição Federal de 1988. A regulamentação do SUS determina no artigo 198 a sistematização da esfera da saúde, compreendido pelas seguintes diretrizes:

- I- “Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- Participação da comunidade”. (Brasil, 1988).

A lei 8080 de 1990, em seu primeiro artigo trata das condições inerentes a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes:

Art. 1 - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. (Brasil, 1988)

O sistema ainda preconiza que todo ser humano tem direito à saúde e que para isso o Estado tem o dever de fornecer condições indispensáveis a esse bem. O SUS é orientado e regido por diretrizes e princípios que estabelecem como devem ser construídos os sistemas de saúde, instituindo a Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e a Participação social.

A universalidade é um dos princípios do SUS, que embasado na Constituição Federal, garante o direito do cidadão à saúde fornecida pelo estado. Nesta acepção, a cobertura de serviços de saúde deve disponibilizar atendimento a todos os cidadãos, o que não acontecia anterior regulamentação do art. 195 da Constituição, quando o sistema era restrito aos contribuintes da previdência social e aos pacientes da rede privada (ANDRADE; ANDRADE, 2010; PONTES *et al.*, 2009).

A partir de então, passou-se a considerar a atualização da cobertura estabelecida pelo SUS, quando se especifica aos seus subsídios, perante os termos da Constituição, que diz,

A seguridade social será financiada por toda a sociedade de forma indireta, (...) mediante recursos provenientes dos orçamentos da união, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, (...) da contribuição social dos empregadores e de trabalhadores e sobre a receita de concursos de prognósticos (Constituição).

Isso possibilita que toda a sociedade, mesmo de maneira indireta, contribua com o financiamento do sistema, e com isso passa a ter direito de participação nos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS.

A universalidade visa garantir a justiça no atendimento, tornando o acesso aos serviços de saúde irrestrito, e ofereça a cobertura total dos serviços, de maneira acessível a toda população, e quando o sistema não for capaz de prover o atendimento ao cidadão, esse ainda, fica resguardado, devendo ter a seu dispor o serviço privado contratado pelo próprio sistema público, ou seja, quando o serviço não estiver disponível pela rede pública, essa deve manter

convênios com instituições e empresas privadas, que prestem, esses serviços (BRASIL, 1988; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A Integralidade, outro princípio do SUS, apresenta uma importância significativa de estratégia para a efetivação desse modelo de atenção à saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007). A integralidade propõe compreender o cuidado à pessoa na sua totalidade, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a integralidade enquanto atendimento individualizado denota uma característica de atendimento completo, positivando as interações entre os usuários e cuidadores, em todos os níveis de atendimento do sistema (MATTOS, 2004).

Abrangendo também ações de promoção, prevenção e curativas, a integralidade se dispõe a oferecer um delineamento de ações do sistema, abrangendo várias alternativas de intervenção diante dos mais variados casos encontrados, compreendendo manifestações sobre condições de vida, risco e prejuízos à saúde (MATTOS, 2004).

É importante salientar a respeito da diferenciação entre “integralidade” e “integração”, que por vezes se confundem com relação a organização dos serviços de saúde. O princípio de Integralidade se define como uma característica que o modelo de atenção à saúde deve seguir, já a integração diz respeito ao procedimento, e como esse deve ser feito para que a assistência seja integral. Sendo assim, a integração pode ser observada sob duas dimensões, dimensão vertical e dimensão horizontal.

A integração vertical e horizontal visa tornar o sistema completo em todos os seus recursos. A integração vertical é uma concepção de organização e controle do sistema, associando a coordenação de diferentes serviços de saúde, como os três níveis de atenção, funcionando de maneira articulada e integrada. Já a integração horizontal, objetiva a comunicação entre as unidades com serviços equivalentes, que ofereçam o mesmo serviço de saúde, visando melhoria na produtividade, aumento na capacidade de atendimento, na escala de ganhos e na coordenação dos serviços (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011; MENDES, 2011).

A economia de escala é um dos critérios que favorecem o bom funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por oferecer uma sistematização do processo produtivo. Nas RAS a economia de escala acontece no planejamento e distribuição estratégica dos recursos, de acordo com a necessidade e com a capacidade de atendimento de cada unidade.

Por exemplo, um serviço de alta densidade tecnológica é concentrado em um local, cuja estrutura propicia atender os usuários oriundos de outras regiões, devido a se beneficiarem mais da economia de escala. Da mesma forma, os serviços com baixa densidade

tecnológica estão espalhados por todas as regiões de saúde, em virtude que se beneficiam menos da economia de escala.

Suficiência e qualidade tem o objetivo de oportunizar a apropriada condução das condições de saúde. Esses são fundamentos que avaliam a qualidade do fornecimento dos serviços e recursos de saúde, levando em consideração os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde. A suficiência e qualidade garantem que os recursos ofertados pelo sistema estejam em conformidade quantitativa e qualitativa para atender a demanda dos serviços ofertados (MENDES, 2007; MENDES, 2011).

A dimensão vertical condiz com a hierarquização dos serviços, de acordo com a origem do problema a ser enfrentado, separando-os pela produção de ações de distinta complexidade – primária, secundária e terciária. A dimensão horizontal, estabelece a distinção do enfrentamento do problema de saúde – promoção, prevenção e recuperação (MAGALHÃES, 2011; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Desse modo a equidade relaciona-se à “tratar de forma desigual os desiguais”, pretendendo atingir a igualdade de acesso à todas as formas de oportunidades de sobrevivência, possibilitando que as distinções individuais sejam avaliadas e atendidas, garantindo o acesso a todos os membros de uma sociedade, tratando particularmente suas desigualdades.

Ao reconhecer que os indivíduos que compõe uma sociedade não são iguais, a equidade garante oportunizar a acessibilidade e reconhece que algumas desigualdades por vezes são injustas e devem ser superadas (LUCCHESE, 2003).

A desigualdade deve ser analisada, levando em consideração a definição das características dos diferentes grupos sociais, considerando critérios como renda, escolaridade ou fatores étnicos, por exemplo. Essa delimitação de grupos de desigualdades oportuniza o acesso aos recursos diferenciais que esse indivíduo necessita. A equidade é vista como forma de proporcionar assistência de acordo com a necessidade, observando a aplicação do conceito de justiça social, dando mais a quem mais precisa (LUCCHESE, 2003).

1.2 Organização da assistência à saúde

A regionalização é entendida como a organização do sistema de saúde em regiões, as chamadas “regiões de saúde”, para tornar a regionalização possível é necessária uma organização entre a divisão territorial e as ações e serviços de saúde (PAIM; SILVA, 2010). Visto como um processor que visa à amplificação e qualificação da cobertura dos serviços de

saúde em um espaço delimitado, a regionalização pode ser conceituada também como um desenvolvimento social, que conta com a participação individual e coletiva para a obtenção dos serviços prestados pelo sistema.

Consequentemente a regionalização torna-se também uma prática social, tomando uma proporção econômica, ideológica, técnica e política, de forma a interligar os diferentes agentes sociais que ocupam as regiões de saúde.

A compreensão de “região de saúde” é que regiões interligadas, municípios vizinhos, e comunidades interligadas por suas identidades sociais, culturais e econômicas, formem um espaço geográfico que permita a formação de uma rede de comunicação, com o objetivo de integrar os serviços de saúde. As regiões de saúde também devem interagir entre si com o intuito de submeter as ações de saúde à programação financeira, determinando as responsabilidades e os parâmetros de acessibilidade (BRASIL, 2015).

A regionalização e caracterização das regiões de saúde são definidas com a obtenção de dados epidemiológicos e demográficos de cada região. São considerados também o contexto histórico e cultural, permitindo assim reconhecer como são executados serviços básicos na dinâmica social, é importante entender como funcionam os serviços oferecidos por municípios limítrofes, e se há condições desses se comunicarem na oferta desses serviços, e como interagem entre si no processo saúde/doença (MENDES, 2011).

A análise desses aspectos permite compreender a diversidade local, para que possam ser pensadas estratégias de planejamento das ações de saúde. Essa comunicação entre os municípios interligados pelas regiões de saúde irá proporcionar o compartilhamento de experiências, situações e problemas a serem enfrentados, como apoio na busca por serviços de saúde, de acordo com a necessidade de cada região (OLIVEIRA; GRABOIS; MENDES JÚNIOR, 2009).

Além dessa comunicação e cooperação existente dentro de cada região de saúde, há também uma contribuição da assistência com as outras regiões de saúde, uma vez que essas regiões possuem uma realidade que permita a oferta de serviços de maior complexidade.

Isso propicia o alinhamento com o princípio de hierarquização do SUS, onde o sistema irá estabelecer e atuar com um direcionamento para os níveis de atenção à saúde, levando em consideração que o problema não pode ser resolvido no primeiro nível assistencial, faz o encaminhamento o próximo nível, e assim de acordo com a necessidade e complexidade de cada atendimento (BRASIL, 2011; MENDES, 2011).

A hierarquização procura assegurar ao usuário o acesso aos serviços de saúde em toda sua extensão, desde o atendimento básico, que ocorre na Atenção Primária, até a atenção

terciária, o nível que presta os serviços de maior complexidade, levando em consideração as necessidades do tratamento (BRASIL, 2011; MENDES, 2011).

O modelo de hierarquização propõe que o problema de menor complexidade seja resolvido na Atenção Primária em Saúde (APS), e caso esse primeiro nível assistencial não tenha meios resolutivos para o tratamento ou reabilitação desse usuário, a APS encaminha conforme a necessidade do tratamento, para os níveis de maior complexidade, sendo a atenção secundária, em casos de atendimento e intervenções especializadas, ou para a atenção terciária, caso o atendimento seja de alta complexidade, com procedimentos invasivos e de maior risco de vida, garantindo uma hierarquia no atendimento (OLIVEIRA; GRABOIS; MENDES JÚNIOR, 2009).

O princípio de hierarquização estabelece a organização da assistência, ainda consiste na observação e reconhecimento dos problemas de saúde, uma vez que esses problemas de saúde não são distribuídos de maneira uniforme entre a população, então existe a necessidade de que sejam envolvidos todos os níveis de complexidade, indispensáveis ao atendimento e resolução desses problemas de saúde (OLIVEIRA; GRABOIS; MENDES JÚNIOR, 2009).

Para tanto, torna-se necessário que as unidades estejam estrategicamente distribuídas na região (regionalização) e prestem os serviços de atendimento por níveis de atenção (hierarquização).

A atenção primária é o primeiro nível assistencial, é o nível de maior contato da população, que cuida da promoção, prevenção, cura e reabilitação, individual, do meio familiar e da comunidade em que o mesmo está inserido.

A atenção secundária, historicamente chamada de “serviços de média complexidade”, possui uma densidade tecnológica intermediária, onde são oferecidos serviços especializados de competência hospitalar e ambulatorial, abrangendo atendimento médico especializado, assistência de urgência e emergência e serviços diagnósticos e terapêuticos (ERDMANN *et al.*, 2013).

A atenção terciária (“alta complexidade”) é o último nível assistencial da rede de atenção à saúde, e, portanto, o que compete maior densidade tecnológica, com realização de procedimentos mais invasivos, atuando em situações com possibilidade de acometer a expectativa de vida, em serviços de alto risco.

Na atenção terciária é necessário a formação profissional especializada, e que tenham suporte necessário para atender o indivíduo que não foi atendido nos níveis assistenciais anteriores, devido à complexidade do caso. O propósito desse nível assistencial é assegurar

que a assistência seja completa, independente da complexidade do caso (MENDES, 2011; ERDMANN *et al.*, 2013).

De uma maneira geral, o fluxo de usuário pelo sistema inicia na APS, que tem o compromisso de atender a demanda espontânea, e a partir desse primeiro contato direcionar os usuários aos níveis assistências secundários e terciários. Esses por sua vez são formados e desenvolvidos em unidade hospitalares e ambulatoriais, por se tratar de estabelecimentos que já possuem essa demanda assistencial, abrangendo vários pontos de atenção à saúde.

O suporte à demanda espontânea compreende condutas a serem executadas nos estabelecimentos da atenção básica. Essas condutas envolvem questões relativas a organização da equipe e desenvolvimento de ações e metas estipuladas por cada equipe. A demanda espontânea envolve a identificação de vulnerabilidade do usuário, a classificação de risco e o trabalho em equipe, com o propósito de sistematizar e priorizar a assistência aos casos.

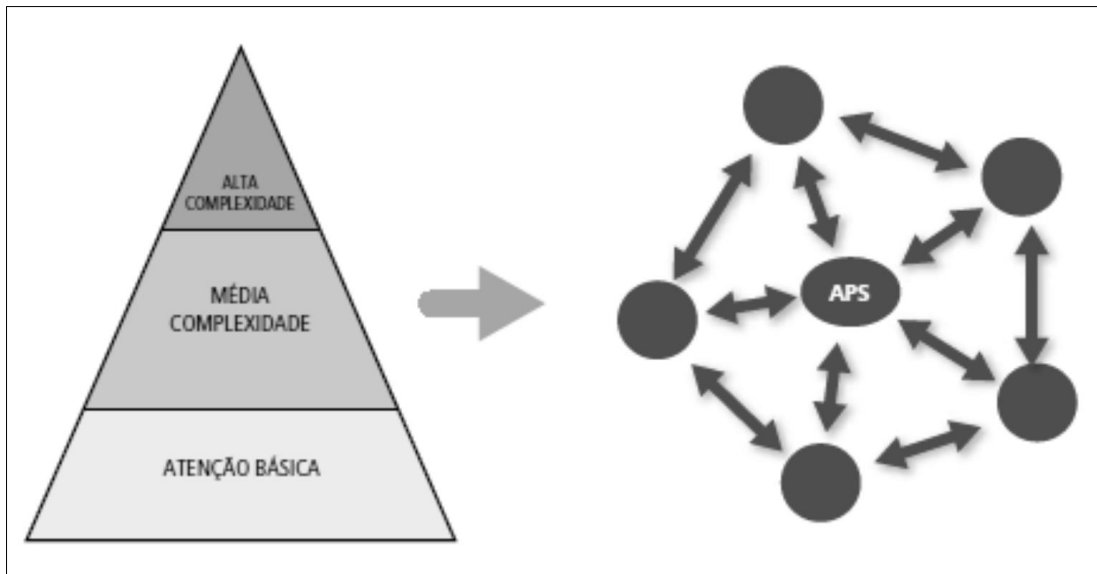
A APS é responsável por acolher o usuário e encaminhá-lo a outros níveis assistenciais quando necessário, pois a mesma, trabalha em equipe e essa equipe tem como prioridade conhecer os usuários e a população em que está inserida, portando registros e prontuários dos atendimentos, possibilitando o acompanhamento do quadro clínico, e o estabelecimento de vínculo com a mesma equipe de saúde, o que permite que o encaminhamento seja pragmático (ROESE, 2005; BRASIL, 2012).

O atendimento na APS deve ser fundamentado pelo atendimento e interpretação qualificada das necessidades da população. Devendo ser associado às boas práticas de atenção e a análise reflexiva da clínica de cada usuário, proporcionando uma assistência humanizada com foco na criação de vínculos entre usuários e equipe de saúde, atestando a APS como porta de entrada preferencial aos demais níveis assistenciais do SUS (BRASIL, 2012).

Estes níveis de atenção a saúde definem a Rede de Atenção à Saúde.

Ao instituir as RAS foi possível garantir a promoção da saúde, tendo como objetivo principal a atenção integral a saúde, a qualidade do sistema e assistência humanizada. Mendes (2011) apresenta a desconstrução do modelo piramidal do sistema de saúde, e reorganiza, tendo como foco principal a atenção primária. Sendo essa a principal ferramenta de consolidação dos princípios organizativos e diretrizes do SUS.

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011

O objetivo da implantação é facilitar a organização do serviço de saúde, considerando contendo e eficiência e a qualidade em diversos aspectos, como: 1) Economia de Escala; 2) Acesso; 3) Suficiência e Qualidade; 4) Disponibilidade de recursos; 5) Integração vertical; 6) Integração Horizontal; 7) Processos de substituição; 8) Região de Saúde ou Abrangência; 9) Níveis de atenção (MENDES, 2011).

Quando os custos são reduzidos, devido as ações de prevenção e promoção da saúde, obtido levando em consideração esse modelo de atenção. Possibilita a racionalização dos custos dos serviços, diminuindo as complicações por problemas secundários de saúde (MENDES, 2011).

Um exemplo são os serviços prestados na atenção primária, onde a densidade tecnológica é menor. A distribuição dos serviços através do menor capilar do sistema de saúde, que é nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), é dispersa, e apresentam efeitos satisfatórios no controle de agravos e redução dos custos. O acesso é facilitado, por estar mais próximo da comunidade, rompendo barreiras geográficas e financeiras. O sistema praticamente entra na casa das pessoas, e permite a utilização facilitada de suas funções básicas. Para isso é necessário que os serviços oferecidos sejam de qualidade e em quantidade que atenda a toda a demanda.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscam garantir a sistematização e coordenação dos serviços de saúde, assegurando a acessibilidade e propiciando a resolubilidade do problema de saúde com baixo custo. O objetivo dessas redes é tornar possível a integração dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde, viabilizando que a atenção à saúde seja

implementada com qualidade, visando o serviço humanizado e a responsabilização na atenção contínua e integral (BRASIL 2015).

As RAS permitem que o serviço de saúde seja oferecido de forma acessível, para que o funcionamento das redes de atenção funcione seguindo os princípios estipulados pelos SUS, são necessários que esses serviços estejam pautados e fundamentados segundo alguns critérios.

Dentre esses critérios considerados pelas RAS estão os níveis de atenção, que funcionam como uma organização produtiva de assistência, considerando principalmente as densidades tecnológicas, que se alternam do menor nível de densidade (que é a APS), à densidade intermediária (Atenção secundária) até a Atenção Terciária, o nível de maior densidade tecnológica (MENDES, 2011).

Outro fundamento considerado para o funcionamento das RAS é a região de saúde, as regiões de saúde são determinadas pela área para cobertura de uma rede de atenção, essa área é estipulada principalmente pela geografia do espaço de abrangência.

A importância dessa delimitação territorial é para que os territórios obtenham os serviços com maior eficiência, considerando todas as necessidades e características da comunidade que vive nessa região. Seguindo esse raciocínio as RAS têm que considerar o acesso do usuário, permitindo que o mesmo tenha disponíveis os serviços com qualidade e facilidade (MENDES, 2007).

Para garantir a acessibilidade do sistema ao usuário, é preciso considerar a disponibilidade de recursos. Esses recursos podem ser tecnológicos, humanos e/ou financeiros, uma vez que algum recurso se apresenta escasso, há uma concentração do mesmo, ou seja, sua alocação deve ser pensada estrategicamente para atender o maior número de regiões de saúde. Se por sua vez o recurso se apresenta mais disponível, é viável que o mesmo seja distribuído pela RAS, sendo suficiente para o maior número de usuários (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011; MENDES, 2011).

1.3 ESF como Porta de Entrada para o Sistema de Saúde

Anteriormente a Estratégia Saúde da Família (ESF) era denominado PSF – Programa de Saúde da Família, que foi criado em 1994. Essa denominação foi alterada graças a criação de novas normatizações e modalidades de financiamento, entre outras estratégias de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; GOIÁS, 2012).

A atenção primária em saúde (APS), ou atenção básica como é mais comumente chamada, é um dos eixos estruturantes do SUS, desenvolvida mediante atividades gerenciais e sanitárias de forma igualitária e cooperativa, envolvendo equipes que desenvolvem essas ações por territórios e populações delimitadas, assumindo o compromisso de desenvolver a APS nesses territórios e populações independente de suas particularidades, garantindo que as ações de saúde cheguem até estes (REMOR, 2009; SALA *et al.*, 2011).

Portanto, a APS é fundamentada pelos princípios que regem o SUS, a universalidade, integralidade e equidade, diante disso, torna-se o contato prioritário dos usuários com o sistema público de saúde, e caracteriza-se como a porta de entrada para o sistema de saúde.

O modelo de APS foi estruturado a partir de dois modelos de organização em saúde, o modelo de Programação em Saúde, desenvolvido nos anos 70, e o modelo do Programa de Saúde da Família, que foi instituído em 1990, esses modelos trabalhavam sob a perspectiva de integrar os serviços de assistência médica com os serviços de saúde pública (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

A partir da regulamentação do SUS o propósito era renovar a concepção de APS, procurando diferir de sua concepção inicial seletiva. Pensando nisso, no início dos anos noventa, passou a ser utilizado o termo Atenção Básica em Saúde. Em 2006 houve um acordo entre a Comissão Intergestores Tripartite, sobre a Política de Atenção Básica, que teve a intenção de aprimorar o escopo da atenção básica e reiterou a Saúde da Família como modelo de programa para a organização e aplicação da APS (GIOVANELLA *et al.*, 2009; REMOR, 2009).

Utilizando esse modelo como uma oportunidade para aprimoramento de uma rede de serviços com acesso universal, coordenada pela atenção primária, na efetivação da integralidade em todas as suas dimensões e cuidados na rede de serviços assistenciais. Com isso o modelo de organização da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa, sobretudo, a aplicação do conceito de integralidade nos cuidados de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2009; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Esse modelo de atenção projeta como trabalho central a assistência aos usuários, oferecendo informações a respeito das mais variadas especialidades, disponibilizando a utilização das unidades de saúde da família, com consultas médicas, acesso a tratamento integral, visitas domiciliares, e a disponibilidade à equipe multiprofissional, formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007; BARBOSA *et al.*, 2014).

Sob essa perspectiva, a APS se implementa a partir de uma concepção integral para a construção de sistemas de saúde, que funciona de maneira articulada, com foco nos usuários, e que atendam às necessidades da população. A APS atua de maneira integrada ao sistema, para não haver delimitação no acesso ao primeiro nível (MOCHEL, *et al.*, 2007; SALA *et al.*, 2011).

Portanto, a APS precisa ser aplicada de maneira integrada, coordenada e contínua, e ainda necessita de uma atuação intersetorial, por relacionar a APS como um sistema que envolve a saúde diretamente ligada ao desenvolvimento social e econômico.

Isso gera uma necessidade de entender a APS como um instrumento de enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-enfermidade, que atua concomitante com o desenvolvimento de políticas públicas.

Não obstante, os problemas inerentes APS passam a ter maior destaque nas reformas dos sistemas de saúde, visando o fortalecimento da atenção primária. Essa proposta requer um contato direto com os serviços de saúde e com os instrumentos sociais, para obtenção de uma integração com outros níveis assistenciais do sistema.

Para garantir o cuidado ininterrupto é necessário a utilização de mecanismos de referência como forma de garantir a assistência integral. A APS possui como atribuição a coordenação das equipes de cuidado à saúde e outros níveis assistenciais, abrangendo as equipes de Saúde da Família, que é formada por uma equipe multiprofissional sendo, médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; Equipe de Saúde Bucal (ESB), estruturada por odontólogos, auxiliares e técnicos de saúde bucal; e ainda o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo formado por uma equipe de multiprofissionais com diferentes especialidades, e atuam no auxílio direto e integrado com as equipes de saúde da família (ARAÚJO; ROCHA, 2007; GOIÁS, 2012).

Entre os programas desenvolvidos pela ESF está o programa de cadastramento e controle da HAS e DM, visando acompanhar e controlar os portadores dessas doenças.

1.3.1 Assistência a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*: O programa HiperDia

Foi aprovada, em 04 de março de 2002, a Portaria nº 371/GM, que estipula o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, também designado como HiperDia (BARBOSA *et al.*, 2014). O HiperDia tem como proposta definir metas com ações a serem aplicadas em todos os municípios em que é implantado, estipulando a prática

preventiva, diagnóstica, de tratamento e de controle dessas patologias (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Essas práticas se tornam possíveis pela adoção do cadastramento e da atenção proporcionada aos hipertensos e diabéticos, e inserindo esses pacientes em reuniões nas unidades de saúde, possibilitando que esses pacientes recebam orientação quanto aos cuidados, medicações e controle de suas doenças. A aplicação do HIPERDIA como instrumento de avaliação da capacidade e qualidade da atenção prestada aos portadores de HAS e DM, sugere melhorias para o avanço no controle dessas patologias e melhor funcionamento do sistema (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

A constatação do número populacional acometido por HAS e DM, feito pelo HiperDia, induz que a APS funcione de maneira a melhorar sua qualidade, o que possibilita a realização de disposições para a proposta terapêutica individualizada e coletiva, ainda facilitar o acompanhamento das condições de saúde de hipertensos e diabéticos assistidos (BRASIL, 2002).

Goiás conta com o segundo grau de urbanização do centro-oeste, atrás apenas do Distrito Federal, também é o segundo em população idosa, apresentando 9,3% idosos em toda população goiana, o primeiro colocado nesse ranking é o Mato Grosso que apresenta uma proporção de 9,8% de idosos na população.

Apontado como um significativo recurso de gestão, que possibilita o controle de assistidos, o programa HiperDia é uma ferramenta informatizada que realiza trabalhos de busca ativa de novos casos de hipertensão e diabetes na região, e fomenta esses dados referentes a população acometida. Visa alimentar o banco de dados com número de cadastrados, medicação indicada, a classificação de risco, complicações clínicas desses indivíduos e internações, conseguindo, contudo, gerir todo o processo de acompanhamento fornecido pelo sistema a esses assistidos (SANTOS; ANDRADE, 2006; GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

Sendo assim, a ESF oferece a assistência a pacientes hipertensos e diabéticos, com base no princípio da integralidade, com ações que abrangem busca ativa de casos, monitoramento e avaliação da situação dos usuários do programa em relação ao controle da doença e dos riscos e vulnerabilidades a que este está submetido. Isso possibilita intervenção de ações para controle, como orientação quanto a alimentação hipossódica e atividades físicas, se estendendo a assistência em todas as necessidades do portador da doença, acompanhado e intervindo em casos de necessidade. Essas ações são desenvolvidas e

reguladas pelo programa de controle da HAS e DM, denominado HiperDia (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A rede de atenção à saúde voltada a hipertensos e diabéticos, acontece na APS, o primeiro nível assistencial dos SUS, e é organizada para desenvolver um atendimento eficaz e eficiente, visando o controle dessas patologias. É idealizado para essa rede de atenção um modelo denominado rede poliáquica, onde a APS é o foco da rede, com função de direcionar, se necessário ao demais pontos de rede, de acordo com a necessidade do usuário (MOCHEL, *et al.*, 2007; ALVES JÚNIOR, 2011).

Em suma, objetiva-se que a prática de serviços de saúde seja fundamentada por políticas de saúde com ações de prevenção, integradas as ações de cura e reabilitação e de promoção da saúde. Uma APS efetiva implica a capacidade de oferta de ações e serviços capazes de controlar os problemas de maior prevalência nas áreas sob sua responsabilidade. (ALVES, 2005; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A ESF desenvolve um trabalho assistencial de forma multiprofissional, focando na assistência domiciliar, envolvendo esses profissionais com as pessoas e famílias atendidas, trabalhando de forma vinculada com as condições de vida apresentada por área de abrangência de uma equipe, incluindo as micro áreas e os domicílios. A ESF não atua de maneira programática, mas sim de maneira estratégica, desenvolvendo estratégias pertinentes às mudanças no padrão de atenção à saúde da população (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

As práticas e controle de problemas de saúde da ESF tem como foco a família, abrangendo ações de cunho preventivo sobre a demanda encontrada, procurando diminuir a necessidade de intervenções médicas. O programa ESF se propõe a atender as mais distintas necessidades da população em que está inserido, de forma coletiva e também individual, preocupando-se com infraestrutura e condições de moradia e saneamento (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

1.4 Desenvolvimento em saúde e sua importância para o desenvolvimento regional

O conceito de desenvolvimento regional deriva do crescimento socioeconômico e das melhorias obtidas através das atividades econômicas e o reflexo que essa melhora proporciona ao território. Oliveira e Lima (2003) dizem que desenvolvimento regional é, “[...] participação da sociedade local no planejamento contínuo da ocupação, do espaço e na distribuição dos frutos do processo de crescimento”, esse estudo ainda ilustra o desenvolvimento como sendo proveniente de uma força que movimenta e é influenciada pelas atividades desempenhadas no

território, e que são essas atividades desenvolvidas que favorecem a sociedade regional e o desenvolvimento econômico (OLIVEIRA; LIMA, 2003; MADUREIRA, 2015).

O crescimento econômico é uma reação resultante do aumento dos níveis de produção, ao ser identificado o crescimento econômico propõe uma análise, visando que esse progresso tenha como consequência melhorias na saúde, possibilitando o controle de patologias como HAS e DM. Sendo possível com uma boa gestão da saúde e ações de promoção e prevenção, como podemos observar que tem sido feito no município de Iporá, pela análise regional da saúde.

É possível perceber que através do bom desenvolvimento das políticas públicas, especialmente na saúde, como pode ser observado nesse estudo, entender as teorias que abordam o desenvolvimento de uma região, e compreender a atuação do Estado, constitui benefícios para a gestão pública, oportunizando a colaboração no seguimento e promoção do desenvolvimento regional (MADUREIRA, 2015).

O desenvolvimento em saúde é fundamental para o avanço dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde, que são responsáveis por garantir melhorias na qualidade de vida da população. O planejamento se torna um evidente instrumento de desenvolvimento para a gestão do sistema de saúde, com ações constantes e estruturadas em todas esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal.

O planejamento acontece considerando prioridades regionais e obrigatoriamente sendo expressas nos planos, nas programações anuais de saúde e na organização de suas redes de atenção. Funciona de maneira descentralizada, com intervenções locais, tomando como base as necessidades de cada população, e em concordância com parâmetros socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos.

O arranjo estratégico do planejamento regional em saúde ocorre tendo como base os indicadores de saúde, esses são instrumentos que estimam o cenário das ações de saúde atual, e que são gerados de forma dinâmica e contínua. O monitoramento frequente de indicadores informa sobre resultados alcançados, bem como sobre necessidades de investimentos em ações para melhoria dos resultados considerados insatisfatórios (MARIN, 2010; SANTOS, *et al.*, 2015). Como deve ser feito no município de Iporá.

Os gestores do SUS contam com a disponibilidade de diferentes sistemas de informação, que podem estar direcionados para a investigação e atualização de diferentes dados, como por exemplo, a operação de estabelecimentos assistenciais, controle e investigação de doenças, planejamento de intervenções sanitárias e gerenciamento de serviços.

Para a gestão eficiente do sistema de informação de saúde é de extrema importância a disponibilização de dados e sua atualização, objetivando que funcionem como subsídio para busca de soluções e tomadas de decisões. Sendo assim, o sistema utiliza da estratégia de informação garantem bons modelos de gestão e desenvolvimento em saúde.

O desenvolvimento em saúde deve ainda se posicionar visando sanar as divergências existente em todo o território, levando em consideração o desenvolvimento de cada região. As regiões mais desenvolvidas são aquelas que atraem maior quantidade de serviços de saúde, que demandam e oportunizam outras formas de investimento (em infraestrutura, por exemplo). As regiões mais pobres têm maior dificuldade para atrair profissionais e estruturas de serviços. Suas carências afetam indicadores de saúde e condicionam a expansão da planta de serviços.

Diante disso, os serviços de saúde são concentrados de maneira que atenda a população e a demanda desse serviço, por exemplo, serviços de menor demanda e de alto custo, são implantados em cidades que ofereçam infraestrutura compatível a esse serviço, atendendo a população de cidades vizinhas, assim são pensados todas os serviços fornecidos pelo sistema de saúde. Dessa forma o desenvolvimento em saúde se relaciona ao desenvolvimento regional (MADUREIRA, 2015; PEREIRA; TOMASI, 2016).

Contudo, podemos considerar os serviços de assistência regional em saúde no município de Iporá adequado. Pela análise aplicada as unidades apresentam qualidade de serviços ofertados aos usuários do HiperDia, e boa capacidade de controle dos mesmos. A capacidade de gerir os processos de controle também são aceitáveis nas unidades visitadas. Estando de acordo e em consonância com a proposta das políticas públicas de saúde do país.

Sendo assim, o controle e compromisso com o a saúde da população, a preocupação com o risco de agravos e manutenção dos pacientes controlados, garante uma assistência de qualidade, como pode ser observado por essa pesquisa

Frente a este contexto é que este estudo tem, como dito, o objetivo de analisar a Estratégia Saúde Da Família para controle de HAS e DM no município de Iporá.

2 METODOLOGIA

Mendonça, Rocha e Nunes (2008), definem que o conhecimento científico edifica o pensamento de forma organizada, ordenada e equilibrada, possibilitando o domínio de teorias objetivas, e aplicação de métodos e técnicas específicas que propicie a verificação da veracidade e verdade aplicada a esse conhecimento. Este estudo, em função dos objetivos propostos, trata-se de uma pesquisa qualitativa tipo estudo de caso.

A abordagem qualitativa, em consonância Mendonça, Rocha e Nunes (2008), objetiva por expor os fatos, utilizando meios básicos e indispensáveis, que tenham sido observados pelo pesquisador. Conforme expressa Báztan (1995), as pesquisas qualitativas são incorporadas a pesquisas tipicamente subjetivistas. A abordagem qualitativa implica na observação de um problema, que por sua vez busca compreender a natureza de um fenômeno social.

Faz-se, portanto, a pesquisa qualitativa com delineamento em estudo de caso, que de acordo com Yin (2015), se relaciona a realização de estudos feitos em situações em que a realidade investigada transcorre espontaneamente, realiza pesquisa detalhada de uma situação buscando o seu entendimento completo.

Dessa forma foram descritas as estratégias que fundamentaram a análise da pesquisa e o entendimento dos dados obtidos. Utilizando a metodologia de estudo de caso como instrumento de percurso para a pesquisa.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação principalmente adaptada quando buscamos entender, descobrir ou delinear eventos e argumentos complexos, nos quais estão respectivamente envolvidos vários fatores.

Silva e Grigolo (2002) explicam que a pesquisa documental pode ser desenvolvida tendo como base qualquer documento analítico, existindo dois tipos de pesquisa documental. Aquela feita com documentos de primeira mão e aquela que usam documentos de segunda mão.

São documentos de primeira mão os documentos oficiais, cartas, jornais, gravações, fotografias, entre outros, entre outros. São documentos que ainda não passaram por análise. Os documentos de segunda mão, cuja fonte já tenha tido algum trabalho analítico empregado em seu desenvolvimento. São eles, relatórios de pesquisa ou de empresas, tabelas estatísticas, etc. (SILVA; GRIGOLO, 2012).

Os procedimentos metodológicos empregados neste estudo para atingir os objetivos propostos de analisar a Estratégia Saúde Da Família para controle de HAS e DM no município de Iporá são descritos a seguir.

Este estudo, como já enunciado, é realizado na cidade de Iporá.

De acordo com a Regionalização – diretriz do SUS, que define alocar recursos financeiros e ações para a saúde. Os Estados da federação estão fragmentados em Macrorregiões de Saúde que por sua vez são divididas em Regiões de Saúde. Isso permite observar as regiões como recortes territoriais inseridos em espaço geográfico contínuo. Dessa maneira o município de Iporá encontra-se na macrorregião Centro-oeste, e concentra a Região Oeste I.

A Região Oeste I possui sua sede no município de Iporá, a qual é formada por 16 municípios vizinhos. Sendo eles Amorinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Iporá, Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá, Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás e Piranhas. A cidade de Iporá além de ser a sede dessa região de saúde, também é o município que apresenta o maior grupo populacional das cidades contempladas por essa regional com 32.169 habitantes.

Primeiramente foi feita uma análise dos documentos referentes a saúde da população de Iporá, que expressam de forma estatística a incidência de doenças, óbitos e internações, esses, cujo acesso foi pelo sistema de informação do SUS, o DATASUS³ (Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde). Esses dados compõem a parte epidemiológica da pesquisa, contribuindo para contextualização das características de saúde do município

Juntamente com essa pesquisa, foi acessado os dados de informações do DATASUS sobre o programa de cadastramento e acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – HiperDia.

No município de Iporá existem 8 unidades de Atenção Básica, sendo que todas elas foram incluídas no estudo. Estas unidades aceitaram participar da pesquisa e se enquadravam nos critérios de inclusão previamente definidos por nós: ter mais de três anos de funcionamento e nutrir regularmente os dados no sistema via DATASUS.

Entretanto se em um primeiro momento se pensava nestes critérios por acreditar que eles permitiriam conhecer a população de abrangência e como é organizado o funcionamento dos programas tal marcador mostrou-se desnecessário pois todas as unidades de saúde

³ Sistema de Informação de Saúde do SUS, responsável por promover a modernização por meio da tecnologia da informação para apoiar o SUS. O DATASUS, contém os dados e divisões de cada região de saúde, estando disponíveis no site para acesso.

existentes no município se enquadravam nele e aceitaram participar do estudo de modo que a coleta de dados foi feita nas 8 unidades existentes. Foram então, para este estudo, contatados os profissionais das 8 unidades vinculados ao programa Estratégia de Saúde da Família.

A princípio se esperava entrevistar os enfermeiros das oito unidades de saúde. No entanto, nem todos aceitaram participar do estudo indicando outros profissionais que o representassem, o que foi feito. Outras vezes os enfermeiros encontravam-se em férias ou licença maternidade de modo que também se solicitou que fosse indicado outro profissional para ser entrevistado.

Desta forma, foram realizadas oito entrevistas, nas oito unidades de atenção básica do município com profissionais atuantes no programa de controle a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que aceitaram e estavam disponíveis para participar da pesquisa. Mesmo havendo uma variação no perfil profissional dos entrevistados acreditamos que não houve danos no que concerne aos resultados do estudo visto que atuam no programa há pelo menos 2 anos.

Os profissionais que participaram da pesquisa foram contatados entre os meses de maio e junho de 2018. As visitas aconteceram no período vespertino, entre as 14 e 16hs, variavelmente, sendo agendadas com uma semana de antecedência. As mesmas não aconteceram sequencialmente, pois foi necessário atender a disponibilidade de horários dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Nestas entrevistas foi investigado: como os profissionais do programa entendem a importância do mesmo, e como consideram seu desenvolvimento. O roteiro de entrevista encontra-se no apêndice I. A transcrição das entrevistas encontra-se no apêndice II.

De acordo com o consentimento dos entrevistados, a entrevista foi gravada e posteriormente transcrita. Diante disso cada entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que consta no apêndice III.

Após a transcrição das entrevistas foi feito uma organização de todo material coletado. As análises das entrevistas foram feitas com a intenção de descrever criteriosamente o processo e o discurso de cada profissional entrevistado. Para tanto todo material coletado foi dividido em eixos, procurando-se identificar nele as tendências e padrões relevantes.

Com isso, entende-se que a análise de dados é uma técnica de investigação sistemática com reprodução de entrevistas, são obtidos e reunidos, com a intenção de corroborar na percepção desses materiais e de expor a análise do que foi coletado (GIL, 2008).

Para se resguardar a identidade dos entrevistados cada profissional é identificado com uma denominação simbólica, o que permite que seja preservado o nome do profissional que se

disponibilizou a participar dessa pesquisa. Não houve a liberação por parte da maioria dos participantes que fossem identificados por meio dos cargos que ocupavam dentro da equipe de modo que essa informação também foi omitida nas análises. A denominação simbólica também foi atribuída às unidades de Saúde da Família pelo mesmo motivo citado.

Assim os profissionais são identificados por P, seguido por um número que indica a ordem em que as entrevistas foram realizadas. Deste modo os símbolos P1, P2... P8 se referem: “P” ao termo “profissional” e 1 a 8 o número sequencial à ordem das unidades visitadas e das entrevistas feitas.

Compõe o grupo de entrevistados profissionais de enfermagem, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde. Os participantes têm tempo superior a 2 anos de atuação na Estratégia de Saúde da Família.

Os 8 participantes do estudo tinham idade variando de 30 a 45 anos. Os entrevistados na grande maioria são formados pelo sexo feminino (5). O tempo de formação variou de 1 ano a 14 anos. Todos os entrevistados possuem formação em saúde da família, 3 deles, com Ensino Superior e formação *latu sensu*, e os demais cursos de aperfeiçoamento profissional.

Todos os entrevistados relataram buscar constantemente atualização profissional por meio de cursos ou treinamentos, alguns ainda narraram que a prática é comum entre todos os profissionais da unidade, especialmente pelos profissionais que compõe a Equipe de Saúde da Família. O tempo de prática com a ESF dos profissionais entrevistados variou entre 2 e 16 anos. O quadro 2, a seguir sintetiza esses dados.

Quadro 2 – Síntese dos dados dos entrevistados

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Idade	33	28	45	30	42	31	28	25
Sexo	M	F	F	M	F	F	F	M
Formação <i>latu sensu</i>	-	Sim	-	Sim	Sim	-	-	-
Tempo na ESF	2 anos	5 anos	16 anos	3 anos	10 anos	8 anos	3 anos	7 anos

No próximo capítulo serão feitas as análises das entrevistas e das principais ações executadas pelas Estratégias de Saúde da Família no programa de controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no município de Iporá.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Esse capítulo apresenta os dados sobre a saúde da população do município de Iporá, e a descrição das ações executadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família no programa de controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no município de Iporá, e também a análise dos depoimentos dos entrevistados, segundo as categorias a estratégia saúde da Família no município, o programa HiperDia e o trabalho e suas condições.

3.1 A saúde pública em Iporá: contextualizando onde o estudo foi feito

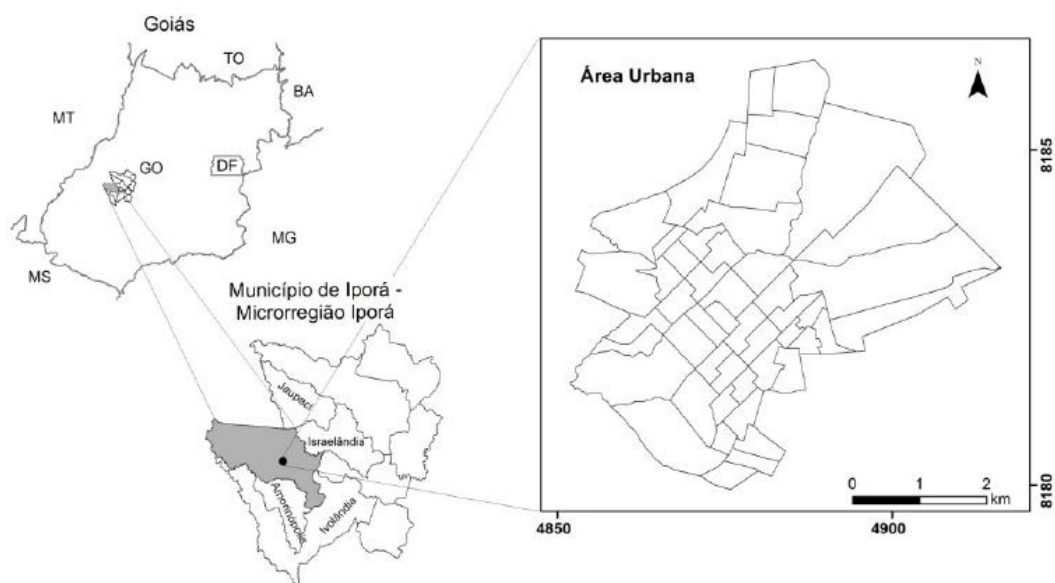
A saúde no município de Iporá conta com três hospitais privados, e um hospital público, e recentemente a inauguração de uma unidade da UPA. Iporá tem um destaque por ser a cidade com mais serviços hospitalares da região, conseguindo atender a demanda regional de atendimentos, consultas e internações.

De acordo com os dados do DATASUS (dados de 2010 – tabela 1), Iporá conta com 104 médicos, sendo 97 deles desenvolvendo atendimentos no SUS. Esses atendimentos acontecem no hospital público e nas unidades de atenção básica, as ESF. A Organização Mundial da Saúde entende para uma assistência à saúde de qualidade, a proporção de um médico para cada mil habitantes é o ideal. Os dados expostos nessa pesquisa não estão atualizados a esse respeito, e pode ser que não seja o reflexo da realidade atual.

É importante destacar que o número de leitos não é proporcional ao número de unidades hospitalares, uma vez que o Hospital Cristo Redentor não realiza internações até o momento dessa pesquisa. A unidade disponibiliza somente o atendimento clínico. Outra característica ligada a hospitais é que o município não possui Unidade de Terapia Intensiva – UTI, em nenhuma unidade hospitalar.

Dessa forma, a demanda de emergência, atendimentos especializados e a demanda de alta complexidade são direcionados à capital Goiânia. Iporá está situado na região do Oeste goiano. Está a 215km de distância da capital Goiânia, ligando-a ao estado Mato Grosso, como mostra no mapa a seguir:

Figura 2 – Mapa da localização do município e área urbana de Iporá (GO)



Fonte: CHAGAS (2014)

Possui como extensão territorial em 1.026,384 km². O município possui 31.274 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São residentes na área urbana do município noventa por cento dos moradores (IBGE, 2010; CHAGAS 2014). Sua construção foi planejada, utilizando a característica de relevo relativamente plano da geografia da região. Possui ruas e quadras largas, o que beneficia a mobilidade e a edificação urbana.

O município é dividido em 76 bairros, descritos no quadro 3 e logo abaixo é apresentado o mapa com a divisão territorial dos bairros (mapa 2):

Quadro 3 – Distribuição dos bairros no município de Iporá

01	Centro
02	Setor Cacique
03	Setor Castanheiras
04	Conjunto Águas Claras
05	Vila Itajubá I e II
06	Setor Ariston Gomes
07	Bairro Mato Grosso
08	Vila dos Passarinhos

09	Setor Santo Antônio
10	Estrela do Norte
11	Expansão Leste
12	Expansão Leste II
13	Setor Goiás
14	Setor Goiás II
15	Setor Iporazinho
16	Jardim Arco Íris
17	Jardim Monte Alto
18	Jardim Novo Horizonte I
19	Jardim Novo Horizonte II
20	Jardim Novo Horizonte III
21	Jardim Novo Horizonte IV
22	Jardim das Oliveira
23	Jardim dos Passarinhos
24	Setor Santa Martha
25	Jardim Urânio
26	Setor Joaquim Berto
27	Setor Maracanã
28	Setor Moreira
29	Vila Nova
30	Parque das Estrelas
31	Parque Santana
32	Parque União
33	Setor Paulo e Souza
34	Setor Pedro Gonçalves Filho
35	Setor Perné
36	Setor Planalto
37	Setor Por do Sol
38	Setor Santa Catarina
39	Setor São José
40	Setor Aeroporto

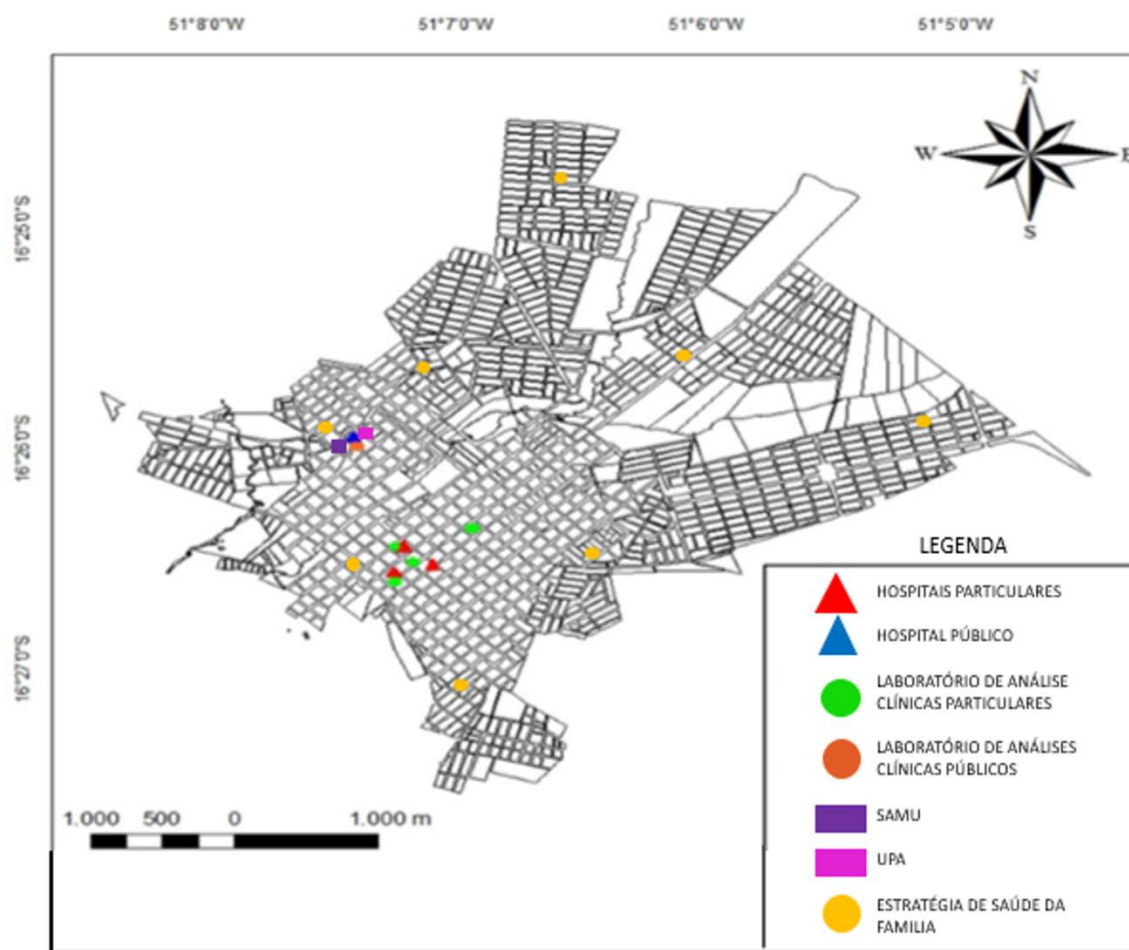
41	Setor Aeroporto Sul
42	Chácaras
43	Setor dos Funcionários
44	Setor Leste
45	Setor São Jorge
46	Vila Brasília
47	Vila Ferreira
48	Vila Ipiranga
49	Vila Itajubá
50	Setor Padre Cícero
51	Vila Redentora
52	Vila Rica
53	Bairro São Francisco
54	São Vicente de Paulo
55	Setor São Vicente - casa das mães
56	Vila Cascalheira
57	Ary Ribeiro Valadão Filho
58	Bairro Umuarama
59	Setor Chiquinho Urias
60	Expansão do Loteamento Moreira
61	Setor Bela Vista
62	Setor São Paulo da Cruz
63	Residencial Andorinhas
64	Conjunto Rosa dos Ventos
65	Setor Serrinha
66	Expansão I do Lot. Castanheira
67	Expansão II do Lot. Castanheira
68	Residencial Brisa da Mata
69	Residencial Adonai
70	Loteamento Califórnia
71	Expansão do Lot. Umuarama
72	Expansão do R. Brisa da Mata

73	Setor Carajás
74	Res. Nova Iporá
75	Res. Jardins dos Ipês
76	Res. Dona Olinta

Os estabelecimentos de saúde como hospitais e laboratórios estão, em sua maioria localizados no setor central do município, sendo os três hospitais particulares e quatro laboratórios de análises clínicas também particulares. O Hospital público e o laboratório de análises clínicas pública, se encontram localizados no Bairro Mato Grosso. A localização desses estabelecimentos pode ser observada no mapa 2, e em seguida encontra-se o mapa 3, contendo a divisão dos bairros do município, uma adaptação feita para esse estudo.

Existe ainda a unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e inaugurada recentemente a Unidade de Pronto Atendimento – UPA (mapa 2). Esses localizados próxima ao hospital público.

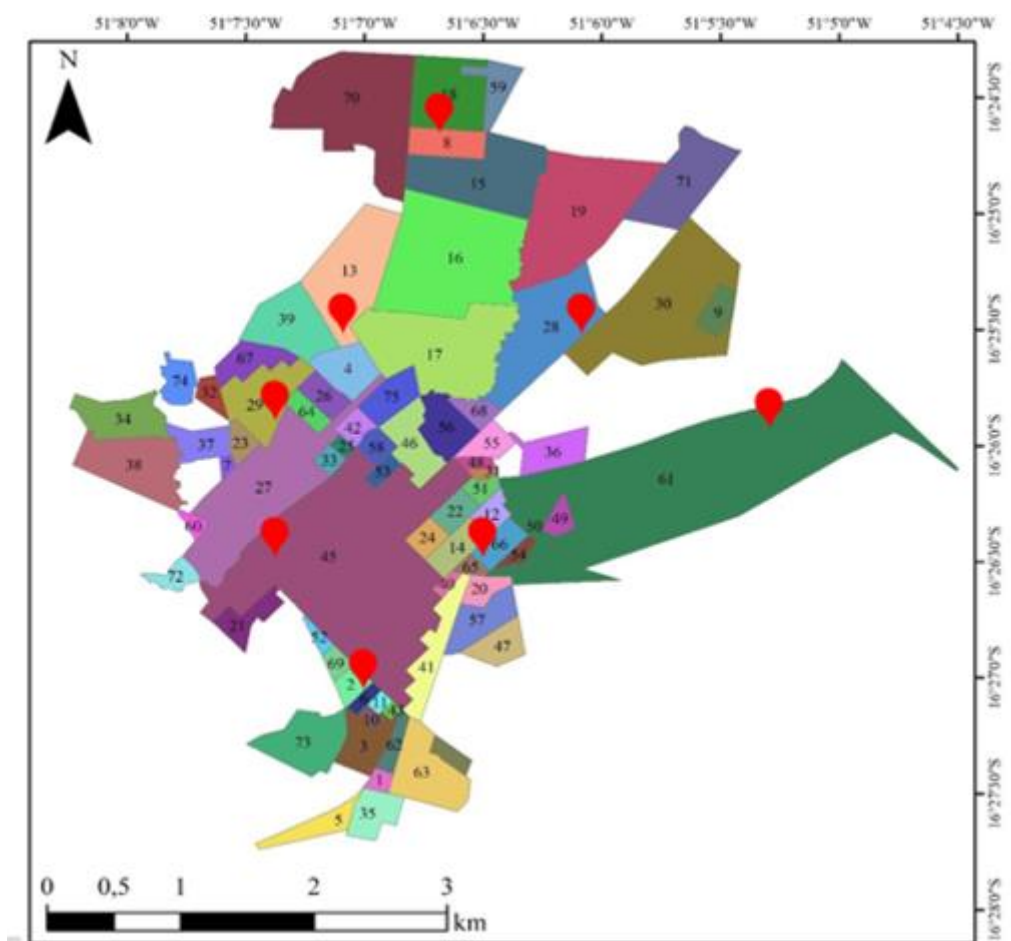
Figura 3 – Mapa da localização dos estabelecimentos Hospitalares, Laboratoriais e ESF de Iporá (GO)



Fonte: CHAGAS (2014) adaptação CARMO, Joyce Ribeiro.

O município conta ainda, como foi dito, com oito unidades de Atenção Básica (mapa 2), chamadas de ESF. As ESF são distribuídas nos bairros, viabilizando o contato direto com a comunidade a ser assistida, são eles: ESF: Vila Nova; ESF: Águas Claras; ESF: Umuarama; ESF: Jardim Monte Alto; ESF: Central; ESF: Vila Itajubá; ESF: Vila Brasília; ESF: Arco Íris.

Figura 4 – Mapa da distribuição dos bairros no município de Iporá e localização das ESF



Fonte: Prefeitura Municipal de Iporá (GO)

Adaptação e org. dos dados: CARMO e FREITAS. Trabalho de campo 10/2018.

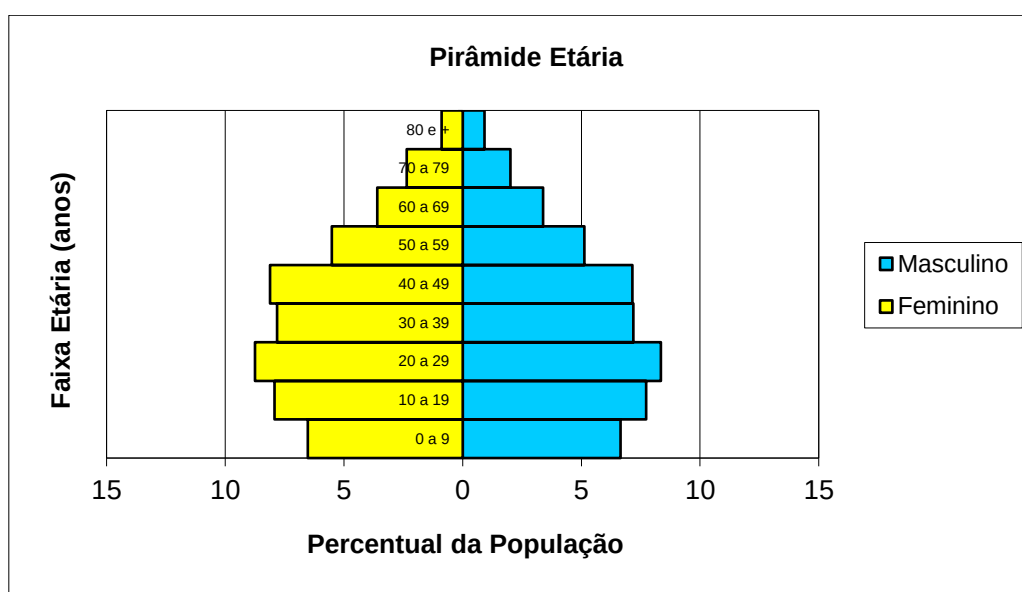
A ESF é uma conexão que aproxima o sistema de saúde à comunidade, é o atendimento primário e que tem a possibilidade de chegar mais próximo da realidade da população. No contexto do SUS a ESF apresenta os indicadores favoráveis de desenvolvimento regional na saúde. E medida que esse sistema é expandido permite a adesão e participação de acordo com a demanda das microrregiões do município.

A distribuição das ESF é uniforme, em pontos estratégicos, de maneira que atenda todas as regiões da cidade. Mas a quantidade de unidades é pouca, considerando uma cidade com uma população de pouco mais de 30 mil habitantes, com 76 bairros, que atende a população rural e cidades vizinhas. Isso deixa cada ESF com quase 10 bairros para desenvolver a assistência, mesmo considerando que a distribuição da microrregião de atendimento da ESF é baseada na quantidade de famílias, e não por bairros.

É evidente, que é necessária uma pesquisa aprofundada e direcionada a esse questionamento, se a assistência da ESF é suficiente para atender a demanda populacional de Iporá.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população iporaense apresenta maior número de indivíduos adultos jovens, para ambos os sexos, de 20 a 29 anos, e de 40 a 49 anos na população feminina. O percentual da população masculina é maior nas faixas etárias de 30 a 39, e 40 a 49, como representa o gráfico 1.

Gráfico 1 – Pirâmide Etária do Município de Iporá



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Para Costa, et al., 2007, a prevalência de acometimento de acidente vascular cerebral, e outras complicações do sistema circulatório, é maior em indivíduos com mais de 50 anos, sendo que as alterações do sistema circulatório, como a hipertensão, tornam-se susceptível desde os 20 anos de idade, com maior prevalência a partir dos 40 anos (COSTA, *et al.*, 2007).

É com o entendimento dessa situação que se coloca a qualificação dos serviços prestados pela rede assistencial, tendo em vista a sua efetiva contribuição no processo de controle e monitoramento da rede municipal de saúde (MOCHEL, *et al.*, 2007).

A rede assistencial para internações no município conta com o equivalente a 4,8 leitos existentes por 1000 habitantes, e 2,4 leitos referentes aos leitos do Sistema Único

de Saúde por 1000 habitantes. De acordo com dados de 2009 a rede assistencial do município conta com uma completa equipe de atendimento, desde auxiliar de enfermagem a especialidades médicas, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Recursos Humanos Disponibilizado pelo Sistema de Saúde no Município de Iporá, Go

Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas Dez/2009					
Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	104	97	7	3,2	3,0
.. Anestesista	5	5	-	0,2	0,2
.. Cirurgião Geral	11	11	-	0,3	0,3
.. Clínico Geral	36	35	1	1,1	1,1
.. Gineco Obstetra	5	5	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	8	8	-	0,2	0,2
.. Pediatra	9	8	1	0,3	0,2
.. Psiquiatra	2	2	-	0,1	0,1
.. Radiologista	3	3	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	28	15	13	0,9	0,5
Enfermeiro	19	19	-	0,6	0,6
Fisioterapeuta	6	5	1	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	2	1	1	0,1	0,0
Nutricionista	1	1	-	0,0	0,0
Farmacêutico	7	6	1	0,2	0,2
Assistente social	2	2	-	0,1	0,1
Psicólogo	3	2	1	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	3	3	-	0,1	0,1
Técnico de Enfermagem	50	50	-	1,6	1,6

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Dispor de uma rede assistencial formada por uma equipe de atendimento completa e capacitada é primordial para o bom funcionamento do sistema em toda região, e principalmente para a redução de agravos e complicações. Para o controle das DCNT como HAS e DM, possuir recursos que possibilitem atendimentos de emergência, determina uma redução significativa na ocorrência de complicações e agravos (TAVARES *et al.*, 2015).

Tavares e colaboradores (2015) afirmam que as complicações do aparelho circulatório, é a principal causa de morte no Brasil. No município de Iporá o índice de

doenças do aparelho circulatório apresenta uma prevalência total de 17,9, como demonstrado no item IX da tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de Internações/causa no Município de Iporá, Go

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (Por local de residência)										
2009										
Capítulo CID	1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	28,6	22,9	14,6	18,9	1,8	5,9	4,8	5,3	5,7	7,1
II. Neoplasias (tumores)	1,8	-	6,3	2,7	4,6	8,0	3,8	1,8	2,3	4,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	0,5	0,5	0,2	0,3	0,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	4,2	5,4	0,9	3,4	2,8	5,7	5,4	3,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	1,2	-	-	2,8	2,1	0,3	0,2	0,2	1,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1,8	-	2,1	-	-	1,0	3,3	2,1	2,1	1,6
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	0,4	0,8	0,4	0,5	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-	-	-	0,1	-	0,6	0,5	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,8	1,2	-	-	3,7	11,1	27,7	32,0	31,6	17,9
X. Doenças do aparelho respiratório	39,3	42,2	41,7	24,3	8,3	8,8	17,4	30,6	27,1	19,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	7,1	7,2	8,3	16,2	10,1	13,0	13,1	4,1	6,3	10,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,8	2,4	-	-	0,9	0,6	0,3	-	0,2	0,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	1,2	-	5,4	4,6	3,9	3,0	1,8	1,7	3,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,8	8,4	6,3	5,4	5,5	13,0	11,8	7,8	8,4	10,3
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	40,4	13,7	-	-	-	7,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	8,9	-	-	-	-	0,4	0,3	-	0,2	0,4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	1,2	2,1	5,4	0,9	0,6	-	-	-	0,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3,6	3,6	2,1	2,7	0,9	1,6	2,0	1,0	1,4	1,7
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3,6	6,0	10,4	10,8	13,8	9,0	4,0	3,9	3,8	6,8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	2,4	2,1	2,7	0,9	2,7	4,3	2,3	2,5	2,7
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

No município de Iporá, as doenças do aparelho circulatório apresentam a segunda maior porcentagem de acometimento na população total, e demonstra maior

prevalência na população com faixa etária com mais de 65 anos. Essa situação apresenta maior preocupação, quando falamos de mortalidade por complicações do aparelho circulatório, sendo a principal causa de morte no município de Iporá, obtendo um percentual de 32,2 do total de todos os óbitos registrados na cidade (Tabela 2).

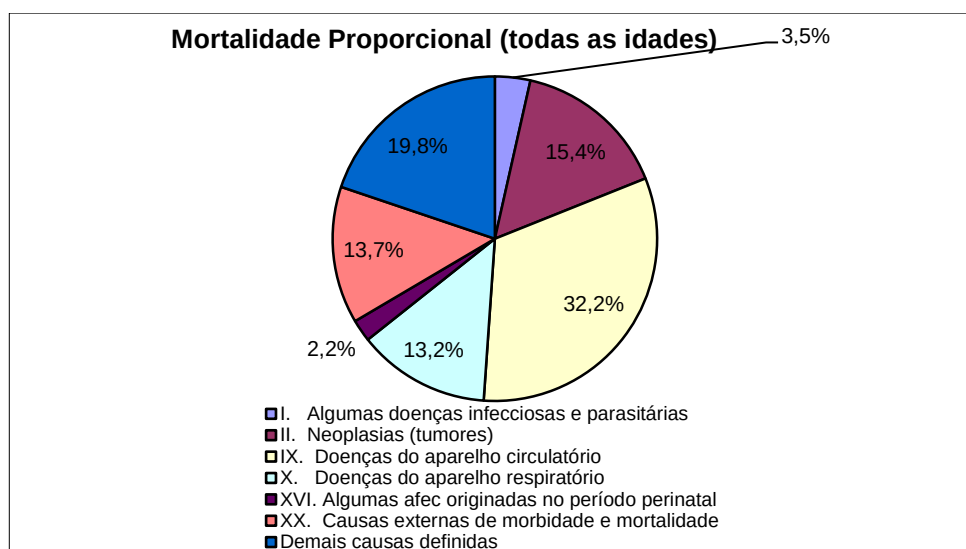
O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a segunda causa de óbito, perdendo apenas para os casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e a terceira posição das causas de mortes da população iporaense está o Diabetes Mellitus. Esses índices apresentam-se de maneira crescente com o decorrer dos anos, como pode ser observado acima na tabela 3 e no gráfico 2

**Tabela 3 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas
(por 100.000 habitantes)**

Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	3,2	3,1	-	3,1	6,2	3,1	3,1
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	-	6,2	12,3	-	6,0	-	6,1
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	12,4	6,2	6,1	6,1	-	6,0	18,2
Infarto agudo do miocárdio	28,4	37,7	31,3	27,9	33,9	36,7	37,5
Doenças cerebrovasculares	41,1	50,3	43,8	74,3	64,6	55,1	78,1
Diabetes mellitus	41,1	22,0	18,8	15,5	33,9	24,5	31,2
Acidentes de transporte	22,1	6,3	28,2	34,0	24,6	36,7	43,7
Agressões	6,3	15,7	6,3	18,6	12,3	27,5	28,1

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Gráfico 2 – Mortalidade por causa no Município de Iporá, Go



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Posto isso, é neste contexto que este estudo foi feito e sobre as características de saúde são apresentadas nesse capítulo, se torna necessário a análise do programa HiperDia, e consequentemente o modo como as políticas públicas na área da saúde tem se concretizado no município.

3.2 Ações executadas pelas Estratégia de Saúde da Família no HiperDia

As doenças como HAS e DM que se configuram entre causas de óbito no município são então abordadas, como viemos apontando, no programa HiperDia que tem como meta prevenir, diagnosticar, tratar e controlar essas patologias. Para tanto é feito:

- O cadastramento dos hipertensos e diabéticos moradores no município com o objetivo de coletar dados referentes à população acometida por estas patologias;
- A classificação por fator de risco dessa população;
- O levantamento e controle das complicações clínicas;
- O levantamento das necessidades de internações;

O cadastramento dos hipertensos e diabéticos acontece por meio de coleta, informada pelo próprio paciente. Informações como identificação pessoal, endereço, história pregressa, preexistência de outras patologias, ou reações alérgicas, interações com medicamentos, e identificação de riscos.

Esse instrumento de coleta possibilita mapear a gravidade e risco de complicações, permite classificar o paciente como leve, moderado ou grave, o que define algumas ações de cuidado.

A busca ativa é a estratégia utilizada para a identificação do portador dessas patologias. São realizadas atividades com intuito de reconhecer e promover a acessibilidade desses, com a realização de exames clínicos, consultas e a solicitação de exames laboratoriais.

As reuniões do HiperDia acontecem para que o paciente se sinta acolhido e possibilite o acompanhamento dos níveis pressóricos e exames clínicos. São então realizadas a verificação da pressão arterial, níveis de glicose, consultas com a troca das receitas, o agendamento das visitas, e se necessário o direcionamento para os demais níveis assistenciais.

Além destes cuidados coletivos é também, nas reuniões do HiperDia acontecem para que o paciente se sinta acolhido e possibilite o acompanhamento dos níveis pressóricos e exames clínicos. São então realizadas a verificação da pressão arterial, níveis de glicose, consultas com a troca das receitas, o agendamento das visitas, e se necessário o direcionamento para os demais níveis assistenciais.

Sendo assim, a ESF no município de Iporá oferece a assistência a pacientes hipertensos e diabéticos com base no princípio da integralidade, com ações que abrangem busca ativa de casos, monitoramento e avaliação da situação dos usuários do programa em relação ao controle da doença, dos riscos e vulnerabilidades a que estão submetidos atuando assim de forma condizente as diretrizes estipuladas pelas políticas públicas federais.

As principais ações executadas pelos profissionais da saúde das unidades visitadas, são as relacionadas ao processo do cuidado. A assiduidade do acompanhamento da ESF com o paciente cadastrado no programa, e a preocupação com o controle das doenças. Foi observado uma discreta padronização das ações de prevenção e promoção da saúde.

3.3 O depoimento dos entrevistados: análise e discussão

Nesse tópico será apresentado a categorização das entrevistas, que logo após serem transcritas, foram analisadas, e as falas foram agrupadas de acordo com o conteúdo estabelecido na categorização. O agrupamento das falas foi dividido em 3

categorias, sendo elas: A Estratégia de Saúde da Família no município; O programa HiperDia; O trabalho e suas condições.

3.3.1 A Estratégia de Saúde da Família no município

As ESF apresentam uma padronização característica de rotina de atividades de cada unidade, entre outras características, pela participação em conjunto, reconhecimento da importância de cada profissional e área de conhecimentos, práticas e saberes.

As atividades de promoção da saúde citadas pelos entrevistados das oito unidades envolvem campanhas educativas, palestras, caminhadas, reuniões, discussões e orientações em grupo. Como expressam as falas:

Fazemos atividades como caminhadas, danças, encontros para aferição de pressão e glicemia capilar. (P1)

Temos contato com eles semanalmente. Alguns até diariamente, os mais complicadinhos. Nos grupos de caminhada as segundas e quintas. (P5)

Nessas reuniões, os médicos dão palestras, e até a gente mesmo fala alguma coisinha. (P7) Estimulamos atividade física, além das orientações que são dadas. Temos os encontros mensais e as visitas também... (P6).

Podemos perceber que há uma diversificação de atividades que vão além do foco na doença e reforçam as orientações por exemplo da importância da atividade física, e realização de exames clínicos periódicos, entre outras. Evidenciando também o seguimento das diretrizes estipuladas nas políticas públicas. Para conseguir uma adesão significativa dos pacientes nessas atividades, é importante que a relação com equipe seja boa. Nas falas conseguimos identificar como é essa relação.

A relação é muito boa. Eles nos tratam como se fossemos da família. É interessante que quando comecei, eu conheci o grupo do HiperDia... (P1)

Eles pegam confiança em nós, e aí conseguimos fazer com que eles façam o tratamento corretamente (P3)

Temos um vínculo muito forte com os pacientes. A equipe toda se envolve nas atividades... (P2).

Esse vínculo de confiança e estreitamento dos laços afetivos, possibilita que o usuário deposite maior credibilidade nas orientações. Pode expressar melhoras na adesão ao tratamento e incentiva uma melhor participação nas atividades propostas por esses profissionais.

Pelo que se vê nas falas acima as atividades que a equipe ESF promove condiciona melhor conscientização sobre a situação do processo de controle, possibilita

uma visão mais atenuada sobre as condições de tratamento e reforça o estímulo de participação e vontade de seguir o tratamento proposto.

Saúde da família se faz com equipe multidisciplinar, os entrevistados sabem da importância que tem o trabalho de cada profissional, e com o trabalho em equipe.

Acredito que os nossos resultados só são positivos, por causa da qualidade dos profissionais que compõe nossa equipe (P3).

A equipe é muito participativa no cuidado com os cadastrados... (P1).

A equipe multidisciplinar é necessária para que vários pontos da atenção à saúde sejam abordados. De maneira a abranger e atingir vários processos da doença e seu tratamento e controle. Todos os profissionais podem partilhar e contribuir em sua área de atuação, tendo mais chances de proporcionar uma efetiva assistência a saúde da família.

Não foi identificado, assim nos parece, uma desvalorização ou supervalorização de quaisquer profissional: o trabalho é em conjunto, compartilhado e a distribuição de atividades é feita de maneira igualitária, respeitando as funções de cada um. Assim vários profissionais entrevistados relataram participar de reuniões para saber a opinião e discutir o desenvolvimento das atividades a serem realizadas com os pacientes.

O trabalho é em conjunto e compartilhado, vários profissionais relataram realizar reuniões para saber a opinião e discutir o desenvolvimento das atividades. como dizem:

A equipe toda se envolve nas atividades. Todos na unidade têm um papel importante no processo de promoção da saúde, desde o administrativo até o médico... (P2).

É perceptível que todos tem a oportunidade de contribuir com o desenvolvimento dos programas, e que a participação sistemática propicia a evolução e melhoria na oferta dos serviços de saúde.

Assim para os entrevistados a atuação no ESF é voltada para a qualidade da assistência priorizando- se o atendimento integral ao usuário. É possível entender a importância que a Estratégia Saúde da Família obtém por meio das ações aplicadas pela equipe de saúde da família na sociedade. A significância enquanto instituição de saúde, trabalhando no processo de promoção da saúde, com relação positiva nos resultados de controle e prevenção dos agravos e boa adesão ao tratamento e controle das patologias.

3.3.2 O programa HiperDia

Os profissionais entrevistados pontuaram aspectos positivos e negativos que interferem no cuidado prestado aos pacientes cadastrados no programa.

A assistência e o cuidado com os portadores de HAS e DM são vistos como satisfatória. Nesse sentido a participação dos pacientes no programa HiperDia e em suas atividades foi apontado como um dos fatores positivos da assistência na medida em que traz benefícios positivos aos portadores destas patologias:

É interessante que quando comecei, eu conheci o grupo do HiperDia, em uma caminhada, e a maioria estava com pressão e glicose controlada. É uma turma que frequenta a unidade quase todos os dias (P1).

A importância desta participação no programa é reforçada por P2 que diz:

Pacientes do HiperDia, fazemos estilo de uma frequência, se ele tiver muitas faltas, questionamos o motivo, e tentamos convencê-lo a participar novamente das atividades (P2).

A participação no programa é vista então como central para o controle destas patologias, o que é também reforçado por P1.

Além de acompanharmos nos programas, e nas visitas, também controlamos as consultas periódicas. Sempre tem aquele mais custoso, que é mais difícil de trazer aqui, mas a gente insiste e acaba conseguindo. Nesses casos o paciente sempre está desregulado, aí damos uma atenção maior, até conseguirmos controla-lo. (P1).

As principais ações executadas pelos profissionais da saúde das unidades visitadas são as relacionadas ao processo do cuidado. Observa-se nestes relatos uma busca por parte dos profissionais para alcançar os objetivos no tratamento de cada usuário.

Nesse sentido, foi relatado, por exemplo, melhoras significativas em pacientes com pé diabético, uma complicação severa em casos de diabetes não controlado, e até de pacientes com complicações da hipertensão, conseguirem controle, pela presença nas atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família.

A assiduidade do paciente cadastrado no programa, a presença dos usuários nas atividades propostas e desenvolvidas pelas equipes, configura comprometimento e a criação de vínculos, o que dificulta o afastamento e abandono do tratamento. Permite que o usuário mantenha um compromisso de se adequar ao que está sendo passado. O maior benefício é a disponibilidade de estar sendo assistido quando e onde precisar.

Nas ações de prevenção e promoção à saúde há, segundo entrevistados, a predominância de atividades educativas específicas sobre hipertensão e diabetes, às vezes associados a outros temas que os profissionais julgam necessário:

No grupo do HiperDia que acontece mensalmente, fazemos a orientação no formato de uma palestra, com profissionais convidados e com a equipe. Sempre trabalhamos assuntos referentes a hipertensão e o diabetes, mas as vezes vemos a necessidade de trabalhar algum assunto diferente. Como aconteceu no mês passado, falamos sobre obesidade, e foi interessante. (P4).

A importância do autocuidado favorece o progresso dos portadores de hipertensão e diabetes impulsionando para tantas mudanças no estilo de vida, no entendimento e aceite das condições de autocuidado, meta esta que é buscada pelo programa.

No cuidado de enfermagem, por exemplo, a gente trabalha mais a questão da orientação alimentar, dúvidas sobre as medicações... (P5).

Aproveitamos eles aqui na unidade para fazermos as orientações e as consultas. Verificamos como está a pressão e a glicose, se eles estiverem em jejum, e como estão tomando a medicação. Acho que só não cuida mesmo, quem não quer. (P6).

Dentre as atividades de cunho coletivo, podemos destacar as reuniões que, embora não sejam desenvolvidas em todas as unidades tem, segundo os depoimentos, um alcance significativo nas unidades que promove.

No grupo do HiperDia que acontece mensalmente, fazemos a orientação no formato de uma palestra, com profissionais convidados, e com a equipe. Sempre trabalhamos assuntos referentes a hipertensão e o diabetes, mas as vezes vemos a necessidade de trabalhar algum assunto diferente. (P4).

As reuniões é a principal ação proposta pelo programa HiperDia pois visa o contato direto com o portador da doença, e possibilita a extração de informações sobre a rotina e o esclarecimento de dúvidas e ações errôneas executadas no dia-a-dia. O que está de acordo com a tendência das unidades de saúde no Brasil de focar o desenvolvimento de suas ações para esse tipo de programa de saúde (Castanheira e colaboradores (2009).

Outra ação que merece destaque, e que é uma preocupação da maioria das unidades visitadas, é a busca ativa de novos casos. Isso se relaciona com uma responsabilidade social que o profissional da atenção básica deve ter.

O interesse em desenvolver ações que propicie a procura e inserção de novos usuários no programa, configura uma boa formação profissionais e treinamento, respondendo ao que é proposto pela política pública de saúde. Simultaneamente as ações mais voltadas para um público coletivo são também realizadas atuações que visam um atendimento individual como consultas e visitas domiciliares. É importante ressaltar que todas as unidades declararam desenvolver com assiduidade as visitas e terem parâmetros positivos de tal ação.

A nossa grande preocupação também é com a busca ativa. Conseguir a participação de uma parte da comunidade que não participa... (P5).

Desta forma, as ações desenvolvidas no município condizem com o que propõe o programa HiperDia, no sentido de que o programa prevê o cadastramento, identificação e acompanhamento dos portadores de HAS e DM, de maneira a gerar informações e conseguir resultados clínicos satisfatórios com a promoção da saúde desses usuários.

O HiperDia tem, desde sua criação o propósito de identificar o público alvo e acompanhar os portadores de HAS e DM, de maneira a minimizar os agravos causados por essas patologias. É perceptível que as ações desenvolvidas no município de Iporá buscam seguir o que a política pública de saúde propõe. As ações englobam a promoção, prevenção e tratamento. É possível inferir, ainda que segundo os profissionais entrevistados os trabalhadores do programa HiperDia buscam uma boa relação interpessoal, boa comunicação, investigar os hábitos dos usuários, e estabelecer vínculos entre eles, disponibilizando suporte humano para os usuários, que vai além da demanda profissional, favorecendo os resultados positivos obtidos pelo programa.

Esses compõem um aspecto essencialmente importante para realização e execução das atividades propostas para as unidades de saúde e desenvolvimento do programa HiperDia. Nesse caso eles estariam se pautando suas ações por preceitos estipulados como centrais na literatura da área como dizem Gomes, Silva e Santos, 2010.

Assim a disponibilização das atividades que objetivam maior controle dos agravos é de suma importância e valorizada pelos profissionais

A equipe é muito motivada no cuidado. A gente trabalha junto, tem bastante recursos, as vezes falta uma coisa ou outra, mas conseguimos adaptar. Fazemos as visitas, grupos de apoio, orientações e tem os encontros do HiperDia. (P6).

Entretanto as atividades que deveriam pautar as ações junto a pacientes com HAS e DM não são comuns a todas as unidades.

As atividades que realizamos aqui, é mais a visitação mesmo (P3).

Nossas ações são voltadas para orientação. Fazemos as visitas semanais e umas duas vezes por ano conseguimos reunir a comunidade na unidade. Nessas reuniões, os médicos dão palestras... (P7).

A organização das ações executadas é distinta de unidade para unidade. Foi observado uma discreta padronização das ações de prevenção e promoção da saúde. Cada equipe desenvolve o programa de uma forma própria o que é justificado pelos entrevistados pelo fato de o programa ter que se adaptar à realidade da região atendida.

A abordagem aos pacientes na unidade é boa. No ano passada trabalhamos com as reuniões com os cadastrados no HiperDia, esse ano ainda não foi possível (P4).

A não realização de algumas atividades é justificada pelos entrevistados também pelo fato de a equipe de saúde não estar completa.

Para ter um atendimento melhor, precisamos de mais funcionário. A rotina é muito cheia e sempre acumulamos funções (P1).

Se fôssemos em maior número, teríamos a possibilidade de fazer um trabalho melhor e com mais resultados positivos. (P2)

Conseguimos perceber isso também, nos discursos em que os profissionais entrevistados, relatam que é preciso complementar o atendimento médico, devido a alta demanda de consultas médicas agendadas. E que para isso os profissionais de enfermagem precisaram complementar, com orientações e tirando dúvidas, que não foram esclarecidas dentro do consultório médico.

As consultas agendadas demoram mais de mês, por falta de vaga na agenda. Alguns problemas chegam a sofrer complicações, por causa da demora no atendimento. (P3)

Os atendimentos e acompanhamentos são muito rápidos. Às vezes o médico não conseguir identificar e nem de explicar tudo direitinho. O que fazemos é reforçar a orientação, mas mesmo assim, alguma coisa fica a desejar (P3).

Seja pelo motivo de ter que se adaptar à realidade da região ou por causa da equipe não estar completa, ou pelos dois motivos, as reuniões do HiperDia não acontecem em todas as unidades e as que o fazem não são feitas com frequência. Há

assim uma ambiguidade nas falas, pois se as reuniões são, em um primeiro momento, vistas como essenciais para o bom andamento da assistência à saúde, como apontamos na categoria ESF, elas nem sempre acontecem no âmbito do programa HiperDia o que permite supor que há uma grande deficiência no controle e manutenção da saúde desses pacientes.

Fato é que simultaneamente aos depoimentos que o acompanhamento dos pacientes é satisfatório os profissionais expressam a preocupação com a saúde dos hipertensos e diabéticos citando casos de pacientes que sofreram complicações em decorrência da pouca assistência oferecida.

Cabe assim uma indagação: não seguir na totalidade os preceitos estipulados na política pública para atendimento desses pacientes como as unidades não disporem de equipe multidisciplinar pode estar prejudicando o modo como o programa vem sendo desenvolvido em Iporá?

3.3.3 O trabalho e suas condições

Segundo os entrevistados destaca-se como pontos negativos na ESF e Programa HiperDia a falta ou deficiência de profissionais que compõe a equipe aspecto que já começamos a apontar na categoria anterior.

Para ter um atendimento melhor, precisamos de mais funcionário. A rotina é muito cheia e sempre acumulamos funções (P1).

Esse aspecto foi assinalado por todos os profissionais entrevistados. Todas as unidades declaram ser insuficiente o recurso humano disponível para desenvolver todas as atividades e para que atingir um resultado melhor na assistência à saúde.

Esse é um fato preocupante, visto que o trabalho em equipe compõe um dos principais eixos organizativos da Estratégia o qual é também, como vimos valorizado pelos profissionais. Está também entre esses eixos a atenção de qualidade da assistência à saúde da família, a promoção e prevenção de agravos e o estabelecimento de vínculos. Sendo que esses últimos os mais atingidos negativamente pela falta de profissionais habilitados para atuar no cuidado a saúde da família, como diz P6

O agente comunitário é o que está mais defasado aqui, sua função é muito importante, para se trabalhar a saúde da família. É muito difícil não poder contar com esse profissional (P6).

Os eixos citados são essenciais para que a assistência oferecida seja de qualidade.

A falta de profissionais na equipe acarreta, além do prejuízo na atenção à saúde como indicado acima, cansaço provocado pela alta demanda de atendimentos. Esta é principal queixa dos profissionais entrevistados:

A demanda espontânea suga todo o tempo e energia dos profissionais. (P4)

O fluxo aqui na unidade é muito e acaba que a equipe se torna pequena, para atender todos e conseguir fazer tudo que temos e queremos. (P2).

Somos poucos profissionais, pra superlotação que temos aqui. A equipe não é completa, e a procura por atendimentos é intensa.” (P7).

A sobrecarga profissional provocada pela alta demanda de atendimentos somada a falta de profissionais na equipe dificulta conciliar a demanda espontânea e os agendamentos, o que em última instância poderia prejudicar a qualidade dos atendimentos, não conseguindo contribuir significativamente para um atendimento efetivamente de qualidade. Fato este que segundo P2 é superado pelo esforço pessoal de cada um envolvido no trabalho:

Ficamos limitados a muitas questões. O sistema é bom, mas não é perfeito. Posso te dizer com certeza, que, o que temos conseguido, é pela força de vontade da nossa equipe. Os desafios são muitos, os vencemos todos os dias (P2).

A falta de profissionais reflete significativamente na eficácia do atendimento. A sobrecarga e acúmulo de funções, principal queixa dos entrevistados, reflete em uma assistência que fica dependente do esforço de cada profissional, exigindo que esse desenvolva atividades além do que é designado.

O bom é que cada um entende esse problema, e aí cada uma ajuda o outro na sua tarefa. Todo mundo aqui sabe fazer de tudo. É claro que algumas funções não dão pra distribuir, como o atendimento do médico e da enfermeira mesmo, mas a gente se adapta. Mas até os pacientes entendem o quanto estamos cansados e exaustos... (P8)

Os relatos, ao enfocarem as condições para o desenvolvimento da função que exercem, também se concentram na dificuldade de acesso a materiais e medicamentos, como exemplificado nas falas de P6 e P7:

Às vezes faltam materiais, medicamentos, temos que ficar remediando e adaptando com o que tem. Quando acontece os

surtos de dengue mesmo, sempre falta medicação. Porque aí aqui fica superlotado. Nessas épocas, não conseguimos desenvolver nenhuma outra atividade. A unidade inteira só se dedica ao atendimento aos pacientes com suspeita de dengue. (P6)

Com certeza o que mais atrapalha é a falta de investimento. A população não vê, mas o descaso com a saúde é ainda maior. Falta muita coisa, sempre (P7)

A falta de investimento em saúde, em todas as áreas, humana, estrutural, de insumos e medicamentos, traz implicações que vão desde a assistência a equipe profissional reduzida e tem implicações no modo como o programa HiperDia é desenvolvido, e como a política pública em saúde atinge a população, de maneira insuficiente e não propiciando o desenvolvimento em saúde.

3.4 Algumas considerações

Fica evidente nos depoimentos analisados que o trabalho em equipe é o principal norteador do processo de cuidado e da garantia da continuidade do tratamento aos usuários do programa HiperDia.

Para a satisfação e o encontro de resultados significativos é imprescindível que a equipe trabalhe em conjunto, tendo cada profissional, local de destaque na manutenção da qualidade da assistência. Vários relatos expressam essa importância. E é interessante perceber que cada profissional entende a importância e necessidade de cada um que compõe a equipe.

Existe também a preocupação em adaptar o atendimento e o cuidado de acordo com a realidade e as condições de saúde de cada paciente. Oferecendo sempre um suporte mais adequado as suas limitações e anseios, o que é feito por meio dos atendimentos individuais: consulta e visita a família. Trabalho que ocorre de modo simultâneo a atividades coletivas, ou seja, aquelas para as quais os pacientes cadastrados são convidados a participar.

O programa HiperDia consiste em qualificar os usuários para o entendimento das condições de saúde/doença e expor a importância da adesão ao tratamento, do autocuidado, as restrições de cada caso, obtendo a qualidade da assistência e gerando vínculo do usuário com o sistema. Para que haja consequências desse tipo o foco empregado pela Estratégia de Saúde da Família é a identificação dos aspectos e condutas que ameacem a eficácia do tratamento.

São desenvolvidas nas ESF o atendimento primário da saúde, a demanda de baixa complexidade, visando o cuidado e a promoção da saúde. O trabalho de promoção da saúde realizado pelas ESF envolve então o atendimento primário e o controle dos riscos de complicações. Podemos afirmar que de maneira satisfatória considerando os depoimentos colhidos para essa pesquisa.

É possível observar que a equipe tem um entendimento em comum de que a demanda espontânea interfere na qualidade do atendimento e planejamento das ações de saúde. Os relatos refletem a dificuldade e descaracterização da Estratégia. Porém os profissionais entrevistados dizem atender com prioridades as necessidades demandadas, priorizando as dos usuários do HiperDia. Nesse sentido dizem haver dificuldades e deficiências emergenciais, mas que procuram se adaptar a elas procurando a resolutiva e conseguindo prestar da melhor maneira a assistência. Não deixando a população desassistida.

Considerando alguns depoimentos, percebemos a equipe ainda entende, que alguns serviços ficam deficientes ou dificultados por falta de investimentos, o que ocorre principalmente quando relatam falta de medicamentos e de profissionais para compor a equipe de saúde.

Em curto e em longo prazo esses problemas podem gerar prejuízos e transtornos dentro das unidades e provocar aumento dos casos de internações e óbitos por complicações dessas patologias. Logo, devem ser essa uma preocupação da gestão organizacional do sistema de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos considerar que as unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Iporá, desenvolvem a assistência à saúde ofertando um bom modelo de cuidado. Valorizando o atendimento, promovendo a saúde e ofertando serviços à comunidade de educação em saúde.

A dedicação com a promoção da saúde, e com o sistema preventivo são evidentes nas atividades desenvolvidas. No entanto, sobre a demanda espontânea ter sido bem evidenciada nos depoimentos, podemos compreender que o modelo da assistência ainda é estruturado em um modelo de cuidado pautado na doença, quando o trabalho fica sistematizado nesses atendimentos. É notório que a principal deficiência são os recursos humanos. Caso a equipe fosse composta por mais profissionais, devido à grande abrangência da assistência, a promoção da saúde poderia ser melhor desenvolvida.

Essa análise regional Estratégia de Saúde da Família no município de Iporá permitiu evidenciar que o sistema imprime indícios iniciais de distanciamento do princípio de integralidade empregado pelo SUS. É recomendado uma reestruturação no serviço de saúde. Essa reestruturação deve ser norteada e levando em consideração os princípios que orientam a Estratégia Saúde da Família, objetivando maior abrangência do processo do cuidado.

A complexidade do cuidado aos usuários do HiperDia e do atendimento aos usuários que advém à APS, destaca a necessidade de maiores estudos, aprofundando o tema, que visem quantificar a qualidade dos serviços de saúde. Buscando elaborar um plano técnico de mediação dos métodos assistenciais e organizacionais, possibilitando melhorias para a equipe de saúde da família e melhores resultados no processo assistencialista.

Os resultados observados e discutidos nesse trabalho, destacam inúmeras potencialidades da assistência regional. Os resultados são satisfatórios no programa HiperDia, pela perspectiva dos profissionais entrevistados.

Aspectos como o envolvimento e dedicação dos profissionais da equipe de saúde da família, e as atividades desenvolvidas por eles, objetivando a boa adesão ao tratamento e a satisfação nos resultados dos exames de cada usuário, reflete a boa qualidade do sistema e do programa. Os relatos refletem a qualidade dos serviços no âmbito geral do cuidado, e principalmente na promoção da saúde.

No que concerne a oferta das atividades, essas empregam aspectos positivos, como a dedicação e inovação dos profissionais nas ações e na oferta de atividades de promoção da saúde. A citada busca ativa a usuários, e a manutenção dos já cadastrados. O programa apresenta satisfação devido ao controle com que a equipe fomenta e nutre a assistência, acompanhando os usuários com mais risco e menos condições de realizar corretamente o tratamento. Esse aspecto do acompanhamento garante a segurança de pacientes que vivem em condições de risco maiores, e por isso tem menos condições de aderir os cuidados e aos tratamentos.

Podemos então conferir a qualidade dos serviços dispensados pela Estratégia Saúde da Família, de um modo geral, e com maior precisão ao HiperDia. Todas as unidades prestam assistência de acordo com a capacidade de gestão, conseguindo ainda ir além do que lhes é proposto, trazendo assim impactos convincentes ao que se espera do programa.

De modo geral, a capacidade de gestão das unidades, o planejamento das ações de saúde, o engajamento profissional, organização, implementação e a análise do serviço, são pontos favoráveis e que poder ser destaques das equipes analisadas. Visto que a responsabilidade com a facilidade de acesso e a integralidade dos serviços de saúde, são fatores imprescindíveis para a garantia do programa e com impacto na qualidade de vida e sobrevida das pessoas.

A preocupação não reside apenas na garantia de números, mas é perceptível que os profissionais são realmente preocupados com a verificação do bem-estar social. Fator esse que corrobora com o envolvimento da sociedade e na diminuição dos agravos. Considerando ainda que as ações de educação em saúde, também são bem desenvolvidas, é capaz de garantir a prevenção de novos diagnósticos e possibilita o encontro de novos possíveis usuários e oferecer os serviços e cuidados.

Os resultados dessa análise regional de saúde, verifica muitas fragilidades e potencialidades nos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Iporá, usuários do programa HiperDia. Identificou-se, barreiras na organização das equipes, principalmente quanto a manutenção e regularidades dos profissionais e da equipe, além de limitações de recursos financeiros. Também não pode ser identificada a participação das famílias dos usuários, ou se os serviços de educação em saúde integram as famílias. É preciso identificar, em um estudo mais aprofundado, sobre a participação das famílias nesse processo de cuidado.

REFERENCIAS

BAZTÁN, Ángel Aguirre. **Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural**. Barcelona: Marcombo, 1995.

ALMEIDA PF, FAUSTO MCR, GIOVANELLA L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados**. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):84–95.

ALVES JÚNIOR, Ailton Cezário. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais**. Brasília-DF 2011.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, Elizabeth Nogueira; ANDRADE, Edson de Oliveira. **O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura**. Revista Bioética 2010; 18 (1): 61 - 74

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):455-464, 2007.

ARSA, Gisela; LIMA, Laila; ALMEIDA, Sandro Soares; MOREIRA, Sérgio Rodrigues; CAMPBELL, Carmen Sílvia Grubert; SIMÕES, Herbert Gustavo. **Diabetes Mellitus tipo 2: Aspectos fisiológicos, genéticos e formas de exercício físico para seu controle**. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum 2009, 11(1):103-111.

BARBOSA, Nelson Bezerra; SOARES, Fernanda Almeida; PEIXOTO, Vanessa Assunção; FRANÇA, Rebeca Daher. **Organização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família em Anápolis – Go**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.05, Nº. 03, Ano 2014 p. 820-42.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial – HA e ao Diabetes Mellitus – DM. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279/GM de 30 de dezembro de 2010. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 31 dez. 2010.

Brasil. Decreto 7.508/2011 (Decreto do Executivo) 28/06/2011 regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, **Regulamentação, Organização, (SUS), Planejamento, Assistência, Saúde**. D.O.U. de 29/06/2011, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), Organização Panamericana da Saúde (OPAS). **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2012

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015.

CASTANHEIRA ERL, DALBEN I, ALMEIDA MAS, PUTTINI RF, PATRICIO KP, MACHADO DF, JUNIOR ALC, NEMES MIB. **Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade**. 2009; 18 (2).

Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Arts 196-200

COSTA SCHUSTER, Rodrigo; MAZZOLA, Daiane; GEMELLI DE OLIVEIRA, Sheila; CUNHA POLESE, Janaine. **Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na Clínica de Fisioterapia Neurológica da Universidade de Passo Fundo**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2007.

CHAGAS, Frank Luiz Rosa. **Caracterização Do Espaço Urbano De Iporá No Período De 1970 A 2010**. Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2014.

DIAS, Cleidson Nogueira. **Reflexões sobre o desenvolvimento no Brasil: um estudo sobre a política nacional de desenvolvimento regional**. R. Pol. Públi., São Luis, v.16, n.2, p. 503-513, jul./dez. 2012.

DINIZ, Clélio Campolina. **Celso Furtado e o desenvolvimento regional**. nova Economia_Belo Horizonte_19 (2)_227-249_maio-agosto de 2009.

DUNCAN, Bruce Bartholow; CHOR, Dóra; AQUINO, Estela M L; BENSON, Isabela M; MILL, José Geraldo; SCHMIDT, Maria Inês; LOTUFO, Paulo Andrade; VIGO, Álvaro; BARRETO, Sandhi Maria. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação**. Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):126-34.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços**. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2013

FERREIRA, Valceir Aparecido; CAMPOS, Simone Marques Bolonheis. **Avanços farmacológicos no tratamento do diabetes tipo 2**. Vol.8,n.3,pp.72-78(Set-Nov2014) BrazilianJournal of Surgery and ClinicalResearch-BJSCR.

FOCHEZATTO, Adelar. **Desenvolvimento regional: recomendações para um novo paradigma produtivo**. O ambiente regional. (Três décadas de economia gaúcha, v.1). 2010.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCOREL, Sarah; SENNA, Mônica de Castro Maia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; DELGADO, Mônica Mendonça; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; CUNHA, Marcela Silva da; MARTINS, Maria Inês Carsalade; TEIXEIRA, Carina Pacheco. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem**

integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794, 2009.

GOIÁS. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - PES 2012 – 2015.** GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2012.

GOMES, Tiago José de Oliveira; SILVA, Monique Vercia Rocha; SANTOS, Almira Alves. **Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família.** Maceió: Rev Bras Hipertens vol.17(3):132-139, 2010.

GOULART, Flavio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde.** Brasília-DF 2011.

LUCCHESI, Patrícia T. R. **Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):439-448, 2003

MACHADO Cristiani Vieira, LIMA Luciana Dias e BAPTISTA Tatiana Vargas de Faria, **Qualificação de Gestores do SUS** Programa Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS - Mais Saúde Ministério da Saúde, organizado pelo EAD/ENSP/Fiocruz/MS no ano de 2011.

MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata. **Desenvolvimento regional: principais teorias.** Revista Thêma et Scientia – Vol. 5, no 2, jul/dez 2015.

MAGALHÃES MEC, BRANDÃO AA, POZZAN R, CAMPANA EMG, FONSECA FL, PIZZI OL, et al. **Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar?** Rio de Janeiro: Rev Bras Hipertens vol.17(2): 9397, 2010.

MAGALHÃES, Patrícia Lima. **Programa saúde da família: uma estratégia em construção.** Corinto, 2011.

MARIN, Heimar de Fátima. **Sistemas de informação em saúde: considerações gerais.** J Health Inform. 2010 janmar;2(1):20-4.

MATTOS, Ruben Araújo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MALTA, Deborah Carvalho; ANTÔNIO, Carlos; CEZÁRIO, Moura Lenildo; MORAIS NETO, Otaliba Libânio; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006.

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

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão Bibliográfica Sobre Redes de Atenção à Saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes Secretaria de Estado da Saúde/Minas Gerais, 2007.

MENDONÇA, Alzino F. de; ROCHA, Cláudia R. R.; NUNES, Helaine P. **O Processo de Investigação Científica: aspectos teóricos e metodológicos**. In: _____. Trabalhos Acadêmicos: planejamento, execução e avaliação. Goiânia: Faculdades Alves Faria, 2008, p. 35-54.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET) - Demográficas e Socioeconômica**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>.

MOCHEL, Elba Gomide; ANDRADE, Camila Freitas de; ALMEIDA, Daniela Serra de; TOBIAS, Alexandro Ferraz; CABRAL, Renata; COSSETTI, Rachel Dino. **Avaliação Do Tratamento E Controle Da Hipertensão Arterial Sistêmica Em Pacientes Da Rede Pública Em São Luis (Ma)**. Revista Baiana de Saúde Pública. v.31, n.1, p.90-101 jan./jun. 2007.

NOGUEIRA D, FAERSTEIN E, COELI CM, CHOR D, LOPES CS, WERNECK GL. **Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2010;27(2): 103–9.

OLIVEIRA, Gilson Batista de; LIMA, José Edmilson de Souza. **Elementos endógenos do desenvolvimento regional: considerações sobre o papel da sociedade local no processo de desenvolvimento sustentável.** Rev. FAE, Curitiba, v.6, n.2, p.29-37, maio/dez. 2003.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. **Qualificação de gestores do SUS.** Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673 v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-3

PEREIRA, Bernadete dos Santos; TOMASI, Elaine. **Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(2):411-418, abr-jun 2016.

PONTES, Ana Paula Munhen; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denise Cristina; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. **A universalidade no SUS: pensamento dos usuários.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 500-07.

REMOR, Lourdes de Costa. **Auditoria de conhecimento em saúde.** Florianópolis: UFSC, 2009.

REZENDE, Edna Pereira. **Análise da implantação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HiperDia) em municípios selecionados da Bahia – 2013.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA - BR, 2014.

ROESE, Adriane. **Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa Social.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SALA, Arnaldo; LUPPI, Carla Gianna; SIMÕES, Oziris; MARSIGLIA, Regina Giffoni. **Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SANTOS, Francisco de Assis; JÚNIOR, Garibaldi Dantas Gurgel; GURGEL, Idê Gomes Dantas; PACHECO, Hélder Freire; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. **A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1079-1094, 2014.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro **SUS: Quando um Sistema de Saúde Nacional e Único na sua Conformação Organizativa foi Implantado num País Federativo. Exigência de Novos Paradigmas** Administrativos. Revista saúde em debate - ANO XXX - V. 30 - N. 73/74 - MAI/DEZ 2006.

SILVA, Marise Borba de; GRIGOLO, Tânia Maris. **Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II.** Caderno Pedagógico. Florianópolis: Udesc, 2002.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** Saúde no Brasil 4. 9 de maio de 2011.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes** ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; ARDUINI, Glendha Oliveira; MARTINS, Nayara Paula Fernandes; DIAS, Flavia Aparecida; FERREIRA, Lucia Aparecida. **Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas.** Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015 set;36(3):21-7.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso Planejamento e Métodos.** 5º ed. Bookman Editora LTDA, São Paulo. 2015.

APENDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

NOME:

FORMAÇÃO:

CARGO:

TEMPO DE FORMAÇÃO

Latu sensu () *Stricto sensu* ()

TEMPO DE ATUAÇÃO:

POSSUI ESPECIALIZAÇÃO, OU CURSO LIVRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA?

Questão Norteadora 1: Como são realizadas as atividades de prevenção e promoção à saúde no programa HiperDia? E como é a relação da equipe com os pacientes.

Questão Norteadora 2: Como é a interação multiprofissional dos membros da equipe de saúde da família na unidade?

Questão Norteadora 3: O que descaracteriza o processo de cuidado na Estratégia Saúde da Família?

Questão Norteadora 4: Quais são os cuidados da Equipe de saúde na organização e cuidado com a saúde? E dos pacientes do HiperDia?

Questão Norteadora 5: Como é visão em relação aos recursos humanos disponíveis na sua unidade? É suficiente? Atende bem a demanda?

APENDICE II

RELATOS DAS ENTREVISTAS

Questão Norteadora 1: Como são realizadas as atividades de prevenção e promoção à saúde no programa HiperDia? E como é a relação da equipe com os pacientes.

P1: “- Fazemos atividades como caminhadas, danças, encontros para aferição de pressão e glicemia capilar. A relação é muito boa. Eles nos tratam como se fossemos da família. É interessante que quando comecei, eu conheci o grupo do HiperDia, em uma caminhada, e a maioria estava com pressão e glicose controlada. É uma turma que frequenta a unidade quase todos os dias. E dali, desde o primeiro dia já fui me envolvendo e conhecendo cada um. E aí eles vão confiando na gente, tirando dúvidas. O grupo da caminhada foi aumentando a cada encontro. E esse grupo quase não procura a unidade para tratar alguma complicação. Eles são bem controladinhos. Alguns até vão, com pico hipertensivo, com machucados nos pés ou nas pernas. Alguns precisam de uma orientação e de um acompanhamento. Esse trabalho em equipe apresenta muitos benefícios.”

P2: “- A alguns anos, não tínhamos uma ação concreta, visando esse público, mas começamos a uns cinco anos, intensificar as visitas domiciliares. A gente vai até a casa dessas pessoas e consegue enxergar o que ela faz de errado que possa atrapalhar o tratamento. Ou alguma coisa que ele faça que possa ser perigoso. Porque não adianta só explicar, as vezes as pessoas não percebem que no dia-a-dia faz alguma coisa que pode ser ruim pro diabetes ou pra hipertensão. É importante, por que permite que a gente encontre as pessoas que precisam de ajuda. E do mesmo jeito que a gente acompanha o paciente que já é cadastrado. Então a gente consegue perceber que a frequência de casos de infarto ou AVC podem ser diminuídos.”

P3: “- As atividades que realizamos aqui, é mais a visitação mesmo. Conseguimos acompanhar o tratamento com as visitas domiciliares. A relação com o programa é muito bom, e ele é muito importante, por que a gente pode evitar que mais pessoas morram por causa dessas doenças. As pessoas não intendem o quanto essa doença pode ser ruim e prejudicar a vida delas. Com o nosso trabalho os pacientes levam uma vida

mais controlada. Eles pegam confiança em nós, e aí conseguimos fazer com que eles façam o tratamento corretamente.”

P4: “- A abordagem aos pacientes na unidade é boa, no ano passada trabalhamos com as reuniões com os cadastrados no HiperDia, esse ano ainda não foi possível. Foi uma experiência boa, e tivemos bons frutos. Tivemos a oportunidade de trocar ideias, partilhar experiências, e relatos de como cada paciente se comporta com a doença. Alguns tem dificuldade de aceitação, outros já lidam bem. Tem uns que não conseguem controlar, por dificuldades em casa, e até mesmo dificuldades pessoais. Então, saber disso e entender como é o processo de cada paciente, permite que a gente o ajude.”

P5: “- Temos contato com eles semanalmente. Alguns até diariamente, os mais complicadinhos. Nos grupos de caminhada as segundas e quintas. Com esses grupos a gente evita o sedentarismo, e consegue controlar a hipertensão e o diabetes. A nossa relação com eles é de muita amizade. Aqui a gente conhece todo mundo e eles nos conhecem, então fica fácil saber se a pessoa está bem, ou se está precisando de ajuda. E a gente só sabe disso, por que estamos na casa deles quase todos os dias, alguns vamos todos os dias, aqueles que são mais graves, ou que precisam de curativos. Ficamos sabendo quando eles vão viajar, que horas chegam do trabalho, e se acontece alguma coisa a gente pode agir bem rápido. Isso é muito bom pra comunidade e pra saúde da população.”

P6: “- Estimulamos atividade física, além das orientações que são dadas. Temos os encontros mensais e as visitas também, que usamos para ver como está as condições de vida do paciente e as condições de armazenamento dos medicamentos. Tiramos dúvidas. Quando a doutora começou aqui, pela experiência de outras unidades, ela implantou esses encontros do HiperDia, é aberto, ficamos o dia todo a disposição da comunidade. Até quem não é cadastrado aparece, às vezes. Com isso, conseguimos fazer um trabalho de orientação, prevenção e educação em saúde.”

P7: “- Nossas ações são voltadas para orientação. Fazemos as visitas semanais e umas duas vezes por ano conseguimos reunir a comunidade na unidade. Nessas reuniões, os médicos dão palestras, e até a gente mesmo fala alguma coisinha. Tiramos dúvidas e é

uma oportunidade de interação muito boa. Eles se sentem acolhidos, e nós gostamos muito de vê-los felizes. O programa é importante por que salva vidas né, é por causa dele que a gente sabe quem tem risco de sofrer um infarto, ou quem tem mais dificuldade de tomar os medicamentos. Então a gente faz o possível para conseguir acompanhar essas pessoas para que não aconteça o pior.”

P8: “- Na unidade toda equipe trabalha e estimula os pacientes a participar, das caminhadas. Temos também um grupo de mudança de estilo de vida, onde damos orientação sobre medicações, alimentação. Tem alguns que a gente acompanha a muito tempo, e mesmo assim ainda faz coisas erradas, as informações têm que ser muito claras e simples. Até como guardar os medicamentos, a gente tem que ensinar. A relação é muito boa, porque trabalhamos isso com frequência. Tudo que é feito para melhorar a saúde é importante. O jeito com que damos importância a saúde é o que faz a nossa cidade crescer. É claro que precisa de melhoria, sempre precisa. Falta muita coisa. Mas como a gente tem experiência a gente cuida da população do melhor jeito possível. E esse programa é mais importante, por que essas doenças causam muitas mortes, então temos que estar de olho sempre.”

Questão Norteadora 2: Como é a interação multiprofissional dos membros da equipe de saúde da família na unidade?

P1: “- A equipe é muito participativa no cuidado com os cadastrados. Trocamos informações quanto ao processo de cuidado e assistência a cada paciente. O trabalho com o paciente deve ser individualizado, mas quando pensamos em equipe, sempre temos um melhor resultado. Então, muitas vezes, nos reunimos para discutir ações a um paciente que apresentou alguma complicação, ou que precisou de ser atendido na Unidade de Pronto Atendimento. A participação de toda a equipe, contribui muito para a eficácia no tratamento.”

P2: “- Temos um vínculo muito forte com os pacientes. A equipe toda se envolve nas atividades. Todos na unidade têm um papel importante no processo de promoção da saúde, desde o administrativo até o médico. Nossas ações são sempre discutidas em grupos e cada um contribui para a melhora das atividades.”

P3: “- Acredito que os nossos resultados só são positivos, por causa da qualidade dos profissionais que compõe nossa equipe. Todos são preocupados com o bem-estar da nossa comunidade. Toda equipe ajuda no cuidado dos pacientes, dando opiniões e executando as atividades. O vínculo que é formado aqui, reflete na qualidade do tratamento do paciente. A equipe inteira se envolve em todos os processos. E isso é muito positivo.”

P4: “- Toda equipe é disposta a ajudar. Temos uma formação, e muito conhecimento, e cada um ajuda em uma área que tem maior afinidade. Temos perfis diferentes, mas nos completamos. É claro que as vezes há alguns atritos, mas isso é normal. E sempre conseguimos encontrar uma saída que seja melhor para o paciente. Principalmente quando a equipe está completa, aí conseguimos atingir um público maior. Como a nossa região é muito grande, as vezes deixamos a desejar nas visitas, mas sempre conseguimos fazer contato, e saber se o paciente está bem, ou precisa de alguma orientação.”

P5: “- Toda equipe trabalha bem junto. Até mesmo nas atividades fora do horário temos uma boa participação, então não posso reclamar. Temos uma convivência boa, até mesmo para podermos discutir sobre a condução do tratamento dos pacientes, saber como estão sendo conduzidos e conseguirmos melhorar e conseguir resultados melhores. Quanto tem aquele paciente que custa a controlar a pressão ou o diabetes, nos preocupamos, aí reunimos e tentamos identificar o que pode estar sendo feito de errado, e como podemos melhorar o tratamento dele. A participação dos médicos também é essencial, porque eles têm mais experiência e nos ensinam muito nas abordagens.”

P6: “- A equipe é bem participativa. Como temos profissionais de muitas áreas, conseguimos atingir muitos aspectos no tratamento e no controle das doenças. É essencial termos essa formação. Teve um caso, em que o paciente não controlava, aí a Agente Comunitária, relatou que estava preocupava. Decidimos nos reunir para visitar ele, foi a equipe inteira, e lá na casa dele, conseguimos ver que onde ele guardava os remédios é que não estava certo. E que a caixinha dele também era muito bagunçada. Aí cada um deu uma ideia para ajudar ele. Orientamos, e até fizemos um mapinha dos

níveis pressóricos e das tomadas de medicação. Por um tempo acompanhamos ele diariamente, até ele controlar a pressão e o diabetes. Agora vamos na casa dele só uma vez na semana. E ele já está a muito tempo controladinhos. Mas a gente só conseguiu controlar, porque cada um contribuiu um pouco, é assim que trabalhamos. A participação de cada um é muito importante.”

P7: “- Acredito que o nosso trabalho só é satisfatório, porque temos a equipe completa. Todas da nossa equipe têm muita experiência com o programa. Então, isso ajuda muito nas tomadas de decisão. Como proceder com cada paciente, em cada complicação que ele tem. A gente aprende muito com esse convívio, principalmente quando fazemos trabalho em grupo. Acredito que a comunidade é a maior beneficiada.”

P8: “- A interação é boa. Temos feito consultas compartilhadas, cada profissional atua em sua área, achei que funcionou bem, e trouxe bons resultados. Às vezes até os pacientes elogiam. A comunidade ajuda muito também. Uma vez pedi um farmacêutico para trabalhar na casa com alguns pacientes, que a gente percebia que não tomava os medicamentos corretamente, a gente separa, mas sempre encontram alguma dificuldade que impede o bom tratamento. Às vezes é a falta de leitura, problemas de visão e até apoio familiar. Então só com o trabalho multiprofissional que o tratamento pode ser eficiente.”

Questão Norteadora 3: O que descaracteriza o processo de cuidado na Estratégia Saúde da Família?

P1: “- A principal complicação que nós temos, é a falta de tempo para cuidar desse paciente como ele deveria. Não temos muito tempo, as vezes precisamos correr com o processo e selecionar os que mais precisam de cuidado. A demanda espontânea na unidade toma muito do nosso tempo. Percebemos essa dificuldade quando os visitamos e apresentam alguma dificuldade. Claro, não é com todos, mas consigo perceber que alguns se perdem na demora e na falta de algumas atividades. A rotina é puxada e é desgastante para qualquer profissional.”

P2: “-Bom, o que descaracteriza são as limitações. Como infraestrutura, espaço. Ficamos limitados a muitas questões. O sistema é bom, mas não é perfeito. Posso te dizer com certeza, que, o que temos conseguido, é pela força de vontade da nossa equipe. Os desafios são muitos, os vencemos todos os dias. O fluxo aqui na unidade é muito e acaba que a equipe se torna pequena, para atender todos e conseguir fazer tudo que temos e queremos.”

P3: “- Pra ser sincera, acho que muita coisa. Muita coisa impede de fazer nossa função bem-feita. Ficamos presos, principalmente com a demanda espontânea. E nosso trabalho com o cuidado, principalmente com os assistidos pelo programa, não conseguimos atingir 100%. Os atendimentos e acompanhamentos são muito rápidos. Às vezes o médico não conseguir identificar e nem de explicar tudo direitinho. O que fazemos é reforçar a orientação, mas mesmo assim, alguma coisa fica a desejar.”

P4: “- Acho que nosso trabalho é bem feito sim, mas isso é pela dedicação que temos, porque sei que o que é preconizado pela Estratégia Saúde da Família não é satisfatório. As vezes fazemos campanhas fora do horário, e alguns atendimentos passam também do horário, pra poder atender todos, ou pelo menos, a maioria. A rotina aqui na unidade, acabamos que não conseguimos, porque a demanda é muita mesma. Principalmente em algumas épocas do ano. Em época de chuva e calor, quando os casos de dengue ficam críticos. Aqui sempre temos muitos problemas e casos de dengue. A cidade toda. A situação fica crítica.”

P5: “- O problema maior é o fluxo, que é muito intenso. Tínhamos que ter mais tempo para dedicar à promoção da saúde, as atividades de prevenção, acho que teríamos maior sucesso e um avanço maior na saúde. Mas o que acontece é que somos engolidos pela rotina, e a assistência fica um pouco a desejar. É claro que criamos alternativas, fazemos campanhas, projetos com parcerias, mas o que a Estratégia Saúde da Família exige, não conseguimos desenvolver 100%. Conseguir conciliar o atendimento de paciente eventual e os agendados. É desigual, quando terminamos de atender a demanda de atendimento eventual, já estamos esgotados, cansados e o atendimento aos pacientes que fizeram agendamento não é bom, sabe, não é por falta de interesse. É que o cansaço nos domina mesmo.”

P6: “- Acho que, o que descaracteriza é a intensidade da demanda que temos. A unidade é sempre lotada. E acho que, é uma realidade de todas as unidades do município. Claro também, sem falar na dificuldade de investimentos. Às vezes faltam materiais, medicamentos, temos que ficar remediando e adaptando com o que tem. Quando acontece os surtos de dengue mesmo, sempre falta medicação. Porque aí aqui fica superlotado. Nessas épocas, não conseguimos desenvolver nenhuma outra atividade. A unidade inteira só se dedica ao atendimento aos pacientes com suspeita de dengue.”

P7: “- Com certeza o que mais atrapalha é a falta de investimento. A população não vê, mas o descaso com a saúde é ainda maior. Falta muita coisa, sempre. Somos poucos profissionais, pra superlotação que temos aqui. A equipe não é completa, e a procura por atendimentos é intensa. Por isso não conseguimos desenvolver todas as atividades que queremos e que a Estratégia Saúde da Família exige. Fazemos muito planejamento em cima disso, tem muita coisa no papel, mas na hora de executar, sempre temos dificuldades, porque realmente falta tempo.”

P8: “- Então, nosso trabalho as vezes fica um pouco distorcido. Aqui deveria ser um ambiente para ações preventivas, de promoção e cuidado, mas a realidade é que fazemos mais serviço de pronto-socorro. É claro que fazemos os direcionamentos, dependendo do agravo. Acho que a promoção da saúde seria ainda melhor, se tivéssemos a oportunidade de orientar mais, e conseguir acompanhar mais o paciente. Poder entender e participar ainda mais do tratamento dele. As vezes não conseguimos. Tem vez, que a rotina está tão apertada, que o nosso foco fica mais só nos pacientes descompensados. Aqueles que não conseguem controlar, e que são sozinhos. Com esses, faça chuva, faça sol, estamos lá. Porque senão, um dia podemos chegar lá e ter uma notícia ruim, de uma complicação grave, ou até mesmo de óbito. Mas se tivéssemos tempo suficiente para acompanhar da maneira ideal, todos os pacientes, a Estratégia funcionaria muito melhor.”

Questão Norteadora 4: Quais são os cuidados da Equipe de saúde na organização e cuidado com a saúde? E dos pacientes do HiperDia?

P1: “- Nosso foco é sempre no paciente. A nossa rotina é muito focada na demanda espontânea. Mas de uns tempos pra cá, estamos conseguindo fazer um esquema de agendamento. O agendamento depende do paciente e das patologias que ele tem. Alguns são quinzenais, outros, mensal. Mas tem aqueles que a gente agenda toda semana. Isso controlou um pouco nossa rotina, mas mesmo assim, nosso grande problema é a demanda espontânea. Sobre os do HiperDia, além de acompanharmos nos programas, e nas visitas, também controlamos as consultas periódicas. Sempre tem aquele mais custoso, que é mais difícil de trazer aqui, mas a gente insiste e acaba conseguindo. Nesses casos o paciente sempre está desregulado, aí damos uma atenção maior, até conseguirmos controlá-lo.

P2: “- Temos a preocupação principal e de que eles passem por atendimento com regularidade, para fazer os exames, e a participação nas atividades da unidade. Enviamos convites nas casas, sempre que fazemos alguma atividade. A presença nem sempre é frequente. Mas, temos uma listinha para cada grupo. Por exemplo, os pacientes do HiperDia, fazemos estilo de uma frequência, se ele tiver muitas faltas, questionamos o motivo, e tentamos convencê-lo a participar novamente das atividades. Fazemos isso também com o grupo dos fumantes, tem o grupo das gestantes, e das mães. Para todos temos essa “frequência”. É interessante, e facilita o controle, e sempre que visitamos damos uma olhada para saber como está a frequência dele.

P3: “- Além das visitas domiciliares, fazemos as consultas também, e temos um relatório para cada paciente. O cuidado é com cada paciente mesmo. Nesse relatório criamos um perfil para cada paciente, com história pregressa, tipo de alimentação, doenças crônicas e pré-existentes, histórico familiar, e outros. Com esse relatório, podemos traçar um perfil de evolução. Quando temos esse relatório desde a infância, é interessante ver a evolução, as condições a que a pessoa foi exposta desde criança, e os tratamentos que já recebeu. Com os hipertensos e diabéticos, não é diferente, fazemos esse acompanhamento com eles também. Observamos como está a alimentação, peso e os níveis pressóricos. Incentivamos também a ida nas consultas médicas e que eles tragam os exames. Alguns fazem de 6 em 6 meses, outros só uma vez ao ano. Esses são os que a gente consegue estimular, porque alguns nem com a insistência trazem.

P4: “- O cuidado principal é com os resultados dos exames, conseguir controlar os índices na normalidade. No grupo do HiperDia que acontece mensalmente, fazemos a orientação no formato de uma palestra, com profissionais convidados, e com a equipe. Sempre trabalhamos assuntos referentes a hipertensão e o diabetes, mas as vezes vemos a necessidade de trabalhar algum assunto diferente. Como aconteceu no mês passado, falamos sobre obesidade, e foi interessante. Estamos planejando para o mês de setembro algo sobre depressão, enfim, ainda estamos discutindo isso. Às vezes pedimos para que algum deles liderem o dia, traga algum assunto de casa, e aí fazemos algo como um debate, eles gostam muito. A nossa preocupação é sempre atender e conseguir tirar todas as dúvidas, e também, fazer com que eles frequentem e participem da rotina da unidade. Com as consultas e exames sempre em dias.

P5: “- A equipe trabalha em conjunto. No cuidado de enfermagem, por exemplo, a gente trabalha mais a questão da orientação alimentar, dúvidas sobre as medicações. E a consulta médica é mais direcionado para a clínica né. Mas aí fazemos um revezamento, porque senão o médico não consegue acompanhar todos os pacientes. As consultas dele são sempre mais demoradas. A nossa grande preocupação também é com a busca ativa. Conseguir a participação de uma parte da comunidade que não participa, por isso não conseguimos acompanhar. Temos a grande maioria cadastrada, mas alguns a gente nunca, ou encontra raramente em casa. Mas deixamos bilhetinhos, fazemos convites, enfim, informamos de todas as nossas atividades. Acho que, conseguir 100% da participação da nossa área é que é o grande desafio.

P6: “- A equipe é muito motivada no cuidado. A gente trabalha junto, tem bastante recursos, as vezes falta uma coisa ou outra, mas conseguimos adaptar. Fazemos as visitas, grupos de apoio, orientações e tem os encontros do HiperDia. Aproveitamos eles aqui na unidade para fazermos as orientações e as consultas. Verificamos como está a pressão e a glicose, se eles estiverem em jejum, e como estão tomando a medicação. Acho que só não cuida mesmo, quem não quer. Tem alguns que não vem porque não conseguem, longe, e não andam direito, não tem quem traz. Já teve vez da gente até pegar o próprio carro para ir buscar um paciente que precisa de atendimento. Ligamos com frequência para saber como estão. As visitas para esses pacientes são mais importantes, porque senão não conseguimos controlar, e a atenção a eles tem que ser maior, então os auxiliares de enfermagem, e os agente comunitários e os médicos se

juntam e vão até na casa deles. A nossa preocupação é sempre dar essa atenção maior a esses com maior dificuldade de mobilidade.

P7: “- Como te disse, as visitas são a nossa principal ação, e com ela conseguimos alcançar esse cuidado. Tem as reuniões também e vez ou outra fazemos algumas campanhas. Como por exemplo no caso da dengue, para setembro estamos programando unir com outra unidade e fazer uma programação para o mês de combate ao suicídio. Falar um pouco sobre a depressão. Temos também a campanha do câncer de mama em outubro, que tem sempre uma participação muito boa. Para os pacientes do HiperDia temos foco maior no controle da pressão e da glicose, e também verificamos os medicamentos, se não estão acumulando, olhando a validade, e estão tomando diariamente, e principalmente se não estão trocando medicamentos com os vizinhos, acontece demais. Conferimos também a validade da receita, e se os remédios não estão interagindo com outros.

P8: “- O cuidado enquanto equipe é promover ações que visem o controle, a conscientização para o cuidado e acompanhar o paciente no dia-a-dia, ou pelo menos a mais frequente que conseguirmos. Pensar em estratégias para solucionar ou controlar alguma paciente que tem muito dificuldade. Como estamos em uma região carente, o nosso trabalho vai bem além do atendimento clínico. Promovemos ações para doação de cestas básicas, e se verificamos que falta algum item essencial, tentamos ganhar para aquela família. É assim com os pacientes do HiperDia também. Além de orientações o trabalho vai bem além de só controlar os exames e as medicações. As vezes eles conseguem se adaptar a dieta restritiva, por falta de grana, por não conseguir comprar outros alimentos que não seja o arroz, o feijão e o macarrão. Então tentamos ajudar nisso também, e adaptar o tratamento a realidade dele.

Questão Norteadora 5: Como é visão em relação aos recursos humanos disponíveis na sua unidade? É suficiente? Atende bem a demanda?

P1: “- Para ter um atendimento melhor, precisamos de mais funcionário. A rotina é muito cheia e sempre acumulamos funções. Para garantir um melhor atendimento e melhorar o controle de uso de cada paciente pelo menos a cada seis meses, mas não

conseguimos. Se tivéssemos mais profissionais, teríamos mais chances de acompanhar melhor cada um e poder cobrar a participação deles. Acho que deveria ter mais médicos, os que atuam aqui, podemos perceber que estão cansados, as enfermeiras também, a equipe toda, na verdade. Por isso o trabalho fica mais no automático. A população tem aumentado, a procura aumenta, mas os recursos humanos continuam os mesmos de anos. Além de que, o número de profissionais é quase o mesmo para todas as unidades, e não é levado em consideração a dimensão da assistência de cada unidade. Algumas unidades que tem demanda menor, tem a mesma quantidade de funcionários.

P2: “- É insuficiente. A demanda é muito alta. Acho que é preciso um olhar mais direto pra isso. Faltam muitas coisas, mas com certeza a falta de profissional é a mais crítica. Não é que falta por área de atuação, mas em quantidade. Se fossemos em maior número, teríamos a possibilidade de fazer um trabalho melhor e com mais resultados positivos. Os médicos sempre ficam saturados. Os agentes comunitários de saúde cansado e não conseguem visitar todos. O rodizio de visitas é sempre muito longo. Por isso focamos mais naqueles mais graves. Isso consome a equipe, e não podemos priorizar outros projetos. Acredito que o trabalho de prevenção poderia ser melhor se tivesse mais profissionais atuando aqui.

P3: “- Com certeza é insuficiente, e não atende bem a demanda. Falo que não atende bem, porque conseguimos um trabalho bem satisfatório, mas que não é um atendimento diferenciado. Já tivemos três médicos atendendo aqui, e não tinham horários vagos. Hoje estamos só com um. Então imagina como que o trabalho dele está desgastante. As consultas agendadas demoram mais de mês, por falta de vaga na agenda. Alguns problemas chegam a sofrer complicações, por causa da demora no atendimento. E quando chega o dia, a queixa nem mais a mesma, muitos pacientes relatam isso. Agendaram por um motivo, e até o dia da consulta o motivo já é outro. Outra dificuldade também é na substituição, na maioria das vezes não acontece. E acabamos ficando sem o profissional daquela área.

P4: “- Na minha opinião e da equipe inteira é, que é insuficiente mesmo. A nossa rotina é sempre cheia e cansativa, por isso temos dificuldade de fazer campanhas educativas e até de consultas também. A espera por vagas é longa. A demanda espontânea suga todo

o tempo e energia dos profissionais. É quase impossível desenvolvermos alguma atividade, sem ter que parar para atender. E é claro que isso compromete a atividade, principalmente as que são em grupo. Nossa deficiência maior é em relação aos auxiliares de enfermagem. Que aí poderia definir os setores de atuação. Sem que sobrecarregue um só. Acho que os resultados seriam outros.

P5: “- Nosso maior problema é a quantidade médicos e a permanência deles. A rotatividade é muito grande. E sabemos que o médico da família tem que acompanhar o paciente por muito tempo, conhecer todos os problemas e dificuldades do paciente para fazer um trabalho melhor. E enfermeiros também poderiam ser mais, que aí os enfermeiros podem ficar encarregados de informar toda a história pregressa das famílias. Sem contar, é lógico as substituições que não acontecem, se tem profissional de férias ou de licença, acumulamos as funções, a redistribuição nunca fica proporcional. Sempre fica um profissional com a carga maior que pode dar conta.

P6: “- Insuficiente, e não atende a demanda. Acho que dificilmente alguém vai falar que é suficiente né. A demanda é grande em todas as unidades que tenho maior contato. Falta agente comunitário, médico e enfermeiro, enfim, a saúde sempre vai ser melhor assistida se tivermos mais profissionais. Porque a população é grande, e a demanda sobrecarrega a todos. Temos pouca força na promoção da saúde. Nas campanhas educativas atingimos uma porcentagem pequena da nossa população. São sempre as mesmas pessoas que participam. Tínhamos que atingir um público maior, mas do jeito que trabalhamos não conseguimos. E a busca ativa é muito defasada. Tanto que a maioria de nós exerce atividades até depois do expediente. É a hora que temos tempo para visitas e nossas reuniões de planejamento.

P6: “- Acho que não é suficiente não. Temos muitas atividades, e poderíamos fazer mais outras e atingir mais pessoas. Mas o fato é que não temos tempo. O agente comunitário é o que está mais defasado aqui, sua função é muito importante, para se trabalhar a saúde da família. É muito difícil não poder contar com esse profissional. A falta que faz é grande. Sinto que seria melhor para a comunidade se tivesse mais investimento nesse setor. A gestão pública precisa olhar com mais atenção para as unidades de saúde, tínhamos que ter mais crédito e melhores condições de trabalho.

P7: “- Com certeza os atendimentos seriam melhores se tivéssemos mais profissionais. O atendimento as micro-áreas que estão descobertas, poderíamos fazer mais atividades com eles e conseguir melhores resultados. As vezes temos casos de agravos, por causa da demora e todo tempo entre uma visita e outra. A equipe toda fica abalada quando ficamos sabendo que a dona Cecília teve que ser internada, por causa de um AVC. Acompanhávamos ela direitinho, mas não foi suficiente. E como foi o caso dela, tem muitos outros. Muitos agravos poderiam ser evitados. Não só oferecer o atendimento quando o paciente fica complicado, sabe, evitar mesmo, que ele tenha complicações.

P8: “- Agora mesmo estamos vivendo essa dificuldade, uma de nossas colaboradoras está de férias, tivemos que distribuir as funções dela. E logo a moça da limpeza também vai tirar férias, e vamos ter que pensar em uma próxima estratégia. É assim sempre. Mas vamos lidando com essas situações do dia-a-dia. O bom é que cada um entende esse problema, e aí cada uma ajuda o outro na sua tarefa. Todo mundo aqui sabe fazer de tudo. É claro que algumas funções não dão pra distribuir, como a atendimento do médico e da enfermeira mesmo, mas a gente se adapta. Mas até os pacientes entendem o quanto estamos cansados e exaustos.

APENDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo/pesquisa intitulado POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROGRAMA DE CONTROLE A HIPERTENSÃO E DIABETES EM IPORÁ conduzida pela mestrandia em Desenvolvimento Regional Joyce Ribeiro do Carmo. Este estudo tem por objetivo. Este estudo tem, então, por interesse, investigar as Estratégias Saúde Da Família na medida em que consiste em uma política pública na área de saúde. O objetivo geral deste estudo é analisar as Estratégias Saúde Da Família para controle de HAS e DM no município de Iporá.

Você foi selecionado (a) por critério de seleção do estudo, esclarecido de forma acessível. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

O consentimento em participar dessa pesquisa, os possíveis riscos da participação no estudo, será a utilização de suas iniciais e cargo que ocupa e transcrição das informações fornecidas. A participação nesse estudo não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em atingir os objetivos propostos, identificar e caracterizar a percepção da Equipe de Saúde da Família sobre o programa Estratégias Saúde Da Família e sobre o programa de controle de HAS e DM, a entrevista será feita pela mestrandia Joyce Ribeiro, na unidade de saúde da família, escolhida segundo os critérios de inclusão, com duração de 20 minutos cada entrevista, estando presente apenas os entrevistados e a pesquisadora, a entrevista será gravada e posteriormente transcrita para ser utilizada na pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Contatos do pesquisador responsável: Joyce Ribeiro do Carmo, Coordenadora do curso de Farmácia, da Faculdade de Iporá, residente na Rua H, esquina com Avenida Mato Grosso, s/n, Bairro Mato Grosso; email joyce.ribeiro21@gmail.com; Tel: 064 9.92816973

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Iporá, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____