

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Nara Rosa Rocha

**Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de diabetes mellitus
atendidos pelo TEIAS Escola Manguinhos**

Rio de Janeiro

2016

Nara Rosa Rocha

**Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de diabetes mellitus
atendidos pelo TEIAS Escola Manguinhos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pósgraduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública - subárea de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R672i Rocha, Nara Rosa

Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de Diabetes Mellitus atendidos pelo Teias Escola Manguinhos. / Nara Rosa Rocha -- 2016.

145 f. : tab. ; graf.

Orientador: Vera Lucia Luiza
Luísa Arueira Chaves

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Diabetes Mellitus - terapia. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Assistência Farmacêutica. 4. Acesso a Medicamentos. 5. Itinerário Terapêutico. 6. Preparações Farmacêuticas - provisão & distribuição. I. Título.

CDD - 22.ed. – 615.1098153

Nara Rosa Rocha

**Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de diabetes mellitus
atendidos pelo TEIAS Escola Manguinhos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pósgraduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública - subárea de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 07 de abril de 2016

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista, ENSP

Prof.^a Dr.^a Elisangela da Costa Lima Dellamora, UFRJ

Prof. Dr. Thiago Botelho Azeredo, UFRJ

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza, ENSP

Rio de Janeiro

2016

Dedico este estudo aos diabéticos
que se doaram nos seus relatos
na esperança de melhor qualidade de vida
para eles e para todos os diabéticos.

AGRADECIMENTOS

À Vera Lucia Luiza, minha orientadora, que me recebeu de braços abertos, pela disponibilidade, atenção e disposição em me orientar. Muito obrigada por tornar este sonho possível.

À minha auxiliar de orientação, Luísa Arueira Chaves, pela dedicação em me orientar. Obrigada por ter sido sempre solícita e dedicada.

Aos meus pais, por todo apoio e suporte. Sem o apoio de vocês, minha trajetória teria sido muito mais difícil. Muito obrigada pelo incondicional aconchego da minha alma. Ao meu irmão, minha cunhada e meu sobrinho pelo apoio e carinho.

A minha amiga-irmã Olívia que sempre me acolheu em todas as etapas do mestrado. Obrigada por caminhar comigo lado a lado.

E ao meu marido, Gustavo, que conheci no meio do caminho do mestrado e me trouxe a leveza e paz. Obrigada por todo amor, carinho e conforto que você me dá.

Às coordenadoras do curso, Profa. Cristiani Vieira Machado e Profa. Sheyla Maria Lemos Lima, e a todos os professores pelos conhecimentos compartilhados.

Aos meus colegas de turma do mestrado em Saúde Pública, em especial aos da minha área de concentração, Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Vivemos o primeiro ano de intensos estudos e muitas disciplinas juntos. Mesmo com todas as responsabilidades e receios, sempre, a cada aula e a cada encontro, muitos sorrisos e abraços calorosos e verdadeiros. Nossa turma é realmente muito especial e sinto-me sortuda por estar nela. Agradecimento especial àqueles que se tornaram mais que amigos, àqueles no qual chamávamos de família: Carla Carruba, Naila Pereira, Willian Iván Cardenas, Camilla Castro, Marta Sanchy e Pedro Arêas Junior. Agradeço a vocês todo companheirismo, estudos, conselhos, conversas e passeios. Agradeço também, às minhas grandes amigas do mestrado Milena Junqueira e Natália Pfeil.

Agradeço aos meus amigos de Divinópolis-MG, que sempre torceram por mim. E também aos meus novos amigos do Rio de Janeiro que me apoiaram neste percurso.

À Isabella Koster, articuladora de ensino e pesquisa no TEIAS Escola Manguinhos, pelo imenso carinho e receptividade na entrada do campo de pesquisa. Pela atenção e preocupação em me ensinar a ferramenta do prontuário eletrônico, e ainda me apresentar e introduzir ao campo de pesquisa.

Aos profissionais da CFVV e CSEGSEF, principalmente aos ACS e à gerente da CFVV. A ajuda dos ACS tornou possível a realização da pesquisa no âmbito domiciliar dos

entrevistados, intuito importante para melhor caracterização destes e para maior aproximação entre entrevistados e pesquisadora.

Aos entrevistados, por dividir comigo o viver com diabetes e abrir as portas para sua realidade. Obrigada pelos minutos e palavras doadas de coração. Espero responder à altura. Minha eterna gratidão.

*Todo caminho da gente é resvaloso.
Mas também, cair não prejudica demais
A gente levanta, a gente sobe, a gente volta!
O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
Esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa,
Sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
Ser capaz de ficar alegre e mais alegre no meio da alegria,
E ainda mais alegre no meio da tristeza...*

GUIMARÃES ROSA, 1994, p. 449.

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é um relevante problema de saúde pública, requerendo cuidados e ofertas de serviços constantes de modo integral. Tem merecido um conjunto de estratégias do Sistema Único de Saúde, o que inclui a oferta de medicamentos gratuitos. Apesar de alto acesso geral a medicamentos, existem evidências de problemas enfrentados pelos usuários. O estudo de itinerário terapêutico permite saber quais são os recursos realmente disponíveis aos usuários, as barreiras e falhas de acesso. Este estudo teve como objetivo descrever o itinerário terapêutico percorrido por diabéticos moradores de Manguinhos para obtenção de cuidados em saúde e de medicamentos, identificando as principais estratégias empregadas para enfrentar as barreiras existentes. Tratou-se de estudo predominantemente qualitativo, com aplicação de entrevistas semiestruturadas a doze diabéticos insulinizados, dois por equipe da Clínica da Família Victor Valla (CFVV). Complementarmente foram consultados prontuários clínicos além de consultada base de dados secundários e realizada entrevista com a gerente da CFVV para levantamento de dados epidemiológicos e para mapear a oferta de serviços aos diabéticos no território. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática. A representação do diabetes como a doença das restrições da liberdade foi apresentada pelos entrevistados, sobretudo por ser uma doença que exige mudança de atitudes. O diabetes representou perda da qualidade de vida e autonomia. A família era a principal fonte de apoio. A CFVV representou eixo do cuidado. O acesso a serviços especializados foi referido como dificultoso e demorado. Como principais estratégias para lidar com essas barreiras foram: busca pelo atendimento privado, espera, desistência do tratamento e acionamento da rede social. Foi referida boa disponibilidade para medicamentos da Atenção Básica (AB) e ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) de modo a complementar o acesso. Todavia, quando o medicamento não estava disponível gratuitamente, o ato de desembolsar dinheiro significava deixar de comprar alimento, receber ajuda de parentes e amigos, e até a interrupção do tratamento. O uso de medicamentos contínuo representou um processo complexo. A partir do conhecimento e do aprendizado da doença, ajustes de dose e modificações da prescrição médica foram relatados pelos entrevistados. Por meio do estudo do itinerário terapêutico foi possível conhecer as decisões quanto a busca por serviços de saúde e medicamentos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Acesso aos Serviços de Saúde, Assistência Farmacêutica, Acesso a Medicamentos, Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a public health problem, highly prevalent in Brazil, a significant cause of death, disability and hospitalization. It requires constant care and services delivery in a comprehensive approach and the Brazilian National Health System (SUS) has elaborated a set of strategies, which include the provision of free medicine. Despite a generally high access to medicines, there is evidence that users face several problems. Studying the therapeutic itinerary allows a relevant understanding of the availability of resources are actually obtainable to users, and what represents barriers and failures to access. This research aimed at describing the therapeutic itinerary done by diabetic residents of Manguinhos to obtain medical care and medicines, identifying the main strategies to overcome existing barriers. It was predominantly qualitative study, applying semi-structured interviews to twelve insulinized diabetics, two per team of Victor Valla Family Clinic (CFVV). Clinical records were consulted. Bardin's thematic content analysis was applied for data analysis. To provide the epidemiological survey data and to map the delivery of services to people with diabetes, secondary database was used and the manager of Family Clinic Victor Valla was interviewed. The interviewees represented diabetes as a diseases associated with restrictions of freedom, mainly related to the fact that the disease demands changing attitudes. Diabetes was represented as the loss of quality of life and autonomy. Family was identified as the primary source for support. Family Clinic Victor Valla was axis of the care. Access to specialized services were reported as difficult and longstanding. The main strategies related to withstand these barriers consisted of searching for private care, waiting, abandoning treatments and activating a social network. Interviewees reported good availability for drugs of Basic Care (AB) and the Farmácia Popular do Brasil program to complement access to medicines. However, when the drug was not available in the basic care unit; purchasing them meant spending money destined for food on medicine, receiving help from relatives and friends and even deciding for the discontinuation of treatment. According to the interviewees, the continuous use of medication was regarded as a complex process. From the knowledge and learning of the disease, dose adjustments and modifications of medical prescriptions were reported. The study of the therapeutic itinerary allowed to comprehend the modalities patients make decisions and search for health services and medicines.

Keywords: Diabetes Mellitus, Access to Health Services, Pharmaceutical Service, Comprehensive Health Care, Access to Medicines, Therapeutic Itinerary.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Desenvolvimento de uma análise segundo Bardin (2011).....	68
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Equipes de Saúde da Família em atuação no Programa Território Integrado de Atenção à Saúde – (TEAIS Escola Manguinhos) segundo as áreas de responsabilidade, 2013.	57
Quadro 2: Rede de Assistência à Saúde no Programa Território Integrado de Atenção à Saúde – (TEAIS Escola Manguinhos) segundo serviços de saúde e parcerias para a promoção da saúde.	58
Quadro 3: Nomes das Equipes de Saúde da Família antes e após a (re)territorialização 2014/2015. Manguinhos, 2016.	58
Quadro 4. Perguntas norteadoras e eixo de investigação.	71
Quadro 5. Categorias e Subcategorias da Análise de Conteúdo.	72
Quadro 6: Caracterização sociodemográfica dos entrevistados segundo aspectos selecionados. Município do Rio de Janeiro, 2015.	80
Quadro 7: Roteiro da entrevista por blocos temáticos.	141

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantitativo de diabéticos (diagnosticados e que se auto referem diabéticos) e número e porcentagem de consultas nos últimos 12 meses por equipe da ESF.....75

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAD	Cetoacidose diabética
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CAS	Complexo de Atendimento à Saúde
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CSF	Clínica de Saúde da Família (CSF)
CHP2	Conjunto Habitacional PROV 2
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
CSFVV	Clínica de Saúde da Família Victor Valla
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
DST/AIDS	Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
EGP-RIO	Escritório de Gerenciamento de Projetos da Casa Civil
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe da Estratégia Saúde da Família
FINDRISC	Finnish Type 2 Diabetes Risk Score
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC	Fundação de Apoio
HbA1c	Hemoglobina Glicada
IDF	International Diabetes Federation

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LADA	Latent Autoimmune Diabetes In Adults
LME	Listas de Medicamentos Essenciais
MEV	Mudanças de Estilo de Vida
MODY	Maturity Onset Diabetes Of The Young
MS	Ministério da Saúde
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
QUALIFAR	Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SAIS	Sistema Avançado de Informações na Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS	Território Integrado de Atenção à Saúde
TRIPS	Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	21
PERGUNTA DE ESTUDO.....	22
OBJETIVOS.....	23
Geral	23
Específicos.....	23
REVISÃO DA LITERATURA	24
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	24
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	26
ACESSO.....	30
Utilização de serviços de saúde	33
ACESSO A MEDICAMENTOS.....	35
DIABETES MELLITUS	39
Linha de cuidado à pessoa portadora de DM no município do Rio de Janeiro	41
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	47
Abordagens sobre o itinerário terapêutico.....	48
CONTEXTO DO ESTUDO	54
REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MANGUINHOS	56
DIABETES MELLITUS EM MANGUINHOS.....	59
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	61
SELEÇÃO DOS SUJEITOS, INFORMAÇÕES DE INTERESSE E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61
ASPECTOS OPERACIONAIS.....	63
TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE	67
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	74
RESULTADOS	75
O DM NA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA	75
A OFERTA DE CUIDADO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA.....	76
SOBRE OS PACIENTES.....	79
CONVIVER COM DIABETES	82
ENFRENTAMENTO E ESTRATÉGIAS – RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	91

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO PARA ACESSO A MEDICAMENTOS	101
DISCUSSÃO	111
Limitações do estudo	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
APÊNDICE 1. TERMO DE ANUÊNCIA PARA ACESSO A DADOS DOS PRONTUÁRIOS	132
APÊNDICE 2. TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	133
APÊNDICE 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TESTE-PILOTO DA ENTREVISTA COM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS	134
APÊNDICE 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A ENTREVISTA AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS	136
APÊNDICE 5. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL DA UBS	138
APÊNDICE 6. INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO	140
APÊNDICE 7. ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PORTADORES DE DIABETES ATENDIDOS PELO TEAIS-ESCOLA-MANGUINHOS	141
APÊNDICE 8. ENTREVISTA PARA CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS E SEU CONTEXTO SOCIOECONÔMICO	143
APÊNDICE 9. ROTEIRO DA ENTREVISTA COM RESPONSÁVEL PELA CFVV	144

INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um dos direitos humanos fundamentais e envolve a garantia de acesso a serviços de saúde, dentre estes, o acesso a medicamentos. No Brasil, este conjunto de direitos está consolidado como um dever do Estado na carta constitucional (BRASIL, 1988, 1990).

Esses serviços e ações são norteados por princípios e diretrizes como universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência à saúde, participação da comunidade, descentralização com direção única em cada esfera de governo e integralidade da assistência. Este último é entendido como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1988, 1990).

As ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) são ofertados por uma rede regionalizada e hierarquizada e em complexidade crescente. Os serviços de atenção primária devem estar amplamente distribuídos no território e os especializados (secundário e terciário) mais concentrados de modo a atender a população da região adstrita, de forma que os usuários do serviço de saúde transitem em diferentes níveis de atenção e tenham sua necessidade de saúde resolvida. E de modo contínuo, ao retornar à UBS após atendimento em serviços especializados, os usuários possam ser acompanhados (GIOVANELLA, 2012).

Starfield (2002) define quatro atributos da atenção primária à saúde (APS): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A atenção ao primeiro contato tem relação com a percepção do acesso pelo usuário e seu reflexo na utilização do serviço. Longitudinalidade corresponde ao seguimento do cuidado do usuário ao longo do tempo e o vínculo com a unidade de saúde. Integralidade implica no atendimento de todos os tipos de serviços de atenção à saúde, seja curativo, preventivo, diagnóstico, na atenção especializada ou no domicílio, para problemas orgânicos ou sociais. Coordenação (integração) da atenção é a continuação da atenção relacionada ao processo do cuidado.

O acesso não é apenas a disponibilidade do serviço, envolve aspectos socioeconômicos e culturais, as necessidades e sua percepção pela população e as

características da prestação dos serviços. O acesso está entre a prestação oferecida de serviços ou produtos e o seu consumo só se concretiza após utilização (BERMUDEZ; LUIZA, 2004).

A questão do acesso a medicamentos é reconhecida como questão chave do cuidado em saúde e ganha cada vez mais relevância no cenário mundial (BERMUDEZ; LUIZA, 2004). Medicamento é um instrumento terapêutico e um bem de consumo essencial para a recuperação e preservação da saúde. O seu acesso é fundamental para eliminação da causa de doenças e para a preservação da vida (OLIVEIRA; BERMUDEZ; CASTRO, 2007). Assim, deve ser valorizado nas políticas de saúde como um objetivo a ser atingido por todas as nações. Além disso, o medicamento, quando usado de modo correto, é um recurso terapêutico de grande valor (OPAS/OMS; MS, 2005), com impacto definitivo na evolução e /ou desfecho da maioria das doenças.

Apesar dos medicamentos estarem inseridos no cuidado à saúde, o evento marcador do acesso é mais amplo do que o momento de seu fornecimento, pois não termina na oferta física ou financeira, e sim no uso para a resolução ou manejo do problema de saúde. Assim, a avaliação do acesso aos medicamentos guarda particularidades em relação à avaliação do acesso aos serviços de saúde (BERMUDEZ; LUIZA, 2004)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) marca a importância de que o acesso aos medicamentos essenciais seja definido do ponto de vista do usuário do serviço, o qual deve obtê-los com um deslocamento razoável, ou seja, a uma distância geográfica acessível, os produtos devem estar prontamente disponíveis fisicamente e com qualidade nas unidades de saúde e acessíveis financeiramente (WHO, 2000).

O Brasil conta, desde 1998, com uma Política Nacional de Medicamentos (PNM) e desde 2004 com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) que firmam o compromisso com a garantia do acesso a medicamentos de qualidade e a promoção do uso racional. Atualmente o financiamento da Assistência Farmacêutica (AF) está estabelecido no âmbito do Pacto pela Saúde no Bloco de Assistência Farmacêutica. Foram redefinidas as responsabilidades das esferas de governo, sendo o Bloco de Assistência Farmacêutica dividido em três componentes: básico, estratégico e especializado (VIEIRA; ZUCCHI, 2013). O financiamento público de medicamentos ocorre também por mecanismo de subsídio pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado em 2004. Em 2006, o programa foi expandido para a incorporação de convênios com farmácias privadas e em 2011 um

subconjunto de itens para hipertensão, diabetes e asma passou a ser integralmente financiado pelo PFPB com coparticipação zero pelos usuários.

Essas e uma série de outras iniciativas têm sido empreendidas para a melhoria do acesso aos medicamentos no Brasil. Não obstante, têm sido crescentes os gastos dos usuários e do governo com medicamentos.

Os gastos do governo para distribuição gratuita de medicamentos teve aumento de 144% entre 2003 e 2007 (PINTO et al., 2010). Apesar disso, BOING et al. (2013) demonstraram que apenas 45,3% dos usuários atendidos no SUS tiveram suas receitas integralmente atendidas no próprio sistema. O fornecimento de medicamentos de maneira universal pelo SUS gera equidade de acesso. Quando se avaliava a aquisição de medicamentos não fornecidos pelo SUS, verificou-se a dificuldade de acesso, demonstrando a dependência do setor público como principal alternativa para viabilizar o tratamento, que apesar do copagamento, os gastos com medicamentos da população mais pobre impedem seu acesso.

No caso dos usuários, os medicamentos são o principal componente do gasto com saúde, sendo que as famílias com menor renda têm maior parcela do orçamento comprometida na aquisição de medicamentos, manifestando as desigualdades na distribuição de renda no Brasil (IPEA, 2013). Essa população mais pobre é a mais vulnerável ao gasto catastrófico, com comprometimento de suas necessidades básicas para adquirir medicamentos (PANIZ et al., 2008).

No caso do acesso aos cuidados de saúde, em um estudo de O'DWYER et al. (2009), que avaliou os serviços de emergência de hospitais do programa QualiSUS, foram enumerados como problemas nos serviços de emergência: a superlotação constante devido principalmente a baixa resolubilidade da Atenção Básica (AB), em alguns hospitais os usuários são internados sentados em bancos e em um hospital, usuários podem ser internados no chão; escasso recurso para atender a demanda; longo tempo de espera por atendimento, variando de vinte minutos a quatro horas.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de alta prevalência no país. É um importante problema de saúde pública que tem merecido um conjunto de estratégias do SUS, que incluem a oferta de medicamentos e insumos tanto no modelo tradicional de provisão gratuita nas unidades públicas de saúde, quanto na Farmácia Popular. O DM requer cuidados e ofertas de serviços constantes de modo integral, não só limitado ao acesso, mas sobretudo garantindo a resolubilidade das necessidades.

A busca pelos cuidados de saúde, os caminhos percorridos pelo usuário para solução do problema de saúde, podem ser analisados através do conhecimento de seu itinerário terapêutico (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012). O itinerário terapêutico é a trajetória de procura pelos serviços de saúde e inclui cuidados caseiros, práticas religiosas, todas as decisões e ações que o sujeito toma com o objetivo de ter alguma solução para seu problema de saúde (CABRAL et al., 2011).

Crenças, tradições, percepções, experiências, hábitos de vida e relações de poder, todo o complexo cultural e social em que o indivíduo está inserido influencia a construção do itinerário terapêutico. O itinerário terapêutico é um conjunto de práticas individuais e socioculturais, não abrangendo somente a área médica (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012). Segundo Matosinho e Silva (2007), a ação de busca por cuidados depende da percepção da doença e da presença de sinais e sintomas, além de como a doença influencia a vida da pessoa. Envolve a interpretação que a pessoa faz de seu contexto, os caminhos escolhidos para o serviço de saúde, religiosidade, práticas alternativas e do uso de medicamentos. Pode ser influenciado pelos vários grupos e pessoas com diferentes opiniões a respeito da doença e qual tratamento a pessoa deve seguir, pela disponibilidade de recursos, pelo contexto em que vive, os agentes de cura que conhece, etc. São múltiplos caminhos e uma pluralidade de interpretações, em constante avaliação e podem mudar ao longo do percurso (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

No caso do DM, frente ao prognóstico de que a doença não tem cura e seu manejo envolve mudanças de hábitos de vida implica em que a pessoa, assim como sua família, terá de conviver a doença (MATTOSINHO; SILVA, 2007).

Cabral et al. (2011) apontam que os estudos de itinerário terapêutico no cuidado à saúde no país são recentes. Os referidos autores realizaram um levantamento produção científica nacional do tema no período de janeiro de 1989 a dezembro de 2008 e apontam que, com exceção de um estudo de 1993, os estudos foram produzidos de 2000 a 2008, período correspondente ao de implantação de modelos assistenciais mais próximos à realidade com a ênfase da APS como norteadora do cuidado.

Conhecer o itinerário terapêutico permite o adequado acolhimento do usuário e promoção da saúde, conhecendo como é e por que o plano terapêutico não é seguido ou como é seguido, para conhecer o porquê de internações hospitalares e abandono de tratamento, tem impacto no sistema de atenção individual e coletivo (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Assim, conhecer o itinerário terapêutico dos usuários pode ajudar a esclarecer processos decisórios tomados pelos usuários e que podem ter relação com o uso racional de medicamentos, assim como conhecer melhor as barreiras enfrentadas tanto para obter acesso aos medicamentos quanto aos cuidados em saúde e as estratégias empregadas pelos usuários para superá-las.

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O DM é um problema de saúde que atinge grande parte da população e é uma doença crônica que apresenta alto custo social, econômico e psicológico. O cuidado deve ser realizado de modo integral, articulando os diferentes níveis de complexidade. Deve ser pautado na prevenção das complicações de modo a evitar internações e retardar comorbidades, preservando o tempo e a qualidade de vida. O tratamento exige acompanhamento permanente dos usuários, por isso a importância de um atendimento articulado e integrado.

Os medicamentos específicos para o tratamento de DM são de uso contínuo e visam a redução ou controle da glicemia. O DM 2 é o mais frequente dos tipos existentes. Acomete principalmente adultos e idosos, grupo etário usualmente portador de diferentes doenças e consequentemente mais medicalizado. Assim, os portadores de DM requererão cuidados em saúde e medicamentos não apenas os específicos da doença de base, mas também para abordagem das comorbidades e de outras doenças próprias do processo de envelhecimento. O acesso aos medicamentos e seu uso racional entram, assim, como pilar do sucesso da terapia. A dificuldade de acesso é um dos fatores que pode levar à baixa adesão ao tratamento, consequentemente a complicações.

Conhecer o itinerário terapêutico permite saber quais recursos realmente estão disponíveis aos usuários, quais as falhas de acesso a medicamentos, quais as necessidades de saúde não atendidas e quais as consequências que todos esses fatos têm sobre o uso racional de medicamentos, ao aparecimento de agravos, a não adesão ao tratamento e a internações hospitalares. Esse conhecimento permite um planejamento para a oferta de um itinerário mais racional tendo em vista a realidade dos serviços e dos usuários.

Manguinhos, território da zona norte do município do Rio de Janeiro, campo proposto para a realização de pesquisa, é um território de iniquidades sociais e que concentra população de baixa renda (LTM, 2014). O território conta com o Programa Território Integrado de Atenção à Saúde – TEIAS-Escola Manguinhos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio

Arouca, um território escola responsável pela gestão da atenção primária de saúde através de contrato celebrado entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), a Secretaria Municipal de Saúde e a Defesa Civil do Rio de Janeiro. Tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ordenador do sistema de saúde local, o que permite identificar as principais dificuldades dos usuários portadores de Diabetes Mellitus para obtenção de cuidado em saúde e de medicamentos.

PERGUNTA DE ESTUDO

Qual o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários diabéticos moradores de Manguinhos para obtenção de cuidado em saúde e medicamentos e quais as principais estratégias para enfrentar as barreiras.

OBJETIVOS

Geral

Descrever o itinerário terapêutico percorrido por usuários diabéticos moradores de Manguinhos para obtenção de cuidado em saúde e de medicamentos, identificando as principais estratégias empregadas para enfrentar as barreiras existentes.

Específicos

- Descrever o perfil epidemiológico do Diabetes Mellitus no TEIAS Manguinhos;
- Mapear a oferta de cuidado para o Diabetes Mellitus no TEIAS Manguinhos;
- Descrever o itinerário terapêutico, o acesso a medicamentos e estratégias de busca de cuidados, identificando e analisando as principais dificuldades dos usuários portadores de Diabetes Mellitus moradores de Manguinhos.

REVISÃO DA LITERATURA

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Ministério da Saúde (MS) (2010), ao estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a define como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MS, 2010).

As RASs devem ser estruturadas de modo a atender a condição de saúde específica de modo completo, contínuo e integral. Contínuo nos diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária à saúde) e integral abrangendo as diversas ações de saúde (promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011)

A estrutura operacional é composta por cinco componentes: o *centro de comunicação* (que é a APS); os *pontos de atenção à saúde secundários e terciários*; os *sistemas de apoio* (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os *sistemas logísticos* (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o *sistema de governança* (gestão dos pontos mencionados acima de modo a articula-los à missão, visão e objetivos comuns da rede). O centro de comunicação, os pontos de atenção à saúde secundários e terciários e os sistemas de apoio são os nós da rede que se comunicam através dos sistemas logísticos (MENDES, 2011).

Visando otimizar a atenção à saúde, as RASs ora dispersam (no caso dos de menor densidade tecnológica, por exemplo, os serviços de APS), ora concentram serviços (os de maior densidade tecnológica, hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc.). Essa combinação de pontos de atenção à saúde com distribuição espacial de equipamentos de diferentes densidades tecnológicas e um sistema de apoios é organizada sem hierarquia (compondo uma poliarquia ou redes em malha) e de modo horizontal. Os diferentes pontos devem estar interligados entre si, com menos barreiras aos serviços de saúde de maior densidade tecnológica, possibilitando comunicação, maior acesso e melhor fluxo dos usuários dentro dessa rede (MENDES, 2011).

Um dos fundamentos para a construção social das RASs é o acesso, ponto central para o desenho da rede. São também fundamentos importantes à economia de escala, a disponibilidade de recursos, a qualidade dos serviços e a integração horizontal e vertical (MENDES, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011), a AB deve ser o contato preferencial dos usuários para os demais serviços de saúde da rede. A AB deve atender às condições de saúde mais frequentes e relevantes em seu território por meio de tecnologias de elevada complexidade e variadas. Envolve ações, individuais ou coletivas, de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O conhecimento sobre população adstrita é fundamental e envolve vários processos como: territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação das famílias por riscos socio sanitários, a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do ESF, a identificação de subpopulações com fatores de risco, a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011). Atender a necessidade de saúde significa, dentre outras questões, a criação de vínculo o menos perecível possível, a garantia da longitudinalidade por meio de linhas de cuidado, a orientação ao usuário para o seu percurso na RAS e a otimização dos recursos para obtenção de melhor acesso e para aproveitamento e incorporação de tecnologias (SILVA, 2011).

A AB é pautada por práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária. Envolve o reconhecimento dos indivíduos em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011)

Desta maneira, a APS tem função de reorientadora da política de saúde no Brasil. Atua como coordenadora do cuidado e eixo ordenador de toda a RAS (MENDES et al., 2014). A ESF visa ao fortalecimento da APS como “porta de entrada” aos serviços de saúde e traz consigo conceitos, práticas e tecnologias para atender a população, respeitando princípios

como universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

As atividades relacionadas a medicamentos que visam apoiar as ações de saúde da comunidade são parte do conceito de AF definido pela PNM. Completando esta definição, AF é um grupo de atividades multidisciplinares essenciais para programas e serviços de saúde que envolve vários profissionais, usuários dos serviços e comunidade. Constitui-se de diversas etapas, tais como abastecimento, conservação, controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica, acompanhamento e avaliação da utilização, obtenção, difusão de informações e educação permanente dos envolvidos de forma a assegurar o uso racional de medicamentos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; CASTRO, 2007; BRASIL, 1998).

A garantia de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, com qualidade, segurança e eficácia, a promoção do uso racional, o desenvolvimento industrial e o desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos são diretrizes preconizadas pela política de medicamentos brasileira. A PNM traz a necessidade de reorientar a AF de modo a não se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos (MARIN et al., 2003; BRASIL, 1998). A reorientação da AF compreende as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A PNAF deve nortear a formulação de políticas setoriais para garantir a intersetorialidade do SUS e que envolvam o setor público e privado para atenção à saúde e a descentralização da sua gestão do SUS entre as diferentes esferas de governo (BRASIL, 2004).

Dentro do contexto da AF, a Atenção Farmacêutica envolve estrutura, recursos humanos, tecnologias, atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades, devendo ser integrada à equipe de saúde e respeitando as concepções dos seus sujeitos, as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. A AF também envolve ações referentes à Farmácia Clínica, uma prática farmacêutica de interação direta entre farmacêutico e usuário com o objetivo de melhorar a qualidade de vida através de uma farmacoterapia racional. Deste modo, a AF tem como foco o benefício do usuário em um determinado contexto social (MARIN et al., 2003; BRASIL, 1998, 2004).

A visão da AF como intersetorial e multidisciplinar se concretiza no Ciclo de AF no qual envolve seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e utilização de medicamentos. Permeando o ciclo estão as atividades de planejamento, gestão, organização, financiamento, recursos humanos, informações, monitoramento e avaliação. As atividades de desenvolvimento, produção e registro de fármacos e medicamentos pelo sistema de saúde são atividades não incluídas no ciclo, porém são de suma importância (MARIN et al., 2003).

Apesar da definição ampla de AF, ela continua fragmentada e com uma supervalorização das atividades dos ciclos logísticos e subvalorização do componente da Farmácia Clínica (MARIN et al., 2003). Algumas explicações para este fato são atribuídas aos aspectos da formação dos profissionais farmacêuticos insuficiente para exercício da Farmácia Clínica, a visão do medicamento como bem de consumo e não como ferramenta terapêutica essencial à saúde, a prática profissional ser voltada mais para questões técnicas das atividades de AF e a visão errada de que o foco da AF é o medicamento e não os usuários do sistema de saúde. A valorização da Farmácia Clínica inseriria o farmacêutico na equipe de saúde e fortaleceria o vínculo com os usuários do sistema, além de trazer maiores benefícios clínicos (MENDES, 2011).

Outra diretriz da reorientação da AF é a descentralização da sua gestão. Esta foi marcada por esforços para um sistema de saúde com responsabilidades e ações compartilhadas entre três esferas de governo através do repasse fundo a fundo (MENDES et al., 2014). A partir dessa diretriz os municípios passaram a gerir o financiamento e a aquisição de medicamentos essenciais fornecidos na AB (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

O Pacto pela Saúde (Portaria GM 399/2006) trouxe como princípios gerais do financiamento do SUS a responsabilidade das três esferas de gestão; redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, considerando as dimensões étnico-racial e social; repasse fundo a fundo; e o financiamento com recursos federais organizados e transferidos a estados e municípios em blocos de financiamento, entre os blocos está o Bloco da Assistência Farmacêutica. O Pacto pela Saúde define a organização do Bloco de AF em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado, garantindo medicamentos, insumos e a organização da AF conforme a organização de serviços de saúde de modo a atender às necessidades integralmente na rede de serviços do SUS (MS, 2006a).

Para firmar o financiamento das ações e serviços do SUS em blocos de custeio e os seus componentes, considerando as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde 2006, foram publicadas as portarias 698/2006 e 204/2007. A Portaria 698/2006 afirma que o custeio é de responsabilidade das três esferas de gestão e a Portaria 204/2007 regulamenta o financiamento, transferência, monitoramento e controle dos recursos federais. Essas portarias, em consonância com o Pacto pela Saúde, dividem o Bloco da AF em três componentes (MS, 2006a; 2006b; 2007).

O Componente Básico da AF é constituído por duas partes, a fixa e a variável. A parte fixa corresponde a um valor com base per capita para ações de AF para a AB, para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica. Transferido da esfera federal ao Distrito Federal (DF), estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestoras Bipartite, e com contrapartida financeira dos estados, dos municípios e do DF. Assim, todas as esferas entram com recursos para compor o financiamento do Componente Básico da AF. A parte variável consiste de valor com base per capita para ações de AF e para aquisição de medicamentos e insumos a Programas de Hipertensão e Diabetes (exceto insulina), Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição, e, Combate ao Tabagismo. O valor da parte variável é transferido pela esfera federal aos municípios ou estados à medida que estes implementem e organizem os serviços previstos nesses programas específicos (MS, 2006a; 2006b; 2007; 2013a).

O Componente Estratégico da AF consiste no financiamento para ações de programas estratégicos em que o financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos são de responsabilidade do MS. Os medicamentos para os Programas Estratégicos são para o tratamento de doenças de perfil endêmico como Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras de abrangência nacional ou regional. E também para os Programas de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) (anti-retrovirais), Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados, para imunobiológicos e insulina (MS, 2006a; 2006b; 2007).

Vale ressaltar que o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml são centralizados pelo Ministério da Saúde, e é de sua responsabilidade a distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do DF, cabendo aos estados e DF a distribuição aos municípios (MS, 2013a).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) consiste no financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos para tratamento de doenças crônicas e/ou raras, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicadas pelo MS e são dispensados em farmácias especializadas. A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação especializado é do MS e dos Estados, conforme pactuação entre os gestores do SUS. A dispensação é responsabilidade do Estado (MS, 2006a; 2006b; 2007).

A partir da publicação da Portaria 2981/2009, revogada pela Portaria 1.554/2013, os municípios e o DF também entram na pactuação entre União e estados do CEAF. A responsabilidade das três esferas neste componente foi dividida em grupos de acordo com as características, responsabilidades e formas de organização (MS, 2009; 2013b). O município fica com a responsabilidade de aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação do grupo 3, de acordo com a regulamentação, em ato normativo, específica do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (MS, 2013b).

Em 2004, com a preocupação de promover maior acesso a medicamentos essenciais foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), e seus desdobramentos: Aqui Tem Farmácia Popular (2006) e Saúde Não Tem Preço (2011). O PFPPB é um sistema de copagamento de medicamentos a baixo custo a cidadãos com prescrição médica. Os serviços são prestados por unidades públicas ou privadas, sendo o público alvo cidadãos de baixa renda que tiveram atendimento médico na rede privada. Este programa tem três modalidades diferentes: o da rede própria, Aqui Tem Farmácia Popular e Saúde Não Tem Preço (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2004).

Em 2012 o Ministério da Saúde lançou através da Portaria 1.214 o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) visando à melhoria da estrutura, capacitação e educação continuada, acompanhamento, monitoramento e avaliação, práticas clínicas e diminuição da desigualdade regional de acesso na AF no âmbito do SUS. O QUALIFAR-SUS tem como uma de suas diretrizes a garantia e a ampliação do acesso a medicamentos. Para este programa, municípios de até cem mil habitantes com população em situação de extrema pobreza constantes no Programa Brasil Sem Miséria são elegíveis para promover a estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e das farmácias na AB (MS, 2012).

ACESSO

O termo acesso tem diferentes conceitos de diferentes autores, mas existe o consenso de que acesso é complexo, tem múltiplas dimensões, diferentes fatores envolvidos e deve ser referenciado de acordo com o contexto (CASAS, 2009).

Donabedian (1973, apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) utiliza o termo “acessibilidade” no sentido de ter qualidade ou caráter de ser acessível. Alguns autores utilizam a palavra acesso com o significado de ingresso e entrada no serviço de saúde. Starfield (2002, apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) diferencia o termo acesso e acessibilidade, o primeiro ligado às características da oferta e o segundo ligado à como as pessoas percebem acessibilidade. Os enfoques conceituais podem variar entre características dos indivíduos, características da oferta, características de ambos ou a relação indivíduos e oferta.

Já para a avaliação de acesso, há dissenso se acesso deve ser em relação aos resultados ou objetivos finais, ou em relação aos meios e elementos do sistema a que se chega ao resultado ou objetivo (processo). O conceito de acesso e utilização se distingue, porém existe uma articulação entre os dois. O conceito de acesso passa pelo conceito de utilização, pois está relacionado ao consumo de serviços e à sua produção. A utilização de serviços de saúde guarda relação com o funcionamento dos serviços, envolve o contato direto ou indireto dos usuários, além da relação entre os indivíduos que procuram esses serviços (responsáveis pelo primeiro contato) e os profissionais de saúde (responsáveis pelos contatos após a procura do usuário e a escolha dos recursos que serão utilizados) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A diferenciação entre os determinantes de saúde e os determinantes da utilização dos serviços de saúde também deve ser feita para se diferenciar acesso de utilização. Os determinantes de utilização têm impacto direto sobre a doença. O acesso aos serviços entra como categoria intermediária que quando adequado tem impacto sobre os determinantes de saúde da população (CASAS, 2009). Além disso, saúde tem um conceito mais abrangente que a doença e que não se restringe apenas à utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A conceituação e diferenciação entre acesso e utilização dos serviços, acesso e continuidade do serviço, e a diferenciação de acesso e efetividade do cuidado se faz necessária para a escolha do modelo explicativo que será usado para estudo de avaliação (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Fatores contextuais, relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviços ganham uma importância hierárquica maior, pois interferem direta e indiretamente nos fatores individuais. Além disso, é possível avaliar a equidade dos serviços de saúde, utilizando-se os fatores capacitantes para explicação do uso, pois os fatores prévios à utilização indicam situação de equidade ou iniquidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os diferentes tipos de cuidado têm diferentes impactos no acesso, assim sua avaliação deve ser realizada separadamente a depender dos tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Tem sido frequente para a abordagem do acesso aos medicamentos o modelo baseado em Penchansky e Thomas, que definem acesso como “o grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde”. O conceito de acesso é traduzido pela soma desse conjunto de dimensões na relação indivíduo e sistema de saúde (CASAS, 2009). O trabalho seminal que apresenta tais dimensões é o de Penchansky e Thomas (1981):

- Disponibilidade (*availability*): a relação entre o volume e o tipo de serviços (e recursos) existentes e o volume e tipo de necessidades dos clientes. Refere-se à adequação da oferta de médicos, dentistas e outros provedores; de estruturas como clínicas e hospitais, e de programas e serviços especializados, tais como saúde mental e cuidados de emergência.
- Acessibilidade (*accessibility*): a relação entre a localização do serviço e a localização dos clientes, levando-se em consideração os recursos necessários ao transporte dos clientes, tempo de viagem, distância e custo. Ou seja, refere-se à existência dos recursos no lugar e no momento em que é requerido e necessário para os usuários.
- Adaptabilidade (*accomodation*): a relação entre o modo como os recursos são organizados para admitir os clientes (o que inclui sistemas de marcação de consulta, horários de funcionamento, possibilidade de ingresso direto, serviços telefônicos), a habilidade dos clientes de se ajustarem a esses fatores e a percepção sobre a conveniência dos mesmos.

- Capacidade aquisitiva (*affordability*): a relação entre os preços dos serviços, os planos de saúde aceitos ou os depósitos requeridos, e a renda dos clientes, sua capacidade de pagamento e se dispõem de seguro de saúde. Enfoca-se a percepção do cliente sobre a vantagem do serviço em relação ao custo total, na medida do seu conhecimento sobre preços, custo total e possibilidades de crédito.
- Aceitabilidade (*acceptability*): a relação entre as atitudes dos clientes em face das características pessoais e técnicas dos provedores e as reais características destes, bem como as atitudes do provedor em face das características pessoais dos clientes (PENCHANSKY; THOMAS, 1981:3).

Uma observação em relação a esse conceito é que o estado de saúde das pessoas não é definido apenas pelo acesso aos procedimentos de melhor eficácia, mas inclui também qualidade técnica nesse procedimento. Além disso, procedimentos de prevenção e terapêutica não são conhecidos. O conceito deixa de fora também os fatores do próprio sistema de saúde e as variações entre os diferentes grupos populacionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo a WHO (2000), a utilização dos serviços por um indivíduo é dependente de muitos fatores, pois as pessoas guardam expectativas diferentes sobre sua saúde e percepção de sua necessidade de saúde. A partir do momento em que a necessidade de saúde é percebida, e esta é diferente da necessidade real, outros fatores de uso dos serviços de saúde aparecem, sendo que, acesso é complexo e vai além da capacidade da prestação do serviço. O termo acesso aos serviços de saúde, então, é determinado pela ausência ou presença de barreiras incluindo barreiras físicas, financeiras e culturais, além das formas de exclusão social e marginalização. Daí surge a dificuldade de se medir o acesso, pois a tendência é medir a utilização dos serviços ou a cobertura, sem se avaliar a real necessidade de saúde (WHO, 2010; 2015). WHO propõe um novo indicador de avaliação do desempenho do sistema de saúde, “cobertura efetiva”. Esse indicador visa garantir que os indivíduos sejam capazes de acessar os serviços de saúde que precisam sem sofrer dificuldades financeiras injustas (CAMPBELL, 2013). Traduz-se pela proporção entre a população que precisa de um procedimento específico de saúde e a população que o recebeu de forma efetiva. Uma das limitações dessa abordagem é o cálculo da cobertura, pois tanto o numerador quanto o denominador são de difícil obtenção. Neles deveriam ser contabilizados os indivíduos para os quais o procedimento tem eficácia comprovada. Porém, esses números são difíceis de se

conseguir, pois há subutilização daqueles que realmente necessitam e ainda há aqueles que não necessitavam do procedimento, mas o receberam (TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

Além da distinção entre acesso e acessibilidade definida por Starfield (2002), esta define que o acesso é influenciado pelo modo como as pessoas percebem a acessibilidade. A percepção da disponibilidade dos serviços de saúde, as experiências de procura e atendimento definem se o indivíduo irá procurar ou não o serviço. O conhecimento pela população dessa disponibilidade também influencia o acesso. Nem todos os grupos populacionais têm as mesmas informações a respeito dos serviços de saúde, cada grupo populacional detém graus diferentes de informação.

Gold (1998, *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004) afirma que o conceito de acesso é contexto dependente, mas afeta mais a operacionalização do modelo explicativo de acesso do que o seu próprio conceito. O contexto se modifica rapidamente, então é necessário fazer com que os modelos explicativos de acesso e sua operacionalização consigam dar conta das mudanças, das variações do mercado e terem foco no sistema de saúde de estudo.

Carr-Hill et al. (1994, *apud* Mendes, 2011) atribuiu ao acesso quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Se outras condições forem iguais, “quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde” (MENDES, 2011: 73).

Utilização de serviços de saúde

A partir da década de 50 surgiram os primeiros modelos explicativos para utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Os determinantes de utilização estão voltados para o comportamento do indivíduo na busca por serviços de saúde e sua interação com o profissional que o atende no sistema de saúde (CASAS, 2009).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos

disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004: 190 e 191).

Esses fatores determinantes irão influenciar de diferentes maneiras dependendo do tipo de serviço (ambulatorio, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Dentre os modelos de explicação da utilização dos serviços de saúde, o modelo comportamental se baseia na análise do comportamento humano frente aos serviços de saúde, sua percepção de saúde e atribuição de risco que os indivíduos dão aos sintomas e às doenças.

O ponto de partida para essa análise são as crenças, intenções e percepções de risco que os indivíduos têm em relação ao seu problema de saúde. A ação do indivíduo será dependente do quanto acreditam nas consequências maléficas do agravo de saúde e de quanto acreditam que os serviços de saúde podem atender a sua demanda de cuidados. Além dos sentimentos que se afloram por essa percepção da doença e de suas consequências na saúde, nas condições de vida (social e familiar) e nas suas é que irá acarretar ou não a ação de saúde.

A probabilidade do indivíduo adotar uma “ação de saúde” é influenciada por três componentes: (a) a propensão à ação; (b) a avaliação das vantagens e dos inconvenientes de adotar esta ação; e (c) os estímulos internos e externos para adotá-la. O balanço entre benefícios e barreiras percebidas com relação à ação a ser adotada é descrito como uma análise inconsciente de custo-benefício em que indivíduos pesam os ganhos da ação contra a percepção de que esta ação pode ser custosa, perigosa, desagradável ou inconveniente. A ameaça notada e a percepção de que os benefícios são superiores às barreiras para ação são os elementos-chave para a adoção de uma determinada ação preventiva ou prescrição terapêutica (TRAVASSOS; MARTINS, 2004: 195).

O Modelo de utilização de serviços de saúde proposto por Andersen & Newman (1973, *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004) é usado para avaliar tanto utilização quanto acesso. Essa avaliação relaciona os três fatores individuais: fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde. Os fatores predisponentes influenciam os capacitantes e os fatores de necessidades são os mais próximos da utilização pelo indivíduo. Então para este modelo, a utilização dos serviços depende da interação das características individuais, do sistema de saúde, do contexto social e da experiência de utilização do indivíduo.

Dutton (1986, *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004) propõe um modelo que inclui as características do prestador/profissional de saúde para explicar o uso, já que, fatores da oferta podem induzir a demanda por serviços de saúde. O autor estuda a utilização de serviços como produto da interação entre clientes, prestadores de cuidado de saúde (profissionais) e sistema de saúde. Utiliza os determinantes individuais de Andersen para as características dos clientes. Para as características dos médicos utiliza elementos demográficos, formação, experiência e atitudes. Já o sistema de saúde é determinado pelos obstáculos estruturais: obstáculos financeiros, temporais (tempo de espera e distância), organizacionais e aqueles ligados à prática médica. Desta maneira, os clientes são responsáveis pelo uso dependendo de suas características individuais, a sua percepção de necessidade de saúde e das barreiras do sistema de saúde que forem surgindo, sendo que, os serviços demandados são determinados pelos médicos, ou seja, os médicos controlam quais serviços o cliente terá acesso a depender da necessidade de saúde e de suas próprias características profissionais.

Contandriopoulos (2006) determina que saúde não é ora saúde, ora doença até a morte, e sim a passagem entre diferentes estágios da doença e das perdas de capacidade funcional. Saúde tem um impacto indireto e não é apenas a ausência de doença.

ACESSO A MEDICAMENTOS

A OMS confere ao conceito de acesso um princípio norteador para formulação de políticas farmacêuticas. O conceito de acesso a medicamentos para a OMS também está estreitamente ligado ao conceito de medicamento essencial (CASAS, 2009). Está implícito nos objetivos e metas da Declaração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, assinada em 2000 pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) como compromisso para 2015, explícito em uma de suas metas, que prevê a possibilidade de cooperação de empresas farmacêuticas para preços mais acessíveis de medicamentos essenciais de modo a ampliar e garantir acesso a medicamentos em países em vias de desenvolvimento (OLIVEIRA et al., 2012).

Semelhante aos conceitos de acesso/acessibilidade, existem diferentes conceitos e não há modelo terminado para avaliar acesso a medicamentos. Como mencionado anteriormente, a maioria dos autores conceitua acesso como “grau de ajuste entre recursos de saúde ofertados e a população e suas necessidades”. Esse conceito é mais amplo e faz a ligação entre o serviço e o consumo. O estudo de acesso pode envolver a utilização, os fatores associados ao

consumo (crenças, preferências, necessidades e características socioeconômicas), as características dos serviços (horário de funcionamento, localidade, tempo de espera) e a necessidade da população, sendo que, somente a existência ou disponibilidade de serviços e produtos não configura o acesso. Os serviços disponíveis que não asseguram acesso ou o acesso que se constitui inefetivo não podem ser considerados de valor efetivo à saúde (BERMUDEZ; LUIZA, 2004).

O conceito de acesso a medicamentos proposto por Bermudez et al (2000, *apud* (BERMUDEZ; LUIZA, 2004) relaciona a necessidade do tratamento medicamentoso com sua oferta, no lugar requerido e no momento da necessidade do usuário, e ainda, com qualidade e informações quanto ao seu uso. A partir dessa abordagem e das proposições do *Consultative Meeting em Ferney-Voltaire*, as cinco dimensões de acesso de Penchansky & Thomas (1981) foram adaptadas para quatro, a saber: disponibilidade física, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica e aceitabilidade. A qualidade continua dentro do acesso a medicamentos deve ser aplicada de modo a render o máximo de benefícios sem aumentar riscos. Como resultado desse sistema se tem o uso racional dos medicamentos e a satisfação do usuário.

A disponibilidade significa sua oferta no momento de necessidade do usuário, na quantidade necessária e com qualidade. Está ligada ao mercado farmacêutico, do ponto de vista da produção, regulação e comercialização. Independentemente do tipo de financiamento, os medicamentos devem estar disponíveis a quem deles necessita, levando em conta o tempo de deslocamento e distância (acessibilidade geográfica). A aceitabilidade considera as necessidades e expectativas do usuário e garantia de padrões de boas práticas de funcionamento, relacionando-a com a satisfação do usuário em relação ao serviço que lhe foi oferecido (BERMUDEZ; LUIZA, 2004).

Uma importante questão é o preço e a capacidade do usuário pagar (capacidade aquisitiva). A população mais pobre é a que mais gasta maior parcela da renda com medicamentos, os gastos privados com medicamentos são mais elevados do que os gastos públicos (BERMUDEZ; LUIZA, 2004)

O Estado pode tomar medidas que podem diminuir os preços e promover financiamento sustentável de medicamentos. A divulgação dos preços, além de tornar o processo mais transparente, melhora a capacidade de planejamento da compra. O Estado também é responsável pelos preços praticados pela indústria, pois decide sobre os impostos e

dá limite a margem de lucro. O Estado não pode ser omissivo e deixar que o usuário final pague por abusos da cadeia farmacêutica (BERMUDEZ; LUIZA, 2004)

A OMS identifica quatro estratégias fundamentais para a promoção do acesso (WHO, 2004):

- Seleção racional e uso de medicamentos essenciais;
- Preços acessíveis a governos e consumidores;
- Financiamento sustentável através de arrecadações governamentais gerais e seguro social;
- Sistema de abastecimento confiável com um *mix* público-privado no sistema de saúde.

Medicamentos essenciais são aqueles que devem estar sempre disponíveis e conseguem resolver a maioria dos problemas de saúde de determinada população. A utilização de Listas de Medicamentos Essenciais (LME) é o eixo central da política de medicamentos, pois promove o acesso, uso racional e colabora para diminuição dos gastos nos orçamentos do Estado. A LME deve trazer um representante de um grupo terapêutico e é importante que seja complementada com Formulários Terapêuticos ou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, este traduzido do termo inglês *Standard Treatment Guidelines*. Os três devem ser periodicamente revisados e usados para subsidiar políticas de pesquisa e desenvolvimento industrial da AF, abastecimento e reembolso. A LME deve ser feita de forma idônea, ter caráter técnico e ser baseada na melhor evidência (BERMUDEZ; LUIZA, 2004)

A disponibilidade de medicamentos está relacionada a todo ciclo de AF, que vai da seleção até a sua dispensação. Deve estar integrado a AB e aos requisitos técnicos e gerenciais, de modo a promover acesso com resultado na efetividade da terapêutica medicamentosa e com resolubilidade (MENDES et al., 2014).

Na descentralização da aquisição de medicamentos, o gestor municipal tem várias responsabilidades para prover medicamentos e instituir uma AF em todo o seu ciclo – seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação – garantindo acesso, disponibilidade de medicamentos eficazes e de qualidade, e o uso racional (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Novos desafios foram lançados para AF, cada município enfrenta distintos problemas de acordo com seu aporte populacional e o peso do aumento crescente do financiamento de medicamentos. Os de maior aporte populacional enfrentam a grande demanda e a maior complexidade da RAS. Os de menor aporte populacional têm dificuldades de compra a menores preços, como compram em menor escala têm menor poder de negociação de preços. Os municípios de menor porte enfrentam também com a baixa disponibilidade de recursos humanos e dificuldade de infraestrutura. Assim, o apoio técnico e financeiro da SES e MS ainda se faz necessário (MENDES et al., 2014).

O estudo de Mendes et al., (2014) para caracterização da disponibilidade de medicamentos nas UBS utilizando o banco de dados do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), indica que a cada dez UBS, 7,5 tem dispensação de medicamentos. Em relação ao acesso a medicamentos, o modelo de organização e distribuição dos locais de dispensação é de suma importância, impactando na disponibilidade e acesso geográfico.

Este estudo demonstrou que a maior disponibilidade de medicamentos estava associada à AF melhor organizada, com mais infraestrutura (melhores condições de armazenamento, geladeira e ar condicionado) e apoio matricial do farmacêutico. Há maior possibilidade de disponibilidade de medicamentos naquelas UBS com presença da ESF e ainda maior para as que se aderiram ao PMAQ-AB, demonstrando a importância de se priorizar o ESF (MENDES et al., 2014).

Outro importante dado dessa pesquisa é disponibilidade média de medicamentos que foi de 44,9%, porcentagem baixa, que pode ser ainda mais baixa, pois a maior autonomia dos gestores municipais trazem a possibilidade de aquisição pela esfera municipal de outros medicamentos com mesmo a indicação terapêutica (MENDES et al., 2014).

O acesso a medicamentos de uso contínuo e suas variáveis nas regiões Sul e Nordeste foram analisados por Paniz et al. (2008). A prevalência de acesso foi de 81% para adultos e 87% para idosos, sendo a prevalência maior para a região Sul, essa diferença pode ser atribuída ao maior nível de escolaridade e nível econômico desta região. Outras variáveis que foram evidenciadas como influenciadoras de acesso foram o tipo de morbidade, a participação em grupos para tratar hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou problemas de saúde mental e vínculo com a unidade de saúde. Um fato importante deste estudo é a maior dependência dos serviços de saúde pública e da distribuição gratuita de medicamentos que os

indivíduos da Região Norte têm em comparação aos da Região Sul, evidenciando a menor utilização dos serviços de saúde da região Sul, isto indica falha no acesso a medicamentos, já que, a necessidade de medicamentos de uso contínuo é o motivo de consultas para a sua prescrição.

Muitos são os problemas de acesso tanto aos cuidados em saúde quanto aos medicamentos. Quando a previsão de fornecimento gratuito de medicamentos essenciais é assegurada pela AB, o fornecimento deve ser de forma sistêmica e regular, devendo estar disponíveis em quantidade suficiente para atender a população. No entanto, a realidade dos serviços de saúde pública é outra, é possível que, em cerca de um quarto do ano, os medicamentos necessários para tratar doenças crônicas não estejam disponíveis (PANIZ et al., 2008).

DIABETES MELLITUS

Alta mortalidade prematura relativa ao diabetes e suas complicações, o impacto econômico nos serviços de saúde decorrente dos crescentes custos do tratamento da doença, sobretudo das complicações, a redução da expectativa e da qualidade de vida, são exemplos das devastadoras consequências humanas, sociais e econômicas do Diabetes Mellitus. Suas complicações mais graves incluem doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores, etc. O surgimento do DM eleva os custos do tratamento e tem impacto no sistema de saúde que recai principalmente sobre os portadores e as pessoas mais próximas (MS, 2013c)

Na última publicação do *International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas* (2013), em sua sexta edição, a estimativa é de que há 382 milhões de pessoas com diabetes, 8,3% dos adultos (a maioria de 40 a 59 anos). Mundialmente, o diabetes provocou em 2013 aproximadamente 5,1 milhões de mortes de pessoas de 20 a 79 anos, correspondendo a 8,4% das mortes globais de todas as causas, sendo que, a faixa etária de 48% das mortes era de pessoas com menos de 60 anos. Das mortes por diabetes, as doenças cardiovasculares lideram como principal comorbidade, com 50% ou mais de mortes.

A previsão é de que o número de pessoas com diabetes irá aumentar para 592 milhões em menos de 25 anos. Atualmente há 175 milhões de casos não diagnosticados. Casos em que as complicações vão progredindo sem que a pessoa saiba. Os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento são os que concentram 80% da população total de diabéticos e onde a

epidemia adquirirá maiores taxas. O DM tipo 2 representa 85% a 95% dos casos de diabetes em países desenvolvidos, e, em países de subdesenvolvidos e em desenvolvimento essa porcentagem pode ser maior (IDF, 2013).

O gasto mundial com saúde chega a 548 bilhões de dólares. Há diferença de gastos entre as diferentes regiões do mundo e dos países. Por exemplo, nos países pobres e em desenvolvimento, onde 80% das pessoas com diabetes vivem, os gastos correspondem a 20% do valor do gasto mundial. O gasto na América Latina é de 26,2 bilhões, 4,8% dos gastos global e 13% do total de seu recurso mundial para saúde. (IDF, 2013).

A América Latina tem aproximadamente 24,1 milhões de pessoas com diabetes, 8.0% da sua população. O Brasil é o país com o maior número de pessoas com diabetes na América Latina, 11,9 milhões de pessoas. Como indicativo de que o diabetes se tornará cada vez mais uma prioridade de saúde está o fato de que os países latino-americanos passam por crescente urbanização e transição econômica. A previsão de aumento de pessoas com diabetes na América Latina é de aproximadamente 38,5 milhões, um aumento de 60% (IDF, 2013)

A mortalidade por diabetes de adultos na América Latina em 2013 foi de 226,000. Sendo a maioria das pessoas com mais de 60 anos. O Brasil teve em 2013 mais da metade das mortes da América Latina com 122,000 (IDF, 2013).

Comparando os gastos da família com saúde entre os países, as pessoas que vivem em países pobres ou em desenvolvimento têm maior parte do seu orçamento gasto com saúde (40 a 60% do orçamento gasto do próprio bolso), isso se dá devido à falta de acesso aos serviços públicos de saúde e a planos de saúde. Toda a população adulta sofre com a falta de acesso a serviços de saúde e parte substancial das mortes por diabetes poderiam ser evitadas a partir de ações de saúde pública direcionadas à prevenção do diabetes e suas complicações e à melhoria dos cuidados à pessoa com diabetes (IDF, 2013).

De acordo com *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) (2013), que utilizou dados da quinta edição do IDF Diabetes Atlas (2011) e de estudos de 1980 a abril de 2011, o Brasil é o segundo país com maior prevalência de diabetes em adultos entre 20 e 79 anos, com 10,4%. México, o primeiro país, tem prevalência de 15,9%. Rússia é o terceiro com 10,0%, seguido por Portugal e Chile com 9,8% e em quinto Estados Unidos com 9,6%.

De acordo com dados preliminares do DATASUS, o óbito por diabetes em 2014 no Brasil foi de 57.288, dos quais 6.220 correspondem ao estado do Rio de Janeiro. O município

do Rio de Janeiro teve 2.314 óbitos, sendo 1.350 do sexo feminino e 964 do sexo masculino. Já internações em 2014, os valores são no Brasil e no estado do Rio de Janeiro, respectivamente, 139.814 e 7.692. No município do Rio de Janeiro o número de internações foi de 1.750 (DATASUS, 2014). Os dados para estimativa de morte e internação por diabetes são subestimados, as declarações nem sempre são preenchidas com DM como a causa da internação ou óbito, e sim com as complicações associadas ao diabetes, principalmente cardiovasculares e cerebrovasculares (DATASUS, 2014; SBD, 2014; OECD, 2013; IDF, 2013).

Conhecer a prevalência de pessoas com DM é importante para planejar e alocar recursos. O número de pessoas com DM vem aumentando e está relacionado ao envelhecimento populacional, à urbanização crescente, à crescente prevalência de sedentarismo e obesidade e ao aumento da sobrevivência das pessoas com diabetes.

Linha de cuidado à pessoa portadora de DM no município do Rio de Janeiro

Tendo em vista que este trabalho aborda o DM no município do Rio de Janeiro, consideramos apropriado usar como referência a orientação da Secretaria Municipal de Saúde para manejo deste problema de saúde. O Guia de Referência Rápida para o Cuidado em Diabetes Mellitus, da Superintendência de Atenção Primária do Rio de Janeiro, apresenta recomendações para o diagnóstico, avaliação e manejo do diabetes na APS do município. O guia é uma adaptação à realidade brasileira do conteúdo do *National Institute for Health and Clinical Excellence*, NHS – Reino Unido (NICE). O Guia define que o cuidado e o tratamento devem ser centrados na pessoa, em sua individualidade, respeitando suas preferências e decisões, e baseando-se em evidências. Define as questões de prevenção, rastreabilidade, diagnóstico, avaliação inicial, tratamento, monitoramento, educação para o usuário e o manejo de outros riscos como: cardiovascular, pé diabético, retinopatia, neuropatia e nefropatia (SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2013).

As ações preventivas estão pautadas na intersetorialidade, com ações clínicas e estímulo ao modo de vida saudável (atividade física regular, alimentação saudável e controle do peso). É preconizado que essas ações devem ser voltadas àquelas pessoas com risco de desenvolver diabetes tipo 2. Assim, são considerados de risco o usuário com pressão arterial $\geq 135 \times 80$ mmHg, obesidade, história prévia de diabetes gestacional, história familiar de diabetes em parente de primeiro grau e síndrome dos ovários policísticos. Para a classificação

de risco é utilizado o questionário de *The Finnish Type 2 Diabetes Risk Score* (FINDRISC), que segundo o Guia, os agentes comunitários de saúde (ACS) após treinamento podem aplicar esse questionário e orientar o agendamento de consulta (SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2013).

O DM geralmente é assintomático na fase inicial da doença, o que justifica a importância de programas de rastreamento. O Guia não recomenda rastreamento rotineiro pela dosagem da glicemia de jejum; este exame laboratorial é indicado apenas àquelas pessoas classificadas como de risco a desenvolver a doença ou quando sintomático (polidipsia, poliúria, polifagia, perda de peso, fadiga, fraqueza, letargia, visão turva, prurido vulvar ou cutâneo e balanopostites de repetição. Somente após a avaliação do grau de risco e sintomas é que, de acordo com o guia, se deve proceder aos exames laboratoriais de glicemia casual, glicemia de jejum e/ou hemoglobina glicada (HbA1c). (SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2013).

Importante ressaltar que o Guia recomenda que antes mesmo de fechar o diagnóstico já se iniciem intervenções que possam diminuir a chance de desenvolver a doença, por exemplo, perda de peso, atividade física e mudança de estilo de vida (MEV). Para as pessoas sem diabetes, mas com glicemia alterada ou sem glicemia alterada, mas com alto risco, fazem-se necessárias revisões frequentes para reforço e monitoramento. Sessões de grupo também são estimuladas às pessoas diagnosticadas. O Guia também traz algumas possibilidades de ações tais como: grupos educativos, consultas em grupo, indicação de exercício físico, participação na Academia Carioca e aconselhamento.

Os sintomas se diferenciam entre os tipos de DM. DM1 se manifesta de forma abrupta na infância e na adolescência. DM tipo 2 pode ser sintomático ou assintomático, ocorre em adultos geralmente obesos e com histórico familiar da doença. Tem início mais insidioso e sintomas mais brandos. Uma diferenciação é quando o DM ocorre em adultos sem excesso de peso e com evolução mais rápida, podendo ser indício de *Latent Autoimmune Diabetes In Adults* (LADA), variante de DM tipo 1, que tem sintomas parecidos com DM 2. Neste caso, são necessários mais exames como anticorpos anti-GAD e peptídeo C. Outra variação ocorre em usuários com menos de 25 anos com forte história familiar de DM. Neste caso a suspeita é de uma forma genética denominada *Maturity Onset Diabetes Of The Young* (MODY) (SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2013).

As ações de educação em saúde são, sobretudo, voltadas para o empoderamento, participação do portador de diabetes no seu autocuidado e uma postura profissional facilitadora, clarificadora, flexível e menos impositiva. As ações visam: à melhora da glicemia (controle); redução das emergências, das internações hospitalares e dos encaminhamentos a especialistas; maior satisfação do usuário portador de DM.

A abordagem terapêutica envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas. Abrange ações em educação em saúde, conhecimento dos aspectos fisiológicos do DM pelos portadores, MEV, automonitorização dos sinais e sintomas da hipoglicemia, prevenção das complicações e terapêutica medicamentosa, se necessário.

As MEV requerem manutenção do peso, prática de atividade física, dieta saudável pobre em açúcar e baixo consumo de gorduras saturadas, a suspensão do hábito de fumar e ingestão de bebidas alcoólicas. Mudar os hábitos de vida é uma tarefa árdua, pois está relacionada às relações interpessoais, ao convívio social e a valores e crenças (PEREIRA et al., 2008; FARIA et al., 2009).

O principal desafio do portador de diabetes na sua terapêutica medicamentosa está no uso adequado dos medicamentos de modo a evitar complicações agudas e crônicas. O autocontrole da doença e uso de medicamentos demandam um processo educativo do portador de DM, o qual é um grande desafio dada à complexidade do processo de aprendizagem dos indivíduos (FARIA et al., 2009).

O tratamento do DM após o diagnóstico confirmado de DM tipo 2, se divide em dois a depender da existência do comprometimento da função renal, sendo as MEV sempre indicadas. O nível de HbA1c é sempre observado para a determinação do uso de medicamento e sua dosagem. Quando não há comprometimento das funções renais, as MEV são a primeira escolha. À medida que a meta de nível de HbA1c não é atingida, utiliza-se metformina, em seguida, se ainda não for atingida a meta, associa-se metformina e sulfonilureia. A insulina é considerada se houver comprometimento da função renal ou se mesmo com a associação de metformina e sulfonilureia, o nível de HbA1c não atingir sua meta. Além disso, pela história natural do DM de piora gradativa da glicemia de jejum, faz-se necessário o aumento gradual da dose dos medicamentos ao longo da vida do indivíduo (PEREIRA et al., 2008).

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) - RIO 2013 (SMS-RJ, 2013) traz como fármacos utilizados em DM:

- Insulinas e Análogos - Insulina de ação rápida: Insulina Humana Regular 100U/ML; Insulina de ação intermediária: Insulina Humana NPH 100U/ML.
- Hipoglicemiantes Orais - Biguanidas: Metformina 850mg e 500mg (primeira linha); Sulfonamidas, derivados de ureia: Glibenclamida 5mg (primeira linha) e Gliclazida Liberação Controlada 30mg (segunda geração).

Esses medicamentos também estão disponíveis gratuitamente no Programa Aqui tem Farmácia Popular. Uma observação do Guia é a disponibilidade da Metformina XR (metformina 500mg de ação prolongada) por este programa. A metformina tem como efeito adverso desconforto abdominal e diarreia, efeitos que podem diminuir a adesão ao tratamento. Uma forma de minimizar esses efeitos gastrintestinais é introduzir a dose de metformina de modo gradativo ou considerar o uso de Metformina XR.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) também distribui glicosímetros e suas respectivas fitas, lancetadores, lancetas e seringas para os usuários em uso de insulina em acompanhamento em UBS.

A hiperglicemia crônica, altas concentrações plasmáticas de glicose, é o fator desencadeador das complicações do DM e leva a degenerações de diversos órgãos, dentre eles coração e vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos (FERREIRA et al., 2011). A hiperglicemia crônica é seguida de distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (PEREIRA et al., 2008). Deste modo, a hiperglicemia traz progressão das complicações e acarreta sequelas, como o desenvolvimento das macroangiopatias, que comprometem as artérias coronarianas, dos membros inferiores e cerebrais, e que também afetam a retina, o glomérulo renal e os nervos periféricos (FERREIRA et al., 2011).

A evolução da patologia sem o tratamento ou controle glicêmico ideal pode acarretar complicações agudas (cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico, hipoglicemia, acidose láctica) e crônicas, tais como as microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e macrovasculares (amputações, disfunção sexual, doenças cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares) (GUIDONI et al., 2009).

A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda do DM caracterizada por hiperglicemia, cetose e acidose devido a defeitos na secreção de insulina e estimula a liberação de hormônios contrainsulínicos como glucagon, cortisol, catecolaminas e hormônio do crescimento (FERREIRA et al., 2011). A hipoglicemia também é relevante principalmente para os usuários tratados com insulina. Pode acarretar em perda de consciência, convulsões e

coma. Ambos extremos de nível de glicemia levam a internações hospitalares e a sequelas graves.

Em relação ao manejo das complicações do DM, o aparecimento de doença cardiovascular é a mais frequente e principal causa de morte. O uso de estatinas (hipolipemiantes) deve ser indicado para aqueles que já tiveram algum evento cardiovascular ou para prevenção primária dos de alto risco. As estatinas são indicadas àqueles com doença cardiovascular clínica. Para o controle pressórico, cuja meta é de 130 x 80 mmHg, o anti-hipertensivo preferencial é o inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA).

Outra complicação é a nefropatia diabética que se inicia com microalbuminúria e hipertensão, com aumento gradual da albuminúria e posteriormente redução progressiva da filtração glomerular. Quando confirmado o diagnóstico de nefropatia diabética, é indicado o uso de inibidores da ECA com aumento gradual até sua dose máxima (a dose maior tolerada) com o devido controle de potássio ou o uso de antagonista do receptor da angiotensina (ARA). E se necessário, o usuário deve ser encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O controle da pressão arterial é igualmente necessário, podendo a meta ser de 140x90mmHg, assim como o controle metabólico por meio do monitoramento de HbA1c. O guia recomenda o encaminhamento do usuário ao nefrologista ou endocrinologista para o acompanhamento.

Os inibidores da ECA disponíveis pela REMUNE-Rio são: captopril de 12,5mg e 25mg, e, maleato de enalapril de 5 mg e 10mg. Losartana potássica de 50mg é o ARA disponível (SMS-RJ, 2013). Estes medicamentos também estão disponíveis gratuitamente no Programa Aqui Tem Farmácia Popular (MS, 2015).

Os medicamentos da classe das estatinas (hipolipemiantes), sinvastatina 20mg e atorvastatina 10mg, estão disponíveis na REMUME- Rio. A pravastatina 20mg está disponível na lista estadual do CEAF. Já na lista do CEAF do MS entre as estatinas disponíveis estão: atorvastatina 10mg, 20mg, 40mg e 80mg; fluvastatina 20mg e 40mg; lovastatina 10mg, 20mg e 40mg; pravastatina 10mg, 20mg e 40mg (SMS-RJ, 2013; SES-RJ, 2005; MS, 2013b).

Os medicamentos para tratamento da insuficiência renal crônica estão disponíveis no CEAF-MS. O tratamento da insuficiência renal envolve a diálise e a hemodiálise, sendo esses dois procedimentos oferecidos pelo SUS. Os procedimentos para insuficiência renal são da atenção especializada. A lista de medicamentos especializados abrange a oferta de medicamentos para Anemia na Insuficiência Renal Crônica (alfaepoetina e sacarato de

hidróxido férrico), Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica (hidróxido de alumínio e sevelamer), Osteodistrofia Renal (alfacalcidol, calcitriol e desferroxamina) e para Transplante Renal (azatioprina, ciclosporina, everolimo imunoglobulina humana, metilprednisolona, micofenolato de mofetila, sirolimo e tacrolimo) (MS, 2013b)

Outra complicação do DM é a retinopatia diabética, sendo a perda parcial da acuidade visual mais comum do que a cegueira. A retinopatia é assintomática, pode piorar na gestação e na presença de nefropatia. Outras complicações associadas à visão são edema macular, catarata e glaucoma de ângulo aberto. O Guia preconiza a realização ou encaminhamento para a avaliação oftalmológica no momento ou próximo ao diagnóstico de DM. Preconiza também o acompanhamento por meio de retinografia digital e testes de acuidade visual como parte da rotina. Podem ocorrer emergências oftalmológicas como perda súbita da visão, hemorragia pré-retiniana ou vítrea e descolamento de retina, podendo ser necessário o encaminhamento para emergência oftalmológica. O único medicamento disponível na REMUME-Rio é o timolol 0,5% solução oftálmica.

O pé diabético é uma complicação do DM com alto impacto social e econômico, aumenta com a idade e atinge principalmente homens. São precedidas por ulcerações nos pés que podem resultar na necessidade de amputação de membros inferiores, sendo elevada a mortalidade pós-amputação. A maioria das úlceras é tratável em nível ambulatorial e sua prevenção é feita por meio de atitudes de educação aos usuários e seus familiares ou cuidadores. Quando houver presença de infecções leves, o Guia indica a utilização de antibióticos orais disponíveis na REMUME-Rio, tais como amoxicilina associada ao clavulanato, cefalexina ou clindamicina. A REMUME disponibiliza também preparações de uso tópico para o tratamento das feridas e ulcerações (SMS-RJ, 2013). Há os casos em que os usuários deverão ser encaminhados para serviços especializados de urgência e/ou internação. A avaliação do grau de risco dos pés deve ser realizada no diagnóstico ou na primeira consulta de modo a evitar o pé diabético. E o pé deve ser verificado em todas as consultas. O pé diabético tem como fatores de risco a neuropatia (somática e autonômica), a vasculopatia periférica e infecções que surgem como complicação das duas primeiras condições.

O DM está associado à lesão de fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas que pode ser assintomática. Essa lesão pode ser incapacitante. O tratamento da neuropatia diabética consiste na diminuição da sua progressão por meio do controle da glicemia e da identificação precoce das alterações sensitivas. Quando houver dor, o tratamento é sobretudo sintomático. O Guia indica o uso de antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina em

baixas doses, anticonvulsivantes, como a carbamazepina e analgésicos em geral, todos disponíveis na REMUME (SMS-RJ, 2013). O Guia também indica Práticas Integrativas e Complementares (PIC), como a acupuntura.

A qualidade dos serviços de saúde está intimamente ligada ao sucesso do controle e prevenção do DM (PEREIRA et al., 2008). Os serviços de saúde devem ser integrais com acompanhamento rotineiro e constante das equipes de saúde na atenção primária, entre atendimentos hospitalar e/ou de pronto-atendimento ambulatorial, atendendo condições crônicas e agudas e as variações da glicemia, seja hiperglicemia ou hipoglicemia (MENDES, 2011). O cuidado do portador de diabetes requer também diferentes profissionais para atendimento da multicausalidade inerente a essa doença, profissionais tais como nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e farmacêutico. O farmacêutico é o profissional responsável pela “dispensação orientada” do medicamento, pelo reforço da prescrição médica, pela análise da prescrição e pela realização do acompanhamento terapêutico, detectando assim problemas de adesão ao tratamento e administração de medicamentos, que por exemplo, podem impedir o controle glicêmico. (GUIDONI et al., 2009).

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Itinerário terapêutico se refere à descrição da busca de cuidados terapêuticos a partir do aparecimento e reconhecimento de sinais e sintomas físicos ou psíquicos de problemas de saúde, na tentativa de uma solução diante de diferentes possibilidades em um determinado contexto (GERHARDT, 2006). O itinerário terapêutico se baseia em toda a procura do indivíduo para solução de problema de saúde, seja por meios formais através da rede de atenção à saúde (privada ou pública), e informais por meio de práticas religiosas, cuidados caseiros e pela rede social a que está inserido (CABRAL et al., 2011).

Assim, é o termo utilizado para designar o conjunto de planos, estratégias e projetos empreendidos de forma articulada, dentro de redes sociais, em torno de um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. Conforma-se como um conjunto de atos sucessivos e imbricados, que compõe uma unidade articulada, sem que haja, necessariamente, um plano pré-determinado. A unidade articulada se conforma na medida em que o ator, ao olhar suas experiências, as interpreta como tal (ALVES; SOUZA, 1999). Se por um lado o itinerário terapêutico se trata de um conjunto de experiências reais, seu estudo ou tentativa de apreensão,

implica numa interpretação tanto do ator quanto do pesquisador de quais devem ser incluídas como parte do evento.

Cada pessoa com sua trajetória biográfica carrega consigo e divide com outros suas crenças e maneira de caminhar a vida em uma situação sociocultural determinada previamente pelos processos históricos. Ao mesmo tempo em que estruturas de hierarquias e a determinação de grupos sociais existem nos processos de comunicação e nos estabelecimentos de projetos individuais e coletivos, não se pode afirmar que essas estruturas sociais determinam a ação humana, pois as pessoas se inserem individualmente de modo distinto. Assim, são considerações teóricas para o estudo de itinerário terapêutico, a definição de contexto e a relação intersubjetiva entre os sujeitos para as ações de tomada de decisões (ALVES; SOUZA, 1999).

A escolha do indivíduo perante as possibilidades de recursos para tratar seu problema de saúde depende da disponibilidade de serviços, suas experiências e suas próprias atitudes, em meio a uma rede social e a um contexto sociocultural. Por essa razão, é importante considerar a dinâmica do contexto como responsável pelas escolhas individuais e coletivas frente à disponibilidade das várias “agências da cura” (ALVES; SOUZA, 1999).

O estudo do itinerário terapêutico tem como objetivo interpretar como se dá o processo de busca ou escolha dos indivíduos por cuidados à saúde perante às possibilidades disponíveis no seu contexto sociocultural e econômico (ALVES; SOUZA, 1999). Para o estudo do itinerário terapêutico, ou seja, para a interpretação das escolhas dos indivíduos, faz-se necessária equiparação do pesquisador ao raciocínio dos indivíduos que fizeram seus caminhos de assistência à saúde. Nessa perspectiva “é necessário que os estudos sobre itinerário terapêutico possam ‘descer’ ao nível dos procedimentos usados pelos atores na interpretação de suas experiências e delineamento de suas ações sem, contudo, perder o domínio dos macroprocessos socioculturais” (ALVES; SOUZA, 1999: 132).

Abordagens sobre o itinerário terapêutico

O estudo sobre itinerário terapêutico se iniciou sobre a concepção do comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic & Volkart (1960, *apud* ALVES; SOUZA, 1999). No início, essa abordagem defendia que as condutas das pessoas se baseavam no consumo para satisfação de suas necessidades, de modo a obter vantagem em termos de custo-benefício. Esse modelo foi criticado por ser utilitarista e racionalista. Por exemplo,

Parsons (*apud* ALVES; SOUZA, 1999) considerava essa concepção simplista; para ele o processo de interpretação e a importância dos valores e normas não devem deixar de ser reconhecidos para a explicação dos atos dos indivíduos na busca por cuidados. Mas mesmo apesar das críticas, o modelo continuou a ser utilizado como referência fundamental, como no modelo teórico de decisão (*decision theoretic model*) de Fabrega (1974, *apud* ALVES; SOUZA, 1999), até que outras abordagens do modelo do comportamento do enfermo começaram a surgir com outras ênfases para análise.

A segunda vertente a ser desenvolvida, utilizava fatores culturais e/ou elementos cognitivos que poderiam determinar a utilização dos serviços de saúde. Nessa vertente, os diferentes valores culturais de minorias étnicas, de grupos socioeconômicos, de estruturas familiares, gênero e idade eram investigados para se ter uma determinação do uso dos recursos de assistência à saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

Apesar de algumas mudanças no padrão do comportamento do enfermo, o modelo ainda tem sua análise pautada no ponto de vista da demanda do indivíduo frente aos serviços de saúde e à visão do modelo biomédico como inquestionável (CABRAL et al., 2011). Inclusive a análise da doença e do tratamento, sob a perspectiva do indivíduo, utilizava apenas o modelo biomédico (ALVES; SOUZA, 1999).

A partir da década de 70, com o crescente desenvolvimento dos estudos etnográficos, uma nova interpretação começa a surgir, a análise do itinerário terapêutico por uma abordagem interativa para explicar os processos de escolha e tratamento terapêutico. O comportamento humano perante a sociedade ou a um grupo social, em um dado contexto, estabelece a relação dos significados e as relações dos indivíduos com a sua doença, sintomas, diagnósticos, tratamento e o modo de se sentir a enfermidade (ALVES; SOUZA, 1999). Dingwall (1976, *apud* ALVES; SOUZA, 1999) afirmou que, a depender da interpretação e relevância dada pelo indivíduo aos sinais e sintomas, é que este irá procurar o serviço terapêutico.

Os estudos das redes sociais passaram a ter importância na análise do itinerário terapêutico a partir da abordagem interativa da busca por cuidados de saúde. Ao se estudar redes sociais e saúde, houve constatações de que quanto maior a presença de grupos de parentes ou amigos, maior era a mobilização para a busca da resolubilidade de um problema de saúde. Além disso, em redes sociais é possível obter informações, ter apoio e ajuda para a tomada de decisão. Os estudos se voltavam a avaliar com que medida o grau de interconexão

da estrutura das redes sociais determinavam o padrão de busca por ajuda médica (ALVES; SOUZA, 1999).

De modo a organizar as distintas interpretações de uma dada sociedade, os antropólogos desenvolveram diferentes classificações de sistemas terapêuticos, sendo o mais utilizado o conceito de Sistemas de Cuidado à Saúde (*Health Care System*) e o de Modelos Explicativos (*Explanatory Models*), ambos de A. Kleinman (ALVES; SOUZA, 1999).

Alves e Souza (ALVES; SOUZA, 1999), com base no conceito de Sistemas de Cuidado à Saúde de Kleinman, entendem que os elementos ligados à saúde, doença e cuidados em saúde estão articulados entre si e todos aqueles que estão engajados nas práticas médicas e de cura irão influenciar o tipo de cuidado à que o indivíduo irá buscar. Os Sistemas de Atenção à Saúde são constituídos por três setores ou arenas e cada um tem sua própria forma de explicar e tratar o conceito saúde-doença e determinar os atores envolvidos. Os três setores desse sistema são: o profissional (constituído pelas práticas formais de exercício da medicina, por exemplo, biomedicina, homeopatia, etc), o popular (família, cuidados caseiros, autocuidado, automedicação, conselho de amigo, vizinho, assistência mútua de grupos de autoajuda ou de igrejas, seitas etc.); e o *folk* (práticas místicas e religiosas de cuidados de curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros) (CABRAL et al., 2011; ALVES; SOUZA, 1999; TOMÁZ, 2009).

Já o Modelo Explicativo de Kleinman tem a função de entender as práticas internas de cada setor. O Modelo Explicativo de Kleinman “é um conjunto articulado de explicações sobre doença e tratamento, que determina o que se pode considerar como evidência clínica relevante e como se organiza e interpreta esta evidência com base em racionalizações construídas por perspectivas terapêuticas distintas” (ALVES; SOUZA, 1999).

De acordo com esse modelo, a cultura compartilhada de um grupo social é que fundamenta as estruturas cognitivas a que o modelo explicativo irá se basear. Uma crítica a esse modelo é que, ele enfatiza demasiadamente os elementos culturais em detrimento dos fatores sociais e interativos (ALVES; SOUZA, 1999).

Ainda segundo o levantamento bibliográfico de Alves e Souza (1999) sobre as principais interpretações de itinerário terapêutico, os autores consideram as fundamentações essencialmente explicativas com premissas já definidas que acabam por limitar as interpretações das ações e decisões das pessoas. Para os autores, ao se submeter à

interpretação das ações a modelos explicativos, limita-se a lógica da trajetória que a pessoa utilizou para tratar sua aflição.

Na revisão bibliográfica de Cabral et al. (2011) da produção científica brasileira no período 1989-2008 sobre itinerário terapêutico, onze artigos foram selecionados e, em sua maioria, focam na perspectiva do indivíduo sobre sua doença e a sua influência na busca por cuidados, existindo poucos estudos sobre acesso, utilização de serviços de saúde e os fatores relacionados ao contexto, e quando o fazem, a maioria dos estudos é limitada ao contexto microsociológico. As doenças crônicas, como diabetes mellitus, doença renal crônica, asma e doença mental, são as mais abordadas nos artigos. As abordagens socioantropológicas foram as mais utilizadas como suporte teórico e a maioria dos estudos utilizam a concepção de Sistema de Atenção à Saúde e o conceito de Modelos Explicativos desenvolvidos por Kleinman, demonstrando a importância dessa referência para explicar comportamento de busca por cuidados.

Ferreira & Espírito Santo (2012) em estudo que discute o itinerário terapêutico dos moradores do Complexo de Mangueiras não identificaram na região um padrão de caminho para a procura de cuidados à saúde. Essa busca se mostrou influenciada por valores socioeconômicos e simbólicos e a facilidade de acesso aos serviços de saúde. Esses são elementos culturais que organizam a vida coletiva, sendo dinâmicos e situacionais, irão variar de acordo com a trajetória biográfica do indivíduo e com seu ambiente de vivência e convivência.

O DM tem impacto na rotina do indivíduo portador da doença, no seu convívio social e com sua família. Seu prognóstico de que não tem cura, sendo somente possível controlar a glicemia para minimizar agravos futuros, pode ser uma situação de difícil aceitação pelo indivíduo portador (MATTOSINHO; SILVA, 2007). Requer cuidados e ofertas de serviços constantes de modo integral, não pautado somente ao acesso aos serviços de saúde, mas principalmente à resolubilidade das necessidades de saúde. O itinerário terapêutico perpassa a disponibilidade dos serviços de assistência à saúde existente, em todos os seus níveis de complexidade, envolve o conhecimento dos caminhos usados pelo usuário e a sua lógica, além do conhecimento de como esse portador de diabetes vivencia o adoecimento e de como a doença se manifesta em seu corpo. (THAINES et al., 2009).

Assim, a análise deve relacionar significantes com significados, articulando-os com as variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2014).

[...] saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas consequências. Portanto, todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento devem estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar as bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos [...]
(Minayo, 1992:31)

No estudo de Silva et al., 2006 sobre itinerário terapêutico de portadores de DM em Santa Catarina utilizando o Sistemas de Cuidado à Saúde constatou-se que os tratamentos biomédicos são vistos pelos usuários apenas como uma das possibilidades de cuidado no processo de se viver com DM, sendo seguidos parcialmente. Frente a sinais e sintomas, o primeiro setor a ser procurado é o popular, sendo o subsistema profissional procurado após o aconselhamento dos familiares e vizinhos e pelo emprego dos próprios conhecimentos sobre a doença. O setor *folk* é acionado com a ideia de que a oração tem poder de cura, mas as pessoas só afirmavam recorrer a este após serem perguntados de forma direta. O setor profissional ganha destaque maior quando o indivíduo percebe a gravidade da doença.

Os indivíduos portadores de DM fazem suas próprias experimentações, a fim de descobrir o cuidado mais adequado para si mesmo. Vão testando combinações entre medicamento, chá, dieta e atividades físicas, sentindo o efeito sob o próprio corpo e como serão incorporadas ao seu cotidiano. Assim, o indivíduo interpreta sua própria forma de viver com diabetes.

Outra questão relevante ao itinerário terapêutico é o medicamento. O efeito do medicamento é dependente de seus aspectos farmacológicos, de suas características organolépticas, das características dos que fazem seu uso (escolaridade, experiência, contexto social e cultural), dos que os prescrevem e do ambiente em que é administrado. Fazendo parte do cuidado em saúde, o medicamento também é dependente do contexto. O medicamento representa diferentes simbolismos que influenciam seu uso. Pode simbolizar saúde materializada no uso e no acesso a ele ou pode representar a condição de doente, pois começar um tratamento medicamentoso é aceitar essa condição. Daí a importância de se saber como o indivíduo percebe a utilização de medicamentos, pois podem representar limitação por conta

dos efeitos colaterais ou o não uso dos medicamentos pode representar a não aceitação da doença, principalmente pelos indivíduos com doença crônica que os utilizam cotidianamente e sem previsão de interrupção (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

O acesso a medicamentos tem influência em como o usuário desenhará sua busca por cuidados de saúde, pois ao procurar o serviço de saúde as pessoas desejam que seu problema seja solucionado. No estudo de GUERIN; ROSSONI; BUENO (2012), dos usuários que tiveram algum medicamento prescrito não disponível em uma unidade de ESF de Porto Alegre, 60% teve que comprar e outros entrevistados referiram ficar sem o medicamento. Nesse estudo constatou-se também que 25% não recebeu informação da equipe de saúde de como adquirir os medicamentos não disponíveis, sendo que muitos estavam disponíveis em outras unidades da rede pública. A possibilidade do indivíduo não conseguir cumprir seu itinerário terapêutico até a resolução do seu problema pode causar a não adesão ao tratamento e perda da qualidade de vida. Assim, a equipe de saúde tem responsabilidade de informar adequadamente aos usuários dos serviços de saúde para uma trajetória terapêutica resolutive, evitando outros fatores que dificultam o acesso como longa fila, longo caminho, burocracia, demanda de muito tempo para chegar a UBS e/ou ao chegar não ter o medicamento disponível na unidade.

CONTEXTO DO ESTUDO

O território-bairro de Manguinhos, situado na zona norte do município do Rio de Janeiro, engloba treze comunidades. O Complexo de Manguinhos está dentro desse território-bairro e é composto por sete das treze comunidades. Este complexo possui cerca de 37 mil habitantes em uma área de quase 535 mil metros quadrados (ORG RIO MAIS SOCIAL, 2014). Com sua população de baixa renda, Manguinhos é um local de reflexo das desigualdades sociais do país. De acordo com o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), este território está entre os cinco bairros com piores condições de vida do município do Rio de Janeiro e tem assustadores índices de violência com consequência no dia a dia dos moradores e naqueles que circulam em seu entorno (LTM, 2014). Manguinhos surgiu pelo processo de desocupação forçada de outras áreas do município e seria apenas um lugar provisório. Mas a falta de políticas públicas, a injustiça social e ambiental e a falta de alternativas, mantiveram a população neste território (LTM, 2014).

Em relação às características demográficas, a população adulta (20 a 59 anos) corresponde à maioria do território (54,2%), seguido pelos jovens de 0 a 19 anos (39,6%) e idosos (com mais de 60 anos), que representam 5,8%. Em relação ao gênero, 47,3% da sua população é do sexo masculino e 52,7% do sexo feminino (EGP-RIO, 2010).

A estrutura urbana do bairro é precária e o mesmo enfrenta problemas como moradias inadequadas e improvisadas. Em Manguinhos, o principal destino do lixo são as caçambas da prefeitura (40,1%), coletas por gari comunitário (26,5%) ou coletas pela prefeitura (24,2%), despejo em terreno baldio (6,2%), em vias públicas ou nas ruas (0,8%), em rio, lago ou mar (1,9%) e 0,3% corresponde à queima ou enterramento. Outro aspecto importante a ser destacado é a falta de rede de esgoto, pois aproximadamente 35% dos domicílios não possuem vaso sanitário. Em relação ao abastecimento de água, 58,4% utiliza água de rede não oficial, 25,6% possuem acesso a rede oficial com ligação interna, 10,8% possuem acesso a rede oficial porém com ligação externa, 1,7% utilizam água de poço ou nascente (na propriedade), 1,2% da bica ou similar e 0,4% não tem nenhum acesso à água. (EGP-RIO, 2010).

Há diversos itens demonstrados no censo realizado em 2010 no território que demonstram a precariedade de serviços públicos básicos. Apenas 31,3% das ruas são pavimentadas, ausência de iluminação próxima ou em frente à casa foi informada por 41,4%

dos respondentes e 21,9% não tem acesso a esse serviço. Também, apenas cerca de 40% tem acesso a rede de energia elétrica oficial (EGP-RIO, 2010).

Cerca de 98% das residências são uni-familiares, sendo que, 62,9% das residências têm apenas um cômodo para servir de dormitório. Quando foi perguntado quais problemas que existem na casa, os entrevistados indicaram na seguinte ordem dos mais citados: pouco espaço; pouca ventilação natural; pouca iluminação natural; fundação, paredes ou chão úmidos; e goteira. Quando lhes foi perguntado “o que está faltando para que sua moradia seja melhor”, saúde pública foi o sexto item mais citado, após saneamento básico, melhoria da casa, casa nova (própria ou de alvenaria), área de lazer e iluminação pública ou energia (EGP-RIO, 2010).

Em relação à profissão/ocupação da população de Manguinhos, 26,2% são estudantes, 21,1% trabalham com carteira assinada, 7,7% trabalham sem carteira assinada, 8,4% estão desempregados e 8,2% trabalham como dona de casa. A renda média aproximada por domicílio (9.760 domicílios) é de R\$ 638,48 e a renda média aproximada por pessoa (17.013 moradores informaram renda) é de R\$ 366,28. Importante mencionar que ao perguntar a renda bruta do trabalho e/ou aposentadoria 21,7% disseram não ter renda, e que, 63,6% fora o trabalho, não tiveram nenhuma fonte de renda extra. A renda média aproximada por pessoa do sexo masculino é de R\$ 440,58 e a renda média aproximada por pessoa do sexo feminino é R\$ 301,54 (EGP-RIO, 2010).

A maioria da população tem ensino fundamental completo (49,9%), já o ensino médio corresponde a 19,8%, 11,7% tiveram algum tipo de alfabetização, 5,4% não possuem nenhum grau de ensino, 2,7% tem o ensino superior e 0,4% o ensino profissionalizante. É importante ressaltar que 2,0% responderam não ter nenhuma série concluída, mas sabem ler e escrever e 2,4% não sabem ler e escrever. A média em anos de estudo é de 8,4 anos.

Ao serem questionados se existe alguma associação, organização social ou entidade que atua na comunidade, 80,8% responderam que sim e 15,7% que não. As organizações/associações/entidades citadas foram associação de moradores, igrejas e ACS. Ao se perguntar sobre a atuação da entidade, 41,8% a consideram mais ou menos, 26,8% muito e 20,1% pouco atuante (EGP-RIO, 2010).

REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MANGUINHOS

A primeira unidade de saúde criada em Manguinhos para atender a sua população, em 1967, foi o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), atualmente vinculado à ENSP/Fiocruz, sendo um campo de ensino e pesquisa desta instituição (ENSP/FIOCRUZ, 2014; BODSTEIN, MAGALHÃES, MARCONDES, 2012).

O processo de implantação da ESF no território iniciou-se em 2000, com duas equipes, cobrindo menos que 20% da população adscrita. Em 2006, o CSEGSF ainda era o único estabelecimento de saúde de Manguinhos e tinha sete equipes do ESF, número que se mantém até a atualidade (BODSTEIN; MAGALHÃES; MARCONDES, 2012).

Em 2009, foi criado o Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS), a partir de um contrato entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e a ENSP Fiocruz por meio de sua Fundação de Apoio (Fiotec). Esta é uma iniciativa de cogestão que tem como objetivo promover o acesso às ações e serviços de saúde e melhorias nas condições de vida da população de Manguinhos. Gerenciado pela ENSP, o território fundamenta-se na compreensão do mesmo como um espaço dinâmico de aprendizagem, de pesquisa, de intervenção, de acompanhamento e avaliações das ações de saúde, inclusive de ações intersetoriais com participação social. O TEIAS Escola Manguinhos é responsável pela gestão da atenção primária nessa região e tem a ESF como modelo ordenador dos serviços à saúde (ENSP/FIOCRUZ, 2014)

No Censo Domiciliar, que trouxe dados coletados entre 1º de julho de 2008 e 24 de junho de 2009, ao perguntar qual local a família procura em caso de doença e considerando que cada família pode procurar mais de uma unidade de saúde: 48,5% procuram o posto de saúde, 36,6% o pronto socorro, 7,2% atendimento particular, 1,4% unidade do ESF, 2,2% deram outras respostas e 5,7% não informaram (EGP-RIO, 2010).

Em relação aos estabelecimentos de saúde, desde 2009 houve mudanças importantes na rede assistencial do território. Em 2009, foi criada a UPA, com atendimento de emergência, consultórios, farmácia, laboratório para exames, salas de raios-X, sutura, medicação e nebulização. Em 2010, inaugurou-se a Clínica de Saúde da Família Victor Valla (CSFVV) com três novas equipes de Saúde da Família. No ano referido a cobertura da população atendida já era de 100%. Hoje, esta unidade conta com seis ESF (BODSTEIN; MAGALHÃES; MARCONDES, 2012). O Quadro 1 apresenta as equipes em atuação no TEIAS Manguinhos até 2013.

Quadro 1: Equipes de Saúde da Família em atuação no Programa Território Integrado de Atenção à Saúde – (TEAIS Escola Manguinhos) segundo as áreas de responsabilidade, 2013.

Unidade de saúde	Número de Equipes e dados de cadastramento	Bairros de cobertura
Clínica da Família Victor Valla	6 equipes Dados de cadastramento: 20.457 pessoas e 6.999 famílias	Nelson Mandela
		Conjunto Habitacional PROV (CHP2)
		Mandela de Pedra
		DESUP
		Samora Machel
		Vila União
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF)	7 equipes Dados de cadastramento: 18.004 pessoas e 5.529 famílias	Parque Oswaldo Cruz
		Parque Amorim/Monsenhor Brito
		Parque Carlos Chagas
		Nova Vila Turismo
		Vila São Pedro/Agrícola
		Conjunto Habitacional PROV Parque João Goulart
		Vila Turismo

Fonte: SIAB - Novembro 2013. Retirada: Adaptado de Escola Manguinhos. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/saudedafamilia>

A UPA e a CFVV fazem parte do modelo Complexo de Atendimento à Saúde (CAS), cujo atendimento engloba a atenção básica e pré-hospitalar. Este Complexo é composto adicionalmente pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pela Academia Carioca. Localizada ao lado da UPA, a Casa da Mulher, presta auxílio, tratamento e informação às mulheres (BODSTEIN; MAGALHÃES; MARCONDES, 2012).

No Quadro 2 é apresentado o conjunto de pontos de atenção do TEIAS Manguinhos. As duas UBS do território, o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e a Clínica da Família Victor Valla, têm farmácia.

A iniciativa da ENSP por meio do TEIAS Manguinhos ampliou a cobertura, incorporou a promoção da saúde, ampliou a participação comunitária, instituiu uma proposta de Gestão Participativa, de pesquisa em parceria com a comunidade e fortaleceu projetos sociais. (BODSTEIN; MAGALHÃES; MARCONDES, 2012).

Quadro 2: Rede de Assistência à Saúde no Programa Território Integrado de Atenção à Saúde – (TEAIS Escola Manguinhos) segundo serviços de saúde e parcerias para a promoção da saúde.

Rede de Assistência à Saúde em Manguinhos
Serviços de Saúde
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria*
Clínica da Família Victor Valla*
Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF
Academia Carioca da Saúde
Consultório na Rua
Unidade de Pronto Atendimento de Manguinhos (UPA)
Casa da mulher
Grupos Educativos
Grupo de caminhada
Saúde na Escola
Grupo Tabagismo
Parcerias para a Promoção da Saúde
Igreja católica, templos pentecostais, centro de candomblé e grupos religiosos
Associação de bairro
Biblioteca Parque Manguinhos
Parque Social
Centro de Referência da Juventude

*possui farmácia.

Elaborado pela autora. Fonte: ENSP/FIOCRUZ, 2014a; LTM, 2014; FERREIRA; ESPÍRITO SANTO, 2012.

Em 2014 e 2015 o território de Manguinhos passou por uma (re)territorialização. Houve mudanças quanto a área de abrangência, o número de pessoas e de famílias cobertas por cada ESF e as microáreas foram redivididas entre os ACS. Houve também mudança nos nomes das equipes, que foram escolhidos por seus próprios membros. Os novos nomes com seus respectivos nomes antigos estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3: Nomes das Equipes de Saúde da Família antes e após a (re)territorialização 2014/2015. Manguinhos, 2016.

Unidade de saúde	Nome da eSF antes da (re)territorialização	Nome da eSF depois da (re)territorialização
Clínica da Família Victor Valla (CFVV)	Nelson Mandela	Liberdade
	Conjunto Habitacional PROV (CHP2)	Renovação
	Mandela de Pedra	Coragem
	DESUP	Sabedoria
	Samora Machel	Confiança
	Vila União	Felicidade
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF)	Parque Oswaldo Cruz	Vida
	Parque Amorim/Monsenhor Brito	Fortaleza
	Parque Carlos Chagas	Aconchego
	Nova Vila Turismo	Fraternidade
	Vila São Pedro/Agrícola	Harmonia
	Parque João Goulart	Amizade
	Vila Turismo	Serenidade

Fonte: Apresentação dos slides cedida por Isabella Koster (articuladora de ensino e pesquisa no TEIAS - Escola – Manguinhos)

DIABETES MELLITUS EM MANGUINHOS

Em estudo de Chaves *et al.* (no prelo)¹, segundo informações das bases de dados Sistema Avançado de Informações na Saúde (SAIS), ficha A e Alert® (sistema utilizado para prontuários eletrônicos na Clínica da Família Victor Valla e no Centro Municipal de Saúde Manguinhos), entre 01/08/2011 a 01/08/2012, havia 935 diabéticos no território de Manguinhos representando uma prevalência de 2,6% da doença no território. O estudo analisou 120 prontuários, constatando que 71,3% apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente (66,1%), seguida por obesidade e transtorno mental.

Os medicamentos mais prescritos foram os específicos para diabetes (17,9% metformina e 9,4% glibenclamida) e para hipertensão (11,7% enalapril e 11,1% hidroclorotiazida). A média de medicamentos prescritos por usuário foi de 3,8. Em relação à

1 CHAVES, L. A.; MENDES, L. V. P.; SOBRAL, R. C.; LUIZA, V. L. **Modelo de serviços farmacêuticos em dispensação e seguimento farmacoterapêutico: aplicação a portadores de Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz (NAF/ENSP/Fiocruz). No prelo.

oferta dos medicamentos utilizados para doenças crônicas, 8,5% não eram distribuídos no setor público e 14% não faziam parte do elenco da APS do município do Rio de Janeiro.

O tempo de cobertura da dispensação de hipoglicemiantes nos Centros de Saúde de Manguinhos variam de 30 a 60 dias. Insulina e insumos eram dispensados mensalmente. Na UPA, a dispensação de medicamentos era para aproximadamente uma semana.

Chaves et al. (no prelo) reafirmam a importância da oferta de medicamentos pela rede pública, uma vez que a população de Manguinhos é uma população de baixa renda, portanto, bastante dependente desta via de provisão. Outra questão trazida pelos autores é sobre a importância do farmacêutico no provimento de informações aos prescritores e usuários para as possibilidades de aquisição de medicamentos na rede. A provisão de informação sobre formas de acesso pode evitar que os usuários de serviços de saúde tenham uma trajetória de busca longa devido à complexidade dos diferentes mecanismos de acesso a medicamentos (por exemplo, Atenção Básica, Componente Especializado, Componente Estratégico, Farmácia Popular do Brasil, Aqui tem Farmácia Popular, etc.).

Em relação a RAS, as seguintes informações foram obtidas: havia demora entre o agendamento e a realização de consultas com especialistas; o tempo de dispensação de medicamentos pela UPA (uma semana) não era suficiente para cobrir o tempo até o dia da consulta na UBS, inclusive havia um acordo informal entre farmacêutico da UPA e de uma das Clínicas de Saúde da Família (CFS) para encaminhar a dispensação de medicamentos de uso contínuo nesta (CHAVES et al., no prelo).

Na RAS, é de suma importância o acompanhamento de internações e altas, com um sistema de coleta de dados sobre causas da internação, terapia medicamentosa (anteriores ou novas) e os problemas de saúde detectados. As doenças crônicas demandam um cuidado contínuo e integral, perpassando pelos cuidados especializados; então, quanto mais próximos os diferentes níveis de atenção em termos de comunicação, melhor o acompanhamento, continuidade do tratamento e adesão ao tratamento. Em Manguinhos, a UPA é bem próxima a uma das UBS, o que beneficia a criação de possibilidades de comunicação entre essas unidades (CHAVES et al., no prelo).

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Tratou-se de estudo predominantemente qualitativo, com aplicação de entrevistas semiestruturadas. A pesquisa qualitativa visa ao estudo dos fenômenos humanos, da realidade social e do universo em que o indivíduo está inserido (MINAYO et al., 1994). A entrevista qualitativa é uma ferramenta para compreensão dos comportamentos, ações e modo de pensar dos indivíduos frente aos contextos a que estão inseridos (BAUER; GASKELL; GUARESCHI, 2002).

As entrevistas semiestruturadas consistem em perguntas abertas e fechadas sobre um determinado tema de estudo, em um contexto de diálogo a dois, próximo a uma conversa informal. Este permite delimitar as informações de interesse e maior abertura para o entrevistado discorrer sobre o tema. Favorece as respostas espontâneas e cria maior proximidade entre entrevistador e entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador pode direcionar as perguntas para obter maior aprofundamento de informação de interesse, pode fazer perguntas adicionais quando houver dúvida, permitindo ao entrevistado corrigir e complementar sua fala. Assim, enseja o surgimento de questões inesperadas que podem ser de grande importância à pesquisa (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram utilizadas como instrumento de investigação do itinerário terapêutico dos usuários diabéticos do TEIAS Manguinhos. O itinerário terapêutico corresponde à trajetória de procura por cuidados à saúde e inclui serviços de saúde, cuidados caseiros, práticas religiosas, ou seja, todas as iniciativas de decisões e ações que o indivíduo tem com o objetivo de ter alguma solução para seu problema de saúde (CABRAL et al., 2011).

SELEÇÃO DOS SUJEITOS, INFORMAÇÕES DE INTERESSE E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com diabéticos atendidos pelo TEIAS Manguinhos. Optou-se por utilizar como critério de inclusão a vigência do uso de insulina, pois indica comprometimento da função renal ou o não alcance das metas terapêuticas com o tratamento oral. A ideia era de que esses portadores de diabetes, provavelmente com a doença não controlada no passado recente, teriam problemas na interação com o sistema de saúde e/ou na adesão ao tratamento importante de serem

conhecidas e desvendadas. Possivelmente teriam entrado em contato com diferentes níveis de cuidado e se confrontado com suas diferentes barreiras. Para identificação dos usuários de interesse foi buscado o registro de insulinização disponível nas duas unidades básicas do TEIAS Manguinhos.

A entrevista buscou investigar (roteiro da entrevista nos Apêndice 7 (p.141) e 8 (p.143):

- Caracterização dos indivíduos e seu contexto socioeconômico: idade, gênero, estado civil, cor ou raça/etnia, escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, número de pessoas e grau de parentesco na unidade doméstica, cobertura por seguro saúde;
- Cotidiano e trajetória com DM: diagnóstico, tempo de conhecimento da doença, atitude anterior e posterior ao diagnóstico, surgimento de complicações relacionadas ao DM, conhecimento sobre a doença e valorização do tratamento (p.ex., regularidade de consulta médica, uso de medicamentos, MEV), práticas de cuidado à saúde (p. ex., práticas religiosas e cuidados caseiros), rede de apoio;
- Itinerário terapêutico: fonte usual de cuidado (público, privado, fontes formais/informais); opinião sobre as fontes de cuidado; conduta na emergência; regularidade de realização de exames, facilidade/dificuldade de fazê-los;
- Obtenção e uso de medicamentos e insumos: medicamentos e insumos em uso; fontes de obtenção; conhecimento sobre o uso; tempo de uso; facilidade/dificuldade de obtenção.

A fim de conferir a compreensão das perguntas pelo entrevistado, assim como a pertinência e os ajustes de tempo, foram realizados três testes-piloto da entrevista. Os testes-piloto foram realizados com 3 diabéticos insulinizados. Eles foram indicados pelos ACS que estavam no setor de acolhimento. Dois testes foram realizados na CFVV e um na residência do entrevistado. Estas entrevistas foram gravadas, mas não transcritas. Após a realização do teste, não houve mudança no roteiro.

Tanto o inquérito domiciliar realizado na região em 2013 quanto o estudo AF em DM no TEIAS Manguinhos subsidiaram a descrição do perfil epidemiológico do diabetes no território e a oferta de cuidados. Adicionalmente, para complementar e atualizar informações

sobre a oferta de cuidados aos diabéticos do TEIAS Manguinhos, foi realizada entrevista com a gerente da CFVV.

O roteiro de informações coletadas do prontuário eletrônico dos usuários insulinizados está no Apêndice 6 (p. 139).

ASPECTOS OPERACIONAIS

A ideia inicial deste projeto era de entrevistar 13 pessoas, um diabético por eSF das duas unidades do território (CFVV e CSEGSF). Previa-se, se necessário, voltar à rodada de um usuário por ESF até esgotamento do discurso dos entrevistados.

A lista dos pacientes insulinizados foi obtida diretamente na farmácia das duas unidades. As farmácias das duas UBS do TEIAS tinham diferentes métodos para listar os pacientes que obtinham insulina. As listas eram feitas pelos próprios funcionários da farmácia e não pelo software utilizado para a dispensação de medicamentos. Ambos utilizavam o programa do Excel da Microsoft® e digitavam na linha do nome do paciente: a data de fornecimento e a quantidade de insulina fornecida.

A primeira possibilidade era selecionar os diabéticos em uso de insulina há pelo menos um ano. Foi solicitado à farmácia as listas de julho de 2014 até janeiro de 2015. Porém não foi possível obter as listas de julho e agosto de 2014, pois nos referidos meses, os farmacêuticos tinham acabado de serem contratados e haviam iniciado a organização da lista de insulinizados a partir de setembro de 2014. Assim, a primeira lista obtida pela pesquisadora foi da farmácia da CFVV, em agosto de 2015 e incluía informações de setembro a dezembro de 2014 e janeiro de 2015. Foram fornecidas as listas de março, maio e julho de 2015. As listas de abril e junho não foram fornecidas e isso não causou prejuízo a seleção. Logo, foi decidido que o uso de insulina há 6 meses seria conveniente ao critério estabelecido, uma vez que seria possível selecionar os pacientes mais graves e com contato recente nas unidades de saúde investigadas. Antes de proceder a seleção, foi feita uma lista com todos os nomes de pacientes que haviam obtido insulina a partir de setembro de 2014. Todas as listas foram utilizadas para não haver perda dos entrevistados selecionados, pois conforme mencionado no contexto do estudo, o território do TEIAS estava passando pelo processo de reterritorialização. Ao analisar as listas, identificou-se 198 diabéticos insulinizados. A lista dos insulinizados do CSEGSF correspondia a uma lista acumulada ao longo do tempo, sem

exclusão dos pacientes que não adquiriram insulina na UB, que mudaram de território ou que faleceram. Nesta lista constavam 517 usuários.

O software de registro eletrônico dos prontuários dos pacientes utilizados na unidade era o Alert®. Antes de entrar no campo de pesquisa, a pesquisadora recebeu login e senha do Alert® e treinamento para utilizar essa ferramenta.

A próxima etapa para a seleção dos insulinizados da CFVV se constituiu em retirar os nomes repetidos, óbitos, inativos, menores de idade e não encontrados no Alert®. Em seguida, foi verificada a ESF a qual estavam vinculados, sendo retirados os que se encontravam sem vínculo com ESF ou que estavam vinculados ao CSEGSF. Foi também identificado o ACS responsável pelo paciente. Ao final, a lista dos insulinizados da CFVV totalizou 113 pacientes.

O mesmo foi realizado com a lista única do CSEGSF, neste caso com exclusão dos pacientes vinculados à CFVV, resultando em 191 pacientes insulinizados.

A seleção dos entrevistados prosseguiu pela verificação do prontuário eletrônico de cada paciente da lista dos insulinizados. Primeiramente foi realizada a seleção dos entrevistados da CFVV. Foram verificados e anotados o uso prévio ou atual de hipoglicemiante oral e anotados os diagnósticos de doenças ou complicações relacionadas ao DM. Neste momento, foram excluídos os menores de 18 anos, os insulinizados sem registro de uso de hipoglicemiante oral, os que tinham diagnóstico de DM gestacional ou DM1 e os que tinham transtorno mental (exceto depressão). O número de possíveis entrevistados da CFVV foi para 90 pessoas.

Essa triagem dos pacientes diabéticos de risco da CFVV consistiu em um trabalho delicado e que teve duração de aproximadamente 3 semanas. Alguns pacientes que obtinham insulina da farmácia da unidade não estavam cadastrados no grupo de diabéticos ou não tinham o registro do diabetes no campo “problemas” (que corresponde à “diagnóstico”) de seu prontuário do Alert®. Isto gerou a necessidade da pesquisadora analisar mais cuidadosamente cada paciente, pois a seleção consistia também em quantificar os diagnósticos de complicações relacionadas ao DM. Somado ao fato da alta demanda temporal e de que a Fiocruz estava em greve, a pesquisadora, sua orientadora e auxiliar de orientação optaram por realizar duas rodadas de entrevistas apenas na CFVV. Deste modo, foram 12 entrevistas, que corresponde a duas rodadas nas 6 eSF da CFVV.

A seleção do usuário teve como primeiro critério orientador aquele em situação de maior gravidade entre portadores de diabetes e suas complicações mais diretas em cada eSF.

Em outras palavras, a preferência foi dada àqueles usuários que possuíam maior número de comorbidades relacionadas ao DM e menor número de doenças não relacionadas ao DM. O número de doenças e complicações de cada diabético foi contabilizado e os cinco de cada eSF com maior número de doenças ou complicações foram selecionados. Uma lista final foi construída com os seguintes dados: número do prontuário, nome do selecionado, microárea, ACS, telefone, número de doenças relacionadas e complicações, endereço, medicamentos. Essa lista tinha o intuito de minimizar a possibilidade de indicação do entrevistado pela eSF. Foi composta uma lista reserva, para reposição de eventuais casos de recusa ou impossibilidade de participação. A ordem de contato foi seguindo o critério de maior número de doenças e complicações relacionadas ao DM.

Quando os possíveis entrevistados tinham o mesmo número de doenças e complicações relacionadas ao DM, o escolhido seguia a maior disponibilidade do ACS em acompanhar a pesquisadora e também maior possibilidade de encontrar o entrevistado em sua residência. Consequentemente, os entrevistados eram em sua maioria aposentados e os demais estavam de licença médica do trabalho.

Havia a previsão de cinco tentativas de contato telefônico para cada selecionado para agendamento da entrevista, o que na prática foi inviável, pois o telefone de muitos selecionados estava desatualizado. Portanto, somente para alguns participantes foi possível o agendamento prévio.

O principal meio de agendamento para entrevista era a partir do contato com o ACS. O contato era realizado somente presencialmente na UBS. O dia da possível entrevista seguia o dia de disponibilidade do ACS em levar e buscar a pesquisadora no domicílio do entrevistado e a data escolhida era o dia em que o ACS realizaria visitas próximo ao local.

O primeiro contato com o entrevistado ocorreu no momento da entrevista. A pesquisadora, responsável pela coleta de dados, era apresentada pelo ACS e explicava brevemente a pesquisa. Caso o selecionado aceitasse recebê-la, procedia-se a leitura do TCLE juntamente com o entrevistado. Foi verificada a compreensão do entrevistado quanto aos seus direitos, às implicações da sua participação (risco e possíveis desconfortos) e suas dúvidas sanadas. Houve ênfase de que a gravação da entrevista era pré-requisito à participação. Os objetivos da pesquisa foram cuidadosamente explicados de maneira a evitar que o entrevistado pensasse que a pesquisadora estava realizando a entrevista para avaliar negativamente seu cuidado em saúde. Foi deixado claro que a intenção de pesquisa era

conhecer o itinerário terapêutico dele, para que ele fosse o mais sincero possível e não se preocupasse em falar o que ele achava que a pesquisadora gostaria de ouvir. Apenas uma selecionada se recusou a participar.

As entrevistas duraram em média uma hora e foram realizadas nos domicílios para não perder oportunidade de contextualização do indivíduo. Foi usado como instrumento de registro um diário de campo e o próprio *tablet* utilizado para gravação da entrevista. Foram anotadas e/ou gravadas as impressões e informações adicionais, tais como a percepção da pesquisadora quanto ao autocuidado e armazenamento dos medicamentos e outras informações que podem ser consideradas relevantes para melhor caracterização do indivíduo e seu contexto. Essas informações foram anotadas e/ou gravadas logo após a saída do domicílio, em local seguro e não utilizando o nome do entrevistado, e sim o número de ordem de entrevistas.

Por motivo de recusa em receber a pesquisadora dentro da residência, três entrevistas foram realizadas na porta. Nestes três casos, houve interrupções durante a entrevista. Igualmente, houve interrupções pelos familiares durante as entrevistas em domicílio, mesmo tomando o cuidado para deixar claro que a participação era do diabético. Em alguns casos, alguém da família acrescentava informações ou desmentia informações dadas pelo entrevistado. Essas interrupções contribuíram para acrescentar dados para uma melhor compreensão do entrevistado, conforme será comentado nos resultados. Inclusive, ao final da entrevista, havia a oportunidade de uma conversa informal com o entrevistado com a participação de algum membro da família. Essa conversa informal foi importante, pois pôde-se ter uma melhor noção do autocuidado e armazenamento dos medicamentos, comentários de familiares, e outras informações consideradas relevantes para melhor caracterização do indivíduo e seu contexto. Porém, a presença de familiares ou amigos podem ter induzido a fala do entrevistado, conforme será mencionado em “limitações do estudo”.

Um dos testes-piloto foi utilizado como dado da pesquisa e, neste caso, foi realizada a transcrição. Essa decisão se deu devido ao fato de que o ACS dos selecionados não mais trabalhava na unidade (o qual nos proporcionava acesso à residência), e porque um outro sujeito selecionado não se encontrava facilmente na residência após esgotadas cinco tentativas de contato.

Para completar e atualizar informações referentes ao mapeamento da oferta de cuidado aos diabéticos do território, a gerente da CFVV foi entrevistada (Apêndice 9, p. 144). As

informações coletadas na entrevista estão descritas no tópico “A oferta de cuidado na Clínica da Família Victor Valla” nos resultados deste estudo. A gerente também foi informante dos dados epidemiológicos apresentados no tópico “O DM na Clínica da Família Victor Valla”, também nos resultados deste estudo.

TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE

Segundo Bardin (2011), entrevistas devem ser totalmente registradas e transcritas, incluindo silêncio, hesitações, risos e também as intervenções do entrevistador. A fala é carregada de subjetividade, é o meio de expressão, dentro de certos limites, ao que a pessoa pensa e sente, aos seus valores, representações, emoções e o seu inconsciente. Os limites advêm dos múltiplos significados, algumas vezes não são claros, e podem ter recuos, incompreensões e fuga.

A fim de ser fidedigno às colocações acima, as entrevistas para investigar o itinerário terapêutico foram gravadas e transcritas. As transcrições foram realizadas pela pesquisadora. Os nomes dos entrevistados não foram citados e para resguardar sua identidade foram numerados. Foram utilizados pseudônimos quando os entrevistados citavam nome de parentes ou de profissionais de saúde e omitidos nomes de estabelecimentos privados.

Os dados obtidos por meio de entrevistas com usuários do TEIAS Manguinhos foram analisados por análise de conteúdo. Segundo BARDIN (2011) análise de conteúdo é

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011:48).

Análise de conteúdo tem duas funções que podem ser aplicadas separada ou conjuntamente, as quais são explorar a comunicação de modo a desvendá-la (função heurística) e verificar hipóteses feitas previamente (administração da prova). Existem algumas regras básicas, mas a análise como um todo não está completamente pronta para todo tipo de análise. A depender do tipo de “fala”, da interpretação e do objetivo a que se tem em vista, a técnica deverá ser adaptada e a qualquer tempo, readequada (BARDIN, 2011).

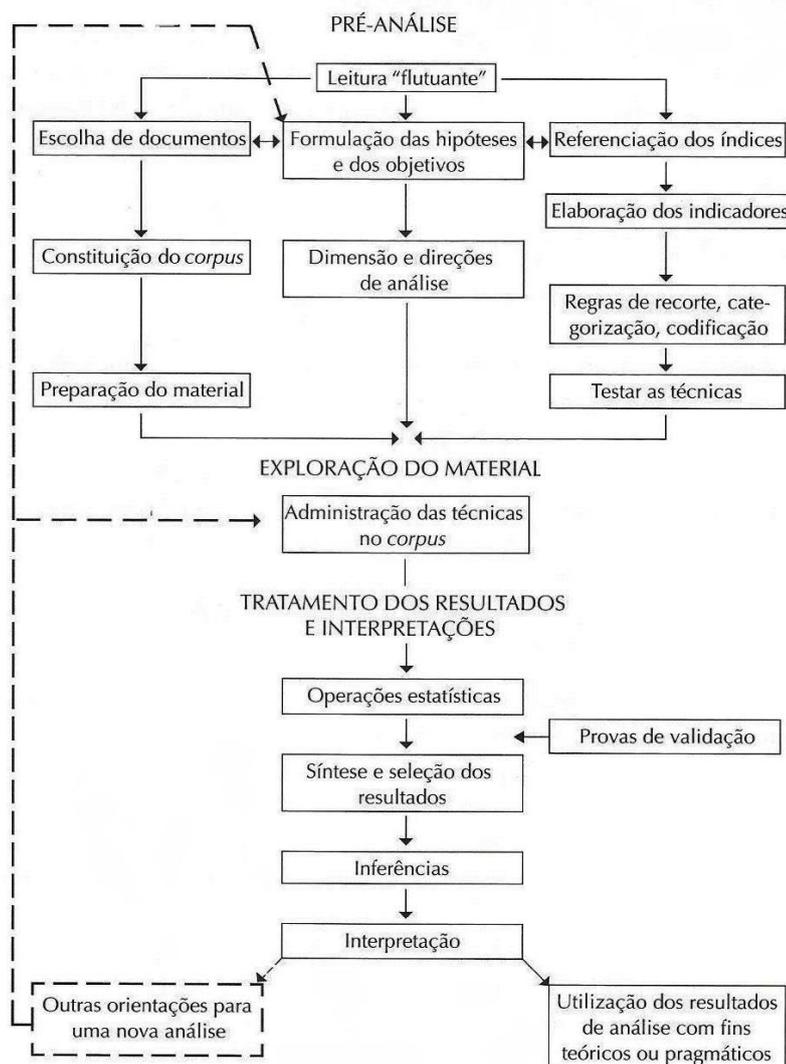
O estudo do itinerário terapêutico é predominantemente qualitativo. No levantamento bibliográfico de Cabral et al. (2011) em que foram selecionados onze artigos, nove estudos

eram qualitativos e dois quali-quantitativo. Entre as metodologias utilizadas para coleta de dados estavam: entrevista semiaberta, entrevista aberta, grupo focal e observação participante. Por fim, em relação à técnica de análise dos dados qualitativos, dois utilizaram a análise de conteúdo para o estudo do itinerário terapêutico, sem especificar qual modalidade, e cinco mencionavam utilizar a análise de conteúdo na modalidade temática.

A análise de conteúdo tem diferentes fases que se organizam em torno de três polos cronológicos: i) a pré-análise; ii) a exploração do material; iii) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2011:132). A Figura 1 esquematiza as fases da análise de conteúdo e as atividades correspondentes.

Nas falas, os entrevistados são indicados como E(n), sendo ‘n’ o número atribuído à entrevista.

Figura 1: Desenvolvimento de uma análise segundo Bardin (2011).



Fonte: Bardin, 2011: 132.

Pré-análise é a fase de organização, iniciando-se com uma leitura flutuante. A pré-análise consiste na visualização das ideias iniciais de modo intuitivo para operacionalizá-las e sistematizá-las em um plano de análise. Possui três missões que não se sucedem cronologicamente e são inter-relacionadas (uma depende da outra): a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e de objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011).

Os documentos escolhidos para serem analisados são denominados *corpus* e sua escolha segue algumas regras tais como: regra da exaustividade (deve-se reunir todos os elementos do campo do *corpus*), regra da representatividade (que visa assegurar que a amostra seja generalizada ao universo em questão), regra da homogeneidade (que deve obter critérios iguais de escolha) e regra da pertinência (obtidos de forma adequada e corresponder aos objetivos) (BARDIN, 2011).

Na formulação das hipóteses e dos objetivos, hipótese corresponde a “uma suposição cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros” e objetivo é “finalidade geral a que nos propomos, o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos serão utilizados” (BARDIN, 2011: 128). As hipóteses não necessariamente precisam ser definidas nessa fase, elas podem ser experimentadas (BARDIN, 2011).

Na referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, os índices serão escolhidos e organizados em indicadores. A preparação do material é a preparação para edição do material, sendo importante ter cópias impressas para poder escrever, grifar, fazer o que for preciso para chamar a atenção à fala ou expor observações do pesquisador/analista (BARDIN, 2011).

A segunda fase é a exploração do material, fase posterior a todas as escolhas realizadas na pré-análise. Nesta fase realiza-se a codificação, decomposição ou enumeração. É a fase em que o *corpus* escolhido na fase pré-análise é administrado (BARDIN, 2011). A autora chama a atenção para a importância de se ter uma revisão bibliográfica bem fundamentada para análise, pois existe uma ligação entre os dados da fala e a teoria a que esta estará embasada.

A última e terceira etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta fase os dados são interpretados e passam a ter significado. Operações estatísticas e de validação são utilizadas para garantir rigor nos resultados. Podem aparecer outras descobertas que não foram pré-determinadas (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo pode ser tanto análise dos “significantes” (análise lexical, análise dos procedimentos) como análise dos “significados” (análise temática). Análise temática consiste na “contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada” (Bardin, 2011: 77). Essa unidade de codificação pode ser, por exemplo, frase, palavra, resumo, etc., mas não há regra para o recorte. Deve-se descobrir as ideias principais (“núcleo dos sentidos”) do objetivo escolhido dos quais têm significado para o estudo e as diversas dimensões de análises possíveis que podem ser utilizadas de modo a explorar todo o conteúdo da comunicação.

A temática escolhida é agrupada em grandes categorias. Estas vão sendo reagrupadas até se esgotarem as possibilidades. As hipóteses podem ser confirmadas e novas hipóteses podem aparecer. Assim, Bardin utilizou o termo “arborescente”, pelo fato de que “técnicas e interpretações atraem-se umas às outras e, a la limite, não é possível esgotar o discurso (este pode ser considerado esgotado quando os procedimentos já de nada adiantam)” (Bardin, 2011: 81).

Entrevistas geralmente são analisadas utilizando-se temas como unidade de registro para se investigar motivações, atitudes, opiniões, valores, crenças, etc. Quantitativamente é possível perceber assuntos qualificados/valorizados ou desqualificados/desvalorizados no discurso através da elevada ou não frequência do tema e qualitativamente por uma análise mais minuciosa do discurso (BARDIN, 2011).

Desta maneira, a análise temática permite colaborar com pelo menos parcialmente as explicações para uma dada comunicação, mas nada impede que os achados possam ser questionados. Não é uma verdade absoluta até porque as hipóteses partem de “uma abordagem particular e muito restrita sobre um assunto muito limitado” (BARDIN, 2011).

Na dissertação de mestrado de TOMÁZ (2009), o itinerário terapêutico após diagnóstico de câncer de mama e útero em mulheres do município de Itajaí-SC foi descrito por meio da história oral dessas mulheres. O conteúdo foi analisado através de análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Antes da categorização, utilizou-se um fluxograma para facilitar a organização da busca por assistência dessas mulheres, já que os relatos não seguem a ordem cronológica exata. O referido estudo tem como referencial do caminho percorrido na busca por assistência à saúde o que foi proposto por Helman (2003), que utiliza os três setores da assistência à saúde de Kleinman, a saber: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional. No estudo do itinerário terapêutico foi analisado de

acordo com dois dos três setores, o sistema formal e o sistema informal. Assim, as categorias e subcategorias utilizadas foram:

Primeira categoria: descobrindo-se com câncer; subcategorias: fonte de informação, os sentimentos, significados atribuídos. Segunda categoria: sistema de saúde; subcategorias: resolubilidade no sistema público de saúde, SUS e o câncer. Terceira categoria: pluralidade na assistência de saúde; subcategoria: mulher e a medicina convencional, percurso da medicina convencional e medicina não convencional (TOMÁZ, 2009).

Bernauer (2013) utiliza a técnica de análise temática para investigar a influência da Rede de Apoio Social no itinerário terapêutico e autocuidado entre homens e mulheres usuários do Sistema de Saúde da Baixada Santista (São Paulo) para análise da diferença entre os gêneros nessas ações para a compreensão dos processos de adesão ao cuidado e promoção da cidadania e autonomia da população.

A análise dos dados, seguindo as etapas propostas por Bardin da análise de conteúdo, se iniciou na leitura flutuante das entrevistas. Foram formuladas três perguntas norteadoras para responder o objetivo de descrever o itinerário terapêutico para acesso a medicamentos. As três perguntas guardavam relação com os três eixos de informações de interesse descritas anteriormente (Quadro 4).

Quadro 4. Perguntas norteadoras e eixo de investigação.

Pergunta norteadora	Eixo de investigação
Como é viver e conviver com diabetes?	Cotidiano e trajetória com DM
Quais são as trajetórias de busca por serviços de saúde formais para atendimento dos problemas e demandas relacionados ou DM?	Itinerário terapêutico a serviços formais
Quais são as estratégias para acesso a medicamentos para DM e doenças relacionadas, e o que o uso de medicamentos representa para os entrevistados?	Itinerário terapêutico para uso de medicamentos e insumos

As categorias temáticas e suas subcategorias foram construídas e confirmadas a partir das perguntas norteadoras e leitura exaustiva das entrevistas (Quadro 5). Por meio do programa Excel®, os extratos das entrevistadas foram recortados e colocados na respectiva categoria temática e comentários foram inseridos onde necessário.

Quadro 5. Categorias e Subcategorias da Análise de Conteúdo.

Tema	Categorias temáticas	Subcategorias	
Conviver com diabetes	Cotidiano com diabetes	Autonomia	
		Rede de apoio	
		Sentimentos (medos, rebeldia, aborrecimentos, impaciência, revolta, receio)	
		Estigma	
		Cuidados caseiros	
		Práticas de Cuidado e MEV	
	História da doença	Descoberta	
		Surgimento de complicações	
Cuidado: relação com os serviços formais de saúde	Fonte usual: facilidades e barreiras	Público	acompanhamento
			eSF
			apoio matricial do Nasf especialistas
			exames
			emergência
		Privado	
	Deslocamento		
O itinerário terapêutico para acesso a medicamentos	Fonte de obtenção	Público	
		Programas de copagamento	
		Privado	
		Percepção do atendimento	
	Uso de medicamentos e insumos	Uso	
		Percepções quanto ao uso de medicamentos e insumos	
		Adesão: Dificuldade / facilidade de seguir a prescrição médica	
		Organização / Armazenamento	
		Automedicação	
		Chá / fitoterápico	

A escolha das categorias e subcategorias do primeiro tema “Conviver com diabetes” se deu a partir dos núcleos de sentidos que apareceram a partir de perguntas direcionadas às experiências e ao cotidiano dos diabéticos entrevistados. A história da enfermidade e o surgimento das complicações também foram abordadas, mas de modo breve, pois não representa como ponto principal deste estudo.

O segundo tema “Cuidado: relação com os serviços formais de saúde” teve as categorias agrupadas e organizadas segundo os dados das entrevistas e seguindo as recomendações do Guia de Referência Rápida para o Cuidado em Diabetes Mellitus, da Superintendência de Atenção Primária do Rio de Janeiro. Este teve o intuito de desvendar o itinerário terapêutico dentro dos serviços de saúde formais previstos no referido Guia, de modo a descrever quais são as facilidades e dificuldades na busca por cuidados, assim como as estratégias empreendidas ao se deparar com barreiras encontradas dentro do sistema de saúde. A subcategoria “deslocamento” foi escolhida a partir de uma das dimensões de acesso de Penchansky e Thomas (1981), a acessibilidade, com o intuito encontrar as dificuldades de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde.

O terceiro “O itinerário terapêutico para acesso a medicamentos” tem como pontos centrais descrever a obtenção de medicamentos na rede pública, seja dos componentes da AB ou especializada, e na rede privada para o diabetes e doenças relacionadas e também os pontos que giram em torno ao uso de medicamentos, tais como a percepção do uso, adesão, automedicação e formas não prescritas do uso de medicamentos.

Para os três temas e suas categorias descritos acima, foi pensando o itinerário Tendo em mente o conceito de itinerário terapêutico de Cabral et al. (2011), Alves; Souza (1999), Gerhardt (2006), Guerin; Rossoni; Bueno (2012) e Tomáz (2009). Desde modo, o itinerário terapêutico foi pensando como a busca para soluções de problemas de saúde tanto em meios formais e informais, levando em consideração o contexto social, econômico e cultural a que esse entrevistado está inserido, a rede de apoio, os serviços públicos e privados de saúde, as condutas e práticas de cuidado fora dos serviços de saúde, como por exemplo os cuidados caseiros, a automedicação e outros meios de busca por resolubilidade por meios informais.

Na segunda etapa, os relatos foram decompostos até a forma final da tabela de categoria de análise. Os dados foram iterativamente organizados na planilha segundo as categorias de análise. A isto seguiu-se a releitura, que ensejou a interpretação e identificação da ideia central de cada relato selecionado, de maneira a facilitar a análise.

Na terceira etapa, os relatos mais representativos de cada categoria ou subcategoria foram citados nos resultados. Estes foram também confrontados com referências bibliográficas. Relatos individuais únicos que não correspondiam a unidade majoritária dos entrevistados e relevantes a pesquisa, como por exemplo, novos achados, foram igualmente citados nos resultados.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi realizada, em todas as suas etapas, em conformidade com a Resolução CNS 466/2012, que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP).

A pesquisa obteve autorização da instituição coparticipante em suas duas unidades: Centro de Saúde Germano Sinval Faria e Clínica da Família Victor Valla. O Termo de Anuência para acesso aos documentos clínicos e administrativos foram assinados pelas gerentes das duas unidades de saúde do Teias-Escola Manguinhos (Apêndice 1, p. 132).

A pesquisa de campo foi iniciada somente após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP e anuência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

Todas as entrevistas, inclusive as do teste-piloto, foram realizadas após anuência e assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) seguindo as recomendações nacionais quanto à ética em pesquisa, em especial a Resolução CNS 466/2012. Vale ressaltar que, a assinatura do TCLE se deu somente depois de todos os esclarecimentos terem sido realizados. Todos os indivíduos tinham condições de assinar, portanto não foi necessária a assinatura de uma testemunha.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, excetos os testes-piloto (que foram somente gravados). Os nomes dos entrevistados não foram utilizados e sim uma numeração seguindo a ordem das entrevistas. Foi utilizado o relato de um dos testes-piloto como dados desta pesquisa, TCLE correspondente foi assinado pelo entrevistado. Os TCLEs para os portadores de diabetes para o teste-piloto, para os portadores de diabetes utilizados como dados e para a gerente da UBS, encontram-se, respectivamente, nos Apêndices 3 (p. 134), 4 (p. 136) e 5 (p. 138).

A fim de manter a confidencialidade sobre os dados coletados, sigilo e não identificação dos indivíduos entrevistados, a pesquisadora, orientadora e auxiliar de orientação assinaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados, presente no Apêndice 2 (p. 133).

RESULTADOS

O DM NA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA

A gerente da CFVV disponibilizou dados referentes às consultas e número de diabéticos por eSF do ano de 2014 (Tabela 1). Houve divergência no número total de diabéticos inscritos pelos profissionais de saúde no programa de diabetes e os que se auto referiram como diabéticos para os ACS, sendo de 377 no primeiro caso e 573 no segundo, uma diferença de 115 indivíduos. A eSF com maior diferença entre o dado informado pelos profissionais de saúde e o auto-referido foi a eSF Confiança. A eSF Renovação teve o mesmo número de inscritos nas duas fontes. Foi obtido também, junto à gerente, o número total de 484 diabéticos inseridos no programa de diabetes em dezembro de 2015.

O total de pacientes diabéticos com duas ou mais consultas nos últimos 12 meses não foi proporcional ao de pacientes diabéticos inscritos. Por exemplo, a eSF Felicidade apresentou o maior número de diabéticos (152) e, no entanto, 83,55% deles realizaram duas ou mais consultas nos últimos 12 meses. Por outro lado, a eSF com maior porcentagem de consultas dentro da meta (90,14%) tinha somente 71 diabéticos adscritos. A eSF com o menor percentual de consultas dentro da meta foi a eSF Renovação, com 89 diabéticos e 67 com consultas, uma porcentagem de 75,28%. Na eSF com menor número de diabéticos (21), 81% deles tiveram mais de duas consultas.

Tabela 1. Quantitativo de diabéticos (diagnosticados e que se auto referem diabéticos) e número e porcentagem de consultas nos últimos 12 meses por equipe da ESF.

Equipe	Duas ou mais consultas nos últimos 12 meses	Pacientes inseridos no programa de diabetes	% de diabéticos com duas ou mais consultas nos últimos 12 meses	Pacientes inscritos no grupo de saúde (SAIS)	Diferença entre pacientes inseridos no programa e inscrito no SAIS
Confiança	68	85	80,00%	113	28
Coragem	17	21	80,95%	40	19
Felicidade	127	152	83,55%	187	35
Liberdade	64	71	90,14%	75	4
Renovação	67	89	75,28%	89	0
Sabedoria	34	40	85,00%	69	6
Total	377	458	82,31%	573	115

Fonte: Tabela fornecida pela gerente da CFVV no dia 26/01/2016.

A OFERTA DE CUIDADO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA

A oferta de cuidado na CFVV foi descrita pela gerente da UBS por meio de entrevista, conforme mencionado na “Trajetória Metodológica”.

O CFVV funciona de segunda a sexta-feira de 07:00 às 19:00h e aos sábados das 08:00 à 12:00h. A farmácia da unidade abre de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 18:00h e aos sábados funciona no mesmo horário da Clínica. A farmácia da UPA abre 1 hora antes (07:00) e fecha 1 hora após à farmácia da CFVV (20:00).

Como mencionado anteriormente, a CFVV tem seis eSF, cada um conta com dois médicos e um enfermeiro(a), resultando num total de 12 médicos e 6 enfermeiros, adicionado do apoio de quatro médicos preceptores. Todos os profissionais e equipes da eSF oferecem cuidados aos portadores de diabetes. O Nasf de referência conta com os seguintes profissionais: psicólogo, psiquiatra, pediatra, educador físico (2) e fisioterapeuta. Os que têm ações voltadas para pacientes diabéticos são as duas educadoras físicas e uma fisioterapeuta que trabalha em caso de lesões do pé diabético. A farmácia da CFVV conta com dois farmacêuticos e dois auxiliares.

São oferecidas aos pacientes diabéticos consultas trimestrais. A primeira consulta e as de pronto atendimento são com o médico. Ao final de cada consulta, médica ou de enfermagem, a subsequente é agendada. Se for a primeira vez do paciente ou o paciente chegar com alguma queixa, a unidade trabalha com acesso avançado que garante, na maioria das vezes, que o paciente seja atendido no mesmo dia. Caso ele já esteja sendo acompanhado pela ESF, a consulta é intercalada entre médico e enfermeiro. O tempo entre as consultas pode ser reduzido dependendo da necessidade do paciente; por exemplo, ao iniciar a insulino terapia, o paciente comparece a unidade de semana em semana, ou de 15 em 15 dias, até se adaptar.

Os pacientes diabéticos de alto risco, principalmente os não controlados, o intervalo entre-consulta reduzido. Este paciente é acompanhado com periodicidade inferior a 3 meses o ajuste do tratamento e alcance do controle glicêmico. Um diferencial de atendimentos dos diabéticos que há somente nas duas UBS do TEIAS são os curativos para tratamento do pé diabético. Esses materiais são financiados pela Fiocruz, que compra diferentes tipos de curativos para os diversos tipos de lesões.

A farmácia trabalha sempre com dois profissionais, um deles atende o paciente e o outro pega todos os medicamentos. Estes são conferidos duas vezes, um faz a conferência e o

outro a contra conferência para que não haja erro. Nos intervalos entre as consultas o paciente pode ir direto à farmácia, pois a receita tem validade de 3 meses, sendo então renovada na nova consulta médica ou de enfermagem. Os enfermeiros podem prescrever medicamentos de programas de saúde e que tenham protocolos pelo ministério ou pelo município. Quando o paciente está iniciando uma nova abordagem medicamentosa, por exemplo insulina, normalmente não lhe é fornecida medicação para um grande espaço de tempo, para que ele tenha um acompanhamento mais próximo. Dispensa-se quantidade para duas semanas ou de acordo com a adaptação. Os pacientes já acompanhados recebem a medicação mensalmente.

Quando a eSF identifica necessidade de apoio pelo Nasf, qualquer profissional da equipe pode agendar a consulta na agenda interna dos profissionais do Nasf, normalmente para o mesmo mês. São realizadas interconsultas, que são consultas do paciente com o profissional do Nasf na presença do profissional da eSF. Dependendo do grau ou da necessidade, o paciente pode ter o retorno só com o profissional do Nasf ou novamente uma interconsulta, sendo que o objetivo é privilegiar as interconsultas para capacitar os profissionais das equipes para resolução dos casos.

O fluxo para consulta com profissionais especialistas é o preconizado pelo município. O encaminhamento de pacientes a especialistas é feito a partir da identificação desta demanda e solicitado pela plataforma virtual do Sisreg (Sistema de Regulação). As vagas são disponibilizadas pelo município e dependem do tipo de necessidade e da magnitude da demanda, ou seja, a CFVV não tem domínio sobre essa liberação. A CFVV faz o agendamento de acordo com a disponibilidade da plataforma, podendo o tempo de espera variar entre imediato a um ano. Além disso, a vaga pode sair para estabelecimento em qualquer local, não necessariamente em um mais próximo a residência do paciente.

Os atendimentos de emergências, dependendo do grau em que o paciente se encontra, é feito preferencialmente na CFVV e quando necessário, utiliza-se o espaço da UPA. O fluxo para encaminhamento depende da necessidade, podendo ser pelo Sisreg ou “vaga zero”. Utiliza-se “vaga zero” quando é preciso internar de imediato. Neste caso, a vaga pode ser para qualquer lugar e supostamente leva aproximadamente meia hora. Na prática, se tratando de paciente diabético, a ambulância chega de uma hora a uma hora e meia. Quando não existe uma emergência para atendimento hospitalar, o encaminhamento é pelo Sisreg e o tempo para internação ou procedimento depende da liberação de vaga do sistema.

Os pacientes diabéticos realizam exames laboratoriais a cada três meses, de acordo com as consultas. Se existir alguma necessidade fora desse período, existe agendamento todos os dias. Segundo a gerente, sempre há vaga para coleta para exame laboratorial. Então, se algum paciente precisa realizar exame de sangue, este é realizado no dia seguinte. Os resultados dos exames laboratoriais ficam prontos em 7 dias.

O fluxo de encaminhamento para exames de imagem varia de acordo com o exame solicitado. Existe disponível no território do TEIAS aparelho de ultrassonografia e de *doppler* para atendimento dos pacientes vinculados às suas duas unidades. A disponibilidade dos dois aparelhos se deu por meio do Pacto de Gestão com o município. Havendo necessidade de realização de algum desses dois exames, a própria unidade pode agendar. Eles são realizados todas às sextas-feiras e o tempo de marcação e realização é de menos de um mês. Já exames de imagens mais específicos são realizados por encaminhamento pelo Sisreg e o tempo entre solicitação e realização vai depender da liberação de vagas do Sisreg.

O exame de retinografia já foi organizado pela Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) 3.1 duas vezes. A CAP disponibilizou um determinado número de vagas e os profissionais da CFVV elegeram e marcaram os pacientes, dando preferência aos insulíndependentes, quando foram atendidos, aproximadamente, 100 pacientes em cada ocasião. Para o exame de retinopatia via Sisreg, o agendamento ocorre, normalmente, a partir da requisição do oftalmologista, que o encaminha para a UBS para que esta faça o agendamento no sistema.

Os pacientes são informados quanto aos diferentes níveis de atenção. Os fluxos de informação são passados pela eSF por meio de grupos com os pacientes ou na própria consulta. Há sempre orientação de quais serviços são feitos na UBS, quais são encaminhados para outro local e como funciona esse encaminhamento.

São incentivadas práticas saudáveis pela CFVV, principalmente por meio da academia carioca, onde a maioria dos frequentadores são diabéticos e hipertensos. Existe uma boa parceria das duas educadoras físicas que desempenham atividades de incentivo ao exercício físico. Há o grupo de residentes multiprofissionais da Ensp em que enfermeiro e nutricionista estão sempre trabalhando na academia carioca com esses pacientes. Existe um grupo específico para fazer orientações gerais sobre diabetes, o grupo de pé diabético e um grupo da nutrição para falar-lhes sobre alimentação saudável. A unidade tem ainda o laboratório culinário, onde são feitas orientações sobre alimentação saudável. Os grupos da unidade são

abertos a todos os pacientes de todas as equipes. As reuniões acontecem geralmente uma vez por mês e os profissionais que realizam as reuniões são enfermeiros, nutricionistas e, às vezes, técnicos de enfermagem. Além dos grupos, nas consultas existe um cuidado para que informações e orientações sejam passadas ao paciente, inclusive exame e orientação do pé diabético.

A unidade tem mecanismos para a busca ativa de pacientes insulinizados. Mensalmente é gerado pela farmácia um relatório dos pacientes em uso de insulina e um relatório do próprio sistema da unidade dos pacientes insulino dependentes e não insulino dependentes. As duas listas são comparadas e uma nova lista é feita com os nomes dos pacientes que não compareceram à farmácia, que é entregue às equipes para que realizem a busca ativa. No entanto, a confecção das listas não foi constatada na observação participante.

A farmácia, ainda que muito próxima à unidade, fica localizada externamente à UBS e ao lado da Academia Carioca. Em relação aos medicamentos da atenção básica dispensados na farmácia, foi referida a existência de mecanismos para evitar a falha na disponibilidade. Os dois farmacêuticos ficam vigilantes quanto ao estoque disponível de medicamento e se for detectada alguma possibilidade de falta, entram em contato com outras farmácias, na tentativa de trocar algum medicamento ou solicitam o produto em falta no núcleo de apoio de abastecimento de medicamentos da própria CAP, mas, segundo a gerente, normalmente não falta medicamento para hipertensão e diabetes na UBS.

SOBRE OS PACIENTES

Foram 12 entrevistados, 9 mulheres e 3 homens. A cor predominante foi a negra (5), seguida de branca (4) e parda (3). A idade variou de 29 a 84 anos, sendo a média de idade de 59 anos. A idade média e a predominância do sexo feminino entre os entrevistados segue o padrão de envelhecimento da população em ambos os sexos (a partir dos 60 anos). O predomínio de entrevistados do sexo feminino pode estar relacionado à maior disponibilidade na residência, assim como predominância deste gênero na faixa etária (MS, 2013c). O quadro 6 apresenta a caracterização sociodemográfica dos entrevistados segundo os critérios selecionados para esta caracterização.

Quadro 6: Caracterização sociodemográfica dos entrevistados segundo aspectos selecionados. Município do Rio de Janeiro, 2015.

ID	Idade	Gênero	Cor	Escolaridade	Estado Civil	N. de pessoas no domicílio	Parentesco das pessoas que residem	Situação de trabalho	Renda Familiar (SM)	Plano de saúde	Tempo de Diagnóstico DM (anos)	Idade no diagnóstico (anos)	Outras enfermidades
1	84	Masculino	preta	Fundamental incompleto	casado	4	esposa, filha, neto	Aposentado	De 1 a 3	Não	28	56	Pé diabético, amputações, retinopatia diabética
2	39	Feminino	parda	Fundamental completo	união estável	5	mãe, marido, filho, filha	Trabalha sem carteira assinada	De 1 a 3	Não	8	31	Hipertensão essencial (primária), obesidade, Polineuropatia diabética
3	65	Feminino	parda	Fundamental completo	solteira	1		Aposentado	Até 1	Não	10	55	Hipertensão essencial (primária), obstrução arterial ateromatosa e sinais de neuropatia em pé esquerdo
4	79	Feminino	branca	Fundamental incompleto	viúva	2	filha	Trabalha sem carteira/Pensionista	De 1 a 3	Não	15	64	Obesidade devido a ingestão de calorias, hiperlipidemia mista e outras doenças vasculares periféricas, varizes dos membros inferiores sem úlcera ou inflamação
5	45	Feminino	branca	Médio completo	solteira	2	filha	Trabalha com carteira	De 1 a 3	Não	15	30	Mononeuropatia diabética, história pessoal de uso de longo prazo (atual de anticoagulantes), embolia e trombose, revascularização
6	60	Feminino	preta	Fundamental incompleto	casada	2	esposo	Aposentado	De 1 a 3	Sim ¹	8	52	Hipertensão arterial essencial, insuficiência cardíaca congestiva, dois acidentes vascular cerebral e insuficiência venosa periférica
7	51	Feminino	preta	Fundamental incompleto	solteira	1		Pensionista	Até 1	Não	20	31	Hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva
8	72	Feminino	branca	Analfabeta	solteira	1		Aposentada	Até 1	Não	10	62	Hipertensão essencial (primária) e retinopatia diabética
9	29	Feminino	branca	Fundamental incompleto	união estável	4	esposo, filho, filha	Desempregada e procurou emprego nos últimos 30 dias	Até 1			29	Hipertensão arterial essencial e obesidade
10	73	Masculino	parda	Fundamental incompleto	casado	5	esposa, três bisnetos	Aposentado	De 1 a 3	Sim ²	10	63	Hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva e angina pectoris
11	65	Feminino	preta	Fundamental incompleto	solteira	4	filho, duas netas	Aposentada	Até 1	Não	2	63	Hipertensão essencial (primária), doença arterial periférica e dislipidemia
12	45	Masculino	preta	Médio incompleto	união estável	5	mãe, tia, afilhada e o filho dela	Aposentado	De 3 a 6	Não	21	24	Hipertensão essencial (primária), obesidade, insuficiência cardíaca, amputação e insuficiência renal crônica

SM= Salários mínimos; DM = Diabetes mellitus

A maioria (7 casos) teve o diagnóstico após os 40 anos, idade na qual geralmente o DM surge na população. O tempo de diagnóstico de DM variou de 2 a 28 anos, com média de 13 anos. Entre os com maior tempo de diagnósticos estão dois homens, um com diagnóstico há 28 anos, atualmente com 84 anos de idade, e outro com diagnóstico há 21 anos, atualmente com 45 anos de idade. Os três casos de mulheres jovens com DM tinham histórico de diabetes gestacional ou pré-eclâmpsia, corroborando o fato de que as mulheres que tiveram DM gestacional têm maior risco de desenvolver DM 2 (MS, 2013c).

Em relação à escolaridade, a maioria relatou ter o ensino fundamental incompleto, os de maior escolaridade tinham ensino médio completo e uma entrevistada declarou ser analfabeta. Somente três pessoas moravam sozinhas e foi curioso observar que as viúvas referiram seu estado civil como solteiras.

Onze dos entrevistados não estavam trabalhando no período em que as entrevistas foram realizadas. A maioria dos entrevistados era aposentado (7), sendo que quatro deles relataram ter se aposentado após complicação do diabetes. Cabe ressaltar que, atendido o critério do volume de complicações pelo diabetes, o fato de estar disponível em casa foi fator importante para inclusão neste estudo. Das quatro mulheres mais novas que 60 anos, a primeira relatou pagar a previdência social como autônoma e estar de licença médica por causa de complicação do diabetes, mas trabalhava em casa como manicure, ainda que de forma limitada, para aumentar a renda. A segunda estava de licença médica do trabalho devido a problemas na coluna. A terceira afirmou não trabalhar mais por causa de uma tendinite no ombro, ela vive com a pensão do falecido marido. E a quarta delas estava desempregada, relatou ter deixado o último emprego devido ao fato de não ter horário regular para se alimentar.

A renda familiar predominante (6 entrevistados) foi de 1 a 3 salários mínimos, ainda que todos esses contassem com a renda adicional de algum outro morador da casa. Houve casos em que a renda de jovens (filho ou neto) não foi somada a renda familiar devido ao entrevistado não ter o conhecimento do montante, uma vez que *“cada um compra suas coisas”*. Os três que viviam sozinhos contavam com renda de até 1 salário mínimo.

Apenas dois entrevistados tinham cobertura de plano de saúde, um como dependente do plano de saúde do emprego do filho (cobria internação, mas não medicamentos), e outra a filha pagava pelo plano (não cobria internação e nem medicamentos). Outros três já tiveram plano de saúde e os motivos relatados para o cancelamento foi não ter condição de pagar (2 casos) e o benefício ser retirado pela empregadora (1 caso).

O diabetes influenciou o local de moradia de duas informantes que relataram ter escolhido morar na sua residência atual para estar mais próximo dos serviços de saúde.

[...] Eu prefiro pagar aluguel mas morar aqui. Eu já fui diversas vezes pra UPA. Fui muito bem tratada, muito bem tratada mesmo. Então, eu prefiro pagar mais, mas ficar mais perto de um socorro. (E6).

A hipertensão arterial foi a complicação associada ao DM mais prevalente (9 pessoas), seguida de: problemas cardiovasculares (8), obesidade (4), neuropatia (3), retinopatia (2), amputação (2), dislipidemias (2), pé diabético (1) e insuficiência renal (1). Cada doença ou complicação relacionada ao DM influenciava de modo diferente a vida das pessoas. Mas é fato que todos os entrevistados tiveram seu cotidiano marcado e limitado pela doença, e tiveram seus próprios sentidos e caminhos de convívio com a doença.

CONVIVER COM DIABETES

O DM trouxe a perda da autonomia em algum aspecto a maioria dos entrevistados. Foi relatado, pela maioria dos entrevistados, dificuldade em realizar atividades cotidianas como caminhar, tarefas do lar, autocuidado e ir à unidade de saúde sozinho(a). A perda da autonomia mostrou-se mais associada à(s) complicação(ões) do DM do que com a idade, situação também influenciada pelo critério de seleção para o estudo.

A principal queixa da perda da autonomia foi o fato de não conseguir mais trabalhar.

Eu fico muito triste que eu, não sou tão velha, tem gente que tem mais idade que trabalha. Aí eu fico triste que tem hora que eu não trabalho. Que eu sou cuidadora de idoso. Mas eu assim com esse joelho, vou tomar conta de uma pessoa? [...] (E6)

[...] ficar trabalhando que era melhor. Parei. Eu me aposentei. [...]. (E11)

As entrevistadas mais jovens comentaram da dificuldade de cuidar da própria saúde no horário de trabalho. Citaram a dificuldade de se alimentar nos horários apropriados e administrar a insulina como barreira para o tratamento. A E9 relatou ter deixado o trabalho por não ter horário regular para se alimentar e a E5 comentou a impossibilidade de utilizar a insulina regular no trabalho. A E2, manicure, comentou limitar a quantidade de clientes e trabalhar somente quando tem condições.

Não, porque, assim, como você viu, sempre tem, eu como estou com esse problema, e ficar sentada me incomoda eu atendo duas clientes ou três que aparece por dia. Mais é duas por dia. Aí eu pego essas duas por dia, quando eu trabalho que é quinta sexta e sábado, e meu marido fica com a responsabilidade da casa. (E2)

A perda da autonomia diminuiu a qualidade de vida e possibilidade de lazer.

Eu só andava de muleta, agora depois de um certo tempo que, eu ainda consigo pisar no chão. Mas eu só ando assim, dentro de casa, ali. Pra sair, pode saber que vai... na volta tem que estar sentando em algum lugar. Isso aqui acabou com minha vida. (E3)

Outros, no entanto, tentavam ao máximo manter sua autonomia.

Eu que me viro para fazer o que eu quero fazer, porque a pior coisa no mundo chama-se dependência. A dependência que eu... num... hoje você faz, amanhã você faz, daqui três dias hoje faz, vai fazendo, na hora que você pede para fazer, vai fazer com má vontade. (E1)

O apoio de familiares, vizinhos e amigos estava presente para dez dos informantes. A intensidade do apoio diferiu de acordo com o grau de autonomia do entrevistado. As duas entrevistadas mais independentes comentaram não ter ajuda de ninguém e que o único apoio que tinham era da CFVV. Para os que requeriam apoio, a família era o núcleo mais importante para isso, e tal apoio consistia em acompanhar os entrevistados nos serviços de saúde (principalmente no caso de emergência), administrar os medicamentos, aferir glicemia, fazer curativo, ajudar nas tarefas de casa, realizar compra de alimentos e de medicamentos. As mulheres (esposa, filha ou neta) eram as mais presentes no cuidado em saúde dos informantes e eram as que acompanhavam os informantes nos serviços de saúde.

Minha mãe é mais levar pra médico, fazer alimentação. Agora eu já faço alguma coisa. E meus filhos cuidam da casa e me acompanham em certos lugares. É remédio que eles me dão. Só não aplicam insulina que ninguém tem coragem de aprender, porque eles não gostam, dizem que dá nervoso. (E2)

É... tipo assim, se às vezes eu passar mal, eu ligo pro meu filho, meu filho me bota no carro e me leva, entendeu? Tipo socorro de emergência. Sempre ele me leva. [...] Eu sou comodista. (E3)

A única pessoa que chega junto é ela [refere-se a filha]. Assim, com a casa com a comida. Aqui não tem divisão, uma compra uma coisa, outra compra outra. Dependem de fazer compra, feijão, arroz, essas coisas no mercado, somos nós duas.. (E4)

Quando o parente tinha que trabalhar, eram os vizinhos que prestavam ajuda, principalmente para aferir a glicemia, aplicar insulina e levar aos serviços de saúde em caso de emergência.

Aí o meu garoto vai e tira o sangue na palhetinha. Quando no dia que ele não pode, eu vou na casa de uma colega minha e ela tira pra mim o sangue. Aí ela está anotando em um papel, em um caderno. (E8)

Dois entrevistados contavam com apoio de amigos para o transporte aos serviços de saúde.

E os vizinhos daqui são bom. Tem carro, oferece: “oh, se o marido não estiver em casa, a senhora chama”. Tem essa vizinha aqui que fala: ‘qualquer coisa bate’. Entendeu? Ela trabalha fora, mas quando ela está em casa, ela fala. (E6)

A E4 relatou que para não ficar sozinha, sua filha foi morar com ela:

[...] Ela foi indenizada também, ela comprou a casa dela lá no Manguinhos. Mas como eu não podia ficar só e eu falei: ‘para casa de filho eu não quero ir, eu quero ficar na minha casa, no meu canto’. Aí ela alugou a casa dela e está aqui comigo. (E4)

Conviver com diabetes, segundo os informantes é ruim, complicado e cheio de restrições. De modo geral, os sentimentos negativos estavam ligados aos sintomas de mal-estar, limitações da doença e aos próprios aspectos do tratamento formal (prescrição de dieta e medicamento).

Ah... muito ruim. Acho que pra todo mundo é muito ruim, né. Depois que a gente descobre que tem essa doença chata. É pra sempre esse tratamento. É pra sempre essa tal de insulina. O que mais me atinge é a insulina. (E3)

Olha, conviver com a diabete é muito ruim. Você não pode comer de tudo. Você sente muito sono, moleza, falta de... às vezes falta de força, corpo mole, preguiça de sair de casa. Não ando longo caminho, não ando sozinha.. (E4)

Horrível. Viver com a diabetes é a coisa mais horrível que tem. Que você não pode comer tudo, que você não pode comer nada, né? E é horrível, que de vez em quando eu tenho umas tonteiras, aí eu penso que é de algum remédio... de alguma coisa. Não é, é da diabetes. Vou no médico é da diabetes. Entendeu? Viver com a diabetes é muito ruim. (E11)

Alguns entrevistados relataram rebeldia e teimosia no início do tratamento. Segundo eles, a partir do momento em que as complicações relacionadas ao DM surgiram, mais rigor à dieta e ao tratamento medicamento foram tomados.

Até então no início eu era muito rebelde. Não dava atenção, não aceitava. Comia normal, não fazia nenhuma restrição. Depois eu comecei com as complicações é que eu comecei a levar a sério o tratamento. (E2)

Às vezes é uma coisa que eu como porque eu sou um pouco teimosa. Às vezes me dá fome, me dá... fico enjoada, estou cansada de não comer nada, aí saio comendo. (E11)

A entrevistada mais jovem, relatou ser rebelde e não seguir as orientações alimentares mesmo compreendendo os riscos. Ela usa como justificativa o fato da sua mãe ter falecido jovem se tratando, enquanto sua avó, que transgredia as orientações, viveu até uma idade avançada.

[...]. Aí eu sei que às vezes tenho... sou meio rebelde com o pessoa lá da Clínica, eles ficam puxando orelha sempre, que eu faço por conta própria. No

mais, fora disso, normal. Eu vivo normal. Eu faço de tudo, eu como de tudo. [...] Minha vó já não levava muita fé nesse negócio não, e já morreu com quase 100 anos. Ela já morreu a mais tempo, mas ela não se tratava, comia de tudo, bebia, comia negócio de rapadura, esses negócios bem doce. Ih! Agora a minha mãe já morreu muito cedo sendo que se tratava.” (E9)

A entrevistada manteve o discurso de ser rebelde e de realizar o tratamento como acreditava que deveria ser para ela até o final da entrevista. Quando se referiu preocupada e receosa de não conseguir cuidar dos seus filhos, a entrevista foi interrompida pois a entrevistada se emocionou e chorou.

Agora eu tenho que me tratar se eu quero viver, mas antes eu não tinha essa preocupação de me tratar de estar indo em médico era melhor que eu não vivia preocupada. Hoje eu vivo preocupada por causa do diabetes. [...] Tenho medo de não conseguir cuidar dos filhos por causa do diabetes [...] (E9)

Outros sentimentos referidos foram tristeza, medo e receios em relação ao futuro incerto que a gravidade da doença traz.

Eu acho muito grave e a coisa que eu mais tenho medo é de perder a visão, perder membro igual eu já vi muitas pessoas, né? (E5)

E é isso que ela me impede de fazer esses tipos de coisas. Aliás, ela me impede de eu ser feliz. Eu sou feliz, mas sou uma feliz com um tipo de doença que eu não sei onde vai terminar. (E7)

As emoções e conflitos do convívio social e familiar pareceram repercutir no estado de saúde. Para os entrevistados, os aborrecimentos podem causar efeitos sobre o nível de glicemia e evitá-los é parte do cuidado em saúde. Cada um desenvolve suas estratégias para lidar com isso.

Não posso me aborrecer. Não posso levar susto. [...] Muita coisa acontece e minha família não fala. [...] Eles escondem muita coisa, muita coisa pra mim não passar mal [...] Não, eu fico um pouco zangada. Mas eles faz pro meu bem, né? Pra glicose não subir. Pra mim não passar mal. (E6)

O meu tipo de diabetes os médicos falam, não pode ficar alegre que ela sobe, não pode ficar triste que ela sobe. E aí, vamos ficar como? No meio, nem triste nem alegre [risos]. Entendeu? (E7)

O diabetes trouxe impossibilidade de viajar ou visitar alguém que ultrapasse o tempo de administração da insulina, aferição da glicose e intervalos entre refeições. Os informantes relataram dificuldade de transportar a insulina, medo de passar mal e vergonha da dieta diferenciada. A aplicação da insulina e aferição da glicemia são referidas como desagradável pelo fato de ter que “se furar” na frente de pessoas não íntimas. Relataram ainda sofrer estigma justamente pelo “se furar” e pelo fato de usar medicamentos quando sente o mal-estar da oscilação de glicemia. Além disso, o uso contínuo de medicamento remetia a vício.

Eu nem vou quase, assim... só na casa de parente. Mas na casa de estranho, eu não posso chegar na casa de estranho e falar assim: “tá na hora de eu almoçar”, “está na hora de eu fazer meu lanche”. [...] Ah, eu evito. Eu não vou.. (E6)

É chato, entendeu? É chato. Eu evito de sair de casa por causa disso. Porque vamos supor, eu vou pra... alguém fala: “Vai lá em casa, passa o dia comigo”. Aí é chato você estar se furando na frente dos outros. (E7)

De manhã tomo meu remédio, de tarde tomo meu remédio. De manhã tomo minha insulina. Agora falam: “mas você tem que ser furado?”. “Mas é claro que tem que ser furado”. (E10)

É uma brincadeira, tomar remédio é a pior coisa... é a mesma coisa que aquela pessoa que bebe cachaça todo o dia, é a mesma coisa isso aí. Eu só não quero viciar, não quero que fique viciado porque se tiver ficar viciado eu vou morrer mais rápido (ri alto). Há tantos anos tomando isso... graças a Deus estou aqui... vivo, né? (E1)

Uma narrativa da tentativa de ocultar o diabetes foi trazida pela E6. Ela contou ter rigor na alimentação e sempre utilizar adoçante, inclusive ela o leva na bolsa quando sai de casa. Em lugares onde ela é conhecida, ela não tem problemas ou vergonha da sua alimentação diferenciada. Ao passo que, em lugares onde sua doença não é conhecida, ela evita. No relato a seguir ela conta que por questões de “educação”, ficou sem jeito de recusar o café com açúcar e rezou para não passar mal.

Ah, evito. Lá em Minas eu vou, mas é uma pessoa super conhecida. Tem tudo. E eu levo também. Entendeu? Ah, eu evito. Eu não vou. Outro um dia eu fui na casa de uma freguesa do meu esposo, com ele porque a gente ia fazer compra. Ele disse: “não... vamos passar lá primeiro e depois...”. Aí ela pegou, serviu café e botou açúcar. Eu com uma vergonha de falar: “não, meu açúcar é com... meu café é com adoçante” – aí eu tomei aquele café – “aí, Deus, não vai fazer eu passar mal”. Eu não passei mal. Mas eu não posso e fiquei sem graça com ela, né? Que a pessoa dá com tanto prazer, assim, né? Eu falei: “não vou falar não que é falta de educação”. Aí eu tomei aquele café com açúcar. Então eu não posso. Não posso. Só casa de conhecido que eu chego lá e “ó” e eu levo também. (E6)

O fato do DM ser silencioso e imperceptível até o surgimento das complicações ou sintomas de oscilação da glicemia trouxe confusão da compreensão entre estar saudável ou não.

Bom, eu penso que está normal, mas... Que diz que essa doença você pensa que você não tem, mas tem. Você pensa que está bom, mas não está bom [risos] [...](E10)

Os sintomas de hipoglicemia são marcados pelas sensações desagradáveis e são valorados pelos entrevistados como maléficos, enquanto a hiperglicemia, em sua maioria, é considerada normal e somente percebida por meio de testes glicêmicos.

Quando o sintoma é da diabete eu sei. Igual ontem, ontem eu estava sentindo muita dor de cabeça, estava perdendo toda a força do corpo. Aí eu falei: “vou medir minha glicose que com certeza está baixa”. Ela estava 70. (E5)

Porque a reação da hipoglicemia é muito ruim. Eu já tive hipo e é pior do que a alta. A alta me dá sono, mas quando abaixa demais, é tipo taquicardia, tonteira, é tudo mal, já quer desmaiar, falta de ar, é muito ruim. (E2)

As condutas caseiras em caso de hipoglicemia consistiam na ingestão de açúcar ou alimento de alta concentração de açúcar. Quando o pico era de hiperglicemia, os entrevistados se dividiram entre os que não realizam nenhuma conduta de emergência e aqueles que utilizam algum medicamento.

Pra você ver, anteontem ela deu 62, aí tive que correr para tomar uma colher de açúcar. (E1)

Às vezes eu procuro a Clínica da Família, às vezes eu nem faço nada. Eu fico aqui mesmo [...]. (E5)

Aí eu vou lá, eu vou medir, aí eu vejo, vou lá a plaquinha que eu tenho, e vejo quanto eu tenho que tomar de insulina. Aí eu tomo. (E7)

Quando ela está baixa aí já começa já... aí eu tenho que comer um negócio doce que é pra... porque ela tá baixa. [...] Quando ela está alta, eu não faço nada. (E10)

A questão da alimentação se mostrou como relevante na visão dos entrevistados. Uma das estratégias foi comer com moderação para poder comer mais à vontade nos finais de semana. Outra foi o uso de adoçante, relatado como prática de cuidado em saúde.

[...] Eu gosto mais assim, deixa eu abusar no final de semana, aí eu já como uma coisa diferente. Já durante a semana, muito legume, muita fruta, biscoito água, já diminui o pão. Antes era um pão por dia, antes não. À tarde eu comia um pão, agora à tarde eu tomo um copo de frutas, uma aveia, um cereal. (E2)

Eu também agora tomo adoçante direto, não tomo mais, eu tomava café mas tomava com açúcar. Agora não, agora eu passei pra adoçante e isso tudo agora eu acho que ela está bem controlada. Ela não dá mais do que 130. (E3)

Os problemas relatados para adesão à dieta incluíram a perda do vínculo com as origens regionais e restrições financeiras.

Farinha não posso comer, que eu gosto. Nasci lá no Norte era o que mais a gente comia. (E8)

Oh, o que seria é... como que diz assim... comer aquilo que você gosta. Que você sabe que “paraíba” gosta de ir pra uma feira de São Cristóvão, comer

aquelas comidas. Ou senão fazer em casa mesmo e comer. Isso aí, eu deixei pra lá porque não pude mais comer, né? (E7)

[...] não vou dizer a você que faço aquela alimentação porque o salário não dá, hoje em dia com essa crise que a gente tá, quem é que pode comer, fazer dieta? Se você vai no sacolão você não tem como trazer o que você pode comer. (E7)

A dieta cara. A dieta do diabete é cara, é caro mesmo. Tem que ser pão de grão. Hoje mesmo ele vai comprar, porque acabou. Pão de grão está caro, menina. (E6)

A E11 referiu que a família restringiu a quantidade a alimentos acreditando que essa seria a dieta correta para uma pessoa diabética.

Emagreci muito porque não pode ficar comendo. Não pode... pra você ver minha comida, eu comia um prato de comida. Eu até te mostro aqui que meu filho tá botando um pinguinho de comida, assim. (E11)

A mesma entrevistada sofre com o monitoramento excessivo dos filhos e até dos netos ainda crianças.

Até as crianças fala isso comigo. Aí eu fico meio aborrecida, me chateia, mas depois isso passa. Não posso beber. Isso tudo elas falam: “vó, não pode beber isso não”, “não pode beber esse refresco não. Até as crianças pequenas implica comigo, fala pra mim. Eu: “Ih, não enche o saco não”. (E11)

O sedentarismo é predominante, possivelmente devido às complicações do DM. Duas das quatro entrevistadas com menos de 60 anos e sem complicações que as impossibilitassem de andar, afirmaram ter uma vida ativa, porém sem atividade física regular. Dessas quatro, apenas uma delas participava das atividades físicas da academia carioca, ainda que por causa de uma tendinite no braço não estivesse indo à academia carioca como gostaria.

[...] daqui do... da Clínica da Família mesmo que eu faço academia né. Agora eu estou até evitando por causa dos braços. No dia que eu vou, no outro dia de noite eu não durmo, o braço parece que cai... (E7)

Mas de vez em quando eu ando assim um bocadinho se eu não der uma andada, aí me dá aquela, parece que falta de respiração, parece que vai apertando, que parece que eu peguei dá uma parada e depois melhora (E10)

Outra medida de cuidado relatada foi de não se machucar.

Não machucar principalmente ainda mais que sou manicure eu tenho mania de unha [risos]. Não estou nem mais cutilando minha unha direito. Só limpo. (E2)

Eu evito muito, muito, muito se machucar, bater. (E6)

A descoberta e o diagnóstico de DM não tiveram um padrão predominante. A descoberta de três casos foi ao passar mal e precisar de atendimento de emergência (E6, E11 e E12), sendo que um dos casos foi acidente vascular cerebral (AVC). Três entrevistados não

suspeitavam da doença, mas ao consultar um médico e fazer exame laboratorial, tiveram o diagnóstico (E1, E5 e E10). Dois entrevistados sentiam sintomas e procuraram serviço de saúde, mas não sabiam que poderia ser DM (E3 e E4). Duas entrevistadas tiveram o diagnóstico na gravidez (E2 e E9). Uma entrevistada sentia os sintomas e o filho alertou que poderia ser DM, ela procurou os serviços de saúde algumas vezes antes do diagnóstico (E8). A E7 disse não se lembrar mais como foi.

A questão da hereditariedade da doença foi valorizada ao contar sobre o diagnóstico.

[...] a minha mãe, a minha irmã, viveu com ela até morrer. (E11)

É complicado porque você fica debilitado de muita coisa, né. Foi hereditário minha vó pela parte do meu pai, eles são diabéticos e eu fiquei diabético, meus tios. (E12)

A E9, que teve o diagnóstico de DM quando estava grávida do primeiro filho, há 12 anos, teve um aborto antes de engravidar da segunda filha e mais dois abortos antes de engravidar do terceiro filho. Só iniciou efetivamente o tratamento medicamentoso na segunda gravidez, depois que ficou internada a maior parte do tempo e recebeu o encaminhamento para se tratar na UBS mais próxima da sua casa, a qual era o CSEGSF.

Em relação ao surgimento de complicações, serão relatadas experiências de alguns entrevistados, mas todos apresentaram histórias de dificuldade para resolubilidade de problemas relacionados ao DM, agudo ou crônico, que acarretou peregrinação nos serviços de saúde.

A primeira complicação relatada pelo E1 foi a amputação dos dedos do pé, em seguida três raspagens da pele do local.

Eu estava lavando o carro e aí a mangueira. Mas eu já tinha o açúcar, né? A mangueira bateu no dedão. Nesse dedão aí... [silêncio] ... Eu trabalhei. Isso foi no domingo, mas quando foi na segunda feira de tarde, o dedo estava dessa grossura. Terça feira de manhã eu fui ao médico ele olhou e disse "ih, rapaz, esse dedo está infeccionado". Aí ele me encaminhou logo pra fazer a cirurgia. Eu cheguei lá pra fazer a cirurgia, o homem nem deixou eu ir pra casa. me internaram lá mesmo. No dia seguinte tiraram o dedo que estava infeccionado. Quatro, cinco dias depois infeccionou o outro. Aí tive que voltar pra lá. Aí ele tirou o segundo. Aí ele disse que "o terceiro está infeccionado, é melhor tirar tudo". Porque ele não queria tirar tudo não, ele só queria deixar por causa do "balanceamento" do pé né? Ele disse que é melhor tirar pra não passar pro outro. Aí ele tirou todos os 5. (E1)

Desde que E1 passou pelo procedimento de amputação e da última raspagem há mais de três anos, a vigilância do local amputado era constante. Com o passar do tempo e com a

pele grossa que surgiu, o entrevistado percebia inefetividade do tratamento prescrito, pois para ele a pele do seu pé não deveria estar tão grossa e isso o incomodava ao ponto de não seguir recomendação médica e aplicar um medicamento não prescrito, que acabou resultando na reabertura da ferida e em uma nova abordagem terapêutica prescrita, que estava fazendo na época da entrevista.

A primeira complicação da E7 a surgir foi a insuficiência cardíaca há 4 anos. Depois de transitar nos diferentes serviços públicos de saúde (UBS, UPA e hospital, respectivamente nessa ordem), foi a um médico particular e teve o diagnóstico. A partir disso mudou-se para ficar mais próxima dos serviços de saúde. Ela usou todo seu recurso financeiro para se tratar no particular durante 2 anos. Hoje se trata somente na CFVV e não vê necessidade de ir ao médico particular.

Parecida com a história anterior, a E5 transitou por diversos serviços de saúde até ser internada já com a possibilidade de amputar o braço. Ela conta que o médico da família da CFVV havia lhe encaminhado para o hospital com suspeita de trombose.

Quando eu passei mal em casa eu procurei a UPA. E por causa da UPA eu quase tive meu braço amputado. Olha meu braço como é todo cortado. Cortaram aqui, cortaram aqui, cortaram até em cima, quase cortaram meu braço todo. Porque eu senti uma tonteira em casa e uma dor no peito né? Então quando eu passei mal, eu fui levada lá pra UPA. Só que lá na UPA ninguém sabe de nada. Parece que tudo deles, quando não é uma virose, eles estava me perguntando se eu estava tomando bebida alcoólica. E eu passando mal, e eles me perguntando se eu tinha tomado bebida alcoólica. Eu vomitava, eu vomitei, e ao mesmo tempo eu tinha vontade de ir ao banheiro. Eu fiquei lá, 4 horas na UPA. Aí a doutora falou: “é, vamos ter que dar um jeito de transferir ela daqui”. Senão fosse minha cunhada estivesse chegado lá pra me tirar de lá, eu tinha morrido. Minha cunha que me tirou de lá. Quando me levou pro Salgado Filho, aí a doutora de lá falou pra doutora da UPA: “como que a senhora, uma médica experiente, não reconhece uma pessoa que está enfartando”. Aí já me levaram direto pra mesa de cirurgia: “vamos levar ela direto pra mesa de cirurgia, mas se tiver que amputar o braço dela, a senhora é que vai se responsabilizar”. E eu escutando aquilo tudo, já pensou? Aí quando eu acordei, a primeira coisa que eu fui ver é se tinha o meu braço no lugar. É, não é mole não. A UPA ali, vou te falar... é... É... quando eu comecei com a mau circulação nas pernas, na Clínica da Família, o doutor Pedro me encaminhou também lá pro Souza Aguiar. Me encaminhou pra lá, eu fiquei lá. Eu fui levada pra lá. Levei. Ele tinha botado no papel que eu estava sob suspeita de ter trombose nas pernas. A doutora de lá me examinou e falou que eu não tinha nada e que os doutores da Clínica da Família não sabia de nada. Eu fiquei lá. Sabe como eu vim embora? Peguei o ônibus e vim de ônibus, e nem dinheiro pra pagar o ônibus eu tinha. Vim de carona. E ninguém bem me

viu sair. Eu mesmo saí, por conta própria. Depois no outro dia eu fui e aconteceu isso comigo em casa. De eu ter tido esse princípio de enfarto e tive trombose, entendeu? Se eles tivesse me dado atenção lá, eu teria ficado lá e talvez não teria acontecido isso tudo. Na UPA mesma coisa que aconteceu, né? A negligência deles. Na UPA e lá, nessa médica de lá. Até hoje eu tenho o papel guardado, dela dizendo que eu não tinha nada. (E6)

Todos os entrevistados tinham complicações do DM que lhes causava desconforto.

Eu tinha meu dente perfeito. Quando foi ver, eles estavam todos soltos. (E2)

Eu estou preocupada com esse problema nas minhas pernas. [...] (E3)

E outra coisa que tenho é esse problema das pernas e eu já tive muito ruim dessas pernas. [...] É. Eu não consigo calçar sapatos, porque dói muito, esquenta, queima, arde.[...] E minha vista né, que prejudicou muito. (E4)

Eu... eu que já tive trombose, é... glaucoma nos dois olhos, tudo por causa do diabetes. (E5)

O cabelo caiu, os dentes caiu, tudo do diabete. A vista, não enxergo da vista esquerda. Então pra mim está sendo muito difícil (E6)

ENFRENTAMENTO E ESTRATÉGIAS – RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Todos os entrevistados eram acompanhados pela CFVV e indicaram a CFVV como referência para o tratamento de DM.

Costumo ir sempre. Costumo ir sempre lá. Eles sempre me atendem. Sempre. (E5)

Meu plano de saúde é dali do posto. (E11)

Pro diabetes não, não vou ao particular. Eu estou vivendo com eles aqui mesmo. Não é a mesma coisa? Mesmo remédio, mesmas coisas. Então não tem onde correr não. Também não tenho condições né? (E7)

Os entrevistados relatam comparecer à CFVV para consultas periódicas, renovação da receita, para obtenção de medicamentos ou por surgimento de alguma necessidade de saúde. A renovação da receita representou motivo para se consultar, pois antes de obter os medicamentos na farmácia da unidade, a prescrição deve estar dentro da validade. A receita tem validade de três meses e a renovação da receita pode ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro. Desde modo, a renovação da receita é um bom marcador temporal para o acompanhamento.

[...] Eu chego lá, levo essa receita aqui. Se a doutora Bárbara não estiver, aí eu passo pra Joana [enfermeira]. A Joana aí faz o pedido e vou na farmácia e pego esse remédio aí. (E1)

Não, quando eu vou lá marcar. É que a gente vai pegando a receita, vai lá renovando e buscando. Quando eu vejo que não tem como pegar eu tenho que passar na consulta, aí eu tenho que marcar. (E3)

Quando está acabando o prazo da receita. Aí eu vou lá pra poder renovar essa receita e aí consulta. (E10)

No início das entrevistas, a validade do receituário de insulina era de um mês, porém foi alterada para três durante o trabalho de campo, convergindo para a regra aplicada aos demais medicamentos da atenção básica. Os entrevistados contam como era a renovação do receituário de insulina.

Como a insulina a gente só pega de mês em mês, tem que ter receita, nova receita. Aí tem que estar todo mês com a receita. Só que a última vez que eu fui pegar, aí a farmacêutica falou que não precisa mais todo mês porque vai valer por três meses agora a receita. Então vamos ver. (E7)

Como procedimento para a renovação das receitas, os entrevistados deixam a que estava para vencer na unidade, aguardavam e tinham sua receita renovada. Às vezes a receita ficava pronta de imediato, mas a previsão de espera era em média de dois dias.

[...]quando já está acabando eu já peço uma nova receita e pego. Ontem mesmo fui pegar. [...] É, você deixa lá o papel e volta no outro dia ou dois dias depois. Tudo agora tem dia certo pra ir. Deixa lá e o médico só renova. Ele tira um dia só pra renovar receita. (E3)

Em relação às consultas periódicas, a marcação destas variou entre os entrevistados. Alguns relataram ter a consulta previamente marcada e outros relataram a consultar quando sentiam alguma demanda.

[...] graças a Deus eu não tenho... a não ser o açúcar eu não tenho nada, nada para falar todo dia, toda hora, não fico pedindo nada. Eu só vou lá com quando eu tenho mesmo um problema, por exemplo esse caso do açúcar que está subindo e descendo. Aí que fui mais vezes, duas vezes numa semana. Só isso. (E1)

Tenho acompanhamento é assim. Ela não marca pra eu voltar. Mas é o que ela diz: “precisar de alguma coisa, se precisar de qualquer coisa é só vir aí”. Sempre que eu vou, vou sem marcar. Chego lá. Pego número, aquela coisa toda. E passo nela. (E4)

[...] eu só vou no dia da consulta... [O marido diz junto: “já tem o dia certo, marcado”. Logo em seguida pede desculpa por entrar na entrevista]... Porque ali é tudo certinho. Ali é tudo direitinho. (E6)

A gente é inscrito num programa, certo, todo o mês... de 2 em 2 meses eu venho fazer a consulta, aí é o período que ele dá de 3 em 3 meses, eu sempre venho sempre aqui e renovo a receita, vou ali na farmácia. (E12)

A maioria dos entrevistados não relatou dificuldade em marcar a consulta quando foi necessária a consulta por demanda ou a remarcação, ainda que três deles tivessem relatado algum tipo de barreira, como ir cedo para conseguir a consulta e tentar mais de uma vez até conseguir.

O que modificou aí que ficou muito chato, é esse negócio de ter um dia só para remarcar consulta. Eu sinceramente eu não consigo mais acordar cedo. (E3)

Não, já teve época que sim. No início desse meu problema para mim conseguir marcar uma consulta fui duas vezes (obs.: há seis meses atrás). Por duas vezes. Na terceira que eu consegui consultar. Que tinha começado dor só nessa perna, aí depois se generalizou todinho. (E2)

De modo geral, barreiras para consultas na UBS e renovação da receita não acarretaram desistência do tratamento ou a procura por outros serviços. Exceto para a entrevistada mais jovem relatou problemas para marcar e comparecer à consulta, renovar a receita e ir à farmácia, sobretudo por ter que levar as crianças.

Quanto mais para se tratar, que a gente não consegue, porque eles correm o tempo todo dentro da sala. A médica perde um pouco o foco da coisa. (E9)

Houve menção ao desconforto de ter que falar do seu problema de saúde no guichê para conseguir atendimento, desencadeando estratégias para falar diretamente com o médico.

Quando eu quero ir lá, eu vou lá e falo com o médico. No caso meu, o doutor Rafael. Aí eu vou lá e bato direto na porta e falo com ele. Aí ele me atende. [...] Já bato direito na porta, porque às vezes eu nem vou lá no guichê, porque às vezes o pessoal do guichê até impede você de conseguir alguma coisa. (E5)

Entre os profissionais da eSF, os ACS foram a ponte de ligação entre a pesquisadora e os entrevistados. No caminho da UBS até a residência, esses vínculos eram percebidos a cada morador que parava para conversar, tirar dúvida ou avisar algum perigo de conflito armado na comunidade, como também a cada orientação que o ACS prestava aos moradores e a cada comunicação de encaminhamento, consulta, etc. Na maioria das vezes, esse profissional era procurando antes de ir à unidade. Foi possível perceber a importância da atuação desse profissional, inclusive vínculo afetivo.

Aí tem que chegar cedo ali, né, porque é um número restrito de pessoas por dia, mas aí eu tento uma duas vezes, ou senão peço ao agente falar diretamente com a doutora [...] Eu sempre estou conversando com o Breno. Era o José, agora é o Breno. Sempre tive acompanhamento bom dele. Não tenho o que questionar. (E2)

Me falaram que quando eu for lá, até essa coleguinha que veio contigo, ela é muito maneira comigo, ela me ajuda à beça." (E3)

Bolinha de ouro, né? [referindo-se ao ACS]. (E8)

"Às vezes eu tenho alguma dúvida do que eu estou sentindo, aí eu vou e peço licença. Falo com a Elisa [refere-se à ACS]. Primeiro eu tenho que passar para nome ACS. Aí "ah, tá bem, eu vou passar para ele que é isso, é isso". (E6)

Mesmo quando incapazes de resolver todas as limitações sociais, culturais e econômicas, os ACS parecem ser essenciais para redução de danos. Isto ficou bastante evidente no relato da E8, idosa analfabeta que vivia só. A entrevistada conta que o ACS marcou na seringa quanto ela deve administrar de insulina, pois ela não consegue ler.

Parece haver diferença de procedimentos entre as eSF, pois dois entrevistados contaram não ter acompanhamento regular do ACS ou de outros profissionais, suscitando o registro nas observações de campo.

O ACS me apresentou ao entrevistado e a esposa. O entrevistado parecia contente com a visita. Havia um clima de expectativa. Logo a esposa cobrou dele um encaminhamento que ele deveria trazer. Ele disse que ainda não estava marcado ainda e saiu apressadamente da residência. Ao final da entrevista, em conversa informal com filha e a esposa, estas disseram que não recebem visita domiciliar. O ACS deles, que já faz dois anos é o mesmo, nunca compareceu a residência. (Notas de observação – E1 – 08/09/2015)

A E9 precisava ter a visita do ACS para continuar o tratamento dentário na CFVV, já que a área estava passando pelo processo de reterritorialização e sua família deveria ser recadastrada. No entanto, ela conta que o ACS não compareceu a sua residência para o recadastramento e ela abandonou o tratamento.

Eu comecei com o negócio do dente, mas também ficou deles vim como mudou a médica, eles tinham que fazer uma visita na casa pra poder botar meus "outros", meu esposo, meus filhos na Clínica da Família. Mas aí eles também não vieram, aí eu deixei pra lá. (E9)

A E7 relatou outro local de atendimento da CFVV, a igreja próxima a sua residência, que facilitava o contato com a equipe de saúde.

Eu vou, aqui quando eles vêm na igreja, que eles vêm toda semana, toda segunda feira, um médico da Clínica da Família. Aí eles vêm aqui na igreja. [...]Eles vem mais pra fazer receita, pra consulta é lá. Aqui é mais pra fazer receita pra você todo o mês não estar lá (E7)

Como qualidades atribuídas a CFVV, foram relatadas: o bom atendimento em geral e a escuta pelos profissionais, principalmente dos médicos e enfermeiros. O bom atendimento representou melhora de vínculo e sensação de bem-estar.

Eu, graças a Deus, tenho sido sempre bem atendido. (E1)

Mas sou bem assistida, né, graças a Deus. Não tenho o que reclamar dos médicos. (E4)

[...] Ótimo. Porque às vezes, é... a pessoa está doente, mas chega no hospital, é maltratada, a pessoa piora mais. E aí não, a pessoa está doente, poxa, já recebe logo com o maior amor, com o maior carinho. [...] As meninas que verificam a pressão e a glicose é o maior carinho. Pega na mão, vai, levanta, então a pessoa até melhora. Em outro lugar é a estupidez “fica ali”.. (E6)

É... é os meus médicos mesmo que eles me dá atenção. Eles me escuta. Eu conto tudo pra ele, tá acontecendo isso e isso e isso, eu tô assim, eu tô assado. Eles me atende, me escuta, aí daqui a pouco vem outro, eu converso com ele. (E8)

Eu cheguei aqui com meu pé machucado, então eles me deram atenção. Aqui por ser próximo aqui à Fiocruz, eu acho que o atendimento aqui faz a diferença entre outros... as outras clínicas. Eu acho que aqui atende o que eu quero. Eu me sinto bem, não só eu como outras pessoas também. (E12)

Ainda em relação a eSF, cabe destaque à referência de facilidade para acesso ao tratamento dentário.

E agora eu vou entrar no dentista. Aqui eu tenho uma facilidade, mas eu tenho que chegar cedo para mim pegar ficha, tudo tem um processo, mas não é dificultoso não. (E12)

O apoio matricial do Nasf, ainda que disponíveis, parece haver problemas no acesso aos profissionais não médicos, como nutricionistas e fisioterapeuta.

[...] eu estava na nutricionista, só aí, conforme eu faltei aí eu perdi, eu tenho que ver se eu consigo de novo pra voltar pra nutricionista. [...] Já fui um tempo à nutricionista, mas também quando eu faltei, eu perdi o coisa, e aí depois não consegui mais marcar e fui deixando. (E9)

Ainda estou esperando, que também é uma coisa que a médica pediu, mas ainda não foi liberada a fisioterapia. [...] Não, foi até antes. Foi logo uns 2 meses, um mês depois que eu estava com esse problema. Ainda não consegui fisioterapia. Tem de quatro... tem cinco, sete meses. E eu não consegui. (E2)

Parece prevalecer a ideia de que as UBS tratam somente diabetes (doença de base), e não suas complicações. Para tratamento das complicações houve a ideia de que era preciso serviços especializados.

Na clínica da família eu não trato do pé não [refere-se a neuropatia dos membros inferiores]. Na clínica da família eu só trato mesmo do diabete, da pressão alta, um exame de sangue de vez em quando. (E3)

É mais é aqui [refere-se a CFVV]. Lá só se for necessidade mesmo. Porque o plano dele, né? Ali tudo é caro né? (E10)

A grande dificuldade de acesso é para consultas com especialistas, sendo que seis dos entrevistados nunca a realizaram. Uma consulta com endocrinologista é a mais desejada entre os entrevistados, mencionada por quatro deles.

Não. Também uma coisa que eu questiono muito lá é o endócrino. Eu queria tanto fazer um tratamento com endócrino. (E2)

Apenas uma entrevistada relatou ter ido ao endocrinologista (E7). Os entrevistados não justificaram o motivo da necessidade, mas a pesquisadora acredita que seja devido à importância dada ao controle glicêmico dentro dos parâmetros, a exemplo da sua anotação no diário de campo após a primeira entrevista. Segue o relato do entrevistado e a anotação do diário de campo.

Pela primeira vez que vai acontecer esse caso de especialista que é o endocrinologista. Que ela marcou para eu... vamos aguardando... ela mandou que aguardasse que iam me chamar pra fazer o.. esse... pra tratar com ele com endocrinologista. (E1)

Entrevistado 01 quer muito ir ao endocrinologista para ter um controle glicêmico. Ele atribui essa consulta ao endocrinologista a única possibilidade de atingir os valores aceitáveis de glicemia, e para principalmente resolver o fato de que sua glicemia está sempre elevada no período da noite. (Notas de observação –E1 – 08/09/2015)

A dificuldade de acesso ao oftalmologista foi relatada por todos os entrevistados que necessitaram ou desejaram ter uma consulta com este profissional. A E4, há um tempo, quando foi encaminhada para um exame oftalmológico, não teve informações e acabou deixando de lado, preferiu pagar. Ela trata com oftalmologista particular em Botafogo. A E5 relatou ter esperado dois meses para ter a consulta marcada com oftalmologista. Depois da data da consulta, a pesquisadora relata em seu diário de campo uma ligação para a entrevistada que teve de fazer.

[...]Estou esperando. Já tem dois meses que eu estou esperando e está marcado naquela data ali, 19/10 [mostra a anotação da data na porta do cômodo onde estávamos]. (E5)

Em uma ligação feita por mim, ela me conta que chegou a ir na consulta do oftalmologista não foi possível consultar. Ela não estava marcada e seu nome não estava em nenhuma lista. Mas ela conseguiu uma data bem próxima. Precisaria de uma acompanhante e diz não ter ninguém. (Notas de observação – E5 – 16/09/2015)

A principal queixa do encaminhamento para o especialista foi a demora. Os entrevistados atribuíam à ineficiência ao Sisreg. Conforme mencionado pela gerente da unidade, as vagas são disponibilizadas de acordo com a liberação do Sisreg. E ainda, conforme afirmado pela gerente, os pacientes conhecem o fluxo para encaminhamento.

Aí demora. É muito ruim. Não é falta de interesse da médica não. É pelo esse Sisreg que agora está muito ruim. Porque ele demora muito. Quando eu tive esse problema em março [refere-se a neuropatia dos membros inferiores], que vai do osso e coisa, eu só consegui, assim, o reumatologista, eu consegui

agora a primeira consulta com ele foi em agosto. Agosto, julho, junho e maio. Mas o encaminhamento foi em maio. Eu levei três meses para conseguir consulta. (E2)

Existem outras barreiras após o encaminhamento. A E3, que recebeu encaminhamento para o INTO, relatou dificuldade para marcar a consulta com o ortopedista, pois tentou ligar várias vezes sem sucesso. Referiu também o fato de que a cada vez que vai ao especialista é um profissional diferente que a atende e não há consenso sobre a sua cirurgia. A entrevistada mencionou a intenção de buscar atendimento particular pelo esgotamento de sua relação com o serviço público.

Aí, nêga, essas dores... começou com uma dor na sola do meu pé. [...] Eu me tratava no INTO. Inclusive, foi a clínica que me deu encaminhamento pro INTO.[...]. No dia, tem que ligar. Só que você nunca consegue ligar. Quando... depois de muita insistência consegui ligar, disse que a agenda já estava fechada e que não tinha mais vaga pra este ano pra atendimento.

Falei, mas então... sempre... um médico diz que tem que fazer cirurgia, outro... a gente nunca é atendida pelo mesmo médico. Quando vai, que a consulta é de 4 em 4 meses, de 6 em 6 meses, quando vai de novo já é outro que te atende... diz que cirurgia não adianta.

Aí, parece que era pra fazer cirurgia, mas eu andei em tudo que foi hospital, com pedido, com encaminhamento. E pra ser feito era na clínica particular, minha nora procurou pra mim. [...]. O INTO é um hospital também, né. Mas não consegui não. Não aceitaram não. Aí realmente o plano me faz muita falta, entendeu?. (E3)

Ainda quanto às dificuldades de acesso ao especialista, a E4 relatou aguardar encaminhamento para verificar a necessidade de cirurgia vascular para doença aterosclerótica; já realizou o exame, mas precisa da solicitação de um especialista para fazer a cirurgia. Essa foi sua queixa em relação à resolubilidade de seu problema.

[...] Aí ela encaminhou pro especialista para saber mesmo se tem que operar, né. E estou esperando já tem... depois vou ver quando eu fui nesse médico. Tem seis meses já que eu estou precisando. (E4)

A integração do cuidado também se mostrou problemática. A E5, após o evento de cirurgia vascular devido a trombose, contou ter sido acompanhada por um especialista cardiovascular por um tempo. Após este especialista saber que ela seguiu a mudança da dosagem do medicamento prescrita pelo médico da família, negou continuar a acompanhá-la já que estava sendo acompanhada pela CFVV.

[...] é que eu fui boba. Onde que eu fui operada, eu não podia abandonar o tratamento lá. Só que, eu estava pegando remédio aqui pela Clínica da Família porque lá não tinha. Aí o médico daqui aumentou a minha dose do remédio. Aí quando cheguei lá na minha consulta, eu nem me liguei. Aí eu

falei pro médico que eu estava tomando dois comprimidos. Aí ele falou: 'quem mandou você tomar dois comprimidos'. Eu falei: 'o médico da Clínica da Família'. Ele foi na mesma hora ele e deu baixa no meu tratamento. (E5)

Os entrevistados que comentaram a respeito da realização de exames laboratoriais, afirmaram realizá-los regularmente.

Não, eu não vou ao médico. Eu vou assim, acompanhada pelo médico. Assim, de 6 em 6 meses o médico passa exame de sangue. Realmente. (E7)

Aí daí, quando a insulina está para acabar durante 60... 30 a 60 dias, aí eu vou lá e aí peço o exame completo. Eles sempre me dão o papel para o exame completo, eu vou e faço o exame completo e levo o resultado a eles. [...] (E1)

Mas tudo tem o controle dentro da clínica, pressão, triglicérideo, é até exame da tireoide a gente tem acesso, a gente faz isso, entendeu? Hepatite A, Hepatite B, HIV, tudo a gente faz pela clínica, tudo é feito por lá. (E12)

Os entrevistados relataram facilidade no acesso aos exames laboratoriais para a coleta de material, coincidindo com a afirmação da gerente da CFVV.

Só que tem que acordar bem cedo porque a fila é bem grande viu. [...] Isso, antes de abrir o portão e é fila única tanto de quem está consultado pela manhã ou que vai fazer exame de sangue, aí depois lá eles dividem, cada um pro seu setor e a chamada não é demorada não. Dependendo da hora em que você chegou, né? (E3)

É, pelo tempo que você chega, a sua vez. Se você chega tarde você é a última e tem que levar um chá de cadeira, né? (E2)

Já os resultados dos exames laboratoriais demoram. Os entrevistados relatam não ter o resultado disponível no dia de sua consulta.

É tranquilo, demora um pouquinho mas é. Agora demora um mês para você receber o resultado por aí. Sempre que eu vou procurar num mês não tá, não tá. (E7)

Eu só acho ruim aqui na Clínica da Família que os exames de sangue que a gente faz, demora muito a chegar. Demora mais de mês. (E2)

O E1 procurava os serviços privados para fazer os exames de laboratório, pois deste modo, teria o resultado a tempo da consulta. No entanto a questão parece estar sendo abordada pela CFVV, na orientação de aguardar pela oferta do exame na APS ou na RAS. Quando passou a utilizar somente os serviços públicos, ele solicitava e realizava os exames um mês antes do previsto, para chegar com os resultados a tempo.

[...] Até uns tempos eu estava pagando, porque... mas...porque demorando muito e aí eu ... e agora não. Agora eu faço isto: durante 60 dias eu vou lá e peço os exames e agora eu aguardo lá mesmo. Elas querem que eu faça o exame lá mesmo, não querem mais que eu faça aqui fora. (E1)

O Rio Imagem é referenciado como facilitador de acesso a exames em geral, ainda que com alguma divergência.

Já fui no Rio Imagem, na Presidente Vargas [...] Rio Imagem? Você conhece? É uma beleza ali. Eu fui fazer exame da mama. Aí entrei, as meninas tudo de terno. Aí ela pegou, me deu o número, anotou, pediu identidade. Eu sentei e fiquei esperando. Quando eu saí, eu falei “filha, deixa eu te perguntar uma coisa? Aqui é particular, né?”. Ela disse “não, aqui é do SUS”. Precisa ver. (E6)

E não tem demora, não tem demora. O máximo que você espera é umas meia hora porque tem bastante gente, mas... e o exame... dependendo do exame eles entregam a você no mesmo dia ou com uma semana, não tem demora. Aquilo lá melhorou bastante pra gente. (E12)

Ah, tem algumas coisas que sim. Oh, exames. Eu não confio muito nos exames do Centro de Imagem [refere ao Rio Imagem no centro da cidade]. Eu não confio nele. (E2)

Como estratégias de enfrentamento para as dificuldades com os exames, estão a busca do sistema privado ou de emergência hospitalar.

Porque às vezes eu não estou enxergando. Aí elas falam: ‘vamos levar minha mãe no Salgado Filho pra ver se ela consegue fazer um outro exame de vista, ou ela consegue bater uma chapa’. (E11)

A busca pelo atendimento privado, a espera, a desistência do tratamento e o acionamento da rede social foram as principais estratégias relatadas para lidar com as dificuldades de acesso aos especialistas e a exames médicos.

No caso dos dois entrevistados que tinham cobertura de plano de saúde, comentaram utilizá-lo somente quando havia mais urgência de resultado de exame ou de consulta com especialista. Comentaram ainda não acionar o plano de saúde constantemente pois seriam os filhos quem pagariam.

Aí eu, eu sou obrigado a ir lá. Se depender do governo daqui, eu morro e não consigo fazer os exames. Que vai demorar. Lá não. Se eu começar a passar mal agora é só chegar lá, e eles fazem o exame geral [silêncio]. (E10)

Ao comentar do que seria mais importante para seu tratamento, uma das entrevistadas fez um resumo interessante.

O que eu considero mais importante pro meu tratamento... O que eu considero mais importante pro meu tratamento é... o caso de você precisar de um exame, você conseguir fazer um exame, entendeu? É... você precisar de uma medicação correta, igual a essa do colírio que eu estou falando, e você ter esse remédio. Não é você usar aquele que não vai dar certo só porque é o mais baratinho que tem lá. (E5)

Em relação a preferência de local de cuidado em casos de emergência, a maioria dos entrevistados relataram escolher a CFVV. A UPA é procurada quando a CFVV está fechada ou cheia. Assim, houve opiniões divergentes quanto à resolubilidade da UPA.

Quando não tem hora ou a clínica está cheia eu vou na UPA. Já cansei de ir na UPA de noite. (E2)

Corro pra emergência. Eu não vou no UPA. No UPA realmente é besteira você ir, [...]. A Clínica da Família até o dia em que você não estiver marcado, se você for lá depois de três horas tal, você pode esperar um pouco, mas o médico te atende, entendeu? Lá no UPA, se passa mal, minha filha, não vá no UPA, vá pra um hospital grande, porque ir pro UPA, a primeira coisa que eles falam é que não tem médico. (E3)

Eu já fui diversas vezes pra UPA. Fui bem muito bem tratada, muito bem tratada mesmo. [...] Quando é uma emergência, aí eu vou na UPA. A gente vai na UPA. Fora disso a gente vai na consulta direitinho. Não pode ir, assim, fora, porque tem outras pessoas. Atrapalha. Tira o lugar de outras pessoas. Aí qualquer coisa, emergência eu vou pra UPA. (E6)

Já fui parar no hospital já umas três vezes com diabete alta. [...] ... tomar uma injeção pra mim melhorar. Elas gostam mesmo de me levar na Clínica da Família porque eu me trato é lá, né? Entendeu? Não é em nenhum outro lugar. É lá que eu me trato. Elas me levam lá, eu vou lá fazer um exame. Aí diabete alta. (E11)

A CFVV e sua farmácia são próximas de todos os entrevistados, uma média de, no máximo, um quilômetro. Apenas uma das entrevistadas tinha a residência há uma distância de aproximadamente dois quilômetros da CFVV. A distância geográfica não era grande, porém havia a própria limitação física dos entrevistados devido às complicações do DM, por exemplo, amputações, neuropatia de membros inferiores, sequela de AVC, dificuldade visual, etc.

Eu ainda ando arrastadinha, mas vou. (E2)

Ontem eu fui a farmácia de bicicleta. Que tudo que evite eu colocar a sola do pé no chão, me ajuda. (E3)

A dificuldade de se deslocar relatada era não somente física; a falta de preparo de motoristas de ônibus, por exemplo, foi mencionada por dois entrevistados.

Eu que tenho uma certa dificuldade visual, as calçadas são horríveis para a gente se locomover. Entendeu? É mais o transporte mesmo, eles não... a gente tem o nosso passe livre, mas uns gostam de parar, outros não param. É essa dificuldade que hoje eu encontro, em me locomover. (E12)

Porque então pra “panhar” ônibus, é difícil. O motorista não tem paciência de esperar. Eu falo “espera um pouquinho, moço, por favor, espera um pouquinho”. O joelho não ajuda. Eu seguro, mas o corpo não vai. Muito difícil.” (E8)

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO PARA ACESSO A MEDICAMENTOS

Os medicamentos são fornecidos aos usuários mensalmente. Os entrevistados relatam receber orientação da CFVV de não esperar que os medicamentos acabem para tomar a atitude de ir à unidade renovar a receita ou ir à farmácia para obter medicamentos para o próximo mês. Essa ação proposta da CFVV tem o intuito de não descontinuar o tratamento e prevenir o financiamento direto de medicamentos pelos usuários.

Não está faltando ainda muito remédio. E quando falta às vezes eu tenho em casa né, ainda né? (E7)

Apenas uma entrevistada (E9) relatou dificuldade com o procedimento proposto pela farmácia do CFVV. A barreira para ela advém de sua dificuldade de ir à unidade com os filhos. Pode-se inferir que o fato de, às vezes, ter que retornar à unidade após solicitação de renovação para pegar a receita, dificulta o seu acesso a medicamentos e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento.

É, a receita demora um pouquinho porque às vezes é em 3 dias, às vezes é em 4 ou uma semana, ou dependendo de... deles lá... como está, se tem disponibilidade de renovar ela, se não tem, eles vão deixando e a gente também... O ruim é que tem que ir lá, porque se não tem a receita pra pegar o remédio, não pega. Tem que passar lá neles. (E9)

Porém, quando o assunto foi a disponibilidade de medicamentos, ela afirmou que a falha é sua, dada à própria “displicência” e “preguiça”.

É... agora, agora graças a Deus não falta. Quando falta é porque displicência minha mesmo, com preguiça de ir até lá do outro lado. (E9)

Segundo os entrevistados, todos os medicamentos prescritos para DM estão disponíveis na farmácia da CFVV. Também estão disponíveis glicosímetros e suas respectivas fitas, lancetadores, lancetas e seringas. A maioria dos entrevistados afirmaram que todos os medicamentos de uso contínuo prescritos eram obtidos da farmácia da CFVV, referindo boa disponibilidade de medicamentos e quando havia a rara falha no abastecimento, o medicamento é rapidamente disponibilizado.

Eles dá essa receita, aí a gente vai lá e pega. O que não tiver a gente “ó, tal dia tem”. Já chegou, a gente vai e pega. Leva a identidade. Tranquilo. Tranquilo. Eu nunca deixo acabar. Que às vezes não tem, aí eu deixar acabar, aí eu vou obrigada a comprar. Quando não tem mesmo eu compro (E6)

A quantidade de insumos entregue por dispensação, como seringas e fitas para o glicosímetro, foi questionada pelos entrevistados. Em conversa informal com farmacêutico antes de realizar as entrevistas, foi relatado que esse problema é resultado da quantidade de fitas por caixa, que vinha com 50. Para não sofrer com a falta de fitas, os farmacêuticos

preferiam entrega-las em menor quantidade do que faltar para os outros, já que este insumo é sensível ao desabastecimento. Alguns entrevistados gostariam de receber mais insumos. A E3 acredita ser necessária a utilização de uma seringa para cada aplicação de insulina, afirmou sentir desconforto na segunda aplicação. E5 e E7 referiram a necessidade de receber mais fitas para o glicosímetro. A primeira deixava de aferir porque a quantidade não era suficiente e a segunda comprava para poder dosar a glicose capilar o número de vezes prescrita.

Sempre tem. Eu só acho que eles dão pouca seringa. Aí você tem que usar ela mais de uma vez, e pra você se furar não é agradável, porque a segunda furada que você dá, já não funciona como primeira, já é mais incomodo. [...] (E3)

Agora eu tenho o aparelho, eu tenho que medir. Por isso que às vezes eu falo, eu preciso de fitas para medir duas vezes ao dia. Aí o doutor Anderson passa, 50 tiras, eles só me dão... o doutor me passa 60 tiras. Eles só me dão 50, 50 dá pra um mês? Não dá. Se for medir duas vezes não dá. Aí eu tenho que ficar sem medir para dar pro mês certo.

A única coisa que eu andei uma vez comprando muito que não tinha era fitas. A fita de medir isso que é caro. As fitas são caras pra caramba.. (E7)

Os entrevistados percebem o atendimento da farmácia como bom e todos comentaram que o atendimento é rápido.

O tempo de atendimento... na farmácia é rápido. (E5)

No geral, os entrevistados comentaram somente ir à farmácia e “pegar os medicamentos”, ainda que dois deles (E1 e E6) tenham referido receber orientação de uso de medicamentos. E6 contou que mesmo sabendo como utilizar os medicamentos, aceita as orientações.

Bem. É rápido. Eu não recebo instrução de uso porque eu já fiz tudo na época quando eu comecei a usar essas medicação na fundação, lá eles me orientaram de tudo. Uso de insulina, como aplicar, usar o aparelho, como usar os medicamentos, tudo. Isso eu tinha recebido orientação lá na fundação. (E2)

[...] chego no medicamento, pego ele, “olha só, toma assim e assim”, “ah, então vai lá e faz assim”. Quer dizer, às vezes as atendentes, comigo é muito boa, eu não tenho o que reclamar. (E1)

E os funcionários trata bem as pessoas. Explica: isso aqui, isso aqui, isso aqui. Eu aceito, eu já sei, mas eu aceito, que eu sei que tenho a tabela, tenho a caixinha. Mas eu aceito eles explicar, eu vou dizer “não, eu sei”, não, não falo. Eu fico muito grata mesmo da medicação. Quem manda pra lá e tudo, quem fez o projeto de mandar. Eu peço muito a Deus, que dê bastante força a essa pessoa que é maravilhoso. É maravilhoso mesmo. (E6)

Houve relato de ter-se criado aproximação pessoal com os profissionais da farmácia.

Tem a menina da farmácia. Aí ela passa aqui, que ela tem a mãezinha que é doente também, é diabética: “oh, dona ‘E6’, chegou o tal remédio que a senhora foi ver”. “Ah, obrigado”. Aí eu vou lá, porque ela não pode trazer, porque tem identidade, né? Eu: “tá bem”. Aí meu marido vai lá com a minha identidade e pronto. (E6)

Não, não tem não. Não, porque as meninas também me conhecem. Conhecem minhas filhas que elas vão muito lá. Aí já, já adianta assim, né, pra gente. Não tem não. (E11)

O Programa Aqui tem Farmácia Popular era acionado de modo a complementar o acesso a medicamentos.

Eu vou na farmácia da clínica, da fundação, e o que não tem eu pego na farmácia particular, que eles têm agora esse negócio da Farmácia Popular e sai de graça sendo farmácia particular. (E2)

[...] esse da diabete, esse comprimido grandão. Ele não é dado, só em farmácia popular da rua. Aí você vai eles te dão. Aí você consegue. Porque aquele era 800 e não sei o que de mg e ele me dava um enjojo, uma vontade de vomitar. (E3)

São criadas estratégias para conseguir o medicamento que percebem como de melhor qualidade.

Querem empurrar só o genérico [na Farmácia Privada filiada ao PFPB]. Não querem dar o que você precisa. A [na Farmácia Privada filiada ao PFPB] está cansada de fazer isso comigo. [...] Agora eu só chego só com... sem a receita e pergunto “tem o Glifage XR®?”. “ah tem” [...] Querem dar aquele que arrasa mesmo o estômago, aquele brabo, né? Mas o verdadeiro eles não querem dar, que o Glifage® é muito mais caro que o outro. (E5)

Alguns entrevistados utilizam serviços da farmácia privada próxima a sua residência

Verifico a glicose, vou na farmácia aqui perto verificar a pressão. (E2)

Até que eu tenho que, ou comprar aquele aparelhinho que bota no pulso e eu tenho sempre que ir na farmácia. (E4)

Os entrevistados referiram boa disponibilidade para os medicamentos da APS e ao PFPB de modo a complementar o acesso a medicamentos. Todavia, quando o medicamento não estava disponível na farmácia da UBS, os entrevistados relataram que a compra de medicamento impactava na renda. Portanto, o ato de desembolsar dinheiro para medicamentos significou deixar de comprar alimento, ter de trabalhar para aumentar a renda mesmo com limitação física, receber ajuda de parentes e amigos, a pesquisa dos locais mais baratos e até a interrupção do tratamento.

Se não tiver medicamento na farmácia, eu tenho que dar meu jeito de compra, né? Deixo de comprar alguma coisa de comer para comprar o medicamento. (E8)

[...] porque, assim, como você viu, sempre tem, eu como estou com esse problema, e ficar sentada me incomoda eu atendo duas clientes ou três que aparece por dia. Mais é duas por dia. [...] Quando não tem cliente, meus irmãos que mandam, minha mãe me ajuda com medicamento, com a compra. (E2)

Quando o remédio é caro, [...] aí eu falo com meus filhos. Às vezes eu nem preciso falar. Eu vou: “Mamãe, passou o que? A senhora já comprou o remédio? Tinha o remédio na farmácia? ”. “Não”. “Então toma”. “Eu vou comprar, vou ver onde é mais barato. (E6)

Se eu estiver sem dinheiro eu não compro. Fico sem medicação. Não compro. Tem remédio que não tem nem condição da gente comprar. [...] Tenho que sustentar minha filha adolescente. Tudo pra mim. Como é que eu vou comprar remédio caro? [...] Uma vez só que eu fui pegar esse warfarina e não tinha, eu deixei pra lá, não tomei não. No começo do tratamento. Agora ele sempre tem na farmácia. Sempre tá tendo medicamento. (E5)

Foi relatado que alguns medicamentos prescritos na rede pública para complicações do diabetes (como os indicados para neuropatia diabética) não estavam disponíveis na APS, podendo indicar a necessidade de incorporá-los a lista. Os medicamentos financiados diretamente pelos entrevistados correspondiam sobretudo ao tratamento da dor neuropática e medicamentos de uso oftálmico.

É igual ao glaucoma quando eu tinha oftalmologista pago, a doutora me dava amostra do medicamento, que era colírio caro. De quase 100 reais, acima de 100 reais, mas mesmo assim eu ganhava. E agora, sem oftalmologista eu estou usando um que eu sei nem se está dando certo pra minha visão. (E5)

Tendo realizado vários tratamentos para a dor neuropática dos membros inferiores, a E3 relatou ter utilizado vários medicamentos, ter inclusive se endividado, sem obter resolubilidade até o momento. Para financiar os medicamentos, ela contava com empréstimo de cartão de crédito de terceiros para parcelar o valor dos medicamentos.

Aí me passaram um remédio caríssimo, eu me endividava, comprava os remédios, comprava “tuuudo” [...] Nada diminui esse problema. Já fui em especialista, já fui nisso, já fui naquilo. Um fala uma coisa, outro fala outra, outro fala outra. Resumo, medicamento... pedia pros outros comprar no cartão dos outros pra pagar, tomava caixas e mais caixas. (E3)

A via judicial foi também mencionada como possibilidade de acesso aos medicamentos.

Acho que a gente tinha que ganhar pelo SUS, né? Ganhar pelo SUS, mas não consegue. Ou se não vai ter que entrar em processo, procurar o Ministério Público. Aí vai ser muito desgastante. Já basta o desgaste que a gente tem com a saúde, que já está debilitada, ainda ficar andando pra lá e pra cá. Eu prefiro comprar. (E2)

Apenas um entrevistado (E12) utilizava medicamentos do componente estratégico, disponível na RioFarmes, farmácia estadual de medicamentos especializados do estado do Rio de Janeiro, localizada no centro da cidade, na Praça Onze. Sua mãe era a responsável pela obtenção de seus medicamentos para hemodiálise na referida unidade.

Minha mãe vem pegar e pega da Praça Onze que é os medicamentos de diálise. [...] O remédio que tem um pouco de dificuldade para mim pegar é os remédios da diálise. Porque se ela perder o dia, ou chegar atrasada, aí eu tenho que remarcar de novo, eu tenho que tá com a receita atualizada, porque senão eu não tenho acesso a esses medicamentos [...] (E12)

O uso de medicamentos de uso contínuo representou um processo complexo, que demandava dedicação, e ainda representou dor, pelo fato de “se furar” para a administração da insulina.

A pior coisa do mundo [ri alto]. A pior coisa do mundo chama-se tomar remédio. Porque você já pensou você tomar insulina de manhã, toma insulina de tarde, toma insulina de noite, fura o dedo três vezes por dia, fura a barriga três vezes, fura a perna três vezes... é um sufoco né? [ri alto] (E1)

É uma coisa chata, porque tem que se furar, mas eu já me acostumei também. (E3)

Olha só, está me segurando legal, eu não posso reclamar. Muita gente acha que a insulina é o desespero [...] (E12)

Alguns entrevistados se mostraram mais resignados e dispostos a superar as barreiras, com aceitação do tratamento e suas limitações.

Não tenho dificuldade não porque, vamos supor, é uma coisa que você sabe que tem que fazer. Você sabe que tem que tomar aquele remédio que ele passou pra você. Você sabe que tem que tomar aquela insulina. Você sabe que tem que tomar, você vai e toma. Agora... antigamente eu não ligava pra isso não.... (E7)

Acho que pra me cuidar, né? Pra minha saúde. Pra me manter viva, que eu acho que se eu não me tratar, eu sei que não vou ficar muito tempo sem eles. Então, eu sei que, como eu vou dizer assim, é um termo de compromisso comigo mesma, se quero viver mais tempo. Se eu não quiser eu paro, mas enquanto eu quero eu vou me tratando. (E9)

Para dois entrevistados, o uso contínuo de medicamento remeteu a vício pois remete a necessidade de não descontinuar o tratamento para retardar as complicações, consequentemente aumentar a qualidade e expectativa de vida.

Que eu tomo meus medicamentos rigorosamente certo. Não deixo dia nenhum, não esqueço dia nenhum, acho que é por isso que... Eu não esqueço de tomar meus medicamentos. Já é vício. Já acordo, como te falei eu não acordo cedo, né? Aí eu vou ali e já boto meus 5 comprimidinhos, boto pra dentro. Aí vou lá

e furo o dedo, vejo a diabete como é que está, vou e já tomo a minha insulina. Isso já virou rotina. (E3)

[...] tomar remédio é a pior coisa... é a mesma coisa que aquela pessoa que bebe cachaça todo o dia, é a mesma coisa isso aí. Eu só não quero viciar, não quero que fique viciado porque se tiver... ficar viciado eu vou morrer mais rápido [ri alto]. Há tantos anos tomando isso... graças a Deus estou aqui... vivo, né? (E1)

A insulina era percebida como um medicamento mais potente para os entrevistados, no sentido de representar um medicamento mais eficaz para o diminuir o nível de glicemia do que os demais e por também representar a severidade da doença e maior atenção quanto ao uso.

Tenho que tomar ela mesmo [refere-se a insulina], que sem ela não tem como fazer o tratamento, porque os comprimidos não faz tanto efeito como a insulina. Porque eu antigamente, eu tomava e não ficava baixa nem por um decreto. Sempre foi alta, alta. Então aí a médica passou a insulina. Aí depois que eu passei a tomar a insulina melhorou um pouco. (E9)

[...] porque eu acho o seguinte, você com medicamento, você relaxa. Medicamento ele faz você relaxar. Porque você “ah, vou tomar só medi..., ah, vou escancarar, esse remédio vai cair mesmo”. A insulina já é uma coisa. Com a insulina você já não bebe, você tem que tomar aqui certinho, que se você tem que tomar a mais, a menos não, mas a mais você sente reação. [...] (E12)

O uso da insulina carrega um certo temor entre os entrevistados. Entre os medos relacionados ao uso de insulina está o uso noturno e a hipoglicemia. A partir do conhecimento e do seu aprendizado da doença, ajustes de dose foram feitos pelos entrevistados.

Eu tenho medo de tomar ela a noite. Tá certo que a noite era pra eu tomar 12 UI, mas eu disse pra doutora, ela disse: “não, se a senhora acha que tomar os 30UI pela manhã está bom”. Eu estou tomando 25, porque sempre que eu estava tomando os 30, quase todos os dias eu estava passando mal [obs.: na receita estava “aplicar 30Ui à noite”]. Eu falei: “não, isso deve ser muito né?”. E depois que eu vi aquela história da mulher que aplicou insulina no homem no hospital, que o homem morreu por causa da dosagem [risos]. Matou o homem com aplicação da insulina [risos]. (E4)

A baixa instrução foi relacionada a problemas com tratamento e autocuidado. Este é o caso da E8, que vive sozinha e é analfabeta, tem problemas relacionados à instrução educacional. Ela guarda os medicamentos em uma bacia pequena de aço. Os envelopes dos medicamentos ficam espalhados nessa bacia. Para tomar os medicamentos segue a forma do comprimido, tamanho, cor, etc. Conta com ajuda, apenas, para aferição da glicemia. No caso, o filho e a vizinha a ajudam, pois ela não consegue compreender números com três dígitos.

Ainda que tenha relatado alguma autonomia para administração de insulina e outros medicamentos orais, isto foi contradito pelo seu ACS, em conversa informal.

Porque eu não sei tirar. Porque eu não sei... Conheço os números, mas não ajunto. Vem o número vem, vamos supor, 2, 3 ou 5 ou 6. Eu conheço os números, mas não sei ajuntar para falar a palavra. (E8)

A filha do E1 relatou que o E1 utilizou pomada Minâncora® sobre a pele do local de amputação do pé. O E1 afirma que foi uma tentativa de solucionar seu problema da pele grossa no local. Depois de realizar a amputação e a última raspagem há mais de três anos, a vigilância do local amputado é constante. Com o passar do tempo e com a pele grossa que surgiu, o entrevistado percebia inefetividade do tratamento prescrito, pois para ele a pele do seu pé não deveria estar tão grossa e isso o incomodava ao ponto de não seguir recomendação médica e aplicar um medicamento não prescrito, que acabou resultando na reabertura da ferida e em uma nova abordagem terapêutica prescrita.

Eu estava com a pele muito grossa, eu aí passei Minâncora®. [...] Como você pode ver essa pele grossa, ela não está amolecendo com o creme que [...] a médica estava usando. Eu aí passei Minâncora® amoleceu, amoleceu com aquela pele grossona, ela saiu e abriu mais um pouco.] (E1)

Durante a leitura do TCLE fomos interrompidos pela filha, que delatou que o pai havia passado Minâncora® na cicatriz da amputação dos pés, o que acabou tendo como consequência a reabertura da ferida e necessidade de realizar raspagem e curativos no pé. (Notas de observação –E1 – 08/09/2015)

Em relação ao uso de plantas medicinais, três entrevistados relataram utilizar chás. O E1 utilizava chá de erva-cidreira para diminuir o nervosismo. A E2 utiliza diferentes chás. Ela citou dente-de-leão, pata-de-vaca. Ela também utiliza a “baba do quiabo” para fins terapêuticos. Ela contou ir a uma loja especializada em alimentos naturais. Já a E7 relata já ter utilizado chá de pata de vaca quando sua glicose estava elevada e percebia a diminuição do nível da glicemia. Atualmente utiliza erva-cidreira e erva-doce para diminuir o nervosismo, assim como o E1.

Olha, chá mesmo, a única coisa que uso é chá preto. Tem o chá normal, né. E a erva-cidreira. Eu comprei dois pacotes, um está fechadinho. Quer dizer, eu ... preciso desse chá de erva-cidreira porque eu achava que eu estava um pouco meio nervoso. Aí digo, vou tomar erva-cidreira pra ver se controla. Aí realmente, ele melhorou. (E1)

Ah! Se eu uso remédio do mato que nem o povo diz? Ah, às vezes eu tomo um chá aí, um chá de pata de vaca [risos]. Aí eu tomo quando ela está alterada e até que ela cede mesmo. Entendeu? Mas eu não tenho tomado mais não. (E7)

Tomo chás. Fora as medicações tomo chás, receitinhas caseiras. [...] Dente-de-leão para abaixar o triglicérides, pata-de-vaca para... para diabete... é...

aquele outro... agora tá baba de quiabo para tomar durante o dia pra baixar... a glicose. Uma amiga minha... baba de quiabo foi de um amigo dela que tem diabete. Dente-de-leão foi pesquisando. Pata-de-vaca também foi com pessoas que conheço que tem diabete e toma. Aí me ajuda a resolver. [...]porque eu não tomo em excesso. Eu tomo esses chás pouco, porque como esse chá já também ajuda a baixar, eu tomo um pouquinho só pra manter controladinha. Aí quando vejo que está baixa, aí dou um tempo no chá, e continuo com a medicação. [...] (E2)

O uso de fitoterápico não foi referido por nenhum dos entrevistados. Apenas durante a entrevista, ao encontrar um receituário médico de Passiflora, a E8 contou que o médico da CFVV se recusou prescrever diazepam como ela gostaria e prescreveu outra terapia, mas a E8 ignorou e tentou receber a prescrição de diazepam por outra via.

Foi, eu não comprei não. Porque eu tomo “azepam”. Outro remedinho não adianta. Bom, pode até ser que esse adiante. Eu vou até... tu achou aí, não foi? Na minha coisa. Tava aqui né? Eu vou até tirar ele fora. vou até procurar saber, se comprar ele acho que lá eu não procurei saber não. [...] Eu vou procurar saber. Se eles me derem e eu tomar, e eu dormir legal, eu abandono o diazepam. (E8)

O surgimento de complicações parece gerar maior atenção com o tratamento, como o caso da E3, que após ficar internada devido a um AVC, aumentou o rigor com o tratamento.

Que depois que eu tomei esse susto, que fui parar no Getúlio Vargas, eu passei à ser mais rigorosa comigo mesma, entendeu? Porque eu fui pra sala vermelha quando eu cheguei lá. Minha diabetes estava altíssima[...]Agora eu tomo religiosamente. Acordo, tomo, vou dormir, antes de dormir tomo meu remédio, tomo a minha insulina e não estou tendo problema mais. (E3)

Mesmo com todos os problemas relatados, a maioria dos entrevistados referiram não esquecer de administrar os medicamentos, desenvolvendo estratégias autônomas ou contando com a ajuda de familiares.

Eu tenho que ficar assim, com a folhinha, tabelinha, com os horários para não confundir. Aí por exemplo, eu tomo o remédio agora, aí o próximo eu já deixo ali, o próximo que eu vou tomar eu já deixo num lugar de acesso. Aí daqui a pouco, agora é aquele, aí no próximo já boto num lugar de acesso pra não ficar esquecendo. (E2)

Mas, ela [filha] sempre está me alertando “mãe, remédio”, “mãe, remédio”. (E4)

Que eu tomo meus medicamentos rigorosamente certo. Não deixo dia nenhum, não esqueço dia nenhum, acho que é por isso que... Eu não esqueço de tomar meus medicamentos. Já é vício. Já acordo, como te falei eu não acordo cedo, né? Aí eu vou ali e já boto meus 5 comprimidinhos, boto pra dentro. Aí vou lá e furo o dedo, vejo a diabete como é que está, vou e já tomo a minha insulina. Isso já virou rotina. (E3)

A E11 relatou conflito na família pelo fato de reclamar sentir mal-estar, além de ameaçar não utilizar os medicamentos.

Muito chato usar remédio pra diabetes. É muito ruim [risos]. Mas, infelizmente. Sempre estou levando bronca aí dentro de casa. Que eu começo a falar que remédio é ruim, que dá me dando enjojo. [...] Me dá enjojo. Eu sempre reclamo aí. Aí elas me dá um gritinho também comigo. Eu digo “você não é minha mãe para gritar comigo”. “E você fica assim, eu não bebo é nenhum”. Elas dizem: “prejudicada vai ser só a senhora”. “Não tem problema, é melhor que não dou trabalho, mais trabalho pra ninguém”. Mas, não é isso que a gente quer, né? Mas tem hora que eu saio do sério também. Falo à beça. (E11)

Em algumas entrevistas foi possível ver o local de armazenamento de medicamentos, valendo comentar que nem todas as entrevistas foram realizadas dentro do domicílio. Pode-se observar locais de armazenamento de medicamentos bem organizados, como E6, que os mantinha em uma caixa de plástico que o filho preparou para ela. Os medicamentos ficam separados no blister com uma aba com o nome do medicamento e posologia. O filho também plastificou a folha da tabela com o valor da glicemia capilar e os valores de insulina regular que deverão ser administrados. Porém, a E6 só utilizava a insulina regular quando a glicose estava acima de 500mg/dl, diferente do recomendado: aplicar se o valor da glicemia capilar estiver acima de 180mg/dl. A indicação para glicemia acima de 500mg/dl era a procura de atendimento médico.

A regular eu só tomo acima de quinhentos. Tomo todos os dias não. A insulina que eu tomo três vezes ao dia. Mas a Regular, acima de 500, vê bem aí embaixo, aí que eu tomo. Tomo e vou pro hospital. O médico fala: “não é a senhora tomar e ficar em casa não. A senhora toma e parte pro hospital”. (E6)

A pesquisadora teve acesso ao local de guarda de medicamentos da E8 (uma bacia de metal com vários envelopes de medicamentos espalhados) e a sua geladeira. A entrevistada quis mostrar que a geladeira estava desligada.

Só a hora que eu quiser ir, eu vou lá. Acabou a insulina, que aqui eu tenho três, que eu tinha uma, tava pouquinho, fui lá e eles me deram duas. Aí eu boto aqui dentro da geladeira. Aqui. É que eu desliguei a geladeira, porque ela estava sem poder... olha ela aqui. [...] Semana passada eu comprei sabe o que pra comer? Levei uma bronca daquela criatura que esteve aqui [se refere ao ACS] e do médico também [mostra um biscoito amarelo tipo esses vendidos em quitandas]. (E8)

O relato parece ser superficial. Mas ao abrir a geladeira não havia comida. Além do mais, fora da geladeira só havia uma panela de pressão com feijão cozido com odor azedo e o biscoito que ela relatou acima. Seguem as anotações da pesquisadora.

A geladeira estava desligada e estava vazia. Dentro só havia uma caixa de leite aberta e dois frascos de insulina. (Notas de observação – E8 – 28/09/2015)

Quando cheguei, ela disse que tinha acabado de acordar do seu cochilo pós almoço e que este ainda estava na panela de pressão sobre a mesa. Segundo ela, seu almoço foi apenas feijão. Senti um odor azedo vindo da panela. (Notas de observação – E8 – 28/09/2015)

DISCUSSÃO

A história de diagnóstico do diabetes dos sujeitos do estudo pode ser dividida em três grupos: os que descobriram de surpresa (passar por exames médicos para outros fins que não a investigação de DM e diagnóstico na gestação); os que procuraram serviços de saúde após complicações (cardiovasculares, nos casos dos entrevistados); os que suspeitavam e procuram serviços de saúde (tinham sintomas). O fato do DM 2 ser assintomático (TOSCANO, 2004) corrobora para que as pessoas sejam surpreendidas pelo diagnóstico ou se dê com as complicações instaladas. O conceito de itinerário terapêutico se baseia na busca por cuidados terapêuticos a partir do surgimento de sinais e sintomas físicos ou psíquicos (GERHARDT, 2006), o que para DM 2 deixa uma lacuna de cuidado até que os sintomas comecem a surgir.

Vale ressaltar que a seleção dos entrevistados teve como critério orientador diabéticos insulinizados e com maior número de complicações, ou seja, diabéticos de risco. Essa escolha correspondeu ao intuito de encontrar diabéticos com a doença não controlada, atualmente ou em um passado recente, e que podem ter tido problema de interação com o sistema de saúde e/ou na adesão ao tratamento. Segundo Silva et al. (2006) o setor profissional ganha destaque maior quando o indivíduo percebe a gravidade da doença. O surgimento das complicações foi apontado como fator importante no maior rigor ao tratamento (em relação a dieta, medicamentos e busca pelos serviços de saúde quando surge algum problema de saúde relacionado ao DM).

A hereditariedade do DM é apontada como uma das causas da doença. O indivíduo relaciona o fato de ter diabetes a algum “lado” da família, seja paterno ou materno. A falta do conhecimento sobre a causa do falecimento dos antepassados deixa dúvida do porquê da pessoa ter sido “premiada” com a doença. O conhecimento do desfecho de vida de parentes tem relação com o autocuidado. O tratamento pode ser mais valorizado quando há conhecimento de desfechos mais trágicos ou deixado à “sorte” em histórico familiar de diabetes sem complicações graves. Neste último caso, o paciente pode se apoiar no padrão atípico ao observado na maioria da população (MENDES, 2011). Portanto, a ideia de gravidade da doença advém principalmente da sua vivência prévia e das construções sociais ao longo da vida (BARSAGLINI, 2011; MATTOSINHO, SILVA, 2007), seja a partir da sua própria experiência ou experiência de outra pessoa com a doença e o medo de que o mesmo possa acontecer com ela.

A representação do diabetes como a doença das restrições das escolhas e da liberdade foi apresentada pelos entrevistados, principalmente associada ao fato de que a doença exige mudança de atitudes das quais não gostariam de ter ou ainda não estavam preparados para ter. Assim, involuntariamente, estes pacientes se viram cercados de recomendações em que não as seguir poderia significar a diminuição da sua expectativa de vida e o surgimento de complicações das quais não poderiam prever com exatidão.

Além de impor a mudança dos hábitos de vida do paciente, o DM exigiu uma reorganização da dinâmica familiar. Ao serem diagnosticados ou iniciarem a insulino-terapia, alguns entrevistados contaram com a ajuda de algum parente quanto a monitorização da alimentação, utilização de medicamentos, aplicação de insulina e aferição da glicemia. Alguns ainda contam com a ajuda de familiares para ir aos serviços de saúde.

A perda da capacidade de trabalhar e a dependência da ajuda de familiares foram citadas como consequência do diabetes. Neste estudo, a perda da autonomia está mais relacionada a complicações do diabetes do que ao envelhecimento, pois, segundo relatos da história e evolução do DM, a incapacidade e a dependência surgiram com complicações crônicas do DM.

A perda da autonomia se caracterizou pela perda da capacidade funcional de realizar tarefas cotidianas e de autocuidado, conseqüentemente, houve perda da qualidade de vida. A dependência pôde ser vista de modo positivo como proporcionadora de apoio da família ou de modo negativo como impositiva de dependência da família. Conflitos familiares também surgiram, como a privação da liberdade devido as privações principalmente alimentares e ao monitoramento excessivo. Como também surgiu a excessiva dependência daquele que o cuidava. Esses resultados são semelhantes ao estudo de SANTOS et al., 2011, que identificou as representações sociais do diabético em relação ao apoio familiar. Ainda de acordo com esse estudo, quando a família é bem orientada e incluída no plano de tratamento do indivíduo, melhores resultados do autocuidado podem ser alcançados.

Tavares et al. (2007) pontua que o cuidado familiar pode não ser o mais adequado por razões de despreparo e falta de conhecimento em relação à doença. Faz-se necessário o preparo dos familiares para melhor lidar com a doença de modo a não prejudicar a saúde do diabético. A falta do conhecimento para o cuidado foi observada para a E11, que afirmou que a família tratava o diabetes como privação de alimentos sem diferenciação dos mais adequados a dieta balanceada.

A autonomia das pessoas com diabetes deve ser fortalecida de modo que o conhecimento sobre a doença e as possibilidades individuais de escolher o que se considera o melhor para si deve estar permanentemente na consciência dos profissionais de saúde. Os profissionais devem fornecer suporte de forma que a pessoa tenha consciência de quais podem ser os efeitos e as implicações negativas ou positivas no seu tratamento e quais suas possibilidades de escolha (SILVA et al., 2006).

A reeducação alimentar é reconhecida pelos diabéticos como essencial para o controle da doença, contudo as prescrições alimentares podem ser difíceis de serem seguidas, mantidas ou podem ser consideradas inviáveis para a realidade do indivíduo (BARSAGLINI, 2011). O ato de se alimentar envolve não somente a ingestão de nutrientes, mas todo um contexto, sentimentos e valores culturais. Remete ao prazer e ainda ao convívio social (PÉRES et al., 2006). A exemplo das duas entrevistadas de origem nordestina, os alimentos “proibidos” remetiam aos hábitos alimentares de seu local de origem. Uma delas associava ainda ao seu local de lazer, a feira dos nordestinos, que por causa do diabetes parou de frequentar este evento. Outro exemplo encontrado foi a dificuldade de seguir a dieta quando no convívio social fora da residência, principalmente devido à necessidade de uma dieta especial (por exemplo, uso de adoçante) e aos intervalos regulares de alimentação. Corroborando com estudo de Péres et al. (2011), a restrição alimentar está diretamente relacionada à retirada do prazer, autonomia e liberdade.

A questão financeira foi levantada pelos entrevistados como barreira para a realização da dieta prescrita. A afirmação de que os alimentos considerados saudáveis pesam mais no orçamento também foi encontrado no estudo de Ferreira (2008). E mais agravante que este fato, foi o de uma das entrevistadas que estava com a geladeira totalmente vazia, ao ponto de desligá-la. Vale lembrar, que a renda familiar de seis entrevistados era inferior a 3 salários-mínimos, e de outros cinco era de até um salário-mínimo. Todos os que moravam sozinhos tinham renda de até um salário.

A população brasileira mais pobre ainda sofre com a falta de políticas de segurança alimentar, na qual consiste em uma alimentação suficiente, equilibrada e de qualidade em conjunto com outras políticas, como de educação, saneamento, habitação e distribuição de renda. Existe o declínio do consumo de legumes, frutas e cereais e aumento do consumo de açúcar e gorduras saturadas. A ocorrência de DCNT está fortemente associada aos hábitos alimentares inadequados e a falta de políticas de segurança alimentar. Estas políticas

poderiam, por exemplo, garantir a prevenção de DCNT por meio da redução da obesidade e sobrepeso (ARAÚJO; ALMEIDA; BASTON, 2007).

Além disso, a própria condição de doença crônica traz impactos econômicos devido à redução da capacidade e carga de trabalho ou perda do emprego (MENDES, 2011). A questão da alimentação no trabalho foi levantada pelas duas entrevistadas mais jovens. Foi relatada dificuldade de se alimentar regularmente devido a exigências do empregador e à característica do trabalho. As orientações e indicações dos profissionais de saúde nem sempre são adequadas às condições de trabalho e nem sempre há diálogo entre empregado e empregador. Deste modo, a doença se confronta com as condições de trabalho e a pessoa se vê obrigada a decidir à qual deve dar mais importância, a sua saúde ou a atividade laboral. Um melhor conhecimento dos direitos, formulação de políticas de proteção trabalhista ao diabético e o seguimento terapêutico negociado entre doente e profissionais de saúde, poderiam ser solução para não haver sofrimento e impossibilidade de trabalhar.

A questão da jornada de ser mãe também foi referida como fator inviabilizador de um seguimento terapêutico adequado. O fato de ter que cuidar integralmente dos filhos e da casa foi apontado como barreira aos serviços de saúde e ao autocuidado, revelando a falta de um apoio social às mães, uma realidade comum no Brasil.

Por transitar dentro da UBS e fora, pela comunidade, os ACS têm papel fundamental no desenvolvimento de vínculos para acolhimento e acompanhamento dos usuários moradores da área adstrita da ESF (PNAB, 2012). O vínculo foi percebido pelo afeto dos entrevistados ao se referirem aos ACS. O ACS era o principal interlocutor entre os pacientes e os demais profissionais de saúde, e a outros serviços de saúde (por exemplo, ao entregar encaminhamento, etc). A ausência da visita do ACS foi sensivelmente percebida pela pesquisadora para dois dos entrevistados.

De acordo com a PNAB (2012), o ACS tem responsabilidade de acompanhar a família e o indivíduo de sua micro área por meio de visitas em domicílio, principalmente seguindo o critério de risco e vulnerabilidade para que as famílias com maior necessidade tenham um acompanhamento com maior equidade. Os ACS devem ainda estar em contato permanente com os usuários e as famílias, desenvolvendo atividades educativas tanto na unidade quanto nas residências.

A população entrevistada era de alto risco, com mais de uma complicação relacionada ao diabetes, com prevalência de doenças cardiovasculares. Infelizmente nem todos os entrevistados relataram ter visitas regulares e atividades educativas. A visita de outro

profissional de saúde quase não foi citada. Uma solução para maior monitoramento dos diabéticos mais complicados seria ter uma lista estratificada por risco de modo que ocorra a comunicação com o usuário para melhor busca ativa. (MENDES, 2011)

Em relação às sensações corporais dos diabéticos, a variação entre a sensação de bem-estar com períodos em que a doença está silenciada ou assintomática e os mal-estares ocasionais deixam os entrevistados confusos. O fato da doença apresentar períodos assintomáticos é um fator “enganador” em que os entrevistados não se sentem doentes e é o período em que revelaram não levar o tratamento “à sério”.

Essa questão se apresentou mais relacionada a hiperglicemia. Os valores de glicemia considerados normais para a maioria dos entrevistados eram maiores do que os padrões biomédicos e não representavam, para eles, ameaça à saúde. Enquanto os sintomas de hipoglicemia eram mais temidos e medidas de conduta caseira eram sempre adotadas.

Mendes (2011) aponta que tratar o diabetes somente no momento de agudização determinará o surgimento de complicações e impactos econômicos negativos. Isto é reflexo de um sistema de saúde focado nas doenças já instaladas e pouco focado na prevenção e promoção da saúde com ações de controle glicêmico e incentivo a práticas saudáveis, além da prevenção das complicações, e orientações como o cuidado com os pés e a realização de exames oftalmológicos regulares, por exemplo.

A prática de atividade física foi mínima entre os entrevistados, com apenas dois entrevistados referindo realizar alguma. A atividade física diminui o nível de glicose, o risco de doenças e eventos cardiovasculares e ainda proporciona perda de peso e bem-estar, sendo indicada como tratamento não farmacológico (MS, 2013c). Mesmo sendo indicado e sendo uma diretriz do cuidado a pacientes de DCNT, os entrevistados não citaram participação em grupos educativos e somente uma citou participar da academia carioca.

As escolhas do indivíduo perante as possibilidades de recursos para tratar sua aflição dependem da disponibilidade de serviços, suas experiências e suas próprias atitudes, em meio a uma rede social e a um contexto sociocultural (ALVES; SOUZA, 1999). A procura pelos serviços da CFVV estava intimamente ligada ao surgimento de alguma necessidade de saúde e à obtenção de medicamentos e renovação da receita. Por um lado, a regularidade de consultas por meio da renovação da receita promove mais contato entre diabético e profissionais de saúde, promovendo a adesão e cumprimento da agenda de consultas (CHAVES *et al.*, no prelo). Por outro, somente a renovação da receita e consultas, pode revelar a característica do cuidado ao diabético ser pautado no modelo médico-centrado.

Quando os usuários podiam escolher qual serviço buscar ao sentir algum mal-estar, dependendo da gravidade e não sendo emergência, eles preferiam ir a CFVV, ou seja, esta e sua equipe de saúde eram a referência para os entrevistados. A procura por serviços de pronto atendimento era feita em último caso, e a preferência não era a UPA de Manguinhos. Inclusive quando a CFVV estava fechada, os entrevistados referiram ir direito ao hospital pela garantia de atendimento e realização de exames.

A escuta por parte dos médicos foi valorizada pelos entrevistados. O vínculo e confiança nos profissionais, médicos e enfermeiros, também foram percebidos nos relatos. Foram detectados problemas em relação a longitudinalidade do cuidado. Um dos problemas apontados pelos entrevistados foi a falta de fixação dos médicos, que ficam temporariamente na unidade. Na verdade, a alta rotatividade e a falta de médicos generalistas é uma dificuldade na APS de todo país (SILVA, 2011).

Autores como Starfield (2002) e Mendes (2011) afirmam que médicos generalistas são os mais capacitados para dar conta das demandas da população atendida nas UBS e para garantir a integralidade e o compartilhamento do cuidado com especialistas, desde que exista a comunicação entre eles.

O acesso a especialistas, a exames médicos e a cirurgias foram referidos como dificultosos e demorados. Os entrevistados atribuíam à ineficiência do Sisreg. Aqueles que tinham condições de pagar por serviços privados (através de desembolso direto ou plano de saúde), relataram a preferência em utilizá-lo para algumas situações. Aqueles que não tinham condições, aguardavam. Uma das entrevistadas com complicação já instalada, relatou a indicação cirúrgica pelo médico de família e sua longa espera por consulta com especialista para agendamento da cirurgia. Outra dificuldade advinha do fato de nem sempre ser atendido pelo mesmo especialista, o que levava a conflito de terapia e a não resolubilidade do problema.

Conforme preconizado pelo Guia de Referência Rápida para o Cuidado em Diabetes Mellitus, da Superintendência de Atenção Primária do Rio de Janeiro (2013), o exame de glicemia de jejum deve ser realizado a critério clínico e o exame de HbA1c de 3 a 6 meses de acordo com a necessidade individual e o controle glicêmico. Os demais exames devem ser realizados anualmente ou a critério médico.

Uma outra evidência da fragmentação da RAS, foi a demora dos resultados dos exames laboratoriais, recorrentemente relatada pelos entrevistados. A desarticulação entre os serviços de saúde e os de apoio diagnóstico, é uma das manifestações de fragilidade da RAS, ainda que seja parte do sistema de apoio da rede. (LAVRAS, 2011).

Foi encontrado o senso comum de que o que é disponibilizado no público é barato e não funciona, de que os serviços de saúde oferecidos pelo SUS são como se fossem favores (quando os entrevistados comentam não poder reclamar dos serviços da CFVV) e de que ter plano de saúde assegura melhor resolubilidade por meio de consultas com especialista e exames de alta tecnologia. O que foi contraditório, pois, os entrevistados que relataram ter plano de saúde também afirmaram não conseguir resolver questões de saúde relacionadas as complicações do DM.

Esses achados corroboram o estudo de Santos et al. (2011a), que investigou o conhecimento dos direitos e a utilização de serviços de saúde por diabéticos, e constatou que mesmo utilizando os serviços de saúde, os usuários desconhecem seus direitos. A visão de que a oferta de serviços públicos de saúde e medicamentos são favores ou doação também foi encontrada. Na pesquisa-ação de Backes et al. (2009), também sobre os direitos dos usuários do SUS, estes tinham a visão de que os serviços públicos eram para os pobres, dada a sofisticação tecnocientífica estar ao alcance de quem pode pagar, o que reforça a saúde como uma necessidade de consumo e não um direito. Santos et al. (2011a) aponta que informar os usuários quanto aos seus direitos por meio da educação em saúde garante melhor alcance terapêutico, pois aumenta a autonomia tanto para escolha do tratamento como para reivindicar direitos. Completando, Backes et al. (2009) conclui que mais do que garantir acesso ao sistema público de saúde e aos medicamentos e insumos, é necessário aumentar o engajamento e consciência política dos usuários por meio do controle social.

O acesso a medicamentos é fundamental à preservação da vida (OLIVEIRA; BERMUDEZ; CASTRO, 2007), e sua disponibilidade na APS a maior possibilidade de se alcançar a resolubilidade das demandas de saúde (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001). Segundos os entrevistados, os medicamentos prescritos para o diabetes estavam sempre disponíveis na farmácia da UBS, igualmente aos para tratamento da hipertensão, doença de maior prevalência entre eles. Existe a instrução para que os pacientes não deixem os medicamentos acabarem para ir à farmácia. Esta tem mecanismos para garantir que não haja falta de medicamentos. Quando essa falta acontecia, segundo os entrevistados, os medicamentos eram prontamente disponibilizados em alguns dias e geralmente não era preciso comprá-los. Nesse sentido, nossos achados constataram uma boa disponibilidade de medicamentos para as DCNT neste território.

Os entrevistados contam com o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, de modo complementar para a obtenção de hipoglicemiante oral de liberação lenta e medicamentos

para algumas complicações por esta via de acesso. O acesso gratuito ao hipoglicemiante oral de liberação lenta foi referido pelos entrevistados como solução para dificuldade de adesão ao tratamento, já que o hipoglicemiante de ação imediata disponível na farmácia da UBS tem mais chances de produzir efeitos colaterais desagradáveis. Conforme explicitado pelo Guia de Referência Rápida para o Cuidado em DM do município.

A ampliação do acesso a medicamentos, seja gratuito e/ou por meio do copagamento, se mostrou inegavelmente importante para a população deste estudo, principalmente para doenças como diabetes, hipertensão e dislipidemia. Todavia, foi relatado que alguns medicamentos, tais colírio indicado para glaucoma e medicamentos indicados para neuropatia diabética, para complicações do diabetes não estavam disponíveis na APS. O ato de desembolsar dinheiro para medicamentos significou deixar de comprar alimento, ter de trabalhar mesmo com dificuldade ou receber ajuda de parentes ou amigos, corroborando a afirmação de Paniz et al. (2008) de que a população mais pobre tem comprometimento das suas necessidades básicas para adquirir medicamentos. Além disso, a população mais pobre tem maior parcela da renda comprometido na aquisição de medicamentos (IPEA, 2013). Desta forma, é possível dizer que há um descompasso entre a necessidade terapêutica dos pacientes com DM, principalmente no que se refere aos medicamentos para complicações da doença. Sendo assim, posteriores investigações são necessárias para determinar se há uma falha na seleção de medicamentos ou adesão dos prescritores as LMEs, de forma a propor ações efetivas que contornem esse problema e garantam o acesso a medicamentos e resolubilidade das ações da APS no território.

Ainda em relação ao acesso a medicamentos, a acessibilidade geográfica Bermudez & Luiza (2004) é considerada uma de suas dimensões. Em relação aos medicamentos disponibilizados na UBS, este, não representou uma barreira para os diabéticos atendidos pela CFVV, embora tenha sido relatado que o caminho até a farmácia era doloroso, pois se tratava de pacientes amputados, com dores nos membros inferiores, entre outros desconfortos. A família apareceu novamente como apoio no cuidado em saúde para a obtenção de medicamentos, driblando, algumas vezes esta questão.

Já para os medicamentos do componente especializado, foi possível observar para o único entrevistado que os utilizava a acessibilidade geográfica como uma barreira do acesso, pois a dispensação é centralizada no município do Rio de Janeiro em um único estabelecimento. Além disso, a burocracia necessária para o pedido e obtenção do medicamento deste componente, foi relatado como um problema. No entanto, mesmo nos

casos relatados, este achado não significou impedimento ao acesso ou causa de desembolso de dinheiro.

Conforme afirmou Guerin; Rossoni; Bueno (2012), o medicamento assume diferentes simbolismos que influenciam seu uso. Neste estudo, o medicamento foi representado como ferramenta de sobrevivência para os entrevistados, principalmente a insulina. O uso de insulina trouxe a percepção de uma maior gravidade da doença e assim maior necessidade de seriedade com o tratamento. Trouxe também a demanda de conciliar a terapia medicamentosa ao seu cotidiano e a de familiares, além de sentimento de culpa e vergonha.

Assim, o simples ato de visitar alguém pode trazer preocupações e a necessidade de um planejamento. Os entrevistados desenvolveram estratégias para manter o convívio social de modo a não atrapalhar o tratamento, como por exemplo, adaptar a visita a alguém dentro do tempo limite entre administração da insulina ou no intervalo entre refeições. Semelhante ao estudo de Silva et al. (2006), os entrevistados sentem vergonha de “se furar” na frente de outras pessoas, pois relacionam este ato ao vício de drogas ilícitas. Para eles, ao mesmo tempo que é sagrado e aceito pelo diabético, é causa de dor pela aplicação e remete à punição. Os entrevistados ainda têm a vergonha da dieta diferenciada e medo de passar mal. Sendo assim, foi possível perceber que a doença trouxe estigma.

Barsaglini (2011) relatou que o DM pode trazer dificuldade de se relacionar, limitam o convívio social, e a identidade acaba deteriorada. Este estigma está relacionado à diferenciação e traz expectativas de como deveria ser o comportamento de uma pessoa frente a sua doença. É possível que uma pessoa, dadas suas condições, não consiga viver de acordo com o comportamento que lhe foi previamente estabelecido (GOFFMAN, 1988).

Outro aspecto do estigma, segundo Goffman (1988), é que ele pode ser acionado ou não, sendo a pessoa desacreditada e/ou desacreditável. A desacreditada está com a marca evidente, como por exemplo, a questão do pé diabético. Já a desacreditável, aquela em que não se vê a marca em um primeiro momento, consegue disfarçar o estigma, pela negação do estigma ou por considerar que aceitar está dentro da boa relação social. Como um exemplo, a entrevistada que aceitou o café com açúcar para não trazer seu problema de saúde a mesa do café da senhora que contratou serviços do marido.

Um sentimento de culpa da pessoa portadora de diabetes advém da dificuldade de cumprir as recomendações e ter o controle glicêmico, o que acaba causando culpabilização da pessoa e além disso, as próprias regras impostas pela doença podem ser sentidas como uma punição ao portador de diabetes (BARSAGLINI, 2011).

Uma outra questão relacionada ao uso de medicamentos, a partir de um olhar biomédico, foram problemas em sua administração tal como o ajuste de dose de insulina por conta própria, o não revezamento dos locais de aplicação da insulina, não compreensão do uso da insulina regular, uso incorreto de colírio e a automedicação (principalmente quando os medicamentos prescritos não traziam resolubilidade ao problema de saúde). O estudo de Faria et al. (2009) constatou que pacientes diabéticos utilizavam os medicamentos prescritos de forma diferente dos protocolos estabelecidos para tratamento da doença, e essa situação pode ser atribuída a uma orientação deficiente quanto a seu uso. Os entrevistados atendidos pela CFVV afirmavam realizar todo tratamento conforme o orientado, mas, ainda assim, foi descoberto uso diferente ao prescrito.

O uso de medicamentos guarda relação com o nível de escolaridade, contexto social e cultural de quem utiliza. As fases anteriores ao uso, tais como as características da prescrição e dispensação, influenciam o uso, e logo, o sucesso do cuidado em saúde (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012). O baixo nível de escolaridade dos entrevistados pode ser um agravante do uso incorreto de medicamentos. No entanto, cabe ressaltar, que o tempo de consulta preconizado para que o paciente consiga captar orientações, é de, no mínimo, 18 minutos. E ainda, há evidências de que o paciente não consegue assimilar as orientações em apenas uma consulta. (MENDES, 2011).

No entanto, a possibilidade de ajustes de dose e modificação dos horários é prevista como atitude dos diabéticos. Essas atitudes representam a não passividade, busca da autonomia e a intenção de ajustar os medicamentos ao seu cotidiano. Além disso, o uso de medicamentos envolve aprendizagem no seu controle (BARSAGLINI, 2011).

Em relação a dispensação de medicamentos, os entrevistados percebem um bom atendimento na CFVV, referindo ele como rápido, no sentido que não é necessário aguardar muito tempo para ser atendido. A dispensação de medicamentos corresponde a uma das últimas ações da assistência à saúde e é o momento de entrega de informações e orientações quanto ao seu uso. Este último procedimento de assistência à saúde corresponde a última possibilidade de uma orientação mais efetiva e esta etapa proporciona o vínculo de confiança entre paciente e farmacêutico (PEPE; CASTRO, 2000). Portanto, tendo em vista os problemas com o uso de medicamentos relatados, assim como as características do território, é reforçada a necessidade de fortalecimento desta ação nas farmácias que atendem esta população como forma de promoção do uso racional de medicamentos e aumento da resolubilidade do cuidado em saúde. As entrevistas não evidenciaram serviços especiais de AF a diabéticos na CFVV. O

estudo de Chaves *et al.* (no prelo) em Manguinhos encontrou a falta de relatos da participação do farmacêutico em ações de educação em saúde. Estes autores veem a necessidade do farmacêutico nas ações de promoção da saúde juntos com a eSF. Maiores ganhos terapêuticos poderiam ser alcançados com o farmacêutico na equipe de saúde e a valorização da Farmácia Clínica (MENDES, 2011).

Limitações do estudo

A seleção dos 5 possíveis entrevistados de cada eSF foi feita pela própria pesquisadora tendo como critério norteador os de maior número de doenças e complicações relacionadas ao DM. Houve uma mínima interferência por parte dos ACS na escolha final dos entrevistados. A escolha deles se baseava em qual seria mais fácil de ser encontrado na residência e que estivesse fazendo acompanhamento na CFVV. Os entrevistados que não estavam fazendo acompanhamento não foram entrevistados. O que pode ter trazido uma perda de detecção de possíveis problemas do acompanhamento longitudinal destes pacientes sem acompanhamento.

Segundo Goldenberg (1997), nas entrevistas lidamos com o indivíduo que decide o que deseja ou não relatar e que constrói uma imagem de si no momento da entrevista. Neste trabalho, a construção das descrições dos itinerários terapêuticos foi baseada apenas nos relatos fornecidos pelos diabéticos entrevistados. Em nenhuma ocasião foi questionada a veracidade, pois os relatos eram daquilo que o indivíduo vivenciou e de acordo com suas lembranças no momento da entrevista. Pode ser que em algum momento o entrevistado tenha omitido alguma informação, seja por esquecimento ou não ter desejado comentar, por mais que a pesquisadora deixasse claro o intuito da pesquisa.

O fato de algumas entrevistas terem sido realizadas dentro da residência e outras fora (na porta) trouxe uma diferença nas anotações do diário de campo. A vivência dentro da casa dos entrevistados e uma melhor contextualização pode ser alcançada quando este canal estava aberto. Além disso, a entrevista com presença de familiar pode ter influenciado a fala do sujeito, seja para uma autocensura por parte do entrevistado, para a confirmação das informações ou para desmentir a fala do entrevistado por parte do familiar.

Uma das questões levantadas na pesquisa concerne aos serviços de saúde. Poderiam ser levantados por parte dos entrevistados os problemas de interação com os serviços de saúde oferecidos pela CFVV. Mesmo havendo ênfase de que o relato era anônimo, que os nomes não seriam divulgados e que não haveria prejuízo no atendimento, há a possibilidade de omissão de críticas pelos entrevistados.

Os dias de entrevistas seguiam também a dinâmica do território, tais como: tiroteio, clima de tensão, rumores de conflito armado e condições climáticas (chuva). Estes fatores, assim como a indisponibilidade do entrevistado e o impedimento do ACS em levar a pesquisadora a residência por motivos de trabalho ou pessoais constituíram dificuldades no campo.

A decisão de realizar as entrevistas diferente do previsto, que era CFVV e CSEGSF, e realizar somente na CFVV, não representou uma perda significativa de dados, uma vez que as duas unidades guardam semelhanças tais como serem geridas pela ENSP e foram realizadas duas rodadas na CFVV. Além disso, o intuito da pesquisa não é comparar as unidades e nem os diferentes cuidados, e sim compreender o itinerário terapêutico dos diabéticos atendidos pelo TEAIS.

Por recusa em receber a pesquisadora dentro da residência, três entrevistas foram realizadas na porta. Nestes três casos, houve interrupções durante a entrevista. Igualmente, houve interrupções pelos familiares durante as entrevistas em domicílio, mesmo tomando o cuidado para deixar claro que a participação era do diabético. Em alguns casos, alguém da família acrescentava informações ou desmentia informações dadas pelo entrevistado. Essas interrupções contribuíram para acrescentar dados para uma melhor compreensão do entrevistado, conforme será comentado nos resultados. Inclusive, ao final da entrevista, havia a oportunidade de uma conversa informal com o entrevistado com a participação de algum membro da família. Essa conversa informal foi importante, pois pôde-se ter uma melhor noção do autocuidado e armazenamento dos medicamentos, comentários de familiares, e outras informações consideradas relevantes para melhor caracterização do indivíduo e seu contexto. Porém, a presença de familiares ou amigos podem ter induzido a fala do entrevistado, conforme será mencionado em “limitações do estudo”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão deste estudo foi descrever o itinerário terapêutico dos moradores diabéticos de Manguinhos para acesso a serviços e a medicamentos, identificando as principais estratégias empregadas para enfrentar as barreiras existentes. Conhecer um pouco da realidade do diabético e da oferta de cuidado, mesmo com apenas fragmentos da vida de 12 entrevistados, mostrou que o estudo do itinerário terapêutico pode trazer respostas a diversas questões relacionadas à interação entre indivíduo, serviços de saúde, acesso e uso de medicamentos.

Ainda nos testes-piloto, para verificar o entendimento das perguntas, a pesquisadora observou questões intersetoriais à saúde influenciando o itinerário terapêutico. Após a realização das entrevistas, continuou a constatação: as pessoas tinham bom acesso a medicamentos, mas careciam de ações de educação, de alimentação, de distribuição de renda e moradia.

O DM requer o manejo constante da condição de base e a prevenção dos agravos e complicações. Deste modo, o serviço de saúde deve garantir a integralidade das ações. O tratamento do diabético pautado somente nos serviços de saúde, na provisão de medicamentos e no controle glicêmico é insuficiente para garantir um tratamento centrado no indivíduo conforme define o Guia de Referência Rápida para o Cuidado em Diabetes Mellitus da Superintendência de Atenção Primária do Rio de Janeiro (2013).

Para o diabético de Manguinhos, o seu cuidado em saúde representa uma infinidade de tarefas do dia a dia com horários marcados sob pena de ocorrer algum sintoma desagradável da sua doença (eventos agudos e/ou complicações). A regularidade de aplicação de insulina, aferição de glicemia, uso de comprimidos orais, além de horários para se alimentar, e ainda a dieta restrita a determinados tipos de alimentos correspondem aos cuidados biomédicos na vida do indivíduo. As complicações do diabetes estavam fortemente associadas a perda da autonomia e qualidade de vida, desta forma, o apoio social, principalmente o da família, passam a representar uma questão essencial ao tratamento. A dimensão emocional (sentimentos, conflitos, culpas) também estava presente neste universo do doente.

Os avanços da garantia de acesso a medicamentos no Brasil, por meio da PNM e a PNAF, definitivamente trouxeram bem-estar e qualidade de vida aos entrevistados. Os medicamentos da APS estavam acessíveis para a população deste estudo e o Programa Farmácia Popular complementou seu acesso. As garantias de acesso universal possibilitam que a renda do doente não seja destinada aos medicamentos, trazendo maior equidade. Porém,

os medicamentos prescritos na rede pública para complicações do diabetes, como os indicados para neuropatia, não estavam contemplados no REMUME do município, podendo indicar a necessidade de incorporá-los a lista, principalmente tendo em vista o impacto que a compra de medicamentos trazia aos entrevistados.

A dificuldade de acesso relatada pelos entrevistados foi em relação aos medicamentos para tratar as complicações do DM. Poder-se-ia viabilizar estudo para a possibilidade de inclusão desses medicamentos, principalmente os para a dor crônica advinda da neuropática diabética.

Dadas às questões não relacionadas necessariamente ao setor saúde, mas que se apresentaram como barreira ao acesso a serviços de saúde e dificultaram a adesão ao tratamento do diabetes (tais como educação, trabalho, alimentação, moradia, mobilidade urbana e distribuição de renda), sugere-se a coordenação de ações dentro e fora da unidade de saúde de modo a aumentar o conhecimento dos direitos à saúde, participação e controle social.

A família representou o apoio ao diabético, e em alguns casos, a principal responsável pelo cuidado. As ações de educação em saúde também devem ser voltadas a ela dentro da unidade e nas residências. O incentivo às práticas de vida saudável, principalmente o incentivo a atividades físicas, deve ser voltado para os diabéticos e a sua família. Aos diabéticos de modo a prevenir complicações e melhor controle da doença, e aos familiares para a prevenção ou adiamento do surgimento do diabetes.

O tratamento do diabetes é complexo e demanda a orientação quanto ao uso dos medicamentos, à alimentação e às condutas necessárias nas várias situações que a doença impõe, desde modo a educação em saúde visando a melhor adesão ao tratamento e ao uso racional de medicamentos é de suma importância para o sucesso da terapia. No entanto, os processos decisórios quanto ao uso de medicamentos, tais como a automedicação, o ajuste de dose ou mudança na posologia, advém da própria experiência do adoecido.

Um diálogo mais aberto entre pacientes e profissionais de saúde, assim como o acompanhamento individualizado baseado nas experiências e contexto individuais, poderia resultar em um compartilhamento dos conhecimentos da terapia. Nesse contexto, o farmacêutico é profissional chave nessa relação paciente-medicamentos.

Deste modo, o estudo do itinerário para o acesso a medicamentos e aos serviços de saúde se mostrou uma ferramenta efetiva para conhecer como a oferta de serviços de saúde e medicamentos é vivenciada pelos portadores de diabetes de Manguinhos. Trouxe a

possibilidade de se pensar uma oferta de serviços mais voltada a indivíduos diabéticos em seu contexto, de modo a trazer maior resolubilidade às ações de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Experiência de doença e narrativa. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1999.

ARAÚJO, F. Â. L. V. DE; ALMEIDA, M. I.; BASTON, V. C. Aspectos alimentares e nutricionais dos usuários do “restaurante popular Mesa do Povo”. Saúde e Sociedade, 2007. p. 117–133.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. DA S. DOS; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Revista de Saúde Pública, 2001. p. 88–95.

BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Ciência & Saúde Coletiva, 2009 p. 903–910.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARSAGLINI, R. A. As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2011.

BAUER, M. W.; GASKELL, G.; GUARESCHI, P. A. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BERMUDEZ, J. A. Z.; LUIZA, V. LUCIA. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado. Rio de Janeiro: ENSP/OPS/OMS, 2004. p. 45–67.

BODSTEIN, R. C. A.; MAGALHÃES, R.; MARCONDES, W. B. Equipamentos e iniciativas sociais em Mangueiras. Rio de Janeiro: Minister, 2012.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2003. p. 691–701, 4PY.

BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC: 2005. v. 2 n. 1 (3), p. p. 68–80.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

BRASIL. Portaria GM no 3.916, de 30 outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p.52. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 48, out. 2011.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011. p. 4433–4442.

CAMPBELLA, J. Towards universal health coverage: a health workforce fit for purpose and practice. World Health Organization, 2013. p. 886–887.

CASAS, C. N. P. R. O complexo industrial da saúde na área farmacêutica: uma discussão sobre inovação e acesso no Brasil. Rio de Janeiro: 2009.

CHAVES, L. A.; MENDES, L. V.; LUIZA, V. L. Modelo de serviços farmacêuticos em dispensação e seguimento farmacoterapêutico: aplicação a portadores de Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz (NAF/ENSP/Fiocruz), No prelo.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Elementos para una “topografía” del concepto de Salud. *Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud*, 2006. v. 11, n. 1, p. 86–99.

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>> Acesso em jan/2016

EGP-RIO. Complexo de Manguinhos Rio de Janeiro Relatório Final. Censo Domiciliar. Complexo de Manguinhos, Rio de Janeiro. [s.l.] Subsecretaria Adjunta de Gerenciamento de Projetos do Governo do Rio de Janeiro; Secretaria de Estado da Casa Civil do Rio de Janeiro, mar. 2010. Disponível em: <http://arquivos.proderj.rj.gov.br/egprio_imagens/Uploads/MD.pdf>.

ENSP/FIOCRUZ. Portal Escola Nacional de Saúde Pública. 2014a. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>>

FARIA, H. T. G. et al. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. *Acta paul. enferm*, 2009. v. 22, n. 5, p. 612–617.

FERREIRA, F. S. Qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma equipe de saúde da família do município de Uberaba, 2007. Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública—Ribeirão Preto - SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

FERREIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis*, 2012. p. 179–198.

FERREIRA, L. T. et al. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. *Arq. bras. ciênc. saúde*, 2011. v. 36, n. 3.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, 2006. p. 2449–2463.

GIOVANELLA, L. (ED.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GOFFMAN, E. Estigma e identidade social. In: *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. p. 11–50.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012. v. 17, n. 11, p. 3003–3010.

GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no sistema único de saúde: análise do modelo atual: [revisão]. *Braz. j. pharm. sci.*, 2009. v. 45, n. 1, p. 37–48.

IDF. International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas. 6. ed. International Diabetes Federation, 2013.

IPEA. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 2011. p. 867–874.

LTM. Laboratório Territorial de Manguinhos: Território & Cidadania. 2014. Disponível em: <<http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/>>

MARIN, N. et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. DA. Therapeutic itinerary of the family and adolescent with type i mellitus diabetes. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2007. v. 15, n. 6, p. 1113–1119.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde em Debate, Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil*. 2014. v. 38, p. 109–123.

MINAYO, M. C. DE S. et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. DE S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2014.

Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 2006a.

Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observando o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Diário Oficial da União, 2006b.

Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2007.

Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria no 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: 2010.

Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 1.214, de jun. 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Brasília, 2012.

Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM No 1555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013a.

Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2013b.

MS. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus. 1. ed. [s.l.] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, 2013c.

MS. Ministério da Saúde. Lista de Medicamentos. Rede Própria do Programa Farmácia Popular, Aqui Tem Farmácia Popular e Saúde Não Tem Preço Portal da Saúde, , 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/9681-lista-de-medicamentos-e-correlatos>>

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, O.; SETA, M. H. DE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciênc. Saúde Coletiva, 2009. p. 1881–1890.

OECD. Health at a Glance 2013. n. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013.

OLIVEIRA, L. C. F. DE; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 2010. p. 3561–3567.

OLIVEIRA, M. A. et al. Assistência Farmacêutica. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J.; CASTRO, C. G. S. O.-. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007.

OPAS/OMS; MS. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília - DF: 2005.

ORG RIO MAIS SOCIAL. Rio+Social: Manguinhos. 2014.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saude Publica, 2008. v. 24, n. 2, p. 267–280.

PENCHANSKY, D.; THOMAS, J. O Conceito de Acesso, definição e relacionamento com a satisfação do consumidor. Medical Care, v. XIX, 1981.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. DE. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Cadernos de Saúde Pública, 2000. p. 815–822.

PEREIRA, J. G. et al. Estudo comparativo da assistência ao paciente portador de Diabetes Mellitus na rede pública de saúde, entre municípios do estado do Paraná, Brasil, nos anos de 2004 e 2005. Espaço. saúde (Online), 2008. v. 10, n. 1, p. 7–15.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. DOS. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. Revista de Saúde Pública, 2006. p. 310–317.

PINTO, C. D. B. S. et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. Rev Saude Publica, 2010. v. 44, n. 4, p. 611–619.

SANTOS, E. C. B. DOS et al. Health services users with diabetes mellitus: from knowledge to the use of healthcare rights. Revista Latino-Americana de Enfermagem, p. 285–292, abr. 2011a.

SANTOS, M. A. DOS et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. Revista da Escola de Enfermagem da USP, p. 651–658, jun. 2011b.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SES-RJ. Medicamentos Especializados Portal da Saude do RJ. Governo do Rio de Janeiro, , 2005. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/atencao-a-saude-1/726-assistencia-farmacutica/medicamentos/260-medicamentos-especializados.html?showall=&start=3>>

SILVA, D. G. V. DA et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. *Rev Bras Enferm*, 2006. v. 59, n. 3, p. 297–302.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2011. p. 2753–2762.

SMS-RJ. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME-RIO. Resolução SMS nº 2177 de 19 de agosto de 2013. REMUME-RIO, 2013.

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

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Guia de Referência Rápida: Diabetes Mellitus, 2013.

TAVARES, D. M. DOS S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007. p. 1341–1352.

THAINES, G. H. DE L. S. et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. *Texto & Contexto Enferm*, 2009. v. 18, n. 1, p. 57–66.

TOMÁZ, V. A. Itinerário terapêutico de mulheres portadoras de câncer a partir de seu diagnóstico. Dissertação—Itaja: Universidade do Vale do Itajaí, 2009.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004. p. 885–895.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2004. p. S190–S198.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude Soc.*, 2013. p. 73–84.

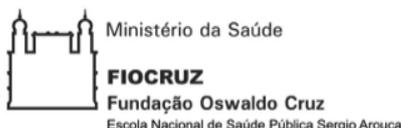
WHO. WHO medicines strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000–2003. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. *Policy Perspectives on Medicines*, v. 8, n. World Health Organization: 2004. p. 1–6.

WHO. Health Financing and access to effective interventions. *World Health Report (2010) Background Paper*, No 8, v. 8, 2010.

WHO. Glossary of globalization, trade and health terms World Health Organization, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/trade/glossary/en/>>

APÊNDICE 1. TERMO DE ANUÊNCIA PARA ACESSO A DADOS DOS PRONTUÁRIOS



Comitê de Ética em Pesquisa
da Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca



Termo de Anuência

Pelo presente termo, eu, _____, responsável pela UBS _____, autorizo o acesso da pesquisadora aos documentos clínicos e administrativos necessários à realização da pesquisa “**Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de Diabetes Mellitus atendidos pelo Teias Escola Manguinhos**”, desenvolvida por **Nara Rosa Rocha**, aluna de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Vera Lucia Luiza e com auxílio de orientação de **Luísa Arueira Chaves**.

Fui informado de que:

- O objetivo deste estudo é descrever o itinerário terapêutico percorrido por usuários diabéticos moradores de Manguinhos para obtenção de cuidado em saúde e de medicamentos, identificando as principais estratégias empregadas para enfrentar as barreiras existentes. Esse conhecimento permite um planejamento para a oferta de um itinerário mais racional tendo em vista a realidade dos serviços e dos usuários.
- Esta unidade de saúde foi selecionada por fazer parte do TEIAS Manguinhos.
- A participação acarretará no acesso da pesquisadora a banco de dados e aos prontuários dos usuários e/ou da família diabéticos atendidos na unidade de saúde a fim de selecionar os participantes e para coletar informações sobre o uso ou não de insulina, tratamento proposto, sua patologia, comorbidades, situação de saúde, histórico da saúde do usuário, atendimentos realizados, medicamentos prescritos, renda familiar, pessoas que residem com o usuário, telefone e endereço para contato e outras informações relevantes à pesquisa.
- Os números dos prontuários não constarão na versão final da planilha de coleta de dados e as informações coletadas não permitirão a identificação de qualquer usuário ou seu médico.
- A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mas ressalta-se que a assinatura do termo de anuência e o acesso às informações dos registros são essenciais para a pesquisa.
- As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais. Será assegurado o sigilo quanto à identidade dos usuários e dos médicos. Essas informações não serão digitadas no banco de dados e o anonimato será preservado quando os dados forem divulgados.
- O material resultante será utilizado apenas para a finalidade de pesquisa, mantido em sigilo e armazenamento em local seguro, em arquivos digitais, com acesso apenas a pesquisadora, orientadora e auxiliar de orientação. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo sob responsabilidade da pesquisadora por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.
- Os dados poderão ser utilizados em relatórios, palestras, artigos científicos, dissertação de mestrado e tese de doutorado.

Nara Rosa Rocha
Pesquisadora principal
Tel.96550-4886; e-mail: nararosarocha@gmail.com
Núcleo de Assistência Farmacêutica: Rua Leopoldo
Bulhões, 1480, sala 632, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ.
CEP. 21041-210. Tel.: (21) 2598-2592.
E-mail: naf@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2015.

Declaro que li e autorizo o acesso da pesquisadora aos documentos clínicos e administrativos necessários à realização da pesquisa.

Assinatura

Pesquisadora de campo

APÊNDICE 2. TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Termo de Compromisso de Utilização de Dados

Eu, Nara Rosa Rocha, Vera Lucia Luiza e Luisa Arueira Chaves, abaixo assinados, pesquisadoras envolvidas no projeto de título: “Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de Diabetes Mellitus atendidos pelo Teias Escola Manguinhos”, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, sigilo e não identificação dos indivíduos entrevistados, seja os usuários diabéticos do território-bairro Manguinhos e os responsáveis pelas unidades de saúde do território-bairro. Será mantida também, a confidencialidade e a privacidade de seus conteúdos dos bancos de dados secundários (Inquérito domiciliar realizado na região e estudo da Assistência Farmacêutica em Diabetes Mellitus no TEIAS Manguinhos) e dos prontuários dos usuários e/ou da família. Todas as informações, conforme preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito aos objetivos propostos da pesquisa, os quais são verificar o itinerário terapêutico para acesso a medicamentos dos portadores de diabetes atendidos pelo Teias Manguinhos e identificar suas barreiras, bem como para descrever o perfil epidemiológico e mapear a oferta de cuidado para o diabetes mellitus no TEIAS Manguinhos. Sendo os dados de agosto de 2011 à março de 2016.

Rio de Janeiro, dede

Nome	R.G.	Assinatura
Nara Rosa Rocha	10.434.715	
Vera Lucia Luiza		
Luisa Arueira Chaves		

APÊNDICE 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TESTE-PILOTO DA ENTREVISTA COM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS



Comitê de Ética em Pesquisa
da Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de Diabetes Mellitus atendidos pelo Teias Escola Manguinhos**”, desenvolvida por **Nara Rosa Rocha**, aluna de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. **Vera Lucia Luiza** e com auxílio de orientação de Luísa Arueira Chaves.

Qual o objetivo desse estudo?

O objetivo central do estudo é descrever o caminho percorrido por portadores de Diabetes Mellitus moradores de Manguinhos para obtenção de cuidado em saúde e de medicamentos.

Por que estou sendo convidado?

O convite a sua participação se deve ao fato de ser morador(a) e usuário(a) atendido(a) pelo ESF do território de Manguinhos e de ser portador(a) de Diabetes Mellitus em uso de insulina.

Sou obrigado(a) a participar?

A participação é voluntária, ou seja, não há nenhuma obrigação de participar. Você tem total poder para decidir se quer participar ou não e você pode deixar de participar a qualquer momento, não havendo qualquer punição pela sua decisão. Mas ressalta-se que sua participação é muito importante para a pesquisa.

Há algum risco ao participar do estudo?

A pesquisa não traz risco de qualquer natureza. Será feito o necessário para evitar constrangimento durante a entrevista. Ao relatar os seus caminhos nos serviços de saúde pode ser que algum ponto traga algum tipo de sensibilidade por lembranças boas ou ruins, para isso você será tratado(a) com o maior respeito e o seu relato será ouvido com carinho, no seu limite. Você não será forçado(a) a responder aquilo que não quiser. Além do mais, você não será prejudicado(a) no seu atendimento nos serviços de saúde.

Você poderá solicitar informações ao pesquisador sobre a pesquisa e sobre sua participação, a qualquer momento, seja durante a entrevista ou posteriormente.

Será garantida a confidencialidade e privacidade das informações e relatos que você trouxer. Há um baixo risco de identificação que será minimizado pela codificação da entrevista e pela utilização de um sistema de dados institucional da ENSP/FIOCRUZ em que seu nome ou qualquer identificador não ficará registrado. Será entregue um protocolo da entrevista a você para que, a qualquer tempo, possa ter acesso às informações sobre a sua participação, revisar sua fala ou se retirar da pesquisa.

Quais os benefícios do estudo?

O benefício da sua participação, juntamente com a participação de outras pessoas, é que com as informações fornecidas poderemos verificar as barreiras encontradas e a entender a lógica de procura por serviços de saúde, de modo a contribuir para melhoria da atenção ao portador de diabetes.

Rubrica entrevistado:

Rubrica entrevistador:

Página 1 de 2

134

Como será minha participação?

Sua participação será para verificação do entendimento das perguntas do questionário, ou seja, para verificar se as perguntas estão adequadas para captar as informações necessárias à pesquisa. A entrevista consiste de perguntas abertas e fechadas. O tempo de duração é de aproximadamente uma hora. A entrevista será gravada, as informações fornecidas não serão utilizadas na pesquisa. A gravação é pré-requisito a sua participação.

O que acontecerá com os dados da minha entrevista?

O material resultante da sua entrevista será utilizado somente para verificar a coerência entre as perguntas. Os dados obtidos não entrarão no banco de dados da pesquisa. Mas de qualquer forma, será mantido em sigilo e armazenado em local seguro, garantindo a privacidade e confidencialidade das informações, somente a pesquisadora, sua orientadora e sua auxiliar de orientação terão acesso.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo sob responsabilidade da pesquisadora por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras, artigos científicos e na dissertação/tese sem referência individual a qualquer entrevistado. Seu nome nunca será revelado em nenhuma dessas formas de divulgação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Este Termo é redigido em duas vias e você receberá uma delas. Todas as páginas devem ser rubricadas por você, pela pesquisadora principal e pela responsável pela coleta de dados.

Nara Rosa Rocha
Pesquisadora principal
Tel.96550-4886; e-mail:
nararosarocha@gmail.com Núcleo de Assistência
Farmacêutica: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala
632, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP. 21041-
210. Tel.: (21) 2598-2592.
E-mail: naf@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2015.

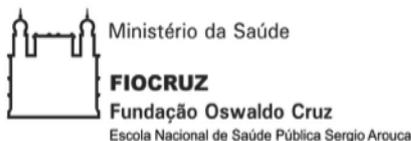
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Voluntário(a) da pesquisa

Pesquisadora de campo

Rubrica entrevistado: Rubrica entrevistador: Página 2 de 2
--

APÊNDICE 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A ENTREVISTA AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS



Comitê de Ética em Pesquisa
da Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de Diabetes Mellitus atendidos pelo Teias Escola Manguinhos**”, desenvolvida por **Nara Rosa Rocha**, aluna de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. **Vera Lucia Luiza** e com auxílio de orientação de Luísa Arueira Chaves.

Qual o objetivo desse estudo?

O objetivo central do estudo é descrever o caminho percorrido por portadores de Diabetes Mellitus moradores de Manguinhos para obtenção de cuidado em saúde e de medicamentos.

Por que estou sendo convidado?

O convite a sua participação se deve ao fato de ser morador(a) e usuário(a) atendido(a) pelo ESF do território de Manguinhos e de ser portador(a) de Diabetes Mellitus em uso de insulina.

Sou obrigado(a) a participar?

A participação é voluntária, ou seja, não há nenhuma obrigação de participar. Você tem total poder para decidir se quer participar ou não e você pode deixar de participar a qualquer momento, não havendo qualquer punição pela sua decisão. Mas ressalta-se que sua participação é muito importante para a pesquisa.

Há algum risco ao participar do estudo?

A pesquisa não traz risco de qualquer natureza. Será feito o necessário para evitar constrangimento durante a entrevista. Ao relatar os seus caminhos nos serviços de saúde pode ser que algum ponto traga algum tipo de sensibilidade por lembranças boas ou ruins, para isso você será tratado(a) com o maior respeito e o seu relato será ouvido com carinho, no seu limite. Você não será forçado(a) a responder aquilo que não quiser. Além do mais, você não será prejudicado(a) no seu atendimento nos serviços de saúde.

Você poderá solicitar informações ao pesquisador sobre a pesquisa e sobre sua participação, a qualquer momento, seja durante a entrevista ou posteriormente.

Será garantida a confidencialidade e privacidade das informações e relatos que você trazer e dos dados do seu prontuário. Há um baixo risco de identificação que será minimizado pela codificação da entrevista e dos dados e pela utilização de um sistema de dados institucional da ENSP/FIOCRUZ em que seu nome ou qualquer identificador não ficará registrado. Será entregue um protocolo da entrevista a você para que, a qualquer tempo, possa ter acesso às informações sobre a sua participação, revisar sua fala ou se retirar da pesquisa.

Quais os benefícios do estudo?

O benefício da sua participação, juntamente com a participação de outras pessoas, é que com as informações fornecidas poderemos verificar as barreiras encontradas e a entender a lógica de procura por serviços de saúde, de modo a contribuir para melhoria da atenção ao portador de diabetes.

Rubrica entrevistado:

Rubrica entrevistador:

Página 1 de 2

Como será minha participação?

Sua participação será por meio de entrevista, na qual haverá perguntas abertas e fechadas. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. A entrevista será gravada, inclusive a gravação é condição à sua participação. Caso não concorde com a gravação, você poderá desistir de participar da entrevista.

Sua participação inclui também a utilização dos dados do seu prontuário tais como: situação de saúde, histórico da saúde do usuário, atendimentos realizados, medicamentos prescritos, renda familiar, número e grau de parentesco das pessoas que residem com você e outras informações relevantes à pesquisa. Ao assinar o termo, você também autoriza o acesso ao seu prontuário.

O que acontecerá com os dados da minha entrevista?

O material resultante das gravações e as informações obtidas através do seu prontuário serão utilizados apenas para a finalidade de pesquisa, mantido em sigilo e armazenado em local seguro, garantindo a privacidade e confidencialidade das informações, somente a pesquisadora, sua orientadora e sua auxiliar de orientação terão acesso.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo sob responsabilidade da pesquisadora por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os resultados serão divulgados em palestras, artigos científicos e na dissertação/tese sem referência individual a qualquer entrevistado. Seu nome nunca será revelado em nenhuma dessas formas de divulgação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Este Termo é redigido em duas vias e você receberá uma delas. Todas as páginas devem ser rubricadas por você, pela pesquisadora principal e pela responsável pela coleta de dados.

Nara Rosa Rocha
Pesquisadora principal
Tel.96550-4886; e-mail: naranosarocha@gmail.com
Núcleo de Assistência Farmacêutica: Rua Leopoldo
Bulhões, 1480, sala 632, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ.
CEP. 21041-210. Tel.: (21) 2598-2592.
E-mail: naf@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2015.

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

Voluntário(a) da pesquisa

Pesquisadora de campo

Rubrica entrevistado:

Rubrica entrevistador:

Página 2 de 2

APÊNDICE 5. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL DA UBS



Comitê de Ética em Pesquisa
da Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) responsável do(a) (nome da Unidade Básica de Saúde) _____

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Itinerário terapêutico para acesso a medicamentos de portadores de Diabetes Mellitus atendidos pelo Teias Escola Manguinhos**”, desenvolvida por **Nara Rosa Rocha**, aluna de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. **Vera Lucia Luiza** e com auxílio de orientação de **Luísa Arueira Chaves**.

O objetivo central do estudo é descrever o itinerário terapêutico percorrido por usuários diabéticos moradores de Manguinhos para obtenção de cuidado em saúde e de medicamentos, identificando as principais estratégias empregadas para enfrentar as barreiras existentes.

O convite a sua participação se deve ao fato da unidade de saúde que você é responsável fazer parte do TEIAS Manguinhos e pela necessidade de completar ou atualizar informações do Estudo de Assistência Farmacêutica em Diabetes Mellitus no TEIAS Manguinhos de Luisa Arueira Chaves e colaboradores, realizado de 01/08/2011 a 01/08/2012. Uma das etapas da pesquisa é mapear a oferta de cuidado para Diabetes Mellitus no TEIAS Manguinhos, para isso, a sua entrevista consistirá em perguntas relacionadas à oferta de serviços da unidade de saúde a estes indivíduos.

O resultado final da pesquisa permitirá um planejamento para a oferta de um itinerário mais racional tendo em vista a realidade dos serviços e dos usuários, e sua colaboração é fundamental para alcançar esse objetivo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. O tempo da entrevista pode chegar até uma hora. As entrevistas serão gravadas, sendo a gravação pré-requisito a sua participação.

Sua participação é voluntária, não obrigatória, e você tem plena autonomia para não participar ou de retirar seu consentimento, a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, porém ênfase que sua participação é de suma importância para execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Rubrica entrevistado:

Rubrica entrevistador:

Página 1 de 2

Qualquer dado que possa identificá-lo diretamente será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Porém ressalto que, como são duas unidades de saúde no campo de estudo, há maior risco de identificação indireta. Vale mencionar que, as informações solicitadas têm relação com a oferta de serviços, não havendo risco individual ou pessoal pelas informações fornecidas. Além disso, não haverá indicação do seu nome na divulgação do resultado.

Você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa a qualquer momento, seja antes, durante ou depois da entrevista. Os meios de contato para tal estão explicitados neste Termo.

O material resultante das gravações será utilizado apenas para a finalidade de pesquisa, mantido em sigilo e armazenado em local seguro, em arquivos digitais, garantindo a privacidade e confidencialidade das informações, e somente a pesquisadora, sua orientadora e sua auxiliar de orientação terão acesso.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo sob responsabilidade da pesquisadora por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os dados poderão ser utilizados em relatórios, palestras, artigos científicos, dissertação de mestrado e tese de doutorado. E se você, responsável pela unidade, solicitar, a pesquisadora se dispõe a apresentar os resultados na unidade e/ou apresentá-los por escrito, ao final da pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Este Termo é redigido em duas vias e você receberá uma delas. Todas as páginas devem ser rubricadas por você, pela pesquisadora principal e pela responsável pela coleta de dados.

Nara Rosa Rocha
Pesquisadora principal
Tel.96550-4886; e-mail: nararosarocha@gmail.com
Núcleo de Assistência Farmacêutica: Rua Leopoldo
Bulhões, 1480, sala 632, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ.
CEP. 21041-210. Tel.: (21) 2598-2592.
E-mail: naf@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética/ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Manguinhos - Rio de
Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2015.

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

Voluntário(a) da pesquisa

Pesquisadora de campo

Rubrica entrevistado:

Rubrica entrevistador:

Página 2 de 2

APÊNDICE 6. INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO

Informações de interesse/perguntas	Observações /Exemplos de respostas/possibilidades de respostas
Observação	Inativo, óbito, não encontrado, tempo de insulinização inferior a janeiro de 2015, sem vínculo com eSF, transtorno mental, DM1, DM gestacional, menor de idade, território da CSEGSF.
Situação	Incluído, excluído.
Diagnósticos relacionados ao DM	(Apenas para os incluídos) Nome(s) da(s) complicação(ões) Exemplos: Hipertensão, obesidade, dislipidemias, doença cardíaca, cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares, retinopatia, neuropatia, nefropatia, algum evento cardiovascular/vascular/cerebrovascular, pé diabético, amputações, disfunção sexual.
Outros diagnósticos	
Número complicações ou doenças relacionadas ao DM	N
Estava na lista de insulinizados de set2014 e jul 2015? Qual mês entrou?	Sim Exemplo: Dez 2014
eSF	Nome da equipe
Microarea	Número da microarea
ACS	Nome do ACS
Prontuário	Número do Prontuário do usuário
Medicações	(Apenas para os selecionados) Nome das medicações para DM e doenças relacionadas ao DM
Sexo	M/F
Data de nascimento	DD/MM/AA
Telefone	(apenas para os selecionados)
Endereço	(apenas para os selecionados)

APÊNDICE 7. ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PORTADORES DE DIABETES ATENDIDOS PELO TEAIS-ESCOLA-MANGUINHOS

ABERTURA DA ENTREVISTA

1. Apresentação do entrevistador e do projeto.
2. Assinatura do Termo de consentimento.
3. Ressaltar que a entrevista será gravada.
4. Iniciar a entrevista seguindo roteiro do

Quadro 7: Roteiro da entrevista por blocos temáticos

BLOCOS TEMÁTICOS	INFORMAÇÕES DE INTERESSE	PERGUNTAS
Caracterização dos indivíduos e seu contexto socioeconômico	Idade, gênero, estado civil, cor ou raça/etnia, escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, número de pessoas e grau parentesco na unidade doméstica, cobertura por seguro saúde;	Perguntas predominantemente fechadas. Vide APENDICE 8. Entrevista para caracterização dos indivíduos e seu contexto socioeconômico
Cotidiano e trajetória com DM	Diagnóstico; tempo de conhecimento da doença, atitude anterior e posterior ao diagnóstico, surgimento de complicações relacionadas ao DM, conhecimento sobre a doença e valorização do tratamento (p.ex., regularidade de consulta médica, uso de medicamentos, MEV), práticas de cuidado a saúde (p. ex., práticas religiosas e cuidados caseiros); rede de apoio	Como é para você viver com diabetes? O que mudou quando você teve o diagnóstico? (não esquecer de perguntar qdo; gravidade que dá a doença; controle da doença; p.ex., regularidade de consulta médica, uso de medicamentos, MEV) - Como descobriu? Como era seu comportamento anterior? / o que te deu o clique de que você deveria se cuidar mais / O que te fez perceber a gravidade da doença? / Como você controla a doença? / Como é seu cotidiano com DM? / O que você faz para cuidar da sua saúde? Você conta com alguma ajuda em relação a sua doença? E em relação aos medicamentos?

BLOCOS TEMÁTICOS	INFORMAÇÕES DE INTERESSE	PERGUNTAS
Itinerário terapêutico: fonte usual de cuidado (público, privado, fontes formais/informais)	Opinião sobre as fontes de cuidado; conduta na emergência; regularidade de realização de exames, facilidade/dificuldade de fazê-los	<p>Como é a sua trajetória para atendimento das suas necessidades de saúde? (acompanhamento na UBS, marcação de consulta e tempo para ser atendido, procura de atendimento privado, encaminhamento para especialista – oftalmologista, cardiologista, nefrologista, neurologista, nutricionista fisioterapeuta – , realização de exames, UPA, hospital)</p> <p>O que você faz quando não se sente bem? / Quais atendimentos você procura?</p>
Uso de medicamentos e insumos	Medicamentos e insumos em uso; fontes de obtenção, conhecimento sobre o uso; tempo de uso; facilidade/dificuldade de obtenção	<p>Como é a obtenção dos medicamentos para diabetes e para as doenças relacionadas? (ao sair com a prescrição do medicamento do consultório...)</p> <p>Existe alguma dificuldade em obtê-los? (Formas de obtenção, obstáculos, barreiras, dificuldades) (não esquecer dos medicamentos para doenças relacionadas)</p> <p>O que significa usar medicamento para DM? / O que significa usar medicamento no seu cotidiano? Como é você utiliza o(s) medicamento(s)? Consegue usá-lo regularmente? / Há ocasiões em que você altera o horário deixa de tomar ou ajusta a dose. Há dificuldade de seguir a prescrição. Se houver, fale-me sobre suas dificuldades de seguir a prescrição médica</p> <p>O que você considera mais importante para seu tratamento?</p>

Lembrar:

- Perguntas de renda e pessoas que residem junto com o entrevistado (vide final da Entrevista para caracterização dos indivíduos e seu contexto socioeconômico noo Apêndice 5 deste projeto)
- Possibilidade de entrar em contato novamente para confirmação de informações ou informações extra.

Agradecer

APÊNDICE 8. ENTREVISTA PARA CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS E SEU CONTEXTO SOCIOECONÔMICO

- 1) Número: _____
- 2) Data de nascimento ____/____/____
- 3) Gênero: () Masculino () Feminino
- 4) Estado civil: () solteiro () casado/união estável () separado/desquitado/divorciado () viúvo
- 5) Cor ou raça/etnia: () branca () preta () parda () amarela () indígena
- 6) Escolaridade: () analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo () médio incompleto () médio completo () profissionalizante/técnico () superior
- 7) Situação de trabalho: () trabalha com carteira () trabalha sem carteira assinada () desempregado e procurou emprego nos últimos 30 dias () desempregado e não procurou emprego nos últimos 30 dias () aposentado () pensionista
- 8) Possui plano de saúde: () Sim () Não
O plano de saúde cobre: Medicamentos () Sim () Não / Internação () Sim () Não
- 9) Quem mora na casa? _____.
- 10) Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal? (Marque apenas uma resposta)
(A) Nenhuma renda.
(B) Até 1 salário mínimo (até R\$ 788,00).
(C) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 788,01 até R\$ 2.364,00).
(D) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.364,01 até R\$ 4.728,00).
(E) De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.728,01 até R\$ 7.092,00).
(F) De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 7.092,01 até R\$ 9.456,00).
(G) De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 9.456,01 até R\$ 11.820,00).
(H) Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 11.820,01).

APÊNDICE 9. ROTEIRO DA ENTREVISTA COM RESPONSÁVEL PELA CFVV

Nome: _____

Cargo: _____

Data: _____

1. Qual horário de funcionamento da UBS?
2. Qual horário de funcionamento da farmácia da UBS?
3. Quais e quantos profissionais oferecem cuidado aos portadores de diabetes? (n° médicos____, enfermeiras _____ e outros profissionais _____) (no caso das enfermeiras identificar se todos prescrevem; se não, que proporção. No caso de outros profissionais, listar quais categorias)
4. Quantas consultas foram oferecidas aos portadores de DM em 2014? (n° médicos____, enfermeiras _____ e outros profissionais _____)
5. Como é o fluxo para realização de consultas médicas?
6. Qual o tempo de espera para consulta médica na UBS (entre solicitação do paciente e consulta realizada)?
7. Como é o fluxo para encaminhamento a especialistas? E para demanda do matriciamento pelo NASF?
8. Tempo de espera para encaminhamento a especialistas? E para o matriciamento do NASF?
9. Quantos atendimentos de emergência para portadores de DM? (investigar se fazem ou encaminhar para UPA)
10. Qual o fluxo para encaminhamento a serviços hospitalares?
11. Qual o tempo de espera para encaminhamento a serviços hospitalares?
12. Qual o fluxo para realização de exame laboratorial? E imagens? E outros exames mais específicos, como os oftalmológicos? Quem marca, a CF ou o especialista? É pelo SISREG?
13. Qual o tempo de espera para encaminhamento para o exame laboratorial e os demais mencionados acima?
14. Qual o fluxo de informações aos usuários nos diferentes níveis de atenção
15. Há procedimento de busca ativa dos usuários que não comparecem a consultas médicas? Se sim, qual o procedimento?
16. Há procedimento de busca ativa dos usuários que não comparecem a UBS para obter medicamentos e insumos? Se sim, qual é o procedimento?
17. Quais são os grupos de educação em saúde relacionados ao DM? Qual a periodicidade das reuniões? Que profissionais participam?
18. São incentivadas práticas saudáveis pela UBS? Explique um pouco.

19. Há mecanismos de informação para garantir acesso a medicamentos gratuitos? Há algum apoio aos usuários para obter medicamentos em falta ou que não são disponibilizados pela unidade?

20. Como é feita a dispensação de medicamentos?

Subperguntas: Como é o processo de obtenção de medicamentos? Como funciona a renovação da receita médica? De quanto em quanto tempo ela deve ser renovada? Qual a quantidade de medicamento obtida?

21. Existem cuidados em saúde específicos aos portadores de diabetes? Quais são?

22. Existe algum tratamento ou seguimento terapêutico diferenciado para diabéticos de alto risco?