

GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS E DEGENERATIVAS

WACHOUT TO USERS MANAGEMENT HEALTH WITH CHRONIC DISEASES AND DEGENERATIVE

**Luiz Anildo Anacleto Silva¹, Rafael Marcelo Soder¹, Marinês Tambara Leite²,
Leila Mariza Hildebrandt³, Isabel Cristine Oliveira⁴, Letícia Petry⁵**

RESUMO

Objetivo: Conhecer os principais desafios que gestores municipais de saúde, encontram na implementação da atenção aos indivíduos com doenças crônicas e degenerativas. Método: pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Na apreciação dos dados utilizou-se a proposta de análise temática. Resultados: Entrevistou-se 26 gestores em saúde de uma determinada macrorregião de saúde, no estado do Rio Grande do Sul. Conclusões: a pesquisa mostra que o modelo de gestão adotado se assenta na oferta e não nas necessidades de saúde dos usuários. A ênfase da atenção está nas ações curativas, ficando a educação em planos secundários. Há sobreposição da atenção curativa em detrimento de ações de prevenção de doenças e agravos e da promoção em saúde.

Descritores: Saúde Pública; Atenção Primária em Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Aim: to know of main challengers that manager's municipal health found in implementation of attention to individuals with chronic and degenerative diseases. Method: The study is characterized as a qualitative, descriptive and exploratory search. Results: In the appreciation of data, it was used the proposal of thematic analysis. It was interviewed 26 managers in health of determined macro-region of health, in Rio Grande do Sul State. Conclusion: the research that the adopted management model is based on supply and not needs of de users. The focus of attention is on curative actions, getting education ins secondary plans. Overlap of curative care at the expense of prevention of disease and disorders and health promotion.

Descriptors: Public Health; Primary Attention in Health; Health of Family.

¹ Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

² Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Palmeira das Missões, RS, Brasil

⁵ Graduada em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Palmeira das Missões, RS, Brasil

Introdução

A gestão é determinante para a qualificação e a resolutividade na atenção em saúde. Os gestores municipais de saúde desempenham papel central neste processo, face às características de descentralização adotadas pela união, estados e municípios. Desse modo, cada município da federação assume a incumbência e a responsabilidade pela gestão do seu território e, para tanto, precisa controlar, planejar, estruturar, organizar, avaliar e executar a maioria dos serviços de saúde.

Na gestão das unidades de saúde, em especial aquelas com Estratégias de Saúde da Família (ESF), evidencia-se dificuldades no que tange à definição de territórios, gestão com base na oferta, fragilidade na regulação, ausência da gestão da clínica e reduzida profissionalização dos gestores. As ESFs são organizações complexas que interagem com múltiplos processos de trabalho, realizados pela equipe multiprofissional. A programação das ações em saúde nelas desenvolvidas é feita com base na oferta e não nas necessidades da população. Isso incorre na disponibilidade de serviços tendo como parâmetro as séries históricas, que não tem relação com as necessidades de saúde da população, razão que acaba produzindo padrões assistenciais inadequados com o transcorrer dos anos. No que tange a estruturação, a carência de registros, entre outros, dificulta o monitoramento e acompanhamento da população¹.

Com o envelhecimento da população observa-se um incremento nas doenças crônicas, porque elas afetam os segmentos populacionais com idades mais avançadas. As morbidades crônicas normalmente têm início e evoluções lentas, multicausais, que incluem a hereditariedade, estilo de vida e exposição a fatores ambientais e fisiológicos. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, incluem-se a hipertensão arterial (HA), diabetes *mellitus* (DM), doenças cardiovasculares, neoplasias, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras.

Embora esteja definido que a atenção básica seja a porta de entrada no atendimento de usuários com doenças crônicas, em alguns serviços, as ações elementares de acompanhamento e controle desse segmento populacional não são efetivas. As doenças crônicas não transmissíveis têm, no Brasil, o maior índice de morbimortalidade e tendem a aumentar, impactando, assim, na oneração dos serviços públicos de saúde com exames e cirurgias especializados, fato que remete à necessidade de estruturar, organizar, qualificar e ampliar a oferta de atendimento a esse segmento populacional conforme suas necessidades, em especial desenvolver ações efetivas de prevenção de agravos e promoção da saúde².

Em nível nacional preconiza-se o desenvolvimento de ações entrelaçadas entre os diferentes ministérios, para a avaliação de impactos fora da área da saúde; a expansão e gerenciamento de vigilância de doenças e fatores de risco; e agregação de tecnologias em saúde. Em nível local, o fazer está em gerenciar intervenções clínicas mais complexas; disponibilizar infraestrutura de apoio clínico, como prontuários eletrônicos nas redes de atenção e desenvolver estratégias de regulação frente aos interesses das grandes corporações³. A atenção aos usuários com doenças crônico-degenerativas inclui ações mais pontuais como exames e a terapia farmacológica. Contudo, concomitantemente, precisa-se investir na prevenção de agravos e, também na promoção à saúde. Neste quesito, a educação em saúde apresenta-se como uma das estratégias mais profícuas para empoderar os usuários para que possam cuidar de seus familiares e de si mesmos. Cabe aos gestores incluir no planejamento e, conjuntamente, com trabalhadores e usuários, desenvolverem ações efetivas de educação.

A educação em saúde, portanto, está vinculada a qualidade de vida, com a promoção de hábitos saudáveis e o desenvolvimento de cuidados específicos de acordo às necessidades, permite a promoção de mudanças de estilo de vida, reflexão sobre o processo de doença, dos caminhos terapêuticos que podem favorecer a autonomia e, consecutivamente, desenvolver a capacidade do autocuidado⁴.

A população brasileira está em um processo rápido de envelhecimento com crescente aumento das condições crônicas. Neste cenário, a hipertensão arterial e a diabetes mellitus são doenças de maior incidência e impacto quando não devidamente tratadas/controladas, podendo redundar em agravos tais como: doenças renais, cardiocirculatórias, neurológicas, entre outras. Pressupõe-se que os gestores estejam atentos a abordagem destas patologias e que as ações transcendam a intervenção medicamentosa, com investimentos em sua prevenção, principalmente no que tange à minimização de suas complicações. Nesta perspectiva, a educação em saúde apresenta-se como uma importante estratégia de promoção a saúde e de prevenção de doenças.

O estudo se justifica na necessidade de conhecer com mais propriedade, os desafios encontrados por gestores municipais de saúde, na condução de políticas de atenção a saúde a indivíduos e grupos com doenças crônico-degenerativas. Diante do exposto, desenvolveu-se um estudo, orientado pela seguinte questão de pesquisa: Quais são os desafios na gestão pública de saúde, na percepção dos gestores municipais de saúde, no que tange a atenção aos usuários com doenças crônico-degenerativas? Objetivo, portanto, buscou conhecer os desafios que gestores municipais de saúde encontram na implementação da atenção à saúde aos indivíduos com doenças crônico-degenerativas.

Metodologia

O estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória⁵. O local de investigação foram os municípios de abrangência de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que conta com uma população aproximada de 160 mil habitantes. A população amostral foi escolhida de forma proposital, intencional e deliberada⁶, tendo como público-alvo 26 gestores municipais de saúde adscritos aos municípios da referida Coordenadoria Regional de Saúde, perfazendo o total de gestores desta região. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2013. Para tal foi utilizada a entrevista semiestruturada, gravada em sistema digital. Posteriormente, foi transcrita e registrada em programa editor de textos. Na apreciação dos dados utilizou-se, a proposta de análise de conteúdo⁷. Os participantes foram identificados pela letra 'G', seguido do número sequencial de acordo com a ordem na qual foram realizadas as entrevistas.

Quanto à formação dos gestores, por ocasião da coleta de dados, encontrou-se: dois administradores; um tecnólogo em gestão ambiental; um bacharel em direito, duas enfermeiras; duas assistentes sociais; um técnico em agropecuária; um médico; quatro técnicos em enfermagem; um professor de ensino médio; um odontólogo; outros dez não possuem formação técnica ou de nível superior. Destes últimos, quatro possuem ensino fundamental e seis o ensino médio. Do total, três gestores têm curso de pós-graduação (*latu sensu*) na área da saúde. Embora haja rotatividade nas funções, o tempo de atividade que os gestores se encontram no cargo é de aproximadamente 25 meses.

Os preceitos éticos foram seguidos conforme determinado pela Resolução 466/20128, sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, mediante Parecer Consubstanciado nº 306.040.

Resultados e Discussão

Os resultados da pesquisa são advindos de entrevistas realizadas com 26 gestores municipais de saúde que compõem uma determinada coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, ou seja, entrevistaram-se 100% dos gestores municipais de saúde da coordenadoria pautada no estudo. A soma da população dos municípios que compõem essa regional de saúde é de aproximadamente 160 mil habitantes.

A região disponibiliza para a população uma média geral de um leito hospitalar para cada 3.630 pessoas. Contudo, dentre a oferta de serviços, os hospitais dessa região não dispõem de leitos para o atendimento de urgência/emergência, para a terapia intensiva e nem para a terapia renal substitutiva.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio nessa região é de 0,703, o que posiciona os municípios pesquisados na faixa média de 1811º do *ranking* das cidades brasileiras. O melhor IDH obtido entre os municípios pesquisados 0,777 está no município 26, IDH renda, IDH longevidade e IDH educação, com índices de 0,776, 0,858 e 0,705, respectivamente, o que o coloca na 157ª posição na classificação das cidades brasileiras. O menor índice está no município 14 com IDH médio de 0,613, IDH renda 0,604, IDH longevidade 0,822 e IDH educação 0,705, os quais colocam o município no 3847º lugar entre os 5565 municípios brasileiros⁹.

A contratualização de leitos hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é de 73,8%. Em se tratando de recursos humanos, o mapa de saúde indica que a média geral entre os municípios da regional pesquisada é de 1/1.446 habitantes, enquanto que a melhor relação médico/habitantes é de 1/326 no município 21, 1/394 no município 20 e 1/509 no município 18, 1/585 no município 21. Por outro lado, no município 14 a relação médico/habitante é 1/2.759 habitantes, 1/2.427 no município 2 e 1/2.288 no município 1.

A relação média geral de enfermeiros/habitantes é de 1 para 1.415, enquanto que a melhor relação está no município 16, com uma média de 1/509, seguidos dos municípios 12 e 4, com um enfermeiro para 621 e 734 habitantes, respectivamente. Enquanto que o menor percentual está no município 14 com uma relação de um enfermeiro para 2.759 habitantes, seguidos pelos municípios 3 e 26, com um percentual de 2.427 e 2.660 habitantes por enfermeira. A cobertura de atenção pelas Estratégias de Saúde da Família é de 100% em 20 municípios, enquanto que os outros seis a cobertura territorial é superior a 90%. Somente 7 municípios têm o número adequado de enfermeiros e 5 cidades o número suficiente de médicos.

As informações obtidas junto aos participantes do estudo foram classificadas conforme a análise de conteúdo⁷, emergindo as seguintes categorias temáticas: ênfase na tríade: consultas, exames e medicações; acompanhamento por meio de visitas domiciliares e a abordagem educativa.

Ênfase na tríade: consultas, exames e medicações

Dentre as doenças crônico-degenerativas evidenciadas no estudo, destaca-se a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, onde o tratamento e o controle dessas patologias são os principais desafios encontrados na atenção básica de saúde. O diagnóstico, o acompanhamento por meio de exames e o tratamento medicamentoso constituem-se na principal estratégia de atenção adotada nos municípios em que se desenvolveu o estudo. Sobre a tríade consultas, exames e medicamentos, os gestores participantes do estudo dizem:

[...] na questão de hipertensos e diabéticos, a secretaria de saúde garante também a medicação aos portadores desses agravos, tanto a medicação, quanto os exames que forem necessários (G4).

[...] o paciente faz o cadastro, ganha o remédio, e o acompanhamento dos enfermeiros, técnicos, o que for preciso, é feito isso semanalmente, tem casos que eles vão todos os dias na casa, tem casos que vão uma vez por semana, depende da necessidade. O médico vai a casa visitar eles, consulta, já leva o remédio, se não tem eles trazem a receita, que eles pegam junto ao posto (G6).

[...] tem uma relação de todos os diabéticos que nós temos aqui então é sempre medicamento, a gente sempre se preocupa com isso, eles sempre vão nos procurando para buscar o remédio, a gente está sempre procurando a não deixar faltar o medicamento (G12).

Além das consultas, dos exames e do tratamento, o contínuo acompanhamento permite a equipe multidisciplinar monitorar o estado de saúde dos usuários, assegurando à manutenção ou alteração das intervenções terapêuticas.

[...] além dos exames, tem uma carteirinha, de cada usuário que é hipertenso e diabético e a gente faz o controle por ali também, onde são anotados os medicamentos, o resultado dos exames a gente anota no prontuário (G19).

[...] no momento também a gente tenta sempre dispor da carteirinha do hipertenso e diabético, então eles vem na Unidade fazem o teste de glicemia, fazem a verificação da pressão e já é anotado ali, para ter um controle e em casos mais crônicos e graves, dá a medicação, faz o eletro aqui também. No caso da diabete a partir do ano passado para cá as pessoas mais descompensadas, que fazem uso de insulina, eu estou conseguindo comprar aparelho e dando as fitas para eles, para eles mesmo poder tentar se manter (G25).

A atenção aos usuários com doenças crônico-degenerativas deve ser de modo proativo, centrado no usuário, suas peculiaridades sociais, econômicas e culturais que possam caracterizar suas necessidades considerando os aspectos da integralidade, das particularidades da doença e os respectivos riscos de complicações. Um estudo mostra um aumento na taxa de adesão, de 60% para 85,5%, no tratamento medicamentoso por parte de sujeitos diagnosticados como hipertensos. Dentre os fatores que influenciaram esta mudança, constam o sexo, a idade, a condição socioeconômica, a própria doença, ausência de sintomatologia, presença de complicações tardias, efeito indesejável dos fármacos, a acessibilidade aos serviços e o relacionamento com a equipe de saúde. O aumento da idade e o maior envolvimento com o processo de saúde e doença, entre os hipertensos, também podem influenciar na adesão ao tratamento e no controle desta enfermidade. Em relação ao sexo, destaca-se que as mulheres são mais cuidadosas com a sua condição de saúde¹⁰.

A facilidade de acesso à medicação via serviços de saúde, facilita a adesão ao tratamento. Com relação aos dependentes de insulina, a pronta disponibilidade deste fármaco nos próprios serviços de saúde, possibilitou uma adesão de 95,5%. O fornecimento desses medicamentos e materiais é primordial para a obtenção de bons índices de aproveitamento terapêutico, haja vista, que a não oferta desses fármacos, podem impactar no comprometimento de renda dos usuários ou não adoção destes medicamentos. Nesse contexto, há de se ratificar, a educação em saúde constitui-se em importante estratégia na adesão à terapia farmacológica¹¹.

Outro estudo evidencia que 98,5% dos medicamentos utilizados foram recomendados por médicos e 84% estavam sendo utilizados há um ano ou mais. A mesma investigação aponta que 74,3% dos medicamentos foram adquiridos em farmácias conveniadas com o SUS e 25% em farmácias comerciais. Por sua vez, aproximadamente 22% dos usuários tiveram algum tipo de dificuldade para a obtenção dos remédios. O maior problema observado, para cerca de 75% dos sujeitos, foi a falta de algumas medicações nas farmácias do SUS. Além disso, em torno de 41% dos usuários tiveram algum tipo de gasto para a aquisição de fármacos¹².

Estudos de ensaios clínicos randomizados, mostram que a possibilidade de os sujeitos se beneficiarem com o tratamento medicamentoso na hipertensão arterial muito leve é de 6%; na leve de 9%; na moderada de 26% e na hipertensão arterial severa de 72%. Embora os autores reconheçam a importância do uso da medicação correta aos hipertensos e diabéticos, trazem, também, uma crítica aos excessos no uso de medicamentos pela crença do risco zero, a imposição obrigatória dos serviços de saúde e aos interesses econômicos¹.

Considera-se o tratamento medicamentoso, os exames e as consultas, como uma importante estratégia na atenção aos usuários com doenças crônico-degenerativas. Contudo, essa não é a única forma de intervenção, pois além dos aspectos curativos e/ou mantenedores, há de se investir na promoção da saúde e bem-estar das pessoas com estas enfermidades. Além disso, atividades de prevenção de agravos cardíacos, circulatórios, neurológicos, oftalmológicos, renais entre outros, decorrentes da não aderência ao tratamento e ao uso correto dos fármacos se constituem em ações relevantes.

A educação em saúde está intimamente relacionada ao autocuidado, com mudanças de atitudes em relação ao comportamento, melhoria na qualidade de vida, assim como a redução dos custos assistenciais. Em relação ao autocuidado, as melhorias são referentes à mudanças nos hábitos alimentares e às práticas de exercícios físicos. A educação em saúde permite o diálogo, reflexões, troca de saberes, levando os usuários à corresponsabilização dos usuários em relação ao autocuidado¹³.

Por conseguinte, há de se compreender que as estratégias de gestão são multidimensionais, pois envolvem diferentes saberes e fazeres, envolvendo a equipe multidisciplinar e usuários, mediados pela educação em saúde. Desse modo, a educação em saúde em situações de doenças crônico-degenerativas é uma estratégia importante no que se refere à adesão ao tratamento, mudanças de comportamento e a adoção de hábitos saudáveis de vida.

Acompanhamento de pessoas com doenças crônico-degenerativas por meio de visitas domiciliares

A visita domiciliar constitui em importante estratégia de qualificação da atenção em saúde. Ela permite o diálogo, a troca de informações, o acompanhamento, assim como a obtenção de *feedback* das condutas adotadas, com vistas a repensar o planejamento e as intervenções implementadas. Para os gestores a visita se constitui em uma ferramenta de monitoramento de usuários com doenças crônico-degenerativas.

Na questão de estratégias de usuários com doenças crônicas, nós temos o seguinte, nós temos os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) que visitam 100% das residências dos nossos municípios e interior (G8).

[...] os exames que são feitos de rotina, do laboratório, o médico que vai até os grupos do interior, não só o médico, mas a equipe multidisciplinar, um dia vai o médico, um dia vai à nutricionista. Então, isso tudo para prevenir os agravos (G15).

A gente tem os grupos, a gente tem as comunidades, tanto aqui no centro quanto no interior, fizemos as palestras, acompanhamento, visitas domiciliares, visitas pré-agendadas, tanto pelos enfermeiros quanto pelos médicos (G20).

No nosso município, nós temos mais é hipertensão e diabetes. Temos essa equipe que faz as visitas, que faz também um atendimento assim quando os casos são mais graves (G24).

O que nós temos de estratégias, nós temos o Hiperdia, onde se trabalha individualmente o hipertenso com avaliação de enfermeiros e médicos com exames, tanto a hipertensão quanto a diabete. Temos também acompanhamento com visitas domiciliares dos profissionais dos ESFs aos pacientes (G22).

A partir de uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), pontua que, entre os serviços prestados pelo SUS, a visita domiciliar foi aquela que obteve maiores percentuais de avaliação. Aproximadamente 80% consideraram a visita domiciliar por algum membro da equipe de saúde, como bom e muito bom e 5,7% se reportaram a ela como ruim ou muito ruim. Esse fato revela a importância das ESFs como modelo qualificado de atenção ambulatorial e de melhor vinculação com a população, principalmente, no que tange a presença regular nos domicílios¹.

Na atenção aos usuários com doenças crônico-degenerativas é necessário desenvolver ações de fomento ao autocuidado. De posse de conhecimentos repassados pela equipe de saúde, o paciente e o familiar possuem melhores condições para realizar o cuidado de si, especialmente em situações de adoecimento por enfermidades crônico-degenerativas e as respectivas comorbidades. Outro fator a ser considerado, refere-se à influência da família no tratamento dos pacientes. Para tanto o desenvolvimento de vínculo com a família por parte da equipe de saúde se constitui em importante estratégia para a adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não¹⁴.

A visita domiciliar facilita a adoção de conhecimentos e habilidades para o cuidado de si e a adesão ao tratamento que podem trazer importantes benefícios para os pacientes e também influenciar nos resultados clínicos, colaborar para melhorias na qualidade de vida e na redução dos custos farmacológicos¹⁵.

A ESF pressupõe a visita domiciliar como uma tecnologia de interação no cuidado a saúde de sua população. Para as equipes de saúde, a visita domiciliar caracteriza-se como um instrumento de intervenção fundamental, um meio de inserção e de conhecimento da realidade da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos. Apesar de ser uma atividade programada, é percebida pelos usuários como algo esporádico. Entretanto, a mesma favorece o estabelecimento de vínculos efetivos na relação usuário-profissional¹⁶.

Abordagem educativa como estratégia de intervenção junto a pessoas com doenças crônico-degenerativas

A educação em saúde, conforme preconizada pelos gestores, é pontual e está concebida para resolver questões específicas, desenvolvida com mais precisão nos grupos de hipertensos e diabéticos.

Nós temos os grupos de hipertensos e diabéticos que se reúnem uma vez por mês, mensal, tem palestras, acompanhamento médico, dentista, toda a equipe multiprofissional (G2).

Mais hipertensão e diabéticos que nós atendemos, hoje até foi instalado uma academia pública, também para se trabalhar mais atividade física com eles, mas a gente faz efetivamente um grupo, o grupo de hipertensos e diabéticos mensal. É o momento que eles recebem as orientações, é feito a dosagem de glicose, peso, medida e as orientações cabíveis e encaminhados se for necessário (G4).

Nesse caso nós temos os grupos de hipertensos e diabéticos, é uma coisa que funciona bem, aqui sempre funcionou; o pessoal vem no grupo e visitas domiciliares nesses casos mais complicados (G9).

Aqui a gente trabalha mais especificamente com hipertensão e diabete, que a incidência é maior dessas doenças. A gente tem esse grupo mensal que a gente trabalha nas comunidades, tanto no nosso ESF, quanto no outro, e aí tem todo o trabalho de cadastramento que as agentes de saúde fazem e elas acabam referenciando, encaminhando para a gente aqui na unidade (G19).

A educação em saúde constitui-se em importante recurso facilitador para a promoção a saúde e prevenção de doenças. Também contribui para a oferta de informações para um coletivo maior, abrangendo a comunidade, situação em que trabalhadores e usuários podem estabelecer uma relação dialógica tendo como base a escuta terapêutica, o respeito e a valorização das experiências de vida. A educação em saúde, neste contexto, pode ser vista como uma prática integral, desenvolvida em todos os momentos e espaços, mediada pelos diferentes saberes e com ênfase na formação de vínculo com a comunidade, caracterizando-se como elemento do cuidado em saúde¹⁷.

A educação em saúde, portanto, envolve intervenções potencialmente decisivas na promoção da saúde, pois se faz a partir da análise, da problematização e da proposição da equipe e comunidade, situação em que ambos se constituem como sujeitos do processo¹⁷.

As equipes de saúde, por meio das ESFs, necessitam estar comprometidas em conhecer a realidade da população residente em sua área de abrangência, incentivar a co-responsabilidade e a participação social na busca e construção de vínculos. Embora se preconize uma educação libertadora com foco nos sujeitos, em alguns segmentos, a educação em saúde ainda se encontra centrada no modelo tradicional, de caráter biomédico, informativo e de prevenção de doenças. A inclusão da educação em saúde às práticas da estratégia de saúde da família é cada vez mais premente, principalmente no que refere a troca de conhecimentos, comprometendo-se com a transformação. É uma prática destinada à capacitação de indivíduos e grupos a se auto-organizarem e se desenvolverem a partir de suas prioridades, com vistas à melhoria das condições de vida¹⁸.

A educação em saúde presente no discurso e nas práticas profissionais da equipe de saúde da família, ainda se encontram fortemente embasadas pelo modelo de transmissão de conhecimento e de ações moldadas em aspectos curativos de assistência à saúde. Embora influenciados por práticas hegemônicas, alguns profissionais consideram o processo de trabalho educativo comprometido com o aprendizado mútuo e de respeito ao conhecimento da população¹⁹.

A educação em saúde, independente da teoria educativa que a sustente, tem por objetivo o controle e a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde com qualidade de vida. A ação educativa dialógica tem como estratégia, o envolvimento ativo dos usuários no processo. Nessa, não há sobreposição de conhecimentos de profissionais sobre os usuários, pois seus saberes e suas experiências de vida e saúde são valorizados e respeitados. A construção do saber em saúde, sob essa ótica, é socialmente construída.

Considerações Finais

Mostra a pesquisa que o modelo de gestão adotado na maioria das secretarias de saúde está assentado na oferta e não nas necessidades de saúde dos usuários. Outro fato diz respeito à ênfase de ações curativas, com enfoque em consultas, exames e distribuição de medicamentos.

A organização dos serviços, em especial do processo de trabalho, precisaria ser revista e redimensionada. Mostra o estudo, que se enfatiza uma atenção curativa, estando à educação em planos paralelos ou secundários. Na reconfiguração do processo de trabalho, há de se definir a gestão, a atenção e educação de forma integrativa, situação em que uma fomenta a outra e reciprocamente se fortalecem.

A educação em saúde de modelo biomédico vê os sujeitos como portadores de um problema ou doença que precisa ser curada, ignorando as questões sociais e outros fatores intervenientes no processo de saúde e doença. Nesse 'molde educativo', os saberes e as potencialidades dos usuários não são valorizadas. A educação em saúde, de viés progressista, não renega esses fatores, mas inclui a participação dos usuários no seu tratamento, sua percepção, capacidade de pensar e refletir e optar por aquilo que é melhor para si. O saber popular e o científico não são adversos, pelo contrário, podem integralizar-se e contribuir na atenção ao processo de saúde e doença dos indivíduos.

As visitas domiciliares constituem-se em importante estratégia de acompanhamento, que permite aos trabalhadores ter maior monitoramento sobre a evolução das doenças e, principalmente das condições de saúde dos usuários. Contudo, para além desse preceito, as visitas domiciliares facilitam a interação e a formação de vínculos entre equipe e comunidade.

Outro fator a se destacar está atrelado à formação dos gestores e a rotatividade nos cargos. Ao que parece, a cada mudança de governo há um recomeço de todas as atividades. Retomando a questão dos usuários com doenças crônico-degenerativas, não se evidencia na região uma política de prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde.

Para, além disso, uma série de outras morbidades de caráter crônico-degenerativo não foram consideradas pelos gestores participantes do estudo, limitando-se a apontar ações destinadas à hipertensão arterial e diabetes. Considerando o atual contexto, evidencia-se como limitação do estudo, a falta de aprofundamento objetivo e subjetivo, pois, a partir das análises realizadas, novos enlaces foram evidenciados.

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
2. Malta DC, Silva Júnior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde, 2015; 22 (01): 151-164.

3. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública, 2012; 46 (Suppl 1):126-34
4. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. Saúde debate, 2014; 38 (101): 328-337.
5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
6. Turato E. Tratado de metodologia clínico qualitativa. Petrópolis: Vozes. 2003.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde (BR). Portaria 466/2012. Brasília (DF), 2012.
9. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília: PNUD, IPEA, 2013.[citado em: 25 mai 2013]. Disponível em <http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>.
10. Raymundo AC, Pierin AMG. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: A longitudinal, retrospective study. Rev. Esc. Enferm. USP, 2014; 48 (5): 811-19.
11. Bersusa AAS, Pascalicchio, AE, Pessoto UC, Escuder MML. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. Rev. Bras. Epidemiologia, 2010; 13 (3): 513-22.
12. Pereira VOM, Acurcio FA, Guerra Júnior AA, Silva GD, Cherchiglia ML. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. Cad. Saúde Pública, 2012; 28 (8): 1546-58.
13. Imazu MFM, Faria BN, Arruda GO, Sales CA, Marcon SS. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23 (2): 200-207.
14. Zavatini MA. Obreli-Neto PR, Cuman RKN. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. Rev. Gaúcha Enferm, 2010; 31(4): 647-54.
15. MUSSI, C.M. Ruschel K, Souza EN, Lopes AN, Trojahn MM, Paraboni CC, Rabelo ER. Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013; 21 (n. spe): 20-28.
16. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2009; 25 (5): 1103-12
17. Cervera DPP, Parreira, BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Ciênc. saúde coletiva, 2011; 16 (supl. 1): 1547-54.
18. Fernandes MC, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Rev. bras. enferm. 2010; 63 (4): 567-73.
19. Pinafo E, Nunes E, Almeida EFP, Gonzalez AD, Garanhan ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. Trab. educ. saúde, 2011; 9 (2); 201-21.

Luiz Anildo Anacleto Silva

Endereço para correspondência – Rua: Av. Independência, n° 3751,
Bairro: Vista Alegre, CEP: 98300-000, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

E-mail: luiz.anildo@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0591468015810729>

Rafael Marcelo Soder – rafaelsoder@hotmail.com
Marinês Tambara Leite – tambaraleite@yahoo.com.br
Leila Mariza Hildebrandt – leilahildebrandt@yahoo.com.br
Isabel Cristine Oliveira – isakbel@hotmail.com
Letícia Petry – letiicia.petry@hotmail.com

Enviado em 21 de setembro de 2015.

Aceito em 26 de janeiro de 2016.