

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES:  
FATORES FACILITADORES**Carlos Alberto Pegolo da Gama<sup>a</sup><https://orcid.org/0000-0002-6345-7476>Juliana Mara Flores Bicalho<sup>b</sup><https://orcid.org/0000-0003-1445-8234>Thaís Oliveira Dupin<sup>c</sup><https://orcid.org/0000-0001-7716-7675>Paula da Cunha Fonseca<sup>d</sup><https://orcid.org/0000-0001-8053-6320>Maria Eduarda Lima Dias<sup>e</sup><https://orcid.org/0000-0002-3377-7575>Maria Fernanda Elias Moreira<sup>f</sup><https://orcid.org/0000-0002-5408-0021>**Resumo**

O diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde, estando entre as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no mundo. Este estudo teve como objetivo abordar a percepção dos profissionais de saúde em relação aos aspectos facilitadores da adesão ao tratamento do diabetes mellitus. Realizou-se um estudo clínico-qualitativo em formato de grupo focal, que teve como público-alvo os profissionais da Estratégia Saúde da

<sup>a</sup> Psicólogo. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Associado do Curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [carlosgama@ufsj.edu.br](mailto:carlosgama@ufsj.edu.br)

<sup>b</sup> Nutricionista. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [julianaflores@ufsj.edu.br](mailto:julianaflores@ufsj.edu.br)

<sup>c</sup> Médica. Graduada pela Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [thaisodupin@gmail.com](mailto:thaisodupin@gmail.com)

<sup>d</sup> Médica. Graduada pela Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [fonsecapaula97@gmail.com](mailto:fonsecapaula97@gmail.com)

<sup>e</sup> Médica. Graduada pela Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [mariaeduardanr@hotmail.com](mailto:mariaeduardanr@hotmail.com)

<sup>f</sup> Médica. Graduada pela Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [nandaeliasmoreira@gmail.com](mailto:nandaeliasmoreira@gmail.com)

**Endereço para correspondência:** Universidade Federal de São João del-Rei. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, n. 400, Chanadour. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35501-296. E-mail: [carlosgama@ufsj.edu.br](mailto:carlosgama@ufsj.edu.br)

Família (ESF) de um município de pequeno porte do Centro-Oeste de Minas Gerais. Os profissionais apontaram as seguintes práticas como favorecedoras da adesão: construção de vínculo, participação da família, utilização de linguagem acessível, estímulo à participação ativa do paciente no tratamento, realização de acolhimento, práticas que incluem a intersectorialidade, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, ações de apoio matricial, interconsultas, atendimentos compartilhados e trabalhos com grupos. Percebe-se que a adesão depende de uma série de fatores interligados, que incluem a proposta de política pública, participação da gestão municipal, organização dos serviços, formação dos profissionais e suas concepções a respeito do processo saúde-doença, concepção de clínica, dinâmica de trabalho das equipes e capacidade dos profissionais de interagirem com a população. A experiência descrita neste artigo pode servir de inspiração para melhorias nas intervenções dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS).

**Palavras-chave:** Percepção. Profissionais da saúde. Estratégia de saúde da família. Adesão ao tratamento. Diabetes mellitus tipo 2.

#### FAMILY HEALTH STRATEGY AND DIABETES TREATMENT ADHERENCE: FACILITATING FACTORS

##### **Abstract**

Diabetes Mellitus is a major health issue, consisting of one the most prevalent chronic noncommunicable diseases worldwide. This study addresses the perception of health personnel regarding the facilitating aspects of diabetes mellitus treatment adherence. A clinical-qualitative study based on a focus group was carried out with professionals from the Family Health Strategy (FHS) of a small city in Minas Gerais, Brazil. Respondents pointed to the following practices as favoring adherence: bonding, family participation, use of accessible language, stimulus to the patient's active participation in the treatment, user embracement, intersectoral, multidisciplinary and interdisciplinary practices, matrix support actions, inter-consultations, shared care, and group work. Results show that adherence depends on a series of interconnected factors, which include public policy proposals, participation of municipal management, organization of services, training of professionals and their conceptions about the health-disease process, clinical concept, team dynamics, and the professionals' ability to interact with patients. The experience described here can help improve the interventions of Primary Health Care (PHC) professionals.

**Keywords:** Perception. Health personnel. Family health strategy. Treatment adherence. Diabetes mellitus, type 2.

### Resumen

La diabetes mellitus es un problema de salud importante y creciente, y se encuentra entre las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en el mundo. Este estudio tuvo como objetivo abordar la percepción de los profesionales de la salud en relación a los aspectos que facilitan la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus. Se realizó un estudio clínico-cualitativo en formato de grupo focal, con un público objetivo de profesionales de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) de una pequeña ciudad del centro-oeste de Minas Gerais (Brasil). Los profesionales señalaron las siguientes prácticas como favorecedoras de la adherencia: construcción del vínculo, participación familiar, uso de lenguaje accesible, fomento de la participación activa del paciente en el tratamiento, acogida, prácticas que incluyen la intersectorialidad, multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, matriz de acciones de apoyo, interconsulta, servicios compartidos y trabajo con grupos. Se observó que la adherencia depende de una serie de factores interconectados que incluyen la propuesta de política pública, la participación de la gestión municipal, la organización de los servicios, la formación de los profesionales y sus concepciones sobre el proceso salud-enfermedad, concepción de la clínica, dinámica de trabajo de equipos y la capacidad de los profesionales para interactuar con la población. La experiencia descrita en este artículo puede servir de inspiración para mejorar las intervenciones de los profesionales sanitarios en Atención Primaria.

**Palabras clave:** Percepción. Profesionales de la salud. Estrategia de salud familiar. Adherencia al tratamiento. Diabetes mellitus tipo 2.

### INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde, estando entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais prevalentes no mundo. O DM é um distúrbio metabólico crônico, caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência e/ou da ação da produção de insulina. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genéticos e ambientais. Além disso, o início insidioso e a progressão clínica lenta contribuem para que os sinais e sintomas não se manifestem precocemente. Assim, a doença é descoberta apenas em estágio avançado, com patologias secundárias associadas, que favorecem a alta morbimortalidade. Tendo em vista a relevância da doença, o seu tratamento é considerado um desafio para os sistemas de saúde<sup>1</sup>.

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) relatou que, em 2017, 424,9 milhões de pessoas viviam com DM no mundo. Já em 2019, esse número foi para 483 milhões. Se as tendências persistirem, em 2030, esse número é projetado para ser superior a 578 milhões e, em 2045, 700 milhões. O Brasil encontra-se na quinta posição do ranking mundial de pessoas entre 20 e 79 anos de idade com DM, o que corresponde a 16,8 milhões de brasileiros com a doença e a previsão para 2030 é de 21,5 milhões de pessoas. Os hábitos de vida inadequados somados à transição demográfica com a mudança do perfil epidemiológico e envelhecimento da população evidenciados nas últimas décadas estão associados à alta prevalência da doença em questão<sup>1</sup>.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a frequência de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tem assumido proporções epidêmicas na maior parte dos países. Seu tratamento inicia-se a partir da prevenção primária, que tem como condutas preconizadas as intervenções no estilo de vida, ênfase na alimentação saudável e prática regular de atividades físicas. Ademais, é complementada com a prevenção secundária, dependente do diagnóstico precoce e do tratamento. Assim, são necessários métodos para avaliar o estado atual e impedir a evolução da doença. Isso pode ser favorecido com o uso adequado das medicações, exame regular dos pés, avaliação oftalmológica e controle dos níveis de colesterol, glicemia e pressão arterial. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de uma abordagem continuada com as pessoas que vivem com DM<sup>1,2</sup>.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser resolutive para pessoas que necessitam de acesso, cuidados e acompanhamento contínuo. As pessoas que vivem com DM2 são acolhidas na APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando a inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitando seus princípios e diretrizes. A APS prioriza ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, e é a principal estratégia de atuação para realizar o acompanhamento longitudinal do usuário e promover a integralidade da assistência nos serviços de saúde. Além disso, conta com o auxílio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), que integram e complementam o serviço mediante o apoio multiprofissional, por meio de intervenções individuais e grupais. No entanto, é preciso considerar que existem diferentes conformações e peculiaridades na forma em que são implementados e, conseqüentemente, apresentam resultados distintos no acompanhamento dos pacientes<sup>2,3</sup>.

Ademais, para o sucesso da abordagem, terapia instituída e conseqüente redução da morbimortalidade, é necessária a adesão ao tratamento. Deve-se considerar que a adesão é um fenômeno complexo, modulado por aspectos relacionados ao paciente, à doença,

ao tratamento, aos fatores socioeconômicos, ao sistema de saúde e aos profissionais de saúde que o compõem. Assim, é possível dizer que a adesão ao tratamento é um processo multidimensional, fundamentado na relação entre quem cuida e quem é cuidado<sup>4</sup>.

Desse modo, considerando a relevância dos problemas causados pela DM2, os mecanismos disponíveis pelas diretrizes de saúde do SUS e a importância da relação entre profissional de saúde e a pessoa que vive com diabetes para a adesão ao tratamento, justifica-se a necessidade de estudos que identifiquem e discutam os fatores facilitadores envolvidos na adesão ao tratamento. O intuito é contribuir para o melhor entendimento do sucesso terapêutico e potencialidades de indicadores e serviços que contemplem o cuidado integral. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo abordar a percepção dos profissionais de saúde em relação aos aspectos facilitadores da adesão ao tratamento do DM2 na APS.

### **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este trabalho foi um estudo clínico-qualitativo em um município de pequeno porte do Centro-Oeste de Minas Gerais. Essa cidade possui cobertura total pela ESF, composta por oito equipes, sendo uma localizada na zona rural, além de um Nasf-AB. Optou-se por esse território devido a sua cobertura de 100% pela ESF, existência do Nasf-AB e realização de trabalhos com grupos. Os participantes da pesquisa foram os profissionais de todas as categorias da APS do município, que compunham as equipes de seis ESF e do Nasf-AB.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) ser profissional de saúde vinculado à APS ou Nasf-AB do município no período de realização do estudo; (2) possuir idade maior que 18 anos. Além disso, os autores deste trabalho definiram como critério de exclusão ser profissional que ocupasse cargo de gestão em Unidade de Atenção aos Programas de Saúde (Uaps) ou no município, pois partiram do pressuposto de que a participação desses profissionais poderia inibir as falas dos demais.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos de uma universidade da região sob o CAAE nº 07369518.0.0000.5545.

Os grupos focais (GF) foram realizados no período de janeiro a dezembro de 2019 em salas disponibilizadas pelas próprias ESF, após apresentação do projeto e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. Com os termos, foram entregues questionários para conhecer o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde por meio de variáveis como idade, profissão, tempo de serviço, tempo de serviço na ESF/Nasf-AB, forma de contrato e carga horária. Todos os profissionais das equipes convidados mostraram-se interessados em participar, não houve recusas.

Para coleta dos dados, foi utilizada a técnica de grupos focais. Os grupos foram orientados por um roteiro elaborado pelos próprios autores, considerando os objetivos da pesquisa, composto por questões nas seguintes temáticas: como é o sistema de saúde no município?; visão dos profissionais sobre o tratamento do diabetes; estrutura e funcionamento da unidade de saúde; como a equipe multiprofissional auxilia na adesão ao tratamento?; características dos pacientes com DM2; visão do paciente diabético sobre a doença.

Apesar de ter sido planejado realizar os grupos focais em todas as oito ESF da APS do município de pequeno porte do Centro-Oeste de Minas Gerais, a saturação foi atingida com seis grupos, ou seja, quando as novas coletas de dados não apresentaram novos resultados. Os seis GF foram gravados e realizadas transcrições literais, seguidas de categorização das falas e análise dos dados utilizando a análise do conteúdo. Optou-se por esse referencial porque mediante a análise de conteúdo é possível fazer inferências e interpretações com base na recorrência dos dados coletados, associando-os com o referencial teórico, o que permite a consolidação de resultados de pesquisa<sup>5</sup>.

## RESULTADOS

O perfil dos 52 participantes da pesquisa é apresentado na **Tabela 1**. A análise das transcrições, após organização e classificação, apontou cinco categorias: O sistema de saúde, características dos pacientes diabéticos, estratégias para aumentar adesão ao tratamento de DM2, organização e funcionamento da unidade de atenção à saúde e acompanhamento multiprofissional dos pacientes diabéticos.

**Tabela 1** – Características dos profissionais de saúde da ESF e Nasf-AB participantes dos grupos focais. Carmo do Cajuru, Minas Gerais, Brasil – 2019

(continua)

	n	
<b>Idade*</b> (anos completos) (n = 42), média	42	35 (20-62)
<b>Profissão</b> (n = 52)**, %		
Agente Comunitário de Saúde	19	36,5
Auxiliar de Saúde Bucal	3	5,8
Dentista	3	5,8
Educador(a) Físico	1	1,9
Enfermeiro(a)	6	11,6
Fisioterapeuta	2	3,8
Médico(a)	6	11,6
Motorista	1	1,9
Nutricionista	1	1,9
Psicólogo(a)	5	9,6
Técnico(a) de enfermagem	5	9,6
<b>Tempo de profissão*</b> (anos completos) (n = 52), média	52	6 (0-34)
<b>Tempo de ESF/Nasf-AB*</b> (anos completos) (n = 40), média	40	3 (0-13)

**Tabela 1** – Características dos profissionais de saúde da ESF e Nasf-AB participantes dos grupos focais. Carmo do Cajuru, Minas Gerais, Brasil – 2019

(conclusão)

	<b>n</b>	
<b>Tipo de vínculo empregatício** (n = 51), %</b>		
Contrato	44	86,3
Concurso público	7	13,7
<b>Carga horária semanal** (n = 52),%</b>		
20 horas	6	11,5
40 horas	46	88,5

Fonte: Elaboração própria.

\*Variáveis idade, tempo de profissão e tempo em ESF/Nasf-AB foram apresentadas em valores de média. \*\*Variáveis profissão, tipo de vínculo empregatício e carga horária semanal foram apresentadas em %. Dados incluem dez perdas na variável idade, 12 perdas da variável tempo de ESF/Nasf-AB e uma perda na variável tipo de vínculo.

## O SISTEMA DE SAÚDE

Os profissionais afirmaram que a APS é bem estruturada e que o município disponibiliza insumos e medicamentos necessários para o cuidado e garante a realização dos exames solicitados. No entanto, identificaram problemas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Afirmaram que os pacientes diabéticos que apresentam complicações demandam níveis especializados de cuidados e, nesse momento, encontram dificuldades de acesso ao sistema de saúde. Eles apontaram problemas quanto à comunicação dentro do sistema e, quando ocorrem encaminhamentos para especialistas, os pacientes voltam sem ficha de contrarreferência e as orientações do especialista são informadas pelo próprio paciente, que não tem conhecimento técnico.

“Cajuru tem 100% de cobertura de ESF, todos os pacientes têm acessos às unidades de saúde... Só que quando paciente deixa complicar, ele vai precisar de ser encaminhado. Aí começa... Vai encaminhar para angiologista, vai demorar meses. Precisa de uma internação para cirurgia de varizes? Vai demorar, porque não tem leito.” (Médico).

“Em relação à referência e contrarreferência, a gente tem grande dificuldade de ter a contrarreferência, no geral.” (Psicóloga).

Os profissionais destacaram alguns problemas na APS ligados à questão da estrutura física dos prédios, que, em sua maioria, são casas adaptadas e não reúnem condições ideais, ou estão em locais afastados e de difícil acesso para a população.

“A questão da estrutura física... Nós estamos em uma casa improvisada, isso aqui é uma casa, isso aqui não é uma unidade de saúde. Então, a sala é

muito restrita, são salas pequenas, com pouca ventilação, iluminação ruim, o que atrapalha um pouco.” (Enfermeira).

## CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM DM2

Os profissionais afirmaram que o maior nível de escolaridade é um aspecto facilitador da adesão. Apontaram que acesso ao estudo e às ferramentas de informação, como a internet, contribui para melhor adesão:

“Às vezes, tem uns que falam assim: ‘Ah, eu li na internet, eu vi que eu não posso fazer isso...’. Tem pessoas que buscam mais informações e conseguem assimilar mais isso. Essa questão de conhecimento e escolaridade manda muito. Ajuda bastante.” (Fisioterapeuta).

Eles ressaltaram que o baixo nível de escolaridade e o analfabetismo, incluindo o analfabetismo funcional, dificultam a adesão, pois esses usuários têm maior dificuldade para entender o que é preciso fazer, qual a quantidade e horário dos medicamentos e a qualidade da alimentação.

“Toda vez que vem um diabético com descontrole de glicemia, quase 100%, que é porque mora sozinho e não está tomando as medicações direito, ou porque ou é analfabeto mesmo e não tem ninguém pra ajudar ou é porque às vezes está trocando a medicação porque enxerga pouco.” (Médico).

Os profissionais destacaram que o baixo nível socioeconômico, além de estar ligado ao baixo nível de escolaridade, influencia, dificultando o seguimento ao tratamento proposto, tanto na aquisição de alimentos recomendados quanto no acesso a medicamentos/equipamentos não disponíveis pelo sistema público de saúde.

“... Tem gente que não tem condições nenhuma. A gente vê que eles tentam, mas tem uns que têm dificuldade financeira de estarem adquirindo certos produtos que vão ajudar na mudança da alimentação.” (Técnica de enfermagem).

Na visão dos profissionais, a idade do paciente pode interferir de maneira positiva ou negativa na adesão ao tratamento, dependendo do caso. Alguns profissionais afirmaram que o idoso tem maior disponibilidade para se cuidar por ter maior tempo livre.

“Eu vejo que os idosos têm uma adesão mais completa. Pessoas mais jovens que tem que trabalhar fora, que tem um pouco mais de dificuldade de tempo relatam uma dificuldade na atividade física, no preparo da alimentação e acaba que os idosos têm uma adesão mais completa, fazem atividade na praça, vêm nas consultas, cuidam mais da alimentação, enquanto aquelas pessoas que trabalham tem um pouquinho mais de dificuldade.” (Nutricionista).

Por outro lado, alguns profissionais relataram que a idade mais avançada influenciava de forma negativa na adesão, devido aos costumes e crenças dessa faixa etária.

“O diabético mais jovem, jovem adulto e adulto sabem dos riscos, como é o tratamento, a doença... E muitos deles, a gente percebe, os mais idosos, uma dificuldade de adesão no tratamento. Como eles tiveram o ritmo de vida, de alimentação, muito diferente, a gente inserir pra eles como deve ser essa alimentação, atividade física, pros idosos, a gente percebe uma dificuldade de aceitação.” (Enfermeira).

Segundo os profissionais, muitos pacientes apresentam grande dificuldade de compreensão da doença, negação do diagnóstico e resistência à utilização dos medicamentos prescritos.

“... A população, de uma maneira geral, ainda tem o nível de instrução muito baixo sobre saúde. Então, eles chegam com um conhecimento muito ruim... Não digo em relação à saúde, porque eles não são obrigados a ter isso, mas um conhecimento ruim de autocuidado, do cuidado com a alimentação, atividade física. E quando eles ficam doentes, eles têm muita dificuldade de entender o que é a doença e que a doença, principalmente o diabetes, tem muita relação com o hábito de vida.” (Médico).

“Ainda existe paciente muito resistente, porque a gente chega na casa deles e pergunta pra eles: ‘tem problema de diabetes e de pressão ou algo assim?’ e eles respondem que não, mas aí a gente pergunta: ‘mas usa algum medicamento?’ e aí eles falam: ‘ah, eu uso um Clorana®, um Metformina®, um Daonil®, alguma coisa assim.’ (Agente comunitário de saúde).

De acordo com os profissionais, quanto mais complicado o quadro se encontra, maior a chance de o paciente não aceitar e ter resistência para aceitar se medicar, principalmente se o uso da insulina for recomendado.

“[...] pacientes que aparecem, que quase não utilizavam nenhum medicamento, negavam ajuda, já aparecem com um pé diabético, uma hemoglobina glicada de 12, de 13, já numa faixa que só medicamento oral não adianta para regular e esse você acaba precisando correr atrás dele.” (Médico).

## ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR ADESÃO AO TRATAMENTO DE DM2

Durante os GF, os profissionais apresentaram situações que demonstraram a percepção da importância da construção do vínculo com os usuários.

“Acho que o paciente acaba confiando no que a gente fala, ele vê que a gente tá querendo mostrar pra ele o melhor caminho, aí acho que ele não tem tanta resistência pra tentar mudar. [...] Ele vê que a gente tá ali só pra ajudar.” (Técnica de enfermagem).

Os entrevistados mostraram perceber a estrutura da ESF como fator facilitador para a comunicação com a família e reconhecem a importância desse ator no processo do cuidado. Em muitos relatos afirmam notar que, quando familiares se comprometem a participar da mudança de hábitos do paciente, há maior adesão ao tratamento. Afirmaram solicitar a presença de familiares durante as consultas, principalmente nos casos que percebem menor adesão. Além disso, foi citada a estratégia de nomeação de um familiar que seja próximo do paciente para que ele seja corresponsável no tratamento, em especial naqueles casos em que se note que a dificuldade de adesão está relacionada à falta de entendimento das orientações ou vulnerabilidades socioculturais, como o analfabetismo.

“A família é muito importante, se eu parei de comer massa e diminui o doce, automaticamente a família também vai vir comigo. A família é importante nessa questão tanto no positivo como no negativo, se continuar, ele também vai continuar... mas se diminuir, ele também vai diminuir.” (Agente comunitário de saúde).

Os profissionais mencionaram a importância de falar a mesma linguagem do paciente e afirmaram que ao dar o diagnóstico é importante questionar o paciente sobre seu entendimento a respeito da doença. Como tentativa de melhorar o entendimento de seus pacientes, os profissionais relataram fazer uso de diversas estratégias, como desenhos, para garantir que o paciente entenda, de fato, o que lhe está sendo proposto.

“[...] A gente faz de forma ilustrativa mesmo... A gente pega um pratinho e coloca a quantidade de comida... Porque a gente viu que assim eles assimilam melhor... Se ele não entende, a gente desenha.” (Fisioterapeuta).

Além da compreensão da dinâmica da doença, os profissionais relataram a importância de que o paciente seja ativo no processo de tratamento e que é necessário acordar com ele sobre o tratamento. Nas falas dos profissionais, notou-se preocupação em se adequarem à realidade apresentada pelo paciente, principalmente na abordagem da orientação quanto à alimentação. Eles afirmaram que quando se sugerem alimentos que estão ao alcance do paciente, seja por questões financeiras ou pela oferta na cidade, percebe-se maior adesão à dieta.

“[...] a gente orienta a usar produtos da horta, o que planta, evitar enlatados e embutidos.” (Agente comunitário de saúde).

Como estratégias de comunicação com os usuários, foram citados o uso das redes sociais da prefeitura como meio de divulgação dos grupos, os convites durante as visitas domiciliares, os convites físicos (impressos) na recepção e nos murais das unidades.

#### ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os profissionais destacaram que a realização de acolhimento é um dos fatores importantes da organização da unidade, que favorecem a adesão ao tratamento do DM2. Percebe-se que a equipe tem uma concepção ampliada de acolhimento que não está vinculada somente à triagem. Foi destacado que o paciente não precisa estar na consulta médica para que seja orientado, muitas vezes isso pode ser feito na visita domiciliar, no atendimento da enfermagem ou nos grupos de discussão. Além disso, foi mencionado que ter disponibilidade para abordar os pacientes em qualquer oportunidade pode ser um diferencial.

Outro aspecto destacado como facilitador na adesão ao tratamento foi a intersetorialidade na abordagem dos casos. As equipes interagem com outros setores, aumentando a rede de apoio e os conhecimentos adquiridos pelo contato com profissionais de diferentes formações.

Também foi enfatizada a importância da busca ativa na rotina da ESF. A atuação, principalmente de ACS, na realização da busca ativa, das visitas domiciliares, é vista como um grande diferencial no sucesso do tratamento. Há a percepção de que eles captam informações da realidade em que o paciente está inserido, presenciam situações e condições que apenas

nas consultas programadas não seria possível. Em algumas situações, há relatos de que os ACS estabelecem uma relação mais efetiva do que o médico ou a enfermagem e passam a ser elo de comunicação e sensibilização para o tratamento do paciente.

“A gente vai nas casas e chama as pessoas, tem gente que a gente vai na casa deles e a gente torna tudo, né? psicólogo, torna tudo, porque eles vão falar da vida inteira e a gente tem um certo carinho, paciência de escutar, um carinho, um amor, porque às vezes eles estão precisando daquele acolhimento, né? Aí a gente conversa e, chega aqui, a gente passa pra enfermeira-chefe o que tá acontecendo [...]” (Agente comunitário de saúde).

Foi constatado que as equipes de saúde realizam um mapeamento da população, identificam os pacientes e classificam o risco para orientar o serviço e definir estratégias e prioridades.

Outro ponto importante é a disponibilidade do serviço em realizar atendimentos de urgência, na unidade, para pacientes que têm episódios de descontrole da doença. Essa disponibilidade para urgências ou para consultas que não estavam previamente marcadas, mas que são consideradas necessárias pelo paciente, cria um vínculo melhor com a população, o que pode facilitar a adesão ao tratamento, uma vez que as pessoas se sentem amparadas pelo sistema de saúde.

Com relação ao atendimento, mencionou-se em muitos momentos que a equipe encontra algumas peculiaridades, do contexto biopsicossocial dos pacientes, que precisam ser contornadas para que seja oferecido o atendimento mais adequado. Por exemplo, alguns bairros possuem muitos pacientes com horário de trabalho que difere do horário de funcionamento da unidade. Sendo assim, é necessário que a equipe se adeque a esse horário, disponibilizando atendimentos no que é chamado de *saúde do trabalhador*. Essa estratégia é um programa municipal, no qual a unidade funciona em horário estendido para atender esses pacientes em um dia da semana.

#### ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DOS PACIENTES DIABÉTICOS

Os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipe multiprofissional e da interdisciplinaridade para a adesão ao tratamento do DM2. Eles relatam que discutir e solicitar apoio dos colegas em determinados casos pode ser o diferencial no atendimento, favorecendo uma abordagem integral e proporcionando um melhor tratamento.

“[...] o acompanhamento e monitorização clínica dentro da unidade pela equipe multiprofissional, nutricionista, psicólogo, dentista. Temos o trabalho em equipe multiprofissional do paciente e de forma integral.” (Enfermeira).

Um dos profissionais, recém-formado, relatou a in experiência nesse modelo de trabalho e o papel da equipe da unidade como norteadora para superar essas lacunas. Nos GF, identificaram-se esforços para superar essas dificuldades:

“Eu atendo o paciente, ela já vai na minha sala e já marca a consulta... Às vezes, a coisa já pode ser resolvida na hora e resolve! Então, isso tem funcionado muito bem, a mesma coisa com quem é da nutrição e o enfermeiro vem aqui em mim e me pergunta e eu também vou lá e pergunto! Eu tenho três meses de PSF (Programa de Saúde da Família) e eu não sei nada, então quem sempre me ajuda é a equipe!” (Médico).

Percebe-se nos profissionais uma abertura para a colaboração e a valorização da função e do trabalho de todos os profissionais da equipe de saúde no processo do cuidado.

“Principalmente na questão da dieta, ainda bem que existe o nutricionista, já sai da minha sala encaminhado para marcar nutricionista o mais precoce possível. Para psicologia é a mesma coisa. Então, tento fazer esses encaminhamentos [...]. Eu mostro que eles têm a mesma importância que os exames que estou pedindo, quanto o remédio, isso faz parte do tratamento.” (Médico).

Além disso, destacou-se a valorização do papel do ACS como elo entre o paciente, outros profissionais e a unidade de saúde.

“Às vezes, eles chegam na consulta e ficam meio receosos em falar: ‘Olha, doutora, eu estou tomando o remédio certinho, mas o remédio não está me fazendo bem’ [...]. Então, às vezes, com a gente, eles se sentem mais à vontade.” (Médica).

Nas falas dos participantes identificaram-se diversas ações que estão ligadas ao apoio matricial, como reuniões para discussão de casos, interconsultas e atendimentos compartilhados.

“É uma coisa recente, a gente não pode falar que tem experiência de matriciamento e atendimento compartilhado, mas a gente está caminhando para evoluir bem para isso. A gente já viu que o resultado é muito bom”. (Nutricionista).

Percebeu-se que a construção do trabalho em equipe acontece por meio do acionamento de outras categorias profissionais necessárias nas discussões dos casos e na

construção do plano terapêutico, principalmente nos casos mais complexos. Os profissionais relatam que os momentos de interação entre eles acontecem principalmente durante as reuniões de equipe, em que são definidos os casos elegíveis e prioritários, os profissionais adequados e responsáveis pelo manejo, é elaborado um plano de cuidado e discute-se o acompanhamento do paciente.

“Temos e em algumas reuniões de equipe são propostos levar esses casos. O que vamos propor para esse caso? O que vamos fazer? Um caso mais específico que vai enquadrar praticamente toda a equipe. Temos pacientes que enquadram toda a equipe, fonoaudióloga, psicóloga, educador físico, fisioterapia, clínica, enfermagem e ACS.” (Enfermeiro).

Os participantes relataram também que fazem uso do atendimento compartilhado, que foi viabilizado pela flexibilização dos horários e diminuição do número de pacientes atendidos em alguns dias da semana.

“Temos agora o atendimento compartilhado. Diminui até a quantidade de pacientes no período da manhã e reúnem os profissionais de acordo com o que é necessário da patologia do paciente e faz o atendimento compartilhado.” (Técnica de enfermagem).

A introdução do atendimento compartilhado no município era recente e surgiu após a percepção de que alguns pacientes, após o término das consultas, ficavam com dúvidas ou não entendiam corretamente as prescrições e orientações. Dessa forma, os profissionais notaram a fragmentação do cuidado e o atendimento compartilhado surgiu como uma estratégia para enfrentar esse problema, buscando resolubilidade.

“Porque a gente foi percebendo que era importante, porque, por exemplo, o paciente saía de uma consulta com o médico e ia na enfermeira perguntar alguma coisa e também tínhamos que encaminhar para o psicólogo, e o paciente já ia fazer um curativo. Aí resolveu juntar isso tudo.” (Técnica de enfermagem).

A elegibilidade do paciente para o atendimento compartilhado iniciava-se muitas vezes na busca ativa, principalmente pelos ACS, que em visitas domiciliares e maior contato com os pacientes conseguem observar sua realidade psicossocial. Os casos mais complexos e/ou graves também possuem prioridade. Assim, tendo como princípio a equidade, objetiva-se

reconhecer as diferenças e necessidades e a partir daí mobilizar mais recursos e instrumentos para a resolução da questão de saúde de quem mais precisa.

“[...] a demanda partiu primeiramente do trabalho dos agentes. A identificação deles a domicílio, conhecendo a verdadeira realidade. A avaliação do paciente é biopsicossocial e não posso fragmentar ele. Então, tem que pegar um contexto todo do paciente. Um exemplo, paciente diabético, hipertenso e extremamente difícil de convivência, além disso, tem contexto social difícil no domicílio. Aí, nesses casos, precisamos da equipe inteira para ajudar nesse processo.” (Enfermeira).

No município, a primeira iniciativa de trabalho grupal foi o grupo Hiperdia, que faz parte de uma proposta do Ministério da Saúde (MS), abordando a questão do DM e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Existe um cronograma com temas que abordam diferentes aspectos das doenças. No grupo Hiperdia, há rodízio na coordenação, contam com participação dos profissionais do Nasf-AB e são de livre acesso da população.

“[...] E cada mês temos um profissional responsável. Por exemplo, no próximo mês é a técnica de enfermagem, que vai abordar o manejo da administração de insulina. Cada mês é abordado um tema específico da patologia e do cuidado do paciente portador de diabetes.” (Enfermeira).

O início da implementação dos grupos no município foi marcado por resistência por parte da população, com pouca adesão. Dessa maneira, foi necessário um redirecionamento no modelo, com mudanças metodológicas e com o desenvolvimento de um protocolo que tornou obrigatória a presença dos pacientes, principalmente aqueles com comorbidades mais complexas e que exigem maior demanda de cuidado e orientações.

“Até então, os grupos não eram obrigatórios, né? Eram feitos os grupos e o paciente não era obrigado a ter assiduidade na frequência dos encontros. A partir de um ano, houve uma mudança na organização da dispensação dos insumos para o paciente diabético no que se refere à insulina, agulha, seringa para o paciente. Assim, criou-se essa obrigatoriedade do paciente ou membros da família e, nesse caso, se o paciente estiver impossibilitado de comparecer ao encontro.” (Enfermeira).

Essa mudança esteve presente na fala de participantes de todos os grupos, atrelando o aumento da adesão à obrigatoriedade, sendo considerada uma mudança positiva.

Afirmam que tendo o primeiro contato com os grupos, mesmo de forma obrigatória, muitos tiveram a oportunidade de reconhecer a relevância dos temas abordados e a importância da discussão e troca de experiência para o próprio cuidado.

“E isso, gente, foi positivo demais, eles viram a importância da presença ali para eles conhecerem e discutirem em conjunto, mais interesse na troca de experiência em conjunto e começaram a gostar. Então, foi uma obrigatoriedade positiva.” (Enfermeira).

O protocolo tornou obrigatória a frequência nos grupos para a dispensação de insumos como seringas, agulhas e medicamentos. Entretanto, essa obrigatoriedade não acontece de maneira excludente, aqueles que não podem comparecer ou serem representados por um familiar ou cuidador nos grupos continuam tendo garantida a dispensação de medicamentos e insumos e, nesse momento, é realizada a educação em saúde e sensibilização sobre a importância dos grupos. Além disso, faz-se busca ativa por esse paciente no intuito de incentivá-lo a participar da dinâmica.

Para a definição dos temas é realizado um mapeamento das ESF e são elencadas as necessidades do público-alvo. A população também tem a liberdade de sugerir temas. Então, após a priorização dos temas, há a padronização deles nas unidades de saúde do município. A padronização de temas e o livre acesso implica ao usuário do sistema a opção de frequentar diferentes grupos de Hipertensão e adequar o grupo ao seu horário disponível, ocasionando maior acessibilidade, uma vez que permite ao usuário frequentar diferentes unidades de saúde.

“[...] sobre a questão de ter disponibilidade de frequentar outros grupos, a cidade é pequena, então isso favorece muito. É ... Então, eu não posso participar do grupo mesmo sendo dessa ESF, mas eu tenho disponibilidade no horário de outra ESF, então nada impede de eu estar participando do grupo lá também.” (Enfermeira).

Os grupos também estão incluídos nas atividades realizadas no programa Saúde do trabalhador, oportunizando um horário alternativo para aqueles usuários que têm dificuldades de comparecer no período da manhã e da tarde, principalmente por questões de trabalho.

“O horário diferenciado também. Como aqui tem a saúde do trabalhador, a gente tem um horário, por exemplo, às 18:00, que inicia um grupo, então a

gente consegue alcançar os trabalhadores, as classes que não conseguem vir no período diurno, então a gente tem um alcance bem maior.” (Psicóloga).

Os profissionais de saúde buscam aplicar técnicas simples na realização dos grupos, variando as dinâmicas e abordagem, de maneira que não se tornem repetitivos. Eles revelaram que os materiais impressos, como cartilhas e panfletos, são pouco utilizados pelos usuários por diversos fatores, como baixa escolaridade. Na condução dos grupos, os profissionais procuram explicar a doença de maneira simples, adequando à capacidade de compreensão dos participantes. Entre as estratégias usadas na condução de grupos estão a realização de gincanas e a proposta de traçar metas viáveis e possíveis dentro da própria realidade do paciente, além do apoio disponibilizado.

“O que eu participei era: desafios do hipertenso e diabético e proposta de metas. [...] primeiro, falei sobre hipertenso e diabético, complicações e pedi pra cada um que tava traçar pra mim metas. Metas simples. Exemplo: não faço caminhada e passei a fazer caminhada uma vez por semana. [...] Foi proposto pra eles traçar metas compatíveis de realização.” (Enfermeiro).

Eles reforçaram a troca e compartilhamento de experiências, suas dificuldades e superações como o diferencial dos grupos.

“Agente fala muito que quem sabe de diabetes e hipertensão é quem tem diabetes e hipertensão. Então, é esse usuário que vai nos dizer da experiência dele. Então, é muito bacana o grupo porque ele é muito comunicativo. Então, eles trazem as experiências deles, as dificuldades e os desafios, os sintomas, do que eles estão precisando naquele momento.” (Psicóloga).

Além do grupo Hiperdia, existem outros grupos específicos no município que também abordam a temática do DM2 e temas relacionados à doença, como alimentação, prática de atividades físicas, apoio psicológico, entre outros. A disponibilidade e o incentivo à participação em outros grupos e a possibilidade da realização de práticas integrativas e complementares (Pics), além da participação no grupo Hiperdia, também aparecem na fala dos profissionais como responsáveis por um aumento na adesão aos grupos e mudanças comportamentais favoráveis ao tratamento.

“Eu acho que quando você pergunta sobre mudança de comportamento, eu acho que o fato de ter mais possibilidades, outros grupos, grupos diferentes

além do grupo Hiperdia, também possibilita/facilita essa mudança de comportamento.” (Psicóloga).

O grupo Peso saudável objetiva abordar a complexidade alimentar como um todo e é voltado para o público em geral. Ele acontece a cada 15 dias e é organizado pelo nutricionista, educador físico e fisioterapeuta, podendo contar com a participação de outros profissionais de saúde. As atividades realizadas nesses grupos também têm o objetivo de serem dinâmicas, ilustrativas e adaptadas à realidade dos pacientes.

“A gente tem um grupo de peso saudável. E esse grupo, ele é aberto para toda população, não só para diabético e hipertenso.” (Fisioterapeuta).

No município, há a disponibilização de Pics como auriculoterapia e dança circular. Ao final dos encontros, foram disponibilizadas sessões de auriculoterapia. A iniciativa surgiu como estratégia para aumentar a participação nos grupos, tendo desde a sua implementação boa participação dos usuários.

“Sim, tem dança circular e várias técnicas que ela utiliza no grupo. Começa sempre com alongamento e faz musicoterapia e várias ações mesmo dentro do grupo. [...]” (Enfermeira).

Também houve relato de grupos para a realização de exercícios físicos, como caminhadas, alongamentos e circuitos. Eles acontecem duas vezes na semana, sendo ministrados pelo profissional de educação física. Contudo, com relação a essas atividades, há pouca participação. O público idoso é o que mais se beneficia dessas atividades, sendo os mais participativos, principalmente as mulheres. Elas colocam o público jovem e o masculino, de maneira geral, como um desafio na participação. Ademais, foi citado como um dos problemas operacionais o horário em que são realizados, durante o período da manhã, que limita principalmente os trabalhadores. Foi sugerido que a inserção dessas atividades em novos horários poderia ser usada como estratégia para aumentar a adesão. Entre aqueles que participam das atividades, segundo o relato, há a busca pela saúde e prevenção de doenças.

“Pela atividade física eu vejo que eles estão buscando não só pela vaidade, mas pela saúde mesmo, pela qualidade de vida, pela prevenção. Às vezes, eles estão bem, sem diabetes e estão procurando ajuda. A gente faz uma troca. Eles estão buscando o amor por eles mesmos. A saúde pra eles mesmos.” (Educador físico).

## DISCUSSÃO

Segundo dados do MS, o Brasil apresentou em 2020 uma cobertura de 76,50% de APS e 65,36% de ESF. Sendo assim, a realidade do município estudado, de 100% de cobertura por ESF, pode ser considerada de abrangência representativa<sup>6</sup>. Apesar disso, identifica-se a precariedade da comunicação entre os níveis de atenção à saúde. Essa é uma das principais dificuldades do SUS, o que prejudica muito a coordenação do cuidado que deve ser feito pela APS, deixando o paciente desassistido na rede, sem um compartilhamento da responsabilidade entre os diversos níveis<sup>7</sup>.

Na caracterização dos pacientes, percebe-se a somatória de diversos elementos que dificultam e tornam complexo o cuidado à pessoa diabética. A combinação do baixo nível de escolaridade, baixo nível socioeconômico e idade avançada exige das equipes ações diferenciadas que estão além do mero diagnóstico, prescrição de medicamentos e orientações em relação à mudança de hábitos. Sendo assim, a dificuldade de compreensão das orientações e a precariedade do autocuidado são realidades dessa população. Além disso, identificaram-se também negação ao diagnóstico e resistência à mudança de comportamento e utilização dos medicamentos prescritos.

Devido à necessidade de mudar os hábitos de vida já consolidados, é perceptível a dificuldade desses pacientes em modificar a rotina e desvincular-se de comportamentos como sedentarismo, alimentação não saudável, consumo excessivo de álcool e tabaco<sup>8</sup>. A vergonha e o sexo masculino também foram fatores identificados que influenciam negativamente na adesão aos hábitos de vida saudáveis.

Percebe-se que, diante da necessidade de desenvolvimento de canais de comunicação e apoio diferenciados, os profissionais da APS do município têm uma postura ativa e propõem uma série de ações para lidar com as dificuldades.

Os profissionais demonstram a percepção da importância da construção do vínculo com os usuários. A proposta da ESF reconhece a formação do vínculo como elemento fundamental no processo de cuidado e pode ser definida como a relação próxima e longitudinal entre o profissional de saúde e o paciente. Além disso, o vínculo promove relações de escuta, comunicação e respeito, o que transmite maior segurança para o paciente, que se sente aceito e acolhido pelos profissionais que o acompanham<sup>9,10,11</sup>. Segundo Gomes et al., uma boa relação profissional-paciente e o estabelecimento de um vínculo entre as partes são essenciais para a adesão ao tratamento<sup>12</sup>. É importante ressaltar que esse elo deve se estender para a família e comunidade. O modelo de cuidado proposto pela ESF conta com a colaboração da família no compartilhamento dos cuidados dos pacientes mais vulneráveis, principalmente os idosos. A estratégia de solicitar

uma referência da família para participar de consultas e orientações, acompanhando o paciente que apresenta dificuldade, é muito potente tanto para o bom seguimento do tratamento como para a reafirmação dos laços de responsabilidade em relação aos mais vulneráveis<sup>10,11</sup>.

Destaca-se a percepção dos profissionais a respeito dos problemas na comunicação e a preocupação em modificar a linguagem utilizada com o objetivo de facilitar o entendimento e a compreensão dos temas tratados. Grande parte dos usuários do SUS possui baixa escolaridade e são leigos a respeito das questões médicas, sendo necessário utilizar uma linguagem acessível e desenvolver estratégias de comunicação para que haja realmente entendimento sobre o mecanismo da doença e o tratamento proposto, o que interfere diretamente na adesão. Identifica-se, ainda, uma tendência dos profissionais de desenvolverem ações referenciadas no modelo biomédico tradicional, que estão mais focadas na compreensão dos mecanismos biológicos do processo saúde-doença, deixando em segundo plano as relações, inter-relações e acontecimentos da vida cotidiana das pessoas em tratamento<sup>13</sup>. Nesse sentido, a explicação do conceito de doença crônica é fundamental para que o sujeito possa compreender o desenvolvimento do processo no decorrer do tempo, muitas vezes sem sintomas perceptíveis<sup>14</sup>. A falta de uma boa comunicação pode produzir uma minimização da doença e isso é percebido quando muitos pacientes simplificam a fisiopatologia do diabetes, restringindo o seu conceito a “excesso de açúcar no sangue”, levando a acreditarem que somente a ingestão de alimentos doces é o fator causal da patologia<sup>15</sup>.

As resistências impostas à adoção de hábitos saudáveis podem ter relação com abordagens autoritárias por parte dos profissionais no controle do DM<sup>16</sup>. A valorização do vínculo e da comunicação estimula uma postura mais ativa do paciente no processo de tratamento. Segundo revisão bibliográfica realizada por Oliveira<sup>17</sup>, a responsabilização e o empoderamento do paciente no que diz respeito ao autocuidado é fundamental para garantir a adesão. Deve-se ter em vista que o empoderamento baseia-se na capacitação dos indivíduos para que eles assumam controle sobre os fatores que influenciam sua saúde. Ao estabelecer a conduta terapêutica, o profissional pode fazer negociações e traçar um plano com o paciente, aumentando as chances de adesão<sup>17</sup>.

No nível da organização da unidade de saúde, identificam-se alguns arranjos que favorecem o processo de aproximação com os usuários, como acolhimento, atendimento de demanda espontânea, horários diferenciados de atendimento, intersetorialidade e busca ativa. São arranjos que têm como objetivo aproveitar as diversas oportunidades de contato com o paciente para fortalecer o vínculo e reforçar os contratos entre os profissionais e o usuário acerca do tratamento.

O acolhimento dos usuários é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS e pode ser definido como a recepção do usuário no serviço de saúde, o que inclui responsabilização dos profissionais por esse indivíduo, escuta adequada, estabelecimento de limites, além da garantia de assistência resolutiva e trabalho em conjunto com outros serviços para que o paciente tenha um cuidado continuado<sup>9,10</sup>. Percebe-se que existe um trabalho de vinculação com o paciente que se dá no acolhimento, isto é, há um entrelaçamento de afeto e cuidado que potencializa o processo terapêutico<sup>10,11</sup>.

A busca ativa é um importante aspecto da APS, sendo uma característica de promoção de saúde. A APS deve propor ações educativas e reconhecer casos que podem agravar, onerar o sistema de saúde e trazer grandes dificuldades para a vida do paciente. No caso do DM2, em que o rastreamento em estágios iniciais pode ser fundamental para uma boa resposta ao tratamento, a busca ativa é essencial. Além disso, é importante que essa busca ativa seja registrada, havendo um banco de dados para que se possa fazer uma estratificação de risco que irá orientar as prioridades da equipe<sup>18</sup>.

A disponibilidade da equipe de realizar atendimentos em livre demanda favorece a confiança da população e pode transformar o vínculo e a visão do usuário sobre o processo saúde-doença, inserindo-o, dessa forma, num esquema de acompanhamento mais planejado. Da mesma maneira, a proposta de um horário de atendimento noturno para os usuários trabalhadores facilita sobremaneira a inclusão dessa população no sistema, devido à dificuldade de comparecer às consultas em horário comercial.

No nível do trabalho em equipe, destacam-se algumas características importantes, como a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade, o apoio matricial, o atendimento compartilhado e as práticas grupais. A multiprofissionalidade é caracterizada pela presença de diferentes formações profissionais, tendo como objetivo abranger os mais diferentes aspectos de uma situação em saúde. Entretanto, não necessariamente estabelece relações entre os profissionais de cada área<sup>19,20</sup>. A interdisciplinaridade objetiva compartilhar os saberes, as práticas e a gestão do cuidado, de modo a potencializar as habilidades singulares de cada área técnica e profissionais de diferentes formações. Nesse contexto, é preconizado que a ESF e Nasf-AB atuem de forma multiprofissional e interdisciplinar<sup>18</sup>. Embora a abordagem interdisciplinar se mostre eficiente e superior à abordagem convencional, a formação e a implantação de uma equipe interdisciplinar representam um grande desafio. Dentro dessa temática, há alguns fatores importantes a serem considerados sobre a persistência do modelo tradicional biomédico, como a individualização dos profissionais e a valorização social distinta entre as formações, além do estabelecimento de relações de subordinação entre as diferentes áreas. Assim, é comum

encontrarmos serviços de saúde com equipes multiprofissionais, entretanto sem a prática interdisciplinar<sup>20</sup>. No município em questão, foi possível observar a valorização do trabalho em conjunto com o ACS, característica que permite a aproximação da equipe com a realidade do território, a identificação de fragilidades e o estabelecimento de vínculo com as famílias.

Percebe-se que as equipes começaram a incorporar o apoio matricial, que é uma proposta do Plano Nacional da Atenção Primária (Pnab) e do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (Nasf-AB). O apoio matricial refere-se ao arranjo assistencial e/ou técnico-pedagógico oferecido por uma equipe especializada, que tem como objetivo ampliar as possibilidades de construção de vínculos entre os profissionais e usuários<sup>21,22</sup>. Esse arranjo permite uma maior comunicação e distribuição de poder dentro da equipe, tendo impacto em todo o processo de trabalho na medida em que torna os processos mais coletivos e compartilhados. A realização de atendimentos compartilhados e discussão coletiva dos casos apontam para a realização da chamada clínica ampliada, que permite uma visão mais integral do paciente<sup>23</sup>.

Uma das ações mais destacada pelos profissionais, devido a sua amplitude e resultados, é o trabalho com grupos. Sabe-se que esse tipo de trabalho é recomendado em todos os manuais da APS, mas, por outro lado, os estudos mostram que a maioria das equipes tem dificuldade para desenvolver um trabalho consistente. Pode-se observar, pelas descrições dos profissionais, o percurso desenvolvido para a consolidação do trabalho. O primeiro ponto importante refere-se ao compartilhamento da tarefa, que, além de envolver diversos profissionais da APS e do Nasf-AB, estabelece parcerias entre as diversas unidades de ESF espalhadas pelo município, tornando a oferta coletiva. Esse aspecto merece ser destacado, pois parece que vem dessa coletividade a potência da proposta. Outro ponto importante refere-se à adequação da forma e do conteúdo às expectativas e necessidades da população. Com relação à adesão, a percepção das características do público envolvido é fundamental nesse tipo de proposta.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência apresentada, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, nos aponta que a construção de uma APS mais resolutiva depende de uma série de fatores interligados, que começa na proposta de política pública, passa pela gestão municipal, organização dos serviços, formação dos profissionais e suas concepções a respeito do processo saúde-doença, concepção de clínica, dinâmica de trabalho das equipes e pela capacidade de os profissionais interagirem com a população. É importante destacar que há uma aposta na melhoria da comunicação, na aproximação com a realidade psicossocial dos pacientes e na

priorização dos casos mais graves e complexos. Uma limitação da pesquisa relaciona-se ao tamanho do município, que torna a experiência bem particular. A experiência descrita neste artigo pode servir de inspiração para o trabalho de outros municípios.

### **COLABORADORES**

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Carlos Alberto Pegolo da Gama, Juliana Mara Flores Bicalho, Thaís Oliveira Dupin, Paula da Cunha Fonseca, Maria Eduarda Lima Diase e Maria Fernanda Elias Moreira.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Carlos Alberto Pegolo da Gama, Juliana Mara Flores Bicalho, Thaís Oliveira Dupin, Paula da Cunha Fonseca, Maria Eduarda Lima Diase e Maria Fernanda Elias Moreira.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Carlos Alberto Pegolo da Gama e Juliana Mara Flores Bicalho.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Carlos Alberto Pegolo da Gama, Juliana Mara Flores Bicalho, Thaís Oliveira Dupin, Paula da Cunha Fonseca, Maria Eduarda Lima Diase e Maria Fernanda Elias Moreira.

### **REFERÊNCIAS**

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo (SP): Clannad; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado do paciente com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica [Internet]. 2020 [citado em 2020 out 30]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

7. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(3):783-94.
8. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(1):151-60.
9. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2015;39(105):514-24.
10. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):131-35.
11. Santos AL, Silva EM, Marcon SS. Assistência às pessoas com diabetes no Hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):1-10.
12. Gomes AMA, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2012;22(3):1101-19.
13. Rise MB, Pellerud A, Rygg L, Steinsbekk A. Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study. *PLoS ONE*. 2013;8(5):e64009.
14. Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1998. p. 81-94.
15. Gama CAP, Guimarães DA, Cardoso CS, Silva J, Oliveira CL. Difficulties to treatment adherence according to the perception of people living with type 2 diabetes. *Int J Health Sci*. 2019;7(2):29-37.
16. Bicalho JMF, Sevalho G, Guimarães EAA. Mudança de hábitos após diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2: pesquisa qualitativa. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2021;5(4):30-51.
17. Oliveira HMNS. Responsabilização dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes sobre o próprio estado de saúde em uma equipe de saúde da família no município de Marechal Deodoro – Alagoas [trabalho de conclusão de curso]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
18. Araújo BAF. O impacto da busca ativa e classificação no controle do diabetes mellitus [trabalho de conclusão de curso]. Uberaba (MG): Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2014.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

- para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2017 set 21. Seção 1, p. 68.
20. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. Bol Saúde. 2004;18(1):87-98.
  21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do Nasf: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
  22. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
  23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de apoio à saúde da família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

Recebido: 9.2.2021. Aprovado: 20.8.2021.