

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCIELLEN CHAGAS LADEIRA

**DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ABORDAGEM AOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2013

LUCIELLEN CHAGAS LADEIRA

**DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ABORDAGEM AOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Alcione Bastos Rodrigues

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2013

LUCIELLEN CHAGAS LADEIRA

**DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ABORDAGEM AOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Alcione Bastos Rodrigues

Banca Examinadora

Prof^a. Alcione Bastos Rodrigues (orientadora)

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG/UNA)

Aprovada em 23 de julho de 2013

RESUMO

Este estudo teve como objetivos identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na abordagem aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus e as condutas adotadas no atendimento a esses pacientes, visando uma melhor assistência dos mesmos na atenção básica. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica narrativa na Biblioteca Virtual em Saúde e nas bases de dados LILACs, MEDLINE, BDENF e SciELO com os descritores: *saúde da família, atenção primária à saúde e Diabetes Mellitus*. Também foram analisados Programas do Ministério da Saúde. Os resultados encontrados apontam que as equipes de saúde não realizam visitas aos pacientes demonstrando uma lacuna na estruturação do programa de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde; inexistência de um efetivo sistema de referência e contra referência; falta de insumos essenciais ao tratamento; falta de programas sistemáticos de capacitação da equipe de saúde e, conseqüentemente, de educação em saúde para as pessoas com diabetes; cuidado fragmentado centrado no modelo médico-centrado, pouco vínculo e pouca responsabilidade social. Cabe aos profissionais da atenção básica atuar de forma mais resolutiva.

Palavras chave: Saúde da família. Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

This study aimed to identify the difficulties faced by health professionals in the management of patients with Diabetes Mellitus and the approaches adopted in caring for these patients, aiming to their better assistance in primary care. A narrative literature search was conducted in the Virtual Health Library and in the databases LILACS, MEDLINE, BDNF and SciELO with the descriptors: family health, primary health care and Diabetes Mellitus. Programs of the Ministry of Health were also analyzed. The results suggest that the health teams do not carry visits to the patients demonstrating a gap in the structure of the program in accordance with the recommendations by the Ministry of Health; lack of an effective system of referral and counter referral; lack of essential inputs to the treatment; lack of systematic programs for training of health staff and, consequently, health education for people with diabetes; fragmented care focused on doctor-centered model, little social responsibility and bonding. It is up to the professionals of the primary care to act more resolute.

Keywords: Family health. Primary Health Care. Diabetes Mellitus

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DA LITERATURA	14
5.1 Atuação na atenção básica no controle do diabetes e suas complicações	14
5.2 Análise da atenção básica no atendimento ao portador de DM a partir de artigos	17
5.2.1 Acesso ao serviço.....	18
5.2.2 Consultas médicas e com enfermeiro	21
5.2.3 Orientações e educação em saúde.....	22
5.2.4 Realização de exames laboratoriais	22
5.2.5 Avaliação dos pés e busca por demais complicações	23
5.2.6 Adesão ao tratamento.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A situação da saúde hoje, no Brasil e no mundo, é determinada por uma transição no cenário epidemiológico. As doenças infecciosas têm sido substituídas por causas externas e doenças crônico-degenerativas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, estas serão responsáveis por 60% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006a).

Dentre as doenças crônico-degenerativas, as doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para a referida comorbidade, encontram-se o Diabetes Mellitus – DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, fatores independentes e sinérgicos (BRASIL, 1993).

Recentemente foi publicado o artigo, Diabetes Mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002 – 2007 (DIAS e CAMPOS, 2012). Este estudo baseou-se em dados sobre a população brasileira com diagnóstico de DM cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) junto ao Ministério da Saúde. Com a realização do estudo pode-se observar alta prevalência da doença em todos os estados brasileiros, com aumento significativo entre os períodos de 2002 a 2004 e 2005 a 2007, sinalizando para a necessidade de formulação de estratégias de prevenção e controle.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE, censo 2010 (IBGE, 2010) e dados do DATASUS de abril de 2012, o estado do Rio de Janeiro ainda está carente de equipes de saúde da família. O censo estimou uma população para o estado do Rio de Janeiro de 15.989.929 pessoas. De acordo com o DATASUS (BRASIL, 2012), o estado possui 1.792 equipes de saúde da família. Ao se dividir o número de pessoas pelo número de equipes, encontraremos que as equipes estão atuando com a cobertura média de 8.923 pessoas, ou seja, 197% acima do limite ideal de 3.000 pessoas e 123% acima do limite máximo preconizado. Destaca-se, ainda, que vários municípios cariocas ainda não apresentam equipe de saúde da família como, por exemplo, Araruama , município com 112.008 habitantes,

Bom Jesus do Itabapoana com 35.411 habitantes, Cantagalo com 19.830 habitantes, Carapebus com 13.359 habitantes entre outros.

Diante desse cenário, vários desafios precisam ser vencidos no manejo do diabetes pelos serviços de saúde. Além da necessidade de implantação de mais equipes de saúde da família no estado do Rio de Janeiro, podemos destacar outros problemas relacionados aos pacientes, à limitação técnica de alguns profissionais ou, ainda, à falta de recursos materiais enfrentada por vários serviços de saúde.

Em relação ao paciente, destacamos, dentre outros fatores, a industrialização ao favorecer que um crescente número de pessoas se tornem sedentárias, com poucas oportunidades de praticar atividades físicas. Já foi demonstrada associação entre sedentarismo e agravos cardiovasculares, câncer e diabetes. Mesmo sendo informados a esse respeito, os pacientes têm pouca ou nenhuma disposição para praticar atividades físicas regulares, se apoiando nas mais diversas justificas (KOHL, 2001)

Associada a todo esse contexto nos confrontamos com a falta de apoio técnico. Considerando que profissionais de diferentes áreas são importantes para auxiliar na conscientização da comunidade para o cuidado com sua saúde, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Entre suas atribuições estão: apoio às Equipes de Saúde da Família(ESF), para ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

Entretanto, o NASF ainda não é realidade em muitos municípios. Assim, o papel de conscientização da comunidade se restringe ao médico e ao enfermeiro da equipe, os quais já se encontram sobrecarregados atendendo demandas inerentes à unidade de saúde e aos demais programas do Ministério da Saúde como, por exemplo, pré-natal e puericultura.

No município de Angra dos Reis-RJ, o NASF ainda não está implantado em todos os distritos. Ainda permanece entre alguns membros da comunidade dúvidas a respeito do tipo de exercício físico que poderiam fazer e, assim, percebe-se a necessidade e

importância da participação de outros profissionais, como o educador físico, para auxiliar e estimular a população a se exercitar corretamente e constantemente. O psicólogo e o assistente social também têm papel fundamental no manejo clínico do Diabetes, pois muitos pacientes são usuários de medicações para controlar a ansiedade e depressão. Somam-se a esses problemas questões socioeconômicas que, pode-se inferir, interferem na aquisição de medicamentos que não disponibilizados pelo SUS. O endocrinologista é fundamental para aqueles pacientes de difícil controle glicêmico.

Outra questão importante é a inexistência da educação continuada no município de Angra dos Reis, o que desestimula os profissionais, principalmente os que compõem a equipe de saúde da família e que trabalham na assistência a buscarem novos conhecimentos. No bairro Vila Histórica de Mambucaba, local onde atuo como gerente da unidade e presto assistência, não há computador, o sinal de telefone não permite acesso à internet por meio de celulares e há pouca literatura impressa para consulta em serviço. Também não temos material didático como cartilhas e folders para distribuir para a população.

A maioria dos atuais membros da coordenação da ESF do município não tem formação em saúde pública, o que prejudica a discussão dos casos clínicos que não têm resolutividade entre os membros da equipe.

Outro desafio a ser superado é a inconstância na oferta dos recursos materiais como glicosímetro funcionando, fita de glicemia, lanceta e até mesmo atraso na entrega de insulina e demais medicamentos utilizados no controle da doença.

O trabalho em grupo com vistas à conscientização das pessoas diabéticas se faz imperativo devido, inclusive, aos relatos que nos chegam no trabalho. Há pessoas que não tomam a insulina porque são assintomáticas em determinados dias. Com isso, determinadas pessoas chegam à Unidade de saúde com a glicemia acima de 300 mg/dl e como nem sempre temos fita de glicemia para realizar o controle adequado, a insulina tipo regular é aplicada quando há fita.

Esse contexto sinaliza para a necessidade de se buscar melhores alternativas com o intuito de se controlar da doença e conscientização acerca do tratamento.

.

2 JUSTIFICATIVA

É consenso de que a DM é um agravo de saúde pública, com distribuição mundial, responsável por grandes perdas precoces e sequelas em pessoas em idade economicamente ativa.

Acredita-se, portanto que um trabalho de investigação com busca de referenciais teóricos na literatura disponível, nos últimos anos sobre dificuldades enfrentadas pelos profissionais na abordagem ao paciente diabético, bem como o levantamento de condutas já preconizadas para a assistência destes doentes, poderá propiciar aos profissionais na atenção básica a identificação de estratégias para se conseguir maior adesão dos pacientes ao tratamento, bem como a identificação de condutas mais adequadas que possam favorecer uma melhor assistência a esses pacientes. E como consequência, obter-se uma redução das complicações, melhorando, assim, a sua qualidade de vida. E contribuindo, ainda, para que seja possível prestar uma assistência de maior qualidade ao portador de DM.

3 OBJETIVOS

Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na abordagem aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus;

Conhecer as condutas adotadas pelos profissionais de saúde na assistência aos pacientes portadores de DM, com vistas à melhoria desta assistência.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho a metodologia adotada foi a realização de uma revisão bibliográfica dos artigos nos seguintes idiomas: inglês, português e espanhol, disponíveis on-line, com o objetivo de buscar referenciais teóricos sobre a abordagem do paciente portador de DM no contexto da Atenção Básica.

A pesquisa foi feita a partir das bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), além dos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais publicados a partir de 2002. Os artigos foram selecionados a partir dos descritores: *Saúde da família*, *Atenção Primária à Saúde* e *Diabetes Mellitus*. Foi realizada uma leitura criteriosa de cada artigo. Aqueles que relataram experiências qualitativas ou quantitativas de abordagem ao paciente portador de DM evidenciando as complicações da doença e a assistência prestada na atenção básica foram incluídos no estudo em questão.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Atuação da atenção básica no controle do Diabetes e suas complicações

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) na rede pública de saúde, cerca de 80% dos casos de DM2 podem ser atendidos predominantemente nos serviços de atenção básica, enquanto os casos de diabetes tipo 1 requerem maior participação de especialistas (atenção secundária ou terciária), em virtude da complexidade de seu acompanhamento.

A diferenciação entre DM1 e DM2 se faz necessária para maior compreensão do seguimento dos pacientes. O DM do tipo 1 é resultante inicialmente, da destruição das células beta pancreáticas, cuja destruição ainda não é bem conhecida. É, também decorrente de doença autoimune. É mais observado em crianças e adolescentes, podendo acontecer também em adultos. O DM do tipo 2 procede, em geral, de resistência à insulina e deficiência relativa de sua secreção de insulina. De praxe, os pacientes tem excesso de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

É importante contextualizar o modelo de saúde vigente no país, sendo assim foi feita a leitura de dois artigos sobre o assunto. A relação Estado e saúde sempre foi conflituosa em quaisquer momentos políticos da história do país.

A assistência médica previdenciária surge no Brasil mercantilizada sob a forma de seguro, onde os serviços de saúde eram garantidos pelo pagamento mediante desconto compulsório dos trabalhadores inseridos nos polos dinâmicos da economia. Desta forma, grande parte da população, localizada na área rural ficava desprovida de cuidados médicos (ELIAS, 2004).

A Constituição Federal de 1988 inovou ao tratar em uma de suas seções sobre o conceito de saúde, que passa a ser dever do Estado e direito do cidadão (BRASIL, 1988). Com isso, o acesso pleno ao sistema de saúde não depende mais apenas da renda do trabalhador, surgindo, assim, um novo padrão de cidadania. E ainda segundo Elias (2004), o Sistema Único de Saúde – SUS surge em um contexto

político de “desfinanciamento” das políticas sociais em que a área da saúde vai se firmando como fonte de acumulação de capitais.

Diante desse cenário, em 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família – PSF como proposta política de reorganização da atenção básica, com a oferta de ações e serviços públicos próximo ao território sócio-sanitário da população.

A partir desse novo modelo de saúde ocorreu a pactuação entre as três instancias de governo (gestores do SUS), bem como a definição de suas competências em cada nível de atenção à saúde para garantir a promoção da mesma, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

Com a Política Nacional de Atenção Básica houve uma revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS, que preconiza práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas pelo trabalho em equipe, através de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade de maneira a resolver os problema de saúde de maior frequência da população adscrita. Desta forma, houve a preocupação do Estado com a formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, com práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas.

A expansão da cobertura do PSF para os grandes centros urbanos apresenta progressiva adesão dos gestores municipais e estaduais, sobretudo no co-financiamento, o que não se via em 1994, ano de sua implantação.

A equipe básica de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, devendo atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da hipertensão arterial e do DM.

Considerando que uma equipe de saúde possua sob sua competência 800 famílias e que uma família tenha em média cinco integrantes, teremos uma população estimada de 4.000 pessoas por equipe. (BRASIL, 2001)

As equipes de saúde, segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) devem:

- Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- Identificar, na população em geral pessoas com fatores de risco para DM2
- Encaminhar à unidade de saúde, para exame de glicemia, as pessoas com fatores de risco para DM2.
- Verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos às consultas agendadas na unidade de saúde;
- Verificar a presença de sintomas de elevação e/ou queda da glicemia e encaminhar para consulta extra.
- Perguntar, sempre, ao paciente diabético se está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de mudança no estilo de vida - dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas;
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida;
- Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência;
- Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, garantindo ao paciente o fornecimento do medicamento prescrito;
- Orientar pacientes sobre automonitorização glicêmica e técnica de aplicação de insulina.
- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; em especial com os pacientes diabéticos;
- Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- Solicitar os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários;
- Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo ou com comorbidades;

- Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e do diabetes, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou comorbidades;
- Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades;
- Realizar o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco.
- Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco;
- Realizar glicemia capilar dos pacientes diabéticos, a cada consulta,
- Encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica;
- Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico;
- Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitam de uma consulta especializada.

Cabe destacar, também, que a portaria nº 648 de 28 de março de 2006 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família - PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS, preconiza que uma equipe de saúde da família deva atender no máximo quatro mil pessoas, mas que a média ideal seria de três mil pessoas (BRASIL, 2006b).

5.2 O atendimento ao portador de diabetes mellitus na Atenção Básica de Saúde.

Para maior conhecimento e compreensão do atendimento prestado aos portadores de DM foram analisados quatro artigos e identificadas sete categorias de atuação dos profissionais da atenção básica.

Silva *et. al.* (2011) realizaram um estudo transversal em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto- SP, organizada para a oferta de atenção básica e de média complexidade. Os dados foram obtidos a partir de prontuários dos pacientes, no período de julho a dezembro de 2008. Na primeira etapa deste estudo, foram selecionados 333 prontuários de usuários com DM elencados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos da referida Unidade. Estabeleceram-se como critérios de inclusão os prontuários que tivessem registro de dois ou mais atendimentos médicos ou de enfermagem no período de janeiro de 2007 a julho de 2008. Ao final, foram investigados 138 prontuários de saúde que atenderam aos critérios de inclusão pré estabelecidos. Os autores concluíram que a estrutura física e material eram adequadas, porém em relação ao processo de trabalho, as ações eram fragmentadas. Estes resultados apontaram ser, portanto, necessário repensar o modelo de organização de trabalho da equipe de saúde.

Em um segundo estudo, realizado por Bersusa *et al.* (2010), em 2007, nos municípios com mais de 100.000 habitantes da Baixada Santista foram entrevistadas 6.815 pessoas, com HAS, DM ou ambos. Este estudo teve como objetivo descrever as características do processo de atendimento dos portadores desses agravos. Para isso, foi realizada a análise de informações do inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde. Concluiu-se que as ações elementares como, por exemplo, a visita domiciliar não são realizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde.

O estudo de caso etnográfico, realizado por Souza e Garnelo (2008), no município de Manaus, com os pacientes cadastrados no HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) e vinculados a uma unidade com PSF e uma unidade básica de saúde, avaliou se a necessidade de saúde dos usuários estava sendo atendida por meio de observação e entrevistas com usuários e profissionais. Observou-se a inexistência do serviço de referencia e contra referencia, pouca atividade educativa, carência de meios de infraestrutura urbana, agenda focada no atendimento da demanda espontânea dentre outros problemas.

O quarto e último estudo analisado, também de caráter qualitativo, teve como local da pesquisa um centro de saúde referência em DM para quatro unidades do PSF. Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores de saúde com mais de um ano na unidade e envolvidos com o atendimento às pessoas com DM, os quais constituíram o Grupo I, e os usuários cadastrados na unidade há mais de um ano compondo o Grupo II. Os resultados evidenciaram o serviço da atenção básica pouco estruturado, com acesso restrito e focalizado no direcionamento para ações de baixa complexidade, falta de corresponsabilidade dos profissionais em relação ao acolhimento e ao vínculo com os pacientes (BASTOS et al, 2011).

Pelo estudo destes artigos foi possível identificar seis categorias para a discussão da atenção a pacientes portadores de DM na Atenção Básica. As categorias identificadas foram:

- Acesso ao serviço
- Consultas médicas e de enfermagem
- Orientações e educação em saúde
- Realização de exames laboratoriais
- Avaliação dos pés e busca por de mais complicações
- Adesão ao tratamento.

5.2.1 Acesso ao serviço

No estudo qualitativo realizado por Bastos *et al.* (2011), os usuários explicitaram em seus discursos a situação de restrição do acesso aos serviços de saúde, tanto na atenção básica, quanto na de média e alta complexidade, no que se refere à realização de exames complementares, consultas com especialistas e internações hospitalares.

Souza e Garnelo (2008, p.593) confirmaram esse achado quando tiveram como depoimento: “Sob a chuva, vencer as íngremes ladeiras de uma rua enlameada é o primeiro obstáculo - sobretudo para os idosos - a ser superado para acessar o atendimento”.

A unidade de saúde da família estudada por esses autores localizava-se em uma área de invasão, caracterizada pela precariedade sócio sanitária. Em consequência, além de penosas, as caminhadas eram longas. Já a unidade básica de saúde localizava-se em área urbanizada próxima à região portuária, com tráfico de drogas e prostituição nos arredores, o que também gerava dificuldade de acesso à unidade, que dista mais de um quilômetro do principal aglomerado de domicílios do bairro. Foi apontada a inexistência de linha de ônibus que interligue as residências ao serviço de saúde, o que obrigava os usuários a enfrentarem grande distância a pé (SOUZA, GARNELO, 2008).

O estudo de Bersusa *et al.* (2010) corroboram esse achado ao detectarem que entre os portadores de DM, apenas 29,1% deles eram cadastrados em alguma unidade de saúde, sendo 20% cadastrados em uma ESF e 9,1% cadastrados no PACS. Dessa forma, mais da metade dos portadores de DM encontravam-se sem cadastro em uma equipe que se responsabilizaria por eles.

Por outro lado, constatou-se em estudo realizado por Bastos *et al.* (2011), o descompasso entre as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços na unidade. Os profissionais e usuários relataram que as filas são constantes, as vagas são poucas. Diante dessas limitações, alguns usuários desistem e buscam o sistema privado de saúde.

5.2.2 Consultas médicas e com enfermeiros

Para Bersusa *et al.* (2010), é fato que tanto os pacientes da rede pública quanto aqueles que são atendidos pelo setor privado não procuram o atendimento médico por não manifestarem os sintomas clássicos do diabetes. O caráter curativo em detrimento da prevenção e manutenção da saúde ainda é realidade nas diferentes regiões do país. Não foi relatado motivo pelo qual não há procura pela consulta de enfermagem.

Segundo Silva *et al.* (2011), em estudo realizado a partir de dados levantados em prontuários detectou-se que apenas 9,4% traziam o registro de consulta de enfermagem. Os dados mostraram que o enfermeiro tem documentado pouco a sua

prática profissional realizada com usuários com DM, o que demonstra discordância com o que preconiza a legislação profissional.

Souza e Garnelo (2008) identificaram a importância da organização do processo de trabalho em relação ao acolhimento dos pacientes com o intuito de agendar os casos de difícil controle para os médicos especialistas, e os clientes que necessitam apenas de manutenção encaminhados para a consulta com o clínico geral e/ou com o enfermeiro a fim de otimizar as agendas programadas.

Ainda fundamentada em Souza e Garnelo (2008) no que se refere ao cuidado oferecido, este é centrado no indivíduo doente e focaliza aspectos biomédicos, sobretudo farmacológicos para o controle da doença. Os cuidados prestados pelos profissionais de nível superior, particularmente os médicos, se estruturam em torno da demanda espontânea e dos sintomas atuais, valorizando apenas aqueles passíveis de tratamento medicamentoso. A observação mostrou que, mesmo para as doenças crônicas cujo cuidado pressupõe uma longa convivência entre doente e profissional de saúde, o tipo de atendimento prestado persiste, pois muitas vezes é orientado para a queixa atual e não para o seguimento longitudinal do usuário.

5.2.3 Orientações e educação em saúde

Segundo Bersusa *et al.*(2010) , em relação a essa categoria, verificou-se que 90,7% dos profissionais de saúde não participavam de atividades educativas até o momento da coleta dos dados. Considerando que o apoio educacional é fundamental para o controle e tratamento da doença, a não participação nas atividades é elevada, comprometendo assim o adequado acompanhamento desses pacientes.

E, conforme Silva, et al. (2011) apontaram em seu estudo, os registros nos prontuários restringiam-se às orientações superficiais quanto à alimentação e prescrição do tratamento não medicamentoso. As anotações eram pouco detalhadas e se referiam apenas à perda de peso, sem enfoque nos hábitos alimentares, número de refeições, intervalos e restrições, bem como sua relação com os medicamentos prescritos.

Em seu estudo, Souza e Garnelo (2008) detectaram que o pouco trabalho educativo realizado pelas equipes de saúde da família é direcionado indevidamente para a população idosa. E como na maioria das vezes são as mulheres que têm a função de comprar e preparar os alimentos, elas também deveriam ser orientadas de forma contínua sobre a importância e necessidade da alimentação balanceada, fracionada, hipossódica e hipoglicêmica.

Quanto à atividade física, os registros se referiam à prescrição dessa atividade, porém sem anotações acerca dos benefícios e aspectos relacionados ao tipo de atividade, horário, cuidado com a alimentação, tempo de realização, cuidados com calçados adequados, entre outros (SILVA *et al.*, 2011)

Esses autores enfocaram ainda a questão da escassez de registros relacionados ao programa de promoção de autocuidado, o que é fundamental no controle e manutenção do quadro clínico do paciente diabético. Nesse estudo foi também verificada uma elevada frequência de registros de atendimento dos profissionais médicos e de procedimentos realizados por auxiliares de enfermagem, observando-se, assim, a ausência de registro de enfermeiros e demais profissionais de nível superior. Isso indica que a organização do trabalho ainda está centrada no modelo biomédico.

E para Bastos *et al.* (2011) , a prática ainda é individualista, curativa e médico-procedimento-centrada, mostrando que a integralidade da atenção ainda necessita ser conquistada, construída, uma vez que a fragmentação ainda é frequente nessas ações.

Segundo Souza e Garnelo (2008), não se observou durante as consultas preocupação com outras ações educativas e preventivas, tais como a indicação de exames colpocitológicos, mamografia ou outros meios de monitoramento da saúde do indivíduo. Percebe-se, portanto, não houve uma preocupação holística e sim apenas uma idéia de resolução daquele sintoma apresentado no momento da consulta.

5.2.4 Realização de exames laboratoriais

Os estudos de Bersusa *et al.* (2010) apontaram que 70,2% dos portadores de DM já realizaram exame de glicemia mais de uma vez, sendo que 49,6% realizaram pelo menos um exame de sangue nos últimos seis meses; 26,2% o realizaram entre seis meses e um ano e 24,2% há mais de um ano. Ou seja, quase metade da população entrevistada portadora de diabetes está com exame de glicemia em atraso, pois de acordo com o Ministério da Saúde esse exame deve ser realizado mensalmente em pacientes não usuários de insulina. (BRASIL, 2006a)

Segundo o estudo de Silva *et al.* (2011), a aferição da glicemia de jejum estava presente em 93,5% dos prontuários, porém não foi relatado o intervalo entre as aferições. No que tange à avaliação laboratorial, verificou-se que a maioria dos exames registrados se refere ao perfil glicêmico, seguido do lipídico. Porém, a hemoglobina glicada não foi registrada como exame de excelência para avaliação do perfil glicêmico e acompanhamento da terapêutica medicamentosa prescrita. Esse procedimento, que deveria ser realizado minimamente três vezes ao ano, não foi mencionada no estudo de Bastos *et al.* (2011).

5.2.5 Avaliação dos pés e busca por demais complicações

Os profissionais de saúde não têm o hábito de descrever no prontuário a avaliação dos pés durante a consulta, o que, como afirmam Silva *et al.* (2011), dificulta a identificação de como essa parte do exame físico está sendo realizada, informações imprescindíveis para que se possa planejar, implementar e avaliar as ações para o autocuidado com os pés. Neste contexto, o paciente estará em risco e poderá apresentar complicações como o *pé diabético*.

Para Souza e Garnelo (2008), no que se refere a alguns aspectos biológicos, o diabetes é um assunto que deve ser revisto. Segundo os autores, na unidade de saúde da família pesquisada, uma paciente do HIPERDIA procurou o serviço com queixa de dificuldade visual. Foi orientada a retornar em outro momento, pois aquele era "o dia do HIPERDIA" e só no dia seguinte haveria atendimento de clínica geral. O evento confirma a dificuldade de articulação de queixas, mesmo no interior de uma única ação programática, ao se ignorar a associação recorrente entre diabetes

e comprometimento visual, que indica a recomendação de que os diabéticos se submetam à investigação periódica da saúde ocular.

5.2.6 Adesão ao tratamento

No estudo realizado por Bersusa *et al.* (2010) 75,6% dos entrevistados disseram ter tomado medicamento oral no último mês; e 18,1% informaram ter tomado insulina. 57,9% dos que tomaram o medicamento oral informaram que o obtiveram no posto de saúde ou hospital; e a insulina foi obtida nesses serviços por 60,0% dos pacientes. Porém, um dado preocupante foi detectado quanto aos usuários de medicação oral: 25,2% dos pacientes afirmaram que não tomam a medicação oral regularmente; e 2,3% dos que deveriam utilizar a insulina só o fazem quando os problemas se manifestam. Ainda no que se refere à dieta para os portadores de DM, foi avaliada a restrição dos açúcares e carboidratos e o consumo de produtos dietéticos. Cerca de 20% não faz dieta e cerca de 80% não se preocupa em perder peso ou realizar atividades físicas regularmente.

Souza e Garnelo (2008) apontaram um dado semelhante: detectaram não haver uso regular de medicamentos por parte do portador de diabetes, assim como as orientações acerca da dieta não eram seguidas.

A leitura e análise desses artigos sinalizaram para as diversas dificuldades que campeiam o vivido das pessoas com diabetes. Dificuldades essas que vão desde problemas de infraestrutura nas unidades de saúde, tendo em vista a falta de medicamentos, de materiais para aferição de glicemia, de atendimento de outras especialidades médicas até a falta de atualizações da própria equipe de saúde, dentre outras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação da equipe de saúde no processo de cuidado de pessoas com DM envolve a prevenção de complicações, a promoção da saúde e o estabelecimento de ações de educação para o fortalecimento da adesão aos tratamentos medicamentosos e comportamentais.

Assim, o enfermeiro necessita estabelecer vínculo com as pessoas que buscam atendimento, promovendo a troca de informações e permitindo que elas expressem seus sentimentos em relação à sua situação de saúde-doença, o que auxilia na adesão ao tratamento e nas mudanças do estilo de vida.

As ações propostas pelo PSF vão desde a territorialização, atendimento ambulatorial com a realização de consultas e outros procedimentos até a proposição de visitas domiciliares, educação em saúde e de vigilância epidemiológica, entre outras. Constitui-se também como uma importante fonte de dados sobre a população acolhida, viabilizando a condução de estudos epidemiológicos que permitam conhecer a magnitude do problema.

Compreende-se que a estratégia de implementação do PSF possa estar orientada também para a vigilância e controle de doenças crônicas mais relevantes no atual perfil epidemiológico brasileiro.

A potencialidade do PSF em facilitar o acesso da população aos serviços de saúde é inviabilizada pela baixa cobertura do programa e pela precariedade da infra-estrutura urbana das áreas mais carentes.

Um dado preocupante, encontrado nos artigos analisados, de visitas não realizadas pelas equipes aos pacientes entrevistados demonstra uma séria lacuna na estruturação do programa e, conseqüentemente, na sua eficácia. Outra falha citada repetidas vezes foi a inexistência de um efetivo sistema de referência e contra referência. Essa dificuldade torna-se uma barreira, por vezes intransponível, para o acesso dos usuários a cuidados de maior nível de complexidade.

Se por um lado, preconiza-se a relação horizontal da equipe de saúde, por outro lado, espera-se que o enfermeiro seja responsável pelo treinamento e supervisão dos auxiliares de enfermagem na realização de procedimentos e no trato de aspectos teóricos e práticos relativos a DM, conforme proposto no Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes. Como responsável pelo treinamento e supervisão, era de se esperar maior frequência de registros desses parâmetros pelo enfermeiro.

O enfermeiro tem papel relevante na condução e seguimento educativo dos usuários. A falta de ações educativas sistematizadas visando o automanejo da doença aponta para a fragmentação do processo assistencial, o que pode comprometer a adesão dos usuários ao tratamento preconizado, aumentando os custos de atendimento à saúde.

Outro ponto que pode contribuir para a não adesão ao tratamento é o desconhecimento das condições de vida dos usuários e suas repercussões no tratamento. O que representa uma barreira para a adequada abordagem do DM. Essas variáveis implicavam negativamente no uso regular de medicamentos pelos pacientes que moram em locais distantes da unidade, cujos limites de acesso dificultavam o retorno às consultas. E também reflete no que se refere ao atendimento ou não das dietas prescritas, seja pela falta de poder aquisitivo para adquirir os alimentos recomendados ou pelo significado simbólico e afetivo de se compartilhar refeições em família, atividade prejudicada pelo rigor de uma dieta "sem graça".

Muitas vezes, esses contextos são ignorados pelos profissionais de saúde, que acabam por atribuir os problemas nessa esfera, exclusivamente, à falta de compromisso dos doentes com o tratamento.

O cuidado com pessoas com DM mostra-se fragmentado e pautado no modelo médico-centrado, sendo operado com baixo acolhimento, pouco vínculo e pouca responsabilidade social, sem investimento na construção dos sujeitos, distante da integralidade desejada para potencializar o usuário como centro das atenções no processo terapêutico.

Conclui-se, assim, que os usuários portadores de DM enfrentam um acesso restrito ao atendimento, focalizado em consultas médicas e medicações, e dificultado para demais especialidades e profissionais da área da saúde, tanto na atenção básica quanto para procedimentos de média e alta complexidade, referentes às realizações de exames complementares, consultas com especialistas e internações hospitalares. A atenção básica pode interagir com o DM de forma mais resolutiva se os profissionais envolvidos compreenderem verdadeiramente seu papel, e objetivando a criação de um vínculo com os pacientes. Para isso, é necessário que se crie mais unidades, para que as já existentes não fiquem sobrecarregadas e possam desenvolver um trabalho de qualidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. **Diabetes Care**, Alexandria-VA, v.. 34, n.1, 2011

BASTOS, L. S. et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.16, n.1, p. 1417-1426, 2011.

BERSUSA, A. A. S. et al. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo., v.13, n.3, p. 513-522, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica, N.16**
Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares no Brasil: Sistema Único de Saúde, SUS: dados epidemiológicos, assistência médica**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Cardiovasculares, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: manual de hipertensão arterial Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648/GM**, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Brasília, 2012.

DIAS, J. C. R.; CAMPOS, J. A. D. B. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.17, n.1, p. 239-244, 2012. Disponível em:

ELIAS, P. E. **Estado e Saúde**: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2012.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 24, n.1, p.159-172, 2008.

KOHL, H. M. Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response. **Med Sci Sports Exerc.** v. 22, p. 472-83, 2001

IBGE- Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>> Acesso em: 15 de julho 2012

SILVA, A. S. B. et al. Avaliação da atenção em *diabetes mellitus* em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.3, p. 512-518, 2011

SILVA, T. R.-et al. Controle de Diabetes Mellitus e hipertensão arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.3, p.180-189, set./dez. 2006

SILVEIRA, J. A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com *Diabetes mellitus* acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, vol. 34, n.1, p. 43-49, 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. – Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **O avanço do diabetes no mundo, segundo a OMS**. São Paulo, 2012.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. "**É muito dificultoso!**": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de v. 24, supl. 1, p. 591-599, 2008.

