



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF) EM  
REDE**

**LUCIEUDA RODRIGUES DE ARAUJO**

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES  
MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2020**

**LUCIEUDA RODRIGUES DE ARAUJO**

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES  
MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado profissional em saúde da família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestrado em Saúde da Família - RENASF. Área de concentração: Atenção e Gestão do cuidado em saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa.

**JOÃO PESSOA – PB**

**2020**

**PRÉVIA DA FICHA**

Catálogo na publicação  
Seção de Catalogação e Classificação

nbsp; Araujo, Lucieuda  
Rodrigues de.  
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE  
DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Lucieuda Rodrigues de  
Araujo. - João Pessoa, 2020.  
97 f.

Orientação: Claudia Santos Martiniano Sousa Sousa.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCBS.

1. Atenção Primária à Saúde. Doenças crônicas. 2.  
Diabetes Mellitus. Organização de Serviços. I. Sousa,  
Claudia Santos Martiniano Sousa. II. Título.

UFPB/BC

**LUCIEUDA RODRIGUES DE ARAUJO**

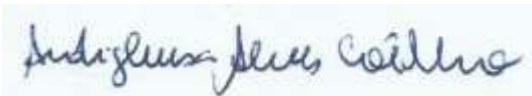
**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES  
MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado profissional em saúde da família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestrado em Saúde da Família - RENASF. Área de concentração: Atenção e Gestão do cuidado em saúde.

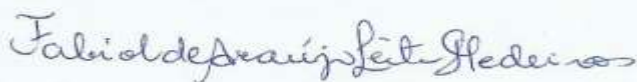
Banca Examinadora



: \_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa - Orientadora  
Universidade Estadual da Paraíba



: \_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Ardigleusa Alves Coelho – Membro Titular Interno  
Universidade Estadual da Paraíba



: \_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros – Membro Titular Externo  
Universidade Estadual da Paraíba

Data da Aprovação: 31 de Março de 2020

**JOÃO PESSOA – PB  
2020**

**“Conhecimento sozinho, não faz ninguém  
desejar plantar uma árvore e nela fazer um  
balanço. Para isso é preciso Amor.”**

**Rubem Alves.**

***DEDICO:***

***A todos que acreditam e lutam pela consolidação do SUS.***

## AGRADECIMENTOS

*A minha irmã, Luciana Rodrigues, responsável para que eu prosseguisse, apesar de tempos tão adversos, sem ela, não teria concluído, a ela devo esse mestrado.*

*A Professora Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa, a melhor orientadora que eu poderia ter tido, reúne virtudes nobres: generosidade, respeito e paciência que somados a seus vastos conhecimentos e inteligência tornou o processo pedagógico criativo e enriquecedor. Depois dela não serei a mesma. Registro minha gratidão pelo Acolhimento ao longo desse árduo e enriquecedor processo.*

*As professoras Dras. Ardigleusa Alves Coelho e Fabíola de Araújo Leite Medeiros por aceitarem prontamente o convite para participar da banca e pelas contribuições.*

*A minha família, uma bela colcha de retalho impressa na minha vida, tem como marca o legado da leitura e do conhecimento. Imprescindível evocá-los: minha mãe, Maria Lindalva, meu pai, Aroldo (in memoria), minhas irmãs: Dalvinha, Liginha e Luciana; meus sobrinhos: Camila e Gustavo, minhas tias e tios: Cira, Guia, Dália, Mari, Dalva (in memoria), Leimar (pelo apoio no Inglês), Roberto, Zito, Marcos e Edvan, minha prima Taís e os agregados Berg e Talita.*

*A Liginha e Berg pelo pouso e repouso seguro.*

*A Camila e Gustavo pelo incentivo, apoio e amor.*

*A Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz e Jairo Porto Alves, dois anjos em forma de homens que surgiram no meu caminho, os quais me ajudaram a “carregar e tocar o piano” e me acenderam a esperança na humanidade.*

*A Wezila Gonçalves, pelo apoio e contribuições.*

*A Andrea Mendes, coordenadora da Atenção Básica do município de Barra de Santana, de quem recebi todo apoio para efetivação dessa pesquisa.*

*Aos trabalhadores da APS que participaram e contribuíram para a realização desse estudo.*

*A minha equipe, por comportar minhas ausências e especialmente a Priscila Kelly por todo o cuidado e apoio logístico e emocional.*

*A Poliana, companheira de todas as travessias que nunca soltou o remo nem me deixou à deriva.*

*A UFPB, a coordenação do curso do MPSF e todo corpo docente por assumir essa grandiosa proposta de qualificar profissionais dos serviços, belo exemplo do papel da academia.*

*A todos os colegas da turma do mestrado pela partilha de experiências.*

*A uma divindade maior que reuniu tanta gente boa no meu caminho.*



## RESUMO

**Introdução:** O Diabetes Mellitus vem apresentando importância epidemiológica devido o crescente aumento de sua prevalência, reflexo de uma vertiginosa transição demográfica epidemiológica e nutricional. Torna-se um grande problema de saúde pública, principalmente pelas graves complicações que a doença provoca com comprometimento na qualidade de vida das pessoas. Adotado como modelo estratégico para Atenção Primária a Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família atravessa um grande desafio no enfrentamento dessa doença que por ter um complexo nível de abordagem, exige reflexão sobre as práticas do cuidar e da forma como o modelo está organizando sua capacidade de adequações que envolvem ações de educação, prevenção e tratamento, bem como um bom nível de preparação profissional e de organização do serviço para um cuidado desejável. **Objetivo:** Analisar a organização da atenção às pessoas com Diabetes Mellitus (DM) na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB). Trata-se de um Estudo de Caso de abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi o município de Barra de Santana, na Paraíba. Participaram do estudo os trabalhadores das equipes da ESF e do NASF-AB. O Grupo Focal foi o método escolhido para coleta de dados. Os roteiros das entrevistas foram elaborados com base no referencial teórico do protocolo instituído pelo Ministério da Saúde. Para auxiliar na organização e categorização utilizou-se o recurso tecnológico do software Atlas Ti e submetidos à Análise do Conteúdo. **Resultados:** Os dados foram analisados a partir de cinco categorias temáticas: Conhecimento e medidas de acompanhamento às pessoas com Diabetes Mellitus na área de abrangência pelas equipes de APS; Manejo dos profissionais às pessoas com Diabetes Mellitus, desafios e perspectivas das equipes da APS; Prevenção e manejo das complicações agudas e crônicas do DM pelas equipes de APS e as recomendações específicas às pessoas com Diabetes Mellitus e a abordagem educativa à pessoa com Diabetes Mellitus. Observou-se pouco domínio no conhecimento do perfil de adoecimento das pessoas com DM fragilizando o planejamento das ações desde o diagnóstico precoce, tratamento e manejo adequado das complicações crônicas, com lacunas no domínio técnico dos profissionais, falta de insumos e apoio laboratorial, dificuldades de acesso ao sistema de referência e os contornos da abordagem educativa, pautada no modelo tradicional distanciada do empoderamento para o autocuidado apoiado. **Conclusão:** A atenção dispensada às pessoas com DM na APS encontra-se fragmentada, voltada para o modelo biologicista, organizado numa demanda espontânea e pouco resolutive. Com base nos resultados deste estudo sugere-se que os gestores implantem o modelo de atenção às condições crônicas e institua um processo de educação permanente, em diabetes, para os profissionais se capacitarem para qualificar a atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doenças crônicas. Diabetes Mellitus. Organização de Serviços.

## ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes Mellitus is presenting epidemiological importance due to the increasing number of its prevalence, reflecting a dizzying epidemiological and nutritional demographic transition. It becomes a major public health problem, especially for serious complications that the disease causes impairment to the quality of life of people. Adopted as a strategic model for Primary Health Care (PHC), the Family Health Strategy faces a major challenge in facing this disease, which, due to its complex level of approach, requires reflection on the practices of care and the way the model is organizing its capacity to adaptations that involve education, prevention and treatment actions, as well as a good level of professional preparation and service organization for a desirable care. **Objective:** Analyze the organization of care for people with Diabetes Mellitus (DM) in the perception of professionals in the Family Health Strategy (FHS) and the Extended Family Health Center - Primary Care (EFHC - PC). This is a case study with a qualitative approach. The study scenario was the municipality of Barra de Santana, Paraíba. The study included workers from the FHS teams and EFCH. The Focus Group was the method chosen for data collection. The interview scripts were prepared based on the theoretical framework of the protocol instituted by the Ministry of Health. To assist in the organization and categorization, the technological resource of the Atlas Ti software was used and submitted to Content Analysis. **Results:** The data were analyzed from five thematic categories: Knowledge and accompanying measures for people with Diabetes Mellitus in the area covered by PHC teams; Management of professionals to people with Diabetes Mellitus challenges and perspectives of the PHC teams; Prevention and management of acute and chronic complications of DM by PHC teams and specific recommendations for people with Diabetes Mellitus and the educational approach to people with Diabetes Mellitus. There was little domain knowledge of the health profile of people with DM weakening the action planning since the early diagnosis, treatment and management suitable for chronic complications, with gaps in the technical field of professionals, lack of supplies and laboratory support, difficulties access to the reference system and the scope of guided educational approach in the traditional model distanced empowerment for supported self-care. **Conclusion:** The attention given to people with DM in PHC is fragmented, focused on the biologicist model, organized in a spontaneous and unresolved demand. Based on the results of this study suggests that the managers deploy the model of care for chronic conditions and establish a process of permanent education in diabetes, for professionals to prepare as qualify attention.

**Keywords:** Primary Health Care. Chronic diseases. Diabetes Mellitus. Service Organization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Tabela 1 - Relação dos 10 países com maior número de pessoas com Diabetes (20 a 79 anos) e respectivo intervalo de confiança de 95% com projeções em 2015 para 2040 ..... pág. 14
- Quadro 2 - Diferenças entre o modelo tradicional de encaminhamento de usuários e a proposta do apoio matricial .....pág. 21
- Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....pág. 26
- Tabela 2 - Caracterização do perfil sócio econômico e demográfico dos profissionais de saúde.....pág. 34
- Tabela 3 – Categorias ..... pág. 35

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ADA</b>	American Diabetes Association
<b>AMGC</b>	Automonitoramento Glicêmico Capilar
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CCM</b>	Chronic Care Model
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>EqSFs</b>	Equipes da Estratégia Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GF</b>	Grupo Focal
<b>GRADE</b>	Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation
<b>HGT</b>	Hemoglicose Teste
<b>HU</b>	Hospital Universitário
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MAC</b>	Modelo da Atenção Crônica
<b>MACC</b>	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
<b>MPR</b>	Modelo da Pirâmide de Risco
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF-AB</b>	Núcleo ampliado Saúde da Família – Atenção básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SBD</b>	Sociedade Brasileira de Diabetes
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>TOTG</b>	Teste de tolerância Oral a glicose
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos .....	18
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
3.1	O sistema de saúde brasileiro e a atenção à saúde aos portadores de Diabetes Mellitus.....	19
3.2	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas como imagem-objetivo do cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus.....	24
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>29</b>
4.1	Tipo de estudo.....	29
4.2	Cenário de estudo.....	30
4.3	População e Amostra.. ..	30
4.4	Método de coleta e Análise dos dados.....	31
4.5	Considerações Éticas.....	33
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>70</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal política de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), que se constitui portanto, a porta de entrada ao sistema de saúde. O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família, foi instituído em 1994 para ordenamento da APS, tendo como objetivo estruturar o sistema de saúde pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O PSF foi adotado enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial biologicista, centrado no indivíduo, na doença e no hospital para um novo modelo alinhado aos princípios do SUS com foco na família e na prevenção (ROSA; LABATE, 2005).

Ao longo da implantação deste programa, pode-se afirmar que a estratégia se mostrou exitosa (MENDES, 2012 apud BRASIL, 2006) Dados de uma pesquisa realizada para avaliar o impacto no período de 1996 a 2004 apontaram que os indicadores de cobertura vacinal aumentaram; assim como a variação média de queda na proporção de nascidos vivos sem cobertura de pré-natal. Registrou-se queda da proporção de óbitos em menores de 1 ano, por causas mal definidas nos estratos de maior cobertura do PSF; o mesmo ocorrendo na taxa de mortalidade infantil pós neonatal.

Atualmente, pode-se afirmar que um dos maiores desafios a ser enfrentado, sob a ótica do perfil epidemiológico na APS, é o enfrentamento da prevalência elevada das doenças crônicas, resultantes da transição demográfica e epidemiológica. O Brasil convive com uma tripla carga de doenças, caracterizada por um quadro persistente de doenças infecciosas parasitárias, doenças crônicas e a morbimortalidade por causas externas (MENDES, 2012).

O SUS é desafiado a qualificar a APS uma vez que a abordagem às doenças crônicas requer um sistema de saúde capaz de efetivar a integralidade e romper com o modelo fragmentado voltado às doenças agudas, cabendo a APS assumir o papel central na coordenação do cuidado de forma a garantir a estabelecer a articulação e comunicação nos diversos pontos de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Essa realidade requer modificação no modelo de atenção, exigindo uma nova clínica para o manejo às condições crônicas, com mudanças que transcendam as consultas médicas de curto espaço de tempo para novas práticas interprofissionais e entre equipes (MENDES, 2012).

O MS adota a APS como eixo estruturante do SUS colocando-a no centro prioritário de sua agenda e vem ao longo de sua expansão elaborando políticas que superem os desafios

para a ampliação do acesso e melhoria na resolutividade. Nesse cenário, implanta o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) com estratégias de aumentar o escopo de suas ações e somar conhecimentos (BRASIL, 2014).

O NASF-AB foi criado pela portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e tem como objetivos estender a abrangência e o leque de ações da APS, prestando suporte à ESF enquanto integrante das redes de serviços. É composto por uma equipe multiprofissional com formação em várias especialidades com atuação na área de abrangência da ESF num processo de compartilhamento de práticas e de suporte às equipes (BRASIL, 2008).

Mendes (2012) ressalta o caráter multiprofissional do NASF-AB que também se coaduna com a composição multiprofissional da ESF desde sua formação. Desta forma o NASF-AB com a diversidade de categorias profissionais como nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico soma-se à APS favorecendo o manejo às condições crônicas.

O termo “condições crônicas” envolve uma gama de agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si. Entretanto, as doenças transmissíveis, como o vírus da imunodeficiência humana e a síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), as não transmissíveis, a exemplo das doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, e as incapacidades estruturais, tais como as amputações, cegueira e transtornos das articulações, embora pareçam ser diferentes, incluem-se na categoria de condições crônicas. Portanto, essa categoria abrange: condições não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo, e deficiências físicas/estruturais contínuas (OMS, 2003).

Nesse contexto, destaca-se a Diabetes Mellitus (DM) entre as condições crônicas, como um grande problema de saúde mundial. Em 2015, segundo a Federação Internacional de Diabetes (FID), 8,8% da população mundial, na faixa etária de 20 a 79 anos apresentava a referida doença com estimativas para atingir 10,4% em 2040 (FID, 2015).

As projeções para o ano de 2040, visualizadas na tabela 1 a seguir, situa o Brasil no quarto lugar entre os dez países com maior número de pessoas com DM.

Tabela 1. Relação dos 10 países com maior número de pessoas com diabetes (20 a 79 anos) e respectivo intervalo de confiança de 95%, em 2015, com projeções para 2040.

Posição	País	2015 Número de pessoas com diabetes	Posição	País	2040 Número de pessoas com diabetes
1	China	109,6 milhões (99,6 a 133,4)	1	China	150,7 milhões (138,0 a 179,4)
2	Índia	69,2 milhões (56,2 a 84,8)	2	Índia	123,5 milhões (99,1 a 150,3)
3	Estados Unidos da América	29,3 milhões (27,6 a 30,9)	3	Estados Unidos da América	35,1 milhões (33,0 a 37,2)
4	Brasil	14,3 milhões (12,9 a 15,8)	4	Brasil	23,3 milhões (21,0 a 25,9)
5	Federação Russa	12,1 milhões (6,2 a 13,7)	5	México	20,6 milhões (11,4 a 24,7)
6	México	11,5 milhões (6,2 a 13,7)	6	Indonésia	16,2 milhões (14,3 a 17,7)
7	Indonésia	10,0 milhões (8,7 a 10,9)	7	Egito	15,1 milhões (7,3 a 17,3)
8	Egito	7,8 milhões (3,8 a 9,0)	8	Paquistão	14,4 milhões (10,6 a 20,4)
9	Japão	7,2 milhões (6,1 a 9,6)	9	Bangladesh	13,6 milhões (10,7 a 24,6)
10	Bangladesh	7,1 milhões (5,3 a 12,0)	10	Federação Russa	12,4 milhões (6,4 a 17,1)

Fonte: International Diabetes Federation, 2015.<sup>1</sup>

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2015

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) elege como “evento sentinela” a amputação de membros inferiores em pessoas com DM uma vez que o mesmo pode refletir um inadequado controle glicêmico, pressórico além do tabagismo. Revela ainda fragilidades nos serviços de saúde em rastrear e estratificar o risco do pé diabético para instituir o manejo adequado. Destaca também o impacto financeiro que recai nas pessoas com DM e sua família com despesas para tratamento, nos sistemas de saúde por aumento da demanda e na economia do país por queda na produtividade (SBD, 2017).

O cuidado às pessoas portadoras de Diabetes Mellitus não tem sido fácil na APS em nível mundial. Estimativas mundiais referem que quase metade das pessoas não sabem ser portadoras de DM (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

No Brasil as estimativas apontam que um elevado número de pessoas, 5,7 milhões não sabem ser portadoras de DM, o que equivale a 46% de subdiagnóstico. Estima-se ainda que 14,6 milhões são pré-diabéticos perfazendo um total de 20 milhões de pessoas com DM em um futuro próximo (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

Esses dados foram confirmados por outros estudos apontando que 50% dos indivíduos diagnosticados com DM tipo 2 desconheciam ser portadores da doença (ROSA, 2008; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012; BAHIA et al., 2011).



De um modo geral, o impacto das condições crônicas gera insatisfação na sua condução em vários âmbitos aos profissionais da saúde, verifica-se frustrações em relação aos seus desempenhos e ao trabalho de gerenciamento; igualmente os administradores dos serviços de saúde não se sentem confortáveis com os resultados dos serviços e o desperdício de recursos (OMS, 2003).

Jasmin e Queluci (2018) em um estudo de revisão integrativa analisaram publicações científicas sobre a APS e a atenção às pessoas com DM. Os resultados obtidos evidenciaram desafios elencados em duas esferas: uma relacionada aos gestores públicos e outra aos profissionais que necessitam dispensar uma assistência mais qualificada às pessoas com DM, principalmente no que tange à adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e na prevenção das complicações crônicas evidenciadas em pessoas propensas ao pé diabético. Apontaram ainda para a necessidade de se instituir um processo de educação permanente para os profissionais da APS.

Nesse contexto, enquanto profissional da ESF desde sua implantação, movidos pelo desejo de contribuir com a qualificação da APS e conseqüentemente dispensar o melhor cuidado às pessoas com DM, enveredamos por esse desafio de investigar essa problemática, oportunidade abraçada ao ingressar no mestrado profissional de Saúde da Família. Assim, nos propomos a lançar o olhar sobre as concepções de trabalhadores e profissionais de saúde sobre a organização do cuidado às pessoas portadoras de DM, em particular a experiência vivenciada por estes em um município de pequeno porte do interior da Paraíba.

Enquanto profissional da ESF enfrentamos com a equipe um perfil epidemiológico com predominância de doenças agudas, baixa cobertura na atenção à saúde da criança, provocando elevada taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis, entre elas: diarreia, desidratação, infecções do trato respiratório, baixa cobertura vacinal e de puericultura. Assim também eram os desafios perante deficiências na atenção à saúde da mulher, lidando com baixa cobertura de pré-natal, exame citológico e planejamento familiar, sendo esse o perfil epidemiológico que mais demandava e ocupava a organização da nossa agenda de trabalho.

Os resultados do novo modelo de ação implantado para mudar a realidade da época foram compensadores e ao vermos o impacto exitoso produzido que ora apostávamos, nos vertíamos de alegria em estarmos contribuindo para efetivação do SUS, bandeira de luta da Reforma Sanitária e vitória dos que acreditam e lutam pela defesa da democracia, entendendo saúde como direito de todos e dever do estado.

No interstício de 1994 até o ano de 2020, continuamos trabalhando na APS e sentindo a necessidade de ressignificar a prática movida pelo impacto da transição epidemiológica e a

tripla carga de doenças existentes. Consciente que não será uma missão fácil, uma vez que, a resolução dos nós-críticos do nível micro, não esgotará o problema, mas muito contribuirá ao enfrentamento das doenças crônicas.

Em relação à DM, o município de Barra de Santana-PB, Brasil, local do nosso exercício profissional há 3 anos e cenário desse estudo, observa-se um imenso desafio na atenção às pessoas com DM, entre os quais se destacam: casos novos sendo diagnosticados em demanda ambulatorial espontânea e em fase já instalada da doença; a elevada prevalência de hiperglicemia; insuficiente conhecimento das pessoas sobre sua doença, refletido em padrões alimentares inadequados, sendo não raro encontrar ainda pessoas que consomem açúcar natural em substituição ao açúcar refinado e um elevado consumo de frutas, movidos pela crença que estes são saudáveis. Além disso, nota-se um grande número de pessoas desmotivadas a aderirem a uma dieta adequada e atividade física.

Percebe-se ainda consultas voltadas a demanda espontânea com pouco registro nos prontuários de solicitação e resultados de exames de rotina; diagnóstico de complicações crônicas manifestas em fase tardia e falhas na resposta terapêutica persistindo no uso de antidiabético oral por vários anos, sem revisão de um plano terapêutico adequado. Quando os sujeitos são indicados para uma atenção especializada submetem-se a uma prolongada lista de espera. Diante dessa problematização, nos propomos a aprofundar os principais nós-críticos na atenção prestada a essa população com a perspectiva de contribuirmos para mudanças efetivas no cuidado às pessoas com DM no município.

Internacionalmente, a atenção à doença crônica tem sido repensada no sentido de responder às novas demandas da transição epidemiológica. No caso brasileiro, Mendes (2012) apresenta o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, (MACC) para ser aplicado ao SUS.

Ao propor o MACC, o autor faz uma crítica ao modelo de atenção vigente, pautada na assertiva de que a clínica do século XIX não mais se adequa ao século XXI. Ressalta o esgotamento da consulta médica de curta duração que embasou historicamente, no nível micro, o modelo de atenção vigente e propõe ressignificar a forma como se dão os encontros clínicos entre equipes e profissionais de saúde, indicando a instituição de uma nova clínica. Enseja-se, portanto, modificações em oito dimensões, como destaca o próprio Mendes (2012, p. 294).

Atenção prescritiva e centrada na doença e atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família; atenção não programada e atenção programada; atenção uniprofissional e atenção multiprofissional; atenção médica especializada e atenção médica generalista; atenção presencial e atenção não presencial; atenção individual e atenção em grupo; atenção profissional e atenção por leigos; e atenção profissional e autocuidado apoiado.

Assim, adota-se nesse estudo o referencial teórico da atenção às pessoas portadoras de DM, qual seja o protocolo do Ministério da Saúde (Caderno da Atenção Básica nº 36 e 39) e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, cunhado por Mendes (2011).

Mediante o cenário epidemiológico complexo e desafiante do cuidar de pessoas com doenças crônicas, em especial a DM, que para além das estatísticas, são pessoas passíveis de sofrimento físico e psíquico e que podem ter sua qualidade de vida comprometida, consideramos que a perspectiva de apreender o olhar dos profissionais da ESF/NASF-AB imersos nessa realidade se faz necessário.

Frente o exposto, formulou-se as seguintes questões: O cuidado às pessoas portadoras de diabetes mellitus, na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, caminha na direção do que preconiza o protocolo do Ministério da Saúde? Em que medida esse cuidado se alinha ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas?

## **2 OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo Geral:**

Analisar a organização da atenção às pessoas com Diabetes Mellitus na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

### **1.2 Objetivos Específicos:**

Identificar o conhecimento dos profissionais sobre o perfil de adoecimento das pessoas com Diabetes Mellitus na área de abrangência.

Investigar a concepção dos profissionais sobre o manejo clínico às pessoas com Diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família.

Descrever a abordagem educativa às pessoas com Diabetes Mellitus na concepção dos profissionais.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O sistema de saúde brasileiro e a atenção à saúde aos portadores de Diabetes Mellitus

O Sistema Único de Saúde (SUS) resultou de um amplo movimento conhecido como Reforma Sanitária, composto por vários atores sociais que em um amplo processo de mobilização conseguem imprimir na Constituição Federal de 1988 a saúde como direito de todos e dever do estado pautado por princípios de universalidade e igualdade rompendo com o caráter excludente que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a “Constituição Cidadã” (MENICUCCI, 2014). Assim sendo, o SUS representa a maior política social de inclusão implantada no país (MENDES, 2012).

O SUS ainda não está consolidado, sendo necessário para sua defesa identificar desafios para superar e reafirmar o caráter público que lhe é conferido, destacando-se o financiamento, uma vez que a maior parte do orçamento público destina-se aos serviços privados e a fragmentação da assistência, ainda muito presente, o que fragiliza a integralidade com ênfase para o modelo das redes de atenção (PAIM, 2017).

Conforme Oliveira e Pereira (2013) a consolidação do SUS passa pela organização dos serviços de saúde organizados em uma rede articulada de assistência, com fluxos estabelecidos e regulados, com resolutividade.

Nesse sentido Harzheiman (2011, p 48) destaca o papel da APS na rede de atenção.

Coordenação do cuidado na APS é a capacidade de reconhecer os problemas de saúde abordados em outros serviços e integrar as ações realizadas nesses serviços ao cuidado global dos pacientes. Isso é, o provedor de Atenção Primária, a equipe de saúde da família, deve integrar todo o cuidado que o paciente recebe independentemente do local no qual esse cuidado foi recebido.

Conforme Oliveira e Pereira (2013) a consolidação do SUS consiste na compreensão que os serviços de saúde necessitam estar organizados, a começar de uma rede articulada de assistência, com fluxos estabelecidos e regulados, cujo propósito é acolher as necessidades dos usuários e do sistema de saúde, embasados por parâmetros epidemiológicos, econômicos e culturais. No entanto, ainda é hegemônica a organização de rede de serviços com desenho piramidal classificado por níveis de acesso, corroborando para a desarticulação do cuidado,

tendo em vista que a APS deve coordenar a assistência e o acesso aos serviços de saúde especializado, se fazendo prioridade a integralidade da atenção à saúde (OLIVEIRA, 2014).

Tal fato fortalece a crise instaurada no SUS, que perpassa pelo capital financeiro, pela dicotomia da assistência e desarticulação dos níveis de atenção à saúde, não superada pelo modelo vigente, fragmentando o cuidado e o sujeito. Oliveira (2014, p. 22) aponta que, nesse modelo fragmentado, “ao invés de pensar a atenção básica como ‘base’, fundada no território, o ‘fundamento’ do sistema de saúde, foi compreendida como um lugar sem muita importância, ou simplesmente como um ‘nível de assistência’”.

Nesse intento, o Ministério da Saúde tem como estratégia de reordenamento da APS a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual vem rompendo com o modelo sanitário brasileiro com assistência médico centrado e curativo para um trabalho multidisciplinar, e o adoecimento compreendido como um processo socialmente determinado (CAMARGO, 2016).

O SUS vem se estruturando progressivamente, estando em constante construção, e por assim dizer possui inúmeros desafios sejam de ordem de gestão, financeira, estrutural ou operacional. Nesse contexto, a APS vem se fortalecendo como base do sistema de saúde, a qual deve ser organizadora e coordenadora do cuidado em saúde (BRASIL, 2012). Desse modo, a APS, enquanto eixo estruturante do sistema de saúde pode dar resolutividade por 75% a 85% dos problemas de saúde da população (STARFIELD, 2002).

No ano de 2006, o MS instituiu a Portaria nº 648 Política Nacional de Atenção Básica PNAB que define normas e diretrizes do PSF. Com o alcance nacional, tal programa se torna estratégia, com território definido, responsabilização do cuidado, atenção integral à saúde, tendo como base a família e a comunidade, visando à promoção e a assistência dos agravos e vulnerabilidades, ampliando o acesso à saúde e buscando a integração dos serviços e organizações sociais (BRASIL, 2006).

Ainda para fortalecer a APS o MS implanta em 2008 o NASF-AB tendo em sua composição uma equipe que pode ser composta por profissionais de diversas especialidades e tem como um dos objetivos romper com a prática tradicional da referência e contrarreferência substituindo-a pelo compartilhamento de casos, fortalecendo o princípio da longitudinalidade e da integralidade que tem na APS o papel central de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (PNAB 2012).

O NASF-AB se ancora no referencial teórico metodológico do Apoio Matricial (BRASIL, 2011). Esse por sua vez se capilariza enquanto apoio às equipes em dois eixos de ações: a retaguarda especializada e o suporte pedagógico, voltados diretamente para atenção aos usuários e profissionais (CAMPOS; DOMITI, 2007).

Apoio Matricial ou Matriciamento é um modelo de produzir saúde em que duas ou mais equipes em um processo de construção compartilhada criando uma proposta de intervenção pedagógica terapêutica (CHIAVERINI, 2011, p. 13).

O quadro abaixo pontua as diferenças entre o modelo tradicional de referência e contra referência e a proposta de apoio matricial.

Quadro 2 – Diferenças entre o modelo tradicional de encaminhamento de usuários e a proposta do apoio matricial.

Modelo Tradicional	Proposta do Apoio matricial
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar as pessoas para agendamento de consulta individual com o nutricionista para orientações alimentares e nutricionais.</li> <li>• Encaminhar as pessoas para agendamento de visita domiciliar do farmacêutico para avaliação da adesão aos medicamentos.</li> <li>• Encaminhar as pessoas ao profissional de Educação Física para prática coletiva de atividade física.</li> <li>• Encaminhar as pessoas para o endocrinologista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir o tema “Diabetes <i>melittus</i>” e estratégias para seu controle com os profissionais do NASF-AB (psicólogo, assistente social, profissional de Educação Física, nutricionista, entre outros).</li> <li>• Discutir com os profissionais do NASF-AB propostas de ações e condutas que a própria equipe de AB poderia realizar individual ou coletivamente.</li> <li>• Planejar e realizar com os profissionais do NASF-AB intervenções conjuntas (atendimentos individuais ou coletivos, atendimentos domiciliares, atividades no território etc.).</li> <li>• Pactuar intervenções específicas dos profissionais do NASF-AB, com discussão e repactuação permanentes com a equipe de referência.</li> <li>• Construir Projetos Terapêuticos Singulares para os casos mais difíceis ou complexos.</li> </ul>

Fonte: DAB/SAS/ MS, 2013.

Em 2011, reafirmando sua aposta na APS, o MS edita uma nova versão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), na qual são destaques programas e ações que contribuem para o fortalecimento do SUS, como base para a consolidação dos pontos norteadores do sistema. Logo: “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2011, p. 19).

Nesse contexto, em 2012 o MS instituiu, mediante a portaria n° 3.142, de 28 de dezembro, mudanças para implementação no NASF-AB, criou mais uma modalidade, reduziu o número de equipes a ele vinculado, agregou novas categorias profissionais, reafirmando as possibilidades de incentivo federal aos municípios conforme modalidade adotada.

Em 2017, é lançada a portaria n° 2.436, de 21 de Setembro de 2017 com revisão e novas diretrizes para a atenção básica, dentre as mudanças destaca-se a nova nomenclatura

do NASF-AB que passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017).

A representação da nova PNAB, conforme análise de Melo et al (2018, p. 329).

Recentemente, em 2017, foi publicada uma nova edição da PNAB, diante de muitos protestos e questionamentos de atores e seguidores do SUS e da saúde coletiva, em uma conjuntura de ataques a todas as políticas sociais. Ainda que nessa PNAB não tenha havido mudanças estruturais importantes no NASF-AB, chama a atenção o fato de que ela amplia sua responsabilidade para as chamadas equipes de AB tradicionais, retira o termo Apoio de sua nomenclatura, gerando dúvidas sobre o lugar que o matriciamento passa a ter aos gestores responsáveis pela implementação das mudanças, além de colocar em risco a própria ESF.

Morosini; Fonseca e Lima (2018) apontam que a nova PNAB (2017) representa retrocesso e risco para o SUS elencando os seguintes pontos de inflexão: relativização da cobertura; segmentação do cuidado em padrões essenciais e ampliados de serviços; reposicionamento da Estratégia Saúde da Família e a retomada da Atenção Básica tradicional; integração das atribuições e/ou fusão dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias; e fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde. Por esses motivos, os autores consideram que

[...] o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

Nesse cenário o MS lança a recente nota técnica nº 3/2020, (2020) que trata do NASF-AB e programa Previne Brasil com base na portaria nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019 que determina o atual modelo de financiamento de custeio da APS e revoga algumas normativas.

Conforme a nota técnica as equipes do NASF-AB rompem o modelo de elo enquanto equipe multiprofissional na sua composição, portanto, o gestor no âmbito municipal passa a ter a autonomia no arranjo das equipes, estabelecendo quais profissionais serão inseridos, a carga horária e disposição das equipes.

A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas (BRASIL, 2020).

Nesse cenário, Mendes (2018) relata que o SUS e o serviço suplementar de saúde, não acompanharam adequadamente o enfrentamento das condições crônicas, que na segunda



metade do século XIX, movido por uma vertiginosa transição demográfica, nutricional e epidemiológica exigem mudanças em três eixos: o modelo de atenção, os profissionais e os usuários.

Gomes (2014) pontua que a crise contemporânea do SUS passa ainda por problemas da assistência à saúde, com abordagem desarticulada e fragmentada.

Assim a DM mundialmente epidêmica desafia os serviços de saúde, com estimativas de prevalência crescente. Espera-se 642 milhões de pessoas na faixa etária entre 20 e 79 anos convivendo com a diabetes no mundo. Destaca-se que no ano de 2015, 75% do total das pessoas com DM viviam em países com baixa e média renda, sendo 46,5% delas não diagnosticadas (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2015). A doença é responsável por complicações agudas e crônicas que podem progredir para invalidez precoce, queda da qualidade de vida e sobrevida dos doentes, podendo ser acometidos de alterações cardiovasculares, circulatórias e neurológicas, além de serem responsáveis pelo aumento do custo de tratamento e frequentes hospitalizações (WHO, 2016).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) relata que o avanço da prevalência do diabetes se deve a multifatores como a urbanização acelerada, transição epidemiológica, nutricional, aumento do sedentarismo, e consequentemente sobrepeso, crescimento e envelhecimento populacional, e ainda a maior sobrevida dos diabéticos.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) é estimado que a hiperglicemia é a terceira causa de morte prematura, ultrapassando apenas hipertensão arterial e tabagismo. Lamentavelmente, a maioria dos governos, sistemas de saúde e profissionais da área ainda não se sensibilizaram para a atual importância do diabetes e suas complicações (WHO, 2009).

Diante das transformações no perfil epidemiológico no país, a elevação da expectativa de vida, o sedentarismo, as modificações nos hábitos alimentares, e as doenças crônicas como diabetes mellitus, vêm aumentando e se tornando objeto de preocupação no SUS (COQUEIRO et al, 2015).

Considerando que a DM concorre para as maiores taxas de hospitalizações, ampla utilização dos serviços de saúde, devido a maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, dar para conjecturar o volume de atenção à saúde que isso simbolizará nos próximos anos para os sistemas de saúde de todos os países. No entanto, o volume será mais elevado nos países em desenvolvimento como o nosso, pois ainda enfrenta obstáculos no controle das doenças infecciosas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Um estudo realizado na cidade Picos-PI para analisar as consultas de enfermagem às pessoas com DM na APS identificou ser essa ação não sistemática na agenda dos profissionais, sendo, quando realizada, por demanda espontânea. Quanto à abordagem, esta se pautava em ações voltadas ao modelo biomédico com uma limitada concepção de promoção à saúde, restrita a estilo de vida saudável, sem considerar as demandas e o contexto das pessoas com DM (SILVA et al, 2014).

Paraízo et al (2018) averiguaram o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre DM na APS em uma cidade no Sul de Minas Gerais e os resultados apontaram a limitação desse domínio no que concerne sobre conceitos da doença, tratamento e as complicações. Identificaram-se ainda fragilidades no processo de educação permanente.

### **3.2 O Modelo de Atenção às Condições Crônicas como imagem-objetivo do cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus**

As doenças crônicas apresentam-se como uma das problemáticas de saúde mais recorrentes em todos os países, sendo assim, a organização da atenção às pessoas com condições crônicas têm sido uma busca global (OPAS, 2013). Em 2003, as condições crônicas já eram responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e a OMS já apontava um crescimento exponencial nos anos seguintes prevendo que nesse ano de 2020 os problemas crônicos alcançariam o percentual de 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Naquele ano, a aderência aos tratamentos alcançava apenas 20%, situação que conduzia a estatísticas negativas na área da saúde com rebatimentos importantes para toda a sociedade, uma vez que os sistemas estão organizados apenas para tratar os sintomas quando aparecem (OMS, 2003).

A constatação da OMS (2003) foi de que os sistemas de saúde mundiais estavam inadequados para acompanhar a tendência de queda dos problemas agudos e de aumento das condições crônicas. Dito de outra forma, quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. Mediante essa situação, os países se lançaram no desafio de instituir planos de gerenciamento das condições crônicas.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, define modelo de atenção à saúde como,

[...] um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS [Rede de Atenção à Saúde], articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas

subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (BRASIL, 2010a).

Os modelos de atenção à saúde, destinados à orientação dos sistemas de atenção voltados para as condições crônicas, são construídos a partir de um modelo inicial, o Modelo de Atenção Crônica, o MAC, ou *Chronic Care Model (CCM)*, como é internacionalmente conhecido. Foi com base no MAC que diferentes países adotaram seus próprios modelos de atenção às condições crônicas, entre eles: Canadá, Reino Unido, Alemanha, Rússia, Espanha, Austrália, Dinamarca, Holanda e alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2010).

Para o melhoramento da qualidade da atenção às condições crônicas, a OPAS recomenda que os países implantem o CCM em sua totalidade (OPAS, 2013). O CCM foi adotado pelo Ministério da Saúde por meio do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011) e ainda no Projeto Qualidia desenvolvido em diversos municípios brasileiros, tais como: Anchieta, Antônio Carlos, Florianópolis, Ilha de Itamaracá, Recife, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Lourenço da Mata, Silva Jardim e Tijuca (BRASIL, 2011).

Ademais, o CCM vem sendo adotado de forma parcial como parte de experiências inovadoras de cuidados de condições crônicas no SUS em Curitiba-PR (SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA, 2010); em Porto Alegre, por meio do Grupo Hospitalar Conceição (CENTRO DE PESQUISA EM AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2011) e em Diadema-SP (OPAS, 2010).

Destaca-se que o Caderno de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado com pessoas com Diabetes Mellitus - publicado em 2013, nada refere diretamente sobre o MCC. Seu referencial teórico apoia-se nos graus de recomendação propostos pela *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* e os níveis de evidência propostos pelo Sistema GRADE (*Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation*). Nesse documento a atenção à pessoa com DM se organiza a partir das seguintes ações: Rastreamento, Diagnóstico e Acompanhamento da pessoa com Diabetes Mellitus; Tratamento; Prevenção e Manejo das complicações agudas e crônicas do Diabetes Mellitus; Avaliação e cuidados com os pés de pessoas com Diabetes Mellitus; Recomendações nutricionais de apoio à pessoa com glicemia alterada ou Diabetes Mellitus; Atividade Física para pessoas com Diabetes Mellitus; Saúde Bucal e Diabetes Mellitus: recomendações para o trabalho das equipes da Atenção Básica e orientações clínicas para o cirurgião-dentista (BRASIL, 2013).

Mendes (2011), igualmente apoiado no MAC, propôs um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para utilização no SUS. Na construção do MACC, o autor agregou variáveis derivadas de evidências robustas produzidas pela avaliação do CCM quais sejam:

Diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e feedbacks como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação da RAS pela APS; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários. (MENDES, 2007, p.245).

Dois pontos fundamentais foram inseridos no MACC. O primeiro foi alargar o escopo das intervenções sanitárias por meio das ações intersetoriais, segundo o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas pautadas pela OMS em 2003 e o modelo de atenção crônica expandido, de British Columbia, Canadá (OMS, 2003). O segundo ponto foi identificar as subpopulações portadores de risco e com condições de saúde já estabelecidas, como se verifica na pirâmide de risco da Kaiser Permanente (HAM, 2006; BENGUA, 2008; PORTER; KELLOGG, 2008). O MACC pode ser visualizado na Figura 1 abaixo.



Figura 1: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).  
Fonte: Mendes (2011).

Conforme se observa na Figura 1 o MACC estrutura-se em cinco níveis e em três componentes integrados: a população, os focos das intervenções de saúde e os tipos de intervenções de saúde. O autor esclarece que o corte transversal no desenho implica na natureza da atenção. Desse modo, o que estiver acima dessa linha representa a atenção profissional, o que estiver abaixo dessa linha representa o autocuidado apoiado (MENDES, 2011).

Um dos elementos fundamentais desse modelo é a estratificação da população. Essa estratégia possibilita que as pessoas e grupos com necessidades comuns recebam atenção específica, segundo a sua estratificação de risco. Nesse sentido, torna-se fundamental o conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde, como forma de superar a atenção baseada na oferta, que é bastante comum em sistemas fragmentados. Mendes (2011, p. 252) esclarece que a atenção à saúde baseada na população “é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências”. O autor ressalta que, sem a estratificação em subpopulações torna-se inviável prestar atenção correta com custo e qualidade também corretos, além de que não é impossível a utilização da tecnologia da microgestão da clínica. As metodologias de estratificação de riscos de uma população combinam duas variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida e o grau de confiança e apoio para o autocuidado. Com base nessa combinação serão aplicadas as seguintes tecnologias de ação: gestão de caso; gestão de condição de saúde com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e de gestão da condição de saúde, mas com foco no autocuidado apoiado (MENDES, 2011).

De forma didática, o nível 1 do MACC, considerado a base do modelo, atua na de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais da saúde intermediários, por meio de intervenções intersetoriais (MENDES, 2011). Por determinantes sociais da saúde compreende-se as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou ainda as particularidades sociais da vida das pessoas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007).

O nível 2 do MACC diz respeito às ações de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de risco, por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais, que estão associados aos comportamentos e aos estilos de vida (MENDES, 2011).

Os fatores de risco são definidos como características específicas que favorecem o aparecimento de uma ou mais condições de saúde. Esses são classificados em não modificáveis

e modificáveis ou comportamentais. Entre os não modificáveis estão o sexo, idade e a herança genética e, dentre os últimos, o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool, o sexo inseguro e o estresse (BRASIL, 2008).

Os níveis 3, 4 e 5 estão relacionados à atuação sobre as determinantes individuais, de fatores de risco biopsicológicos e de condições de saúde já estabelecidas que exijam abordagem clínica, propriamente dita. Para uma abordagem clínica adequada é necessário à estratificação de risco e o manejo das tecnologias de gestão da clínica: gestão da condição de saúde e gestão de caso. Mendes sugere o conceito da nova clínica, pautada em modificações substanciais nos encontros clínicos entre equipes e profissionais de saúde e destes com as pessoas usuárias. Essas modificações se dão em oito dimensões que devem ressignificar as relações entre os profissionais, entre esses e os usuários; a forma como ofertam o cuidado e, sobretudo a forma como o próprio usuário se relaciona com a sua condição de saúde (MENDES, 2011). É a partir do escopo de ação previsto no Caderno de Atenção Básica, que modula estratégias para o cuidado com pessoas com DM, e ainda com a perspectiva da nova clínica, dentro do MACC, apontado por Mendes, como aquele capaz de superar a problemática das condições crônicas, que lançaremos o olhar sobre a organização da atenção à pessoa com DM, a partir da percepção de trabalhadores da Atenção Básica em um município do interior da Paraíba. Desse modo, o estudo parte do pressuposto de os profissionais de APS no município de estudo não vem seguindo as recomendações protocolares na atenção às pessoas com DM no seu território de abrangência, e ainda, que a atenção ofertada por essas equipes não se alinham ao MACC.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A opção por esse tipo de abordagem deve-se à possibilidade de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2010, p. 13).

Pode-se dizer que cada estudo qualitativo é único, ou “peças artesanais do conhecimento” no dizer de Sampieri; Collado e Lúcio (2013). Dessa forma, não existem duas pesquisas qualitativas iguais uma vez que o pesquisador é parte do instrumento de coleta de dados e o contexto pode se modificar com o passar do tempo (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).

Salienta-se que, de forma apenas complementar, foram utilizados os dados relativos às pessoas com DM da área de abrangência das equipes, de modo se constituir em mais uma fonte de evidência, como é característico nas pesquisas qualitativas (YIN, 2016).

A pesquisa qualitativa mostrou-se adequada ao desenvolvimento do presente estudo que busca dar ênfase nos significados/percepções dos eventos ocorridos nas práticas dos profissionais da Atenção Básica, para além da ocorrência do evento. Assim, compreender o significado é desvendar os conceitos ou “ideias que são mais abstratas do que os dados reais de um estudo empírico” (YIN, 2016, p. 83).

No que diz respeito às abordagens compreensivas e críticas optou-se pela hermenêutica-dialética, uma vez que possibilita uma reflexão que se fundamenta na prática, compreendendo o cenário em que os indivíduos estão imersos e ainda é capaz de criticar a realidade social. É hermenêutica por seu caráter interpretativo, e dialético porque permite comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese (MINAYO, 2008).

A hermenêutica enxerga linguagem como núcleo central da comunicação e busca compreendê-la em sua totalidade (GADEMER, 1999). Dito de outra forma,

A hermenêutica fundamenta-se na arte de compreender textos que implicam a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções, em que o presente marca o encontro com o passado e o futuro dentro da vida atual mediada pela linguagem e, também, busca esclarecer as condições sob as quais surgem as falas. A dialética é conhecida como a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia, buscando não só na linguagem, mas nos fatos e nos símbolos os



núcleos obscuros e contraditórios para uma crítica informada sobre eles. (MINAYO, 2010, p. 60).

Nesse mesma perspectiva, a dialética contribui com a criação de instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem; com a compreensão das análises dos significados a partir do cenário real das práticas sociais; com a valorização dos processos de consensos e dissensos, espaço em que se evidencia a oposição entre o pesquisador e seus interlocutores, desnudando as condições históricas das falas, relações e ações (MINAYO, 2008).

Ao guiar essa investigação na perspectiva do pensamento dialético lança-se mão de bases para uma interpretação dinâmica da realidade, por permitir compreender que os fatos sociais não isolados, ao contrário, sofrem influências políticas, econômicas, culturais (GIL, 2008).

#### **4.2 Cenário do estudo**

A pesquisa foi realizada no município de Barra de Santana-Paraíba, Brasil, que apresenta extensão territorial de 374,374 km<sup>2</sup> (IBGE, 2017) e população composta por 8.206 habitantes (IBGE, 2010). O município quanto à organização assistencial de saúde, possui 4 equipes de Saúde da Família, uma equipe do NASF-AB, tipo 1, uma Policlínica, um Centro de Atenção Psicossocial, um Centro de Especialidades Odontológicas, uma Academia de Saúde, um Laboratório Municipal de Análises Clínicas, Central de Abastecimento Farmacêutico, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e seis Postos de Saúde, (CNES/SMS/ 2019). Apresenta uma cobertura de 100% pela ESF, (e-Gestor Atenção Básica-MS 2019).

#### **4.3 População e Amostra**

A população da pesquisa foram os trabalhadores das equipes da ESF da área urbana e rural do município de Barra de Santana-PB e da equipe de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Os critérios de inclusão foram: ser profissional das referidas equipes a um tempo mínimo de seis meses. As quatro equipes foram selecionadas de modo intencional, excluindo aquela cuja pesquisadora integra. Foram organizados quatro grupos focais, sendo um por equipe de Saúde da Família e outro com a equipe de



profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Obteve-se o total de 22 participantes. A coleta totalizou quatro encontros, com duração média de 60 minutos.

#### **4.4. Método de coleta e análise dos dados**

O Grupo Focal foi o método escolhido para coleta de dados. A técnica do Grupo Focal (GF) diz respeito a um tipo de entrevista de grupo cujo objetivo é extrair dados a partir da comunicação entre os sujeitos participantes da pesquisa, uma vez que a interação em grupos ajuda aos participantes na explanação de suas ideias de modo mais fácil do que a entrevista individual (POPE; MAYS, 2005). O Grupo Focal permite ainda a socialização da subjetividade dos participantes no grupo, dos sentidos expressos, visto que de modo geral, as pessoas “precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formarem as suas próprias e, constantemente, mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas a discussões de grupo” (TRAD, 2009, p. 791).

É importante ressaltar que o objetivo do GF extrapola a mera técnica de fazer a mesma pergunta para vários participantes, visto que, o que se almeja “é gerar e analisar a interação entre eles” (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO (2013, p. 433).

Para a sua operacionalização, o Grupo Focal exige, enquanto técnica, o cumprimento de etapas específicas. Assim, os grupos foram conduzidos na perspectiva de Kitzinger (2009), por um moderador e dois observadores, previamente treinados e calibrados para esse fim. Ao moderador, papel comum ao pesquisador, coube promover a interação social entre os participantes e aos observadores dar suporte à condução da técnica.

A escolha do ambiente de coleta foi atenciosamente planejada com o intuito de ofertar um espaço neutro, confortável, livre de interferências externas, para não dificultar a captura das falas nas gravações. Nesse sentido, buscou-se um local de fácil acesso aos participantes da pesquisa. Ainda foram tomados os devidos cuidados com a disposição física dos participantes e pesquisadores que se dispuseram em formato de círculo, permitindo favorecer o acesso, a interação e visualização de todos, evitando-se prestígio de uns em detrimento de outros.

Organizada toda a estratégia de coleta de dados, realizou-se um estudo piloto em uma unidade de saúde em situação semelhante ao cenário escolhido para a coleta, com o objetivo de testar o instrumento e realizar pequenos ajustes. A coleta aconteceu no período de 14 de fevereiro a 04 de Abril de 2019.

Antes do início do grupo focal propriamente dito, foi aplicado um formulário individual (Apêndice 4) para conhecer o perfil dos participantes, com as seguintes variáveis: dados de identificação (sexo, idade e município onde reside); dados sobre formação (ano de graduação, a instituição, se possui outra graduação e o tipo de pós-graduação, caso possua) e dados relativos à capacitação sobre a temática.

As categorias pertinentes ao estudo tomaram como base os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 39 publicados respectivamente pelo Ministério da Saúde em 2013 e 2014. Desse modo, foram analisadas as seguintes dimensões: Conhecimento dos portadores de Diabetes Mellitus da área de abrangência; Rastreamento, diagnóstico e acompanhamento da pessoa com Diabetes Mellitus; Tratamento das pessoas com Diabetes Mellitus; Prevenção e Manejo das Complicações Agudas e Crônicas do Diabetes Mellitus; Avaliação e Cuidados com os Pés de Pessoas com Diabetes Mellitus; Recomendações nutricionais para adultos com DM; Orientação da atividade física para a pessoa com DM Utilização e conhecimento dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde para atenção às pessoas com DM, no âmbito da APS.

A análise dos dados foi efetuada concomitante à coleta de dados. Para organização e categorização dos dados foi utilizado como ferramenta tecnológica o *software Atlas ti*, versão 84DD4-8476C-B639V-X09G1-00AQR.

Por meio do *software*, todas as entrevistas foram organizadas e codificadas linha a linha, seguindo a codificação, o que permitiu originar os códigos, que conceituavam o incidente daquela fala. Para demonstrar, nas falas, os códigos e famílias que as mesmas geraram nos resultados, o texto das falas vem acompanhado, no final, dos códigos e das famílias.

Depois de organizado, o material do Grupo Focal foi submetido à Análise de Conteúdo. Foram identificadas as opiniões solidamente mantidas (recorrentes) e frequentemente expressas e também as singulares. A sistematização aconteceu por pré-categorias (roteiro inicial baseado no Caderno de Atenção Básica nº 36 e o caderno da AB nº 39 volume1).

A Análise de Conteúdo se organizou em etapas. A primeira delas foi a pré-análise, que teve como base a leitura flutuante das transcrições e anotações empreendidas. Em seguida, foi realizada a descrição analítica com base no referencial teórico e em diversas leituras do material obtido (imersão). Tomou-se como unidade de análise os fragmentos das falas dos grupos entrevistados, qual seja o que foi expresso e construído pelo grupo, como recomenda Sampiere; Collado e Lúcio (2013). Na sequência se deu o tratamento dos resultados a partir de inferências e interpretações com base no referencial teórico descrito. (BARDIN, 2011).

#### 4.5 Considerações Éticas

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos.

Para iniciar o trabalho de campo, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unifacisa (Anexo 5). As informações sobre a pesquisa (identificação do pesquisador(a), objetivos de estudo, relevância, metodologia) foram informadas aos participantes que foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) em que os mesmos atestaram a voluntariedade de participação no estudo, a retirada, a qualquer momento, da pesquisa, sem prejuízos pessoais ou profissionais, garantia de esclarecimentos antes, durante e depois da pesquisa e a autorização da divulgação dos resultados no relatório da pesquisa.

Ainda foi assegurado o sigilo de informações e o anonimato em qualquer forma de divulgação dos resultados. Para dar cumprimento a esse requisito, as gravações e suas respectivas transcrições serão mantidas pela pesquisadora, evitando a manipulação dos dados por técnicos exteriores à pesquisa e o vazamento acidental de informações que possam vir a comprometer os participantes. As transcrições e informações dos instrumentos serão guardadas por um período de 5 anos, após a finalização do estudo, como preconiza a Resolução 466/2012.

Ainda para a garantia do anonimato, foram atribuídos os seguintes códigos GF (Grupo Focal) para os grupos entrevistados de acordo com a ordem cronológica de sua realização, sendo assim identificados ao longo do texto: GF1, GF2, GF3, GF4.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes da exposição das categorias de análise do estudo, será apresentada a caracterização dos participantes. No total, foram: 22 profissionais, sendo cinco da Equipe do NASF-AB (um Psicólogo, um Assistente Social, um Fisioterapeuta, um Nutricionista e um Educador Físico) e 17 da ESF (dois Médicos, duas Enfermeiras, três Técnicos de Enfermagem e dez Agentes Comunitários de Saúde).

O perfil dos participantes desse estudo pode ser visualizado na Tabela 2.

	<b>TOTAL DE ENTREVISTADOS</b>	<b>22</b>
<b>SEXO</b>	Feminino	21
	Masculino	1
<b>IDADE</b>	20 a 25	2
	26 a 30	3
	31 a 35	4
	35 a 40	4
	40 ou +	9
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	11
	Solteiro	8
	Divorciado	2
	Outros	1
<b>TITULAÇÃO</b>	Fund. Completo	1
	Médio Completo	10
	Graduação	3
	Especialização	7
	Outro	1
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO</b>	Menos de 1 ano	1
	1 a 5 anos	7
	5 a 10 anos	3
	10 a 15 anos	3
	Mais de 15	6
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO</b>	Não respondeu	2
	Menos de 1 ano	1
	1 a 5 anos	9
	5 a 10 anos	2
<b>RECEBEU TREINAMENTO</b>	Mais de 10	10
	Não	17
	Sim	4
	Não respondeu	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Tabela 2 – Caracterização do perfil sócio econômico e demográfico dos profissionais de saúde.

Quanto às características dos grupos estudados pode-se destacar que 95,4% são do sexo feminino, 45,4% atuam na ESF há mais de cinco anos, desses 83,3% atuam há mais de dez anos e 77,2% não receberam treinamentos em DM ao longo de suas vidas profissionais.

As categorias são descritas na tabela 3.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
<b>CATEGORIA 1</b> - CONHECIMENTO E MEDIDAS DE ACOMPANHAMENTO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA PELAS EQUIPES DE APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da Equipe no acompanhamento às pessoas com DM da área de abrangência;</li> <li>- A visibilidade às pessoas com DM tipo 1;</li> <li>- Conhecimento das pessoas que realizam hemodiálise como consequência da DM e Acompanhamento do NASF-AB às equipes da ESF e às pessoas com DM.</li> </ul>
<b>CATEGORIA 2</b> - MANEJO DOS PROFISSIONAIS ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia de rastreamento;</li> <li>- Valores utilizados para o diagnóstico de DM;</li> <li>- Conhecimento da estratificação de risco das pessoas com DM.</li> </ul>
<b>CATEGORIA 3</b> - PREVENÇÃO E MANEJO DAS COMPLICAÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DO DM PELAS EQUIPES DE APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordagem às complicações agudas e crônicas;</li> <li>- Cuidados com o pé diabético.</li> </ul>
<b>CATEGORIA 4</b> - RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS NO ACOMPANHAMENTO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordagem nutricional;</li> <li>- Abordagem à atividade física</li> </ul>
<b>CATEGORIA 5</b> - ABORDAGEM EDUCATIVA ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS POR PROFISSIONAIS DE APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prática de educação em saúde;</li> <li>- A pedagogia do medo;</li> <li>- Orientação do autocuidado;</li> <li>- Educação permanente em DM;</li> <li>- Planejamento das atividades educativas;</li> <li>- Obstáculos elencados pelos profissionais para uma melhor educação em saúde.</li> </ul>

Tabela 3 – Categorias e Subcategorias

## **CATEGORIA 1 – CONHECIMENTO E MEDIDAS DE ACOMPANHAMENTO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA PELAS EQUIPES DE APS**

O conjunto de informações necessárias para o planejamento, avaliação e acompanhamento das pessoas com Diabetes Mellitus (DM) no território de abrangência da APS se inicia com o conhecimento do perfil de adoecimento desses usuários, a classificação de sua doença, a necessidade de acompanhamento com especialista e a prevalência de complicações. Nesse sentido, o estudo avaliou como os profissionais estão realizando essas ações a partir do escopo da atenção às pessoas com DM com base no protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), segundo a percepção dos mesmos. Nessa categoria foram elencadas três subcategorias: **Conhecimento da Equipe no acompanhamento às pessoas com DM da área de abrangência; A visibilidade às pessoas com DM tipo 1; Conhecimento das pessoas que realizam hemodiálise como consequência da DM e Acompanhamento do NASF-AB às equipes da ESF e às pessoas com DM.**

### **Conhecimento da Equipe no acompanhamento às pessoas com DM da área de abrangência**

Em relação ao conhecimento das pessoas com DM, a maioria das equipes demonstrou imprecisão nesse dado. Apenas uma equipe sabia exatamente esse quantitativo, como pode ser identificado nas falas que se seguem:

Assim eu tenho pouco tempo de trabalho na área, eu vou acompanhando, eu venho percebendo meio que uma incidência muito aumentada, mas de número em si... **eu acredito que já estou com uns duzentos.** (GF1, grifos nossos).

No total a gente tem em torno... [dúvida] porque a gente fala por sítios. De cor eu não sei, mas é em torno de cinquenta a sessenta. (GF2).

E também a gente tem uma projeção pelos participantes dos mesmos no Hiperdia né... Aí a gente tem uma noção de quantos tem por área... A gente não fez o somatório. (GFN).

Numa microárea com cento e vinte famílias com 380 habitantes eu tenho seis pessoas. (GF3).

Conhecer a prevalência de DM no território é fundamental para realizar planejamento e acompanhamento de todos os usuários. Considerando que as eqSF desenvolvem seu trabalho a partir do processo de territorialização, e por meio do mapeamento e cadastramento das pessoas podem conhecer as doenças que as acometem, era esperado que soubessem o quantitativo de pessoas portadoras de diabetes em sua área de abrangência. O desconhecimento do número de pessoas fragiliza o adequado planejamento e atenção a esses usuários, uma vez que sem o cadastro dos mesmos sinalizando essa condição, a busca pelo

serviço só ocorrerá mediante queixa do usuário, ou seja, por demanda espontânea, em condições quase sempre agudas.

Ao se afirmar que acompanha “uns duzentos” usuários portadores de DM, a eqSF revela desconhecimento e desvalorização dos padrões epidemiológicos. Segundo o Ministério da Saúde, 6,2% da população maior de 18 anos são portadores de DM (BRASIL, 20013). Portanto, a estimativa de prevalência de DM para o município, em estudo, com base nos parâmetros de cálculos do MS é de 399 pessoas. Os dados alimentados pelos profissionais no E-susAB registram um total de 322 pessoas com DM em todo o território municipal o que se distancia dos dados empíricos referidos pelo GF1 ao superestimar o número de pessoas com DM em uma única área adscrita.

O esperado de DM tipo 1 corresponde a 8% do número total de pessoas com Diabetes (ADA, 2010). De posse dessa informação, a eqSF deve aplicar o percentual à sua população adscrita e fazer busca ativa de casos se perceber que esse número se encontra abaixo do esperado. Ressalta-se que essa informação está disponível para a eqSF por meio do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), no entanto, ao que parece as equipes do referido estudo não as acessam.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo de caso conduzido em uma região de saúde do estado de São Paulo que analisou a implementação da linha de cuidado à hipertensão arterial e DM nos três níveis de atenção incluindo gestores, usuários e profissionais. Um dos resultados apontados foi a subutilização do sistema de informação, o Hiperdia, pelas equipes das UBS e das unidades da eqSF que não utilizam os dados para realizar o planejamento (VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

Achados semelhantes foram descritos por Salci, Meireles e Silva (2017) ao analisarem a atenção realizada às pessoas com DM pelos profissionais das eqSF que sob a ótica do modelo de atenção às doenças crônicas constatou limitações no planejamento, o que impactou negativamente no acolhimento, na detecção precoce das complicações da doença e consequentemente no devido acompanhamento.

Ainda no intuito de desvendar o conhecimento das equipes sobre a atenção aos usuários com Diabetes tipo 1, percebeu-se também o pouco domínio dos profissionais, como pode ser verificado nas falas a seguir:

Não é tão fácil, mas como eu participo tanto do NASF-AB como da policlínica, eu já devo ter atendido em torno de três ou quatro. Dentre eles tem criança que tem inclusive na sede na escola e alguns jovens. (GFN; grifo nosso).

Você falou em números, eu fiquei assim... Realmente deixando a desejar, mas na minha área eu só tenho dois. Só tenho esses dois entendeu? Agora... Aí os dois eu conheço de nome [...] Agora se tiver algum outro que use, é porque não está vindo para mim. (GF1; grifo nosso).

Na minha microárea tem um. (GF3).

A despeito da atenção especializada ser a referência das pessoas com DM tipo 1 é fundamental que os profissionais da APS conheçam esses usuários e realizem comunicação com os diversos níveis de atenção (BRASIL, 2013).

No Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2012) torna-se imprescindível o conhecimento da população coberta pela eqSF e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos, como forma de garantir a gestão da saúde com base na população, portanto, envolve.

[...] um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas. (MENDES, 2012, p. 170).

Considerando que o DM pode permanecer sem sintomatologia por muitos anos e a detecção clínica se dá, na maioria dos casos, pelos fatores de risco, é imprescindível que as equipes de APS façam acompanhamento oportuno tanto dos sintomas da diabetes quanto dos fatores de risco, de modo a prevenir a instalação de complicações. Assim, torna-se importante o rastreamento dos usuários de risco para a promoção da prevenção primária e daqueles que já são portadores de DM para iniciar o tratamento o mais precoce possível, atendendo ao que preconiza a prevenção secundária (BRASIL, 2013).

### **A visibilidade às pessoas com DM tipo 1**

Percebeu-se a falta de vínculo de alguns profissionais no cuidado às pessoas portadoras de DM tipo 1, o que revela a pouca visibilidade desse grupo, como é verificada nas repetidas falas encontradas nos grupos:



Ele foi para o Hospital Universitário (HU), passou nove dias internado... Saiu do HU e até hoje a gente não sabe uma dosagem de insulina suficiente porque ele é totalmente descompensado. (GF3).

Só tenho esses dois entendeu? Agora... Aí os dois eu conheço de nome [...]. Agora se tiver algum outro que use é porque não está vindo para mim. (GF1).

Um diabético tipo1 veio tão descompensado, com história prévia de pneumonia e internações. Eu fiz uma reavaliação, dei umas orientações, aí ele foi para casa, só que ia totalmente desregrado com alimentação: foi internado de novo por cetoacidose. (GF1).

Essa situação demonstra fragilidade na integralidade e coordenação do cuidado, sendo esses dois dos atributos essenciais da APS conforme Starfield (2002). É importante ressaltar que, nesse grupo em especial, para além dos números, a doença repercute negativamente na carga de sofrimento emocional e físico dos usuários e familiares conforme depoimentos de um grupo que se colocou enquanto “mãe” e cuidadora:

Come muito escondido, usa insulina, tem dia que eu vou olhar no aparelho e ele não olhou nem uma vez. (GF3).

Eu digo por experiência própria. Tenho um filho [...] ele tem 15 anos. [...] Ele fica estressado, ele fica abusado, ele fica brigando com os irmãos, ele não se controla, ele chora. (GF3).

Identificou-se ainda a invisibilidade no escopo das ações educativas às pessoas com diabetes tipo 1 conforme demonstra as falas dos profissionais ao serem indagados sobre a realização do autocuidado apoiado no âmbito da APS.

Não, não tem, mas assim, tem que ter um acompanhamento médico psicológico. Olha quando ela está alta [a glicemia] eu comparo ele a um drogado, entendeu. (GF3).

Lidar com o limite, né? Porque é... Esse limite já é um sofrimento. É tirar aquilo que é prazeroso, né? Que está relacionado à oralidade. (GFN).

Emergiu em poucas falas dos entrevistados o sofrimento psíquico de pessoas com DM tipo1. Achados semelhantes foram encontrados em um estudo conduzido em um serviço de referência do SUS que analisou a associação da qualidade de vida em adolescentes com DM tipo1 e destacou a depressão, ansiedade e estresse como as variáveis de impacto negativo. Entretanto identificou o autocuidado como um fator protetor. Outro aspecto desfavorável no tocante as pessoas com DM tipo 1 é a depressão referida por Braga et al (2017). Ao conduzirem um estudo com adolescentes obtiveram resultados que associaram as pessoas

portadoras de DM e depressão mais chances de internação comparadas com as pessoas com sem essa comorbidades.

A dificuldade de controle da doença apontada por um membro da equipe (que é mãe de pessoa com DM tipo 1), reflete uma fala de profissional enquanto vínculo também de cuidadora; revela a dificuldade enfrentada por esses usuários e suas famílias no acompanhamento de sua doença por profissionais de saúde. Nesses casos, o autocuidado apoiado se torna necessário, como forma de dotar os usuários de condições necessárias para a gestão da sua própria saúde. Mendes (2012) esclarece, que não se trata de desresponsabilização dos profissionais de saúde no cuidado ou de redução da relação profissional-usuários. Ao contrário, a ideia do autocuidado apoiado concentra-se no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre sua própria condição de saúde para assumir o cuidado de si e, por conseguinte, sua autoprovisão de cuidados básicos de saúde.

O empoderamento comunitário vem sendo defendido como um dos elementos de reforma do setor saúde, sendo adotado pelo Banco Mundial como forma de superar a pobreza (NARYAN, 2002). Porém, deve-se estar vigilante ao chamado das autoridades de saúde às populações para intervir na gestão de sua própria saúde. Moreira e Castiel (2009) advertem que há de se tomar certa precaução na adoção dos termos “capacitar” e “empoderar” como se pudesse, por decreto, ser dado a outrem. E alertam que há poucas abordagens críticas de Promoção da Saúde, em que o empoderamento é tomado como um “fenômeno essencialmente relacional, ou seja, que apenas se manifesta na interação dialética de interesses conflitantes entre sujeitos, grupos e classes sociais” (MOREIRA; CASTIEL, 2009, p. 74).

O próprio Mendes (2012) alerta que não cabe a culpabilização de pessoas com doenças crônicas, salvo se as mesmas tiveram acesso igual a uma vida saudável e se lhes foram fornecido apoio para tomar decisões sobre sua saúde. Assim, a problemática das doenças crônicas só pode ser abordada se considerados os espaços macro, meso e microsociais. Portanto, há muita responsabilidade do governo que deve acenar com políticas de prevenção das condições de saúde (nível macro) e muitas intervenções na comunidade, nos ambientes de trabalho e escolares (nível meso), antes de vitimizar unilateralmente o usuário por sua enfermidade crônica.

Cabe registrar que essa discussão não se esgota aqui, e nem se pretende desprezar a abordagem do autocuidado, como estratégia complementar do cuidado à saúde, apenas se alinhar às abordagens que tecem reflexões mais críticas sobre o tema da promoção da saúde, nela implícita o empoderamento.

Uma pesquisa conduzida em Fortaleza-CE com adolescentes Diabéticos tipo 1 indicou resultados satisfatórios no requisito habilidade para o autogerenciamento no manejo da insulina e relata a influência positiva dos profissionais de saúde e da família quando na implementação do autocuidado apoiado (FRAGOSO et al, 2019).

Outro estudo realizado com pré-adolescentes no ambulatório de um Hospital Universitário (HU) e em unidades da Estratégia Saúde da Família em um município da Paraíba identificou-se que, para além do decisivo apoio familiar, os pré-adolescentes relataram o desejo de sentirem-se apoiados por profissionais de saúde, para enfrentamento das adversidades impostas pela doença, identificando assim a importância dos profissionais na rede social de apoio (COLLET et al, 2018). Nesse contexto, os resultados encontrados no presente estudo revelam uma lacuna na atenção às pessoas com DM tipo 1.

Quanto ao conhecimento do número de pessoas que sofreram amputação em decorrência da DM se averiguou a presença dessa complicação crônica e o conhecimento satisfatório dos três grupos estudados.

Eu tinha um na minha área, mas ele foi a óbito em novembro. Ele amputou os dedos, metade do pé, depois amputou a perna até acima do joelho e foi a óbito. (GF3).

Tem três, mas um que faleceu e apareceu outro então continuam três. (GF2).

Que eu venho acompanhando, só esse paciente que “X” falou, nesse último ano que estou aqui. (GF1).

Eu conheço um o que Y [participante] falou. (GFN).

A gente já fez acompanhamento também a outro amputado Sr “J” então são dois. (GFN).

É importante ressaltar que os profissionais devem enfatizar o autocuidado com os usuários diabéticos no intuito de prevenir as complicações, principalmente as que se referem a neuropatias e a doença arterial periférica, que podem levar a amputação. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou que os pacientes com alterações nos pés apresentavam mortalidade cumulativa em 10 anos de 44,7% e com doença arterial periférica 71,3%, e com as duas condições 62,4%. Entre as ações para atenuar os riscos desses usuários registram-se o tempo de acompanhamento dos enfermeiros e o uso do antidiabético (SCAIN; FRANZEN; HIRAKATA, 2018).

## Conhecimento das pessoas que realizam hemodiálise como consequência da DM

A Nefropatia diabética é considerada uma das complicações crônicas da DM, sendo listada como primeira causa entre as doenças renais crônicas para realização de hemodiálise. O adequado rastreamento e diagnóstico se faz com o exame de microalbuminúria no ato do diagnóstico do diabetes tipo 2 e com seguimento anual, se não detectado alterações. O tratamento consiste em adequado controle glicêmico e da hipertensão arterial quando associada, o que reduz o risco e diminui a evolução da complicação crônica (BRASIL, 2013).

[...] tinha um indicado, mas já faleceu era indicado para hemodiálise, só que a família não aceitou. (GF3).

Eu solicito a microalbuminúria, agora é muito difícil aqui realizar. (GF1).

Eu já tive aqui na área, só que faz tempo, sabe? Ele faleceu. (GF2).

Não, não tenho. (GF1).

Os resultados evidenciaram a presença de pessoas portadoras de complicações renais crônicas. Identificou-se ainda como obstáculo para rastreamento e diagnóstico precoce o pouco acesso ao exame da microalbuminúria, não constando no sistema de informação, no período analisado, nenhum registro de solicitação desse exame. Os dados do presente estudo demonstram fragilidade na condução adequada dos profissionais da APS à prevenção secundária da complicação renal crônica às pessoas com DM.

Quanto à realização da fundoscopia, os profissionais relataram que apesar de solicitar, os usuários não a realizam devido a não disponibilização pelo município, como pode ser identificado nas falas que se seguem:

Não! Até é uma coisa pedida para ser feita no PSF, mas aqui não é realizado... Eu tenho encaminhado, mas é uma coisa que deixa a desejar, esse fundo de olho, eu sou sincera. (GF1).

Não, não tenho conhecimento não... Porque é o seguinte: a gente encaminha, mas aí, não sei se eles realizam. (GF2).

A gente sempre faz uma recomendação, né? Quando a gente participa dos Hiperdias, só que assim a queixa é sempre a mesma: o município não disponibiliza ou quando disponibiliza são poucas vagas. (GFN).

Muito difícil, porque um [usuário] meu teve que pagar. (GF3).

A recomendação do MS é que as pessoas com DM tipo 2 realizem fundoscopia ao diagnóstico e anualmente, sendo esse um dos exames que compõe o quadro da rotina mínima

indicado pelo protocolo (BRASIL, 2013). Se presente a retinopatia, o intervalo desse exame é reduzido e conforme o caso, indicado com mais frequência (ADA, 2013).

O presente estudo apontou desempenho pífio na realização de fundoscopia contrariando as recomendações do MS e da ADA. Apesar de todos os grupos acenarem para a indicação do exame, o registro no sistema de informação alimentado pelos profissionais mostra-se muito aquém do preconizado. No período de janeiro a outubro de 2018 há registro de solicitação de quatro exames de fundo de olho. Estes achados foram corroborados por Fernandes et al (2016) em um estudo com o objetivo de analisar o gerenciamento do controle glicêmico e suas complicações em pessoas com DM acompanhadas em duas unidades da eqSF. Identificaram o registro em prontuários do exame de fundo de olho em apenas 1,4% em uma amostra de 144 pessoas.

Ao encontro desses resultados um estudo realizado no sul do país analisou a prática dos profissionais no nível da APS em relação à prevenção das complicações crônicas em pessoas com DM e revelou imprecisões sobre a prevenção ao ser compreendida descontextualizada da prática assistencial (SALCI; MEIRELES; SILVA, 2018).

A dificuldade de acesso a fundoscopia e microalbuminúria encontrada nesse estudo dificulta o rastreamento das complicações oftalmológicas e renais. A mesma repercute na inviabilidade do rastreamento às complicações oftalmológicas, dificultando intervenções precoces e denota falhas na prevenção secundária o que leva a inferir fragilidades no modelo de atenção com forte predomínio na doença em detrimento da prevenção nos seus diversos níveis de atenção.

Não obstante, as pessoas com DM apresentam risco elevado de cegueira. Estima-se aproximadamente 30 vezes mais risco quando comparado às pessoas sem DM (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2012).

No que concerne ao acompanhamento dos usuários com diabetes na média complexidade por especialistas, a exemplo de endocrinologista, identificou-se a não garantia desse acompanhamento em virtude da indisponibilidade de um fluxo de atendimento adequado pelo gestor municipal:

Eles dependem muito da quantidade de consultas que são disponibilizadas na prefeitura né? Eles dependem da marcação. Então, a consulta com endócrino é uma consulta mais difícil... Demora mais. Eles têm poucas vagas. (GFN).

Da minha área mesmo eu só posso responder que só o meu filho que faz acompanhamento no HU, tem outros que a gente já tentou, mas não tiveram avaliação com endocrinologista. (GF3).

Tem uns que são acompanhados, mas particular. Não todos, mas uns três são acompanhados no particular. (GF3).

Da minha área eu sei de um que vai. (GF2).

As falas acima demonstram desafios no critério de planejamento no acesso às consultas especializadas conforme a necessidade da demanda e sim baseada numa escassa oferta. Também Salci, Meirelles e Silva (2017) encontraram resultados semelhantes na implantação da rede de atenção a DM em Recife-PE, que identificou a ausência de apoio e referência do serviço de atenção secundária, apontado como um dos grandes desafios pelos profissionais da APS.

De modo geral, percebe-se que a eqSF detém pouco conhecimento sobre as pessoas com DM no seu território. No MACC, foi proposta uma matriz que analisa o enfrentamento das doenças crônicas que articula duas variáveis: a motivação do usuário para aderir à melhor terapia (que vai desde fraca a forte) e o grau de necessidade de mudança do comportamento da pessoa portadora da doença (que vai de mínimo a máximo). Nas doenças como o diabetes, que são dependentes do comportamento, requer um alto grau de mudança (perda de peso, exercício físico, alimentação saudável e vigilância contínua dos sintomas, além de tomar regularmente os medicamentos). Nesse caso, as ações de autocuidado apoiado se aplicam com maior intensidade, haja vista a necessidade de mudança no estilo de vida (MENDES, 2013).

### **Acompanhamento do NASF-AB às equipes da ESF às pessoas com DM**

Como apontado anteriormente, o NASF-AB atua por meio da oferta de suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial, operando na lógica do apoio matricial, como forma de incrementar a resolutividade e assistência integral das equipes de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2008; 2014). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, 2009, 2014), o NASF-AB é considerado como equipe pertencente à Atenção Básica. Embora essa percepção tenha sido questionada sob a justificativa de que apenas devem ser considerados profissionais de atenção básica aqueles que “atendem longitudinalmente a todos os tipos de problemas, cotidianamente, de uma coorte vinculada de pessoas” (TESSER, 2009, p. 5), toma-se nesse estudo os profissionais do NASF-AB como equipe de AB.

Ao serem questionados sobre as medidas de acompanhamento aos portadores de DM, verificou-se nas falas referidas pelos entrevistados que as ações realizadas são atendimento individual, atendimento domiciliar e ações educativas em grupos.

Quando a gente chegou aqui não tinha muito essa história de Hiperdia. Graças a Deus, assim, foi... Acho que eles aproveitaram que a gente chegou né! Começaram a chamar a gente mais para essa parte de educação, de promoção e de prevenção. (GFN).

Tem na academia de saúde, que eu me lembre agora acho que tem dois diagnosticados com DM. (GFN)

Aí Eu recebo muitos com referência do HU, por exemplo, com referência para nutricionista, mas eu já devo ter atendido aqui em torno de quatro dentre eles uma criança. (GFN).

Aí, eu recebo um encaminhamento, vou à casa do paciente, que a gente trabalha mais domiciliar, faço a anamnese e ali eu faço os testes de sensibilidade quando é diabético, história de tabagismo se é uma neuropatia [...] é realizado o tratamento orientação dentro de casa. (GFN).

À luz dessas falas evidencia-se que os profissionais do NASF-AB realizam ações que correspondem a uma das dimensões de sua competência: a prática clínico-assistencial aos usuários. Ressaltasse-se que, conforme o MS compete ao NASF-AB a assistência clínica, prestada diretamente aos usuários, e a técnica pedagógica voltada para os profissionais (BRASIL, 2014). O eixo norteador do NASF-AB pauta-se no referencial teórico metodológico do apoio matricial que se configura em uma estratégia que visa organizar e otimizar o trabalho das equipes da atenção básica ampliando o escopo das ações e qualificando o cuidado.

O apoio matricial é realizado por meio das problematizações oriundas das equipes que, ao serem compartilhadas, promovem uma troca de saberes e elaboram-se intervenções conjuntas resguardando as especificidades profissionais e das equipes. Dentre outros objetivos, o NASF-AB tem o papel de articular os diversos pontos de atenção da rede para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2004). A respeito da articulação dos pontos da rede de atenção, os profissionais relataram:

É, às vezes, é muito difícil eu receber uma... Um encaminhamento sobre algum paciente diabético. (GFN).

[...] Mas, assim, é a questão da interlocução entre os serviços, as secretarias [...], por exemplo, “M” falou sobre a alimentação que não tem disponível é... Uma verdura, a salada a fruta, mas assim, a gente tem a Secretaria de Agricultura... Podia tá se unindo com a Secretária de Saúde para trabalhar essa questão. (GFN).

Tem que fortalecer mais na hora do planejamento [...] Eu pontuo: gente tem alguma demanda para psicologia? (GFN).

Esses resultados assemelham-se a um estudo de caso realizado em Recife-PE. Ao avaliar a implantação da rede de atenção às pessoas com DM identificou como insatisfatório a



frequência do matriciamento realizado pelo NASF-AB às equipes da Estratégia Saúde da Família (SANTOS; BEZERRA; CARVALHO, 2015).

Sabe-se que, o NASF-AB organiza seu processo de trabalho a partir dos conceitos de apoio matricial, clínica ampliada e cogestão, operando por meio de ferramentas, tais como: Projeto de Saúde no Território e o Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2014). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui-se em uma ferramenta com potencial de contribuir na solução de problemas singulares complexos, compartilhando entre as equipes da eqSF e a equipe do NASF-AB. Pode ser aplicado a indivíduos, famílias ou comunidade (BRASIL, 2010). Ao serem indagados sobre o uso dessa ferramenta no cotidiano de suas ações na atenção as pessoas com DM, os profissionais assim se posicionaram:

Eu acho que só com a equipe 4, que a gente tem essa afinidade. Até a vinda do PMAQ, era uma coisa meio que... Do subconsciente, né? Para a gente era uma coisa do além. A gente já tinha feito alguma coisa... “Alguns acompanhamentos compartilhados, só que a gente nunca tinha sistematizado isso”. (GFN).

Mas a gente tem dois né? Todos dois é da unidade 4 [...] mas, assim, ainda acho muito pouco porque eu acho que a... As próprias equipes não estão é na realidade, eu acho que elas aproveitam pouco o potencial da gente e em relação à questão de acompanhamento compartilhado. (GFN).

A dificuldade em operar instrumentos próprios de sua atuação junto às eqSF encontrada nesse estudo também foram constatadas em diferentes estados e regiões do país. Um estudo de caso realizado em Recife-PE ao avaliar a implantação da rede de atenção às pessoas com DM identificou como insuficiente a frequência do matriciamento realizado pelo NASF-AB às equipes da Estratégia Saúde da Família (SANTOS; BEZERRA; CARVALHO, 2015).

Outro estudo realizado na Paraíba analisou uma amostra de 925 eqSF que referiram processo de trabalho satisfatório com o NASF-AB. A despeito da satisfação referida identificou-se que utilizavam ainda práticas tradicionais de referência e agendamento contrapondo-se a utilização de discussão de casos e consultas compartilhadas ferramentas que compõe o Apoio Matricial (SILVA; SILVA; LIMA et al, 2017).

Referendando estes resultados, Santos, Figueiredo e Lima (2017) conduziram um estudo na região Sul de São Paulo com médicos e enfermeiros das eqSF e profissionais dos NASF-AB e analisaram como era desenvolvido o apoio matricial no cotidiano de suas práticas. Dentre os desafios elencados para a sua efetivação, foi relatado pelos profissionais do NASF-AB, a dificuldade em conciliar agenda com os profissionais das Eqsf, processo de trabalho instituído e uma demanda assistencial pré-estabelecida pautada na produtividade.



Conforme Mendes (2012), a formação da ESF tem em sua composição a multiprofissionalidade, atualmente impulsionada pela situação epidemiológica da tripla carga de doenças devido ao aumento das condições crônicas impondo-se assim um novo modelo de atenção, incorporando novas categorias profissionais. Destaca que, o NASF-AB ao agregar novos profissionais como nutricionista, educador físico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico à APS favorece o manejo as condições crônicas. Evidencia-se nesta assertiva o estratégico papel atribuído ao NASF-AB no enfrentamento do controle da DM em conjunto com eqSF.

## **CATEGORIA 2 - MANEJO DOS PROFISSIONAIS ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

O manejo das pessoas com DM deve ser realizado pelas equipes de AB e incluem: rastreamento, diagnóstico e acompanhamento. Essas ações fazem parte do escopo de atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e devem estar pautadas pelo protocolo do MS. Um dos focos desse estudo são as ações a serem desenvolvidas na APS para um melhor controle das pessoas com DM e prevenção das complicações. Dessas categorias emergiram três subcategorias: **Estratégia de rastreamento; Valores utilizados para o diagnóstico de DM; Conhecimento da estratificação de risco das pessoas com DM.**

### **Estratégia de rastreamento**

Abordou-se como, no escopo de suas ações, os profissionais realizavam o rastreamento e percebeu-se que entre eles há incompreensão do termo rastreamento, como se verifica nas falas a seguir.

É, sempre a gente conversa sobre a rotina da família. A gente pergunta: Como tá sua saúde? Como é sua rotina? Aí eles começam a dizer: está peso... Estou urinando à noite, é muita sede! Eles dizem: muita fome. (GF3).

Eles procuram muito. Eles muitas vezes até mentem eles dizem: “K” [profissional] faça a minha [glicemia] porque eu estou me acordando muito à noite para fazer “xixi”, estou tomando muita água. (GF1).

Aí assim quando acontece um caso, as outras pessoas ficam com medo aí procuram o posto... É eles chegam querendo fazer o exame (GF2).

É perceptível na fala dos três grupos uma incompreensão sobre o termo rastreamento o que remete consequentemente à fragilidade dessa ação. O rastreamento visa identificar

peças assintomáticas acometidas da doença (BRASIL, 2010). É necessário considerar os dados apresentados pela SBD ao afirmar que no Brasil 46% das pessoas com DM não sabem ainda que estão acometidas por essa doença (SBD, 2018).

Destaca-se que no desenvolver das discussões surgiram relatos divergentes no qual se identificou a compreensão sobre o termo rastreamento, todavia averiguaram-se limitações quanto aos critérios utilizados a sua aplicabilidade.

Para toda população, principalmente acima de cinquenta e cinco anos a gente pede exames de rastreio. Mais também na população jovem a gente pede. Porque hoje em dia tem casos de Diabetes na faixa etária de adolescentes e fase adulta também. (GF2).

Conforme o protocolo adotado pelo MS, que tem por base a Associação Americana de Diabetes (ADA), os critérios para rastreamento de DM, são: excesso de peso ( $IMC > 25 \text{kg/M}^2$ ) seguidos de um dentre os fatores de risco: história de pai ou mãe com DM; hipertensão arterial ou uso de anti-hipertensivos em adultos; pessoas com acantosis nigricans; história de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4kg; ou idade acima de 45 anos ou risco cardiovascular intermediário; dislipidemia: hipertrigliceridemia ( $> 250 \text{mg/dL}$ ) ou HDL-C baixo ( $< 35 \text{mg/dL}$ ); exame prévio de HbA1c  $\geq 5,7\%$ , tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; obesidade severa, acanthosis nigricans; síndrome de ovários policísticos; história de doença cardiovascular; inatividade física; ou Idade  $\geq 45$  anos; ou Risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

Para além do conhecimento dos critérios averiguou-se que o rastreamento não era uma ação desenvolvida no cotidiano de suas práticas.

Os que eu estou acompanhando, sim... Eu sei que fica muito ainda a desejar, porque assim: são pacientes que não são de visita domiciliar, então a demanda é meio que espontânea (GF1).

Esse resultado vai ao encontro de um estudo realizado no Paraná-SC que verificou uma boa cobertura de pessoas com DM captadas no serviço em demanda espontânea. Contudo, ressalta a importância para que essa ação seja também direcionada para as pessoas que não procuram os serviços principalmente as que não possuem outra cobertura de saúde (RADIGONDA; SOUZA; JONIO, 2015).

Outro estudo realizado em Caxias-MA, ao avaliar as ações desenvolvidas por categorias profissionais da ESF quanto às atribuições preconizadas pelo MS no Hiperdia,

também identificou a não realização dessa ação no escopo de suas atribuições (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Nesse sentido, a respeito do rastreamento, constataram-se três situações: a primeira referiu-se à incompreensão do seu significado; a segunda situação revelou que, a despeito do conhecimento do termo rastreamento, as equipes não utilizam critérios compatíveis com os do protocolo sugerido pelo MS; e a terceira situação encontrada é que, mesmo conhecendo alguns critérios os realiza limitadamente, pois os aplicam a uma demanda espontânea ambulatorial.

O presente estudo apontou uma lacuna nesse quesito no qual a maioria dos profissionais desconhece a população a ser rastreada e não incorporam essa ação no escopo de suas ações. Demonstrou um distanciamento do protocolo sugerido para APS.

É importante destacar ainda que a ESF consiste em um espaço privilegiado para a realização do rastreamento uma vez que o território onde as pessoas vivem é o *locus* de suas ações que além de facilitar a captação presume a longitudinalidade do cuidado. Para Kessler; Lima; Weilher et al (2018), esse atributo é ressaltado na literatura por sua capacidade de contextualizar o indivíduo no seu meio social considerando além de seus hábitos de vida e problemas de saúde a capacidade de propiciar aos profissionais intervenções satisfatórias. No entanto, a análise dos resultados desse estudo revelou a fragilidade no rastreamento pela maioria dos entrevistados.

### **Valores utilizados para o diagnóstico de DM**

No que se refere aos valores citados constatou-se não ser unânime na citação dos profissionais o conhecimento dos critérios diagnósticos propostos pelo MS que estabelece os seguintes critérios laboratoriais para a elucidação diagnóstica do DM: glicemia de jejum maior que 126mg/dl; Teste de tolerância oral a glicose maior ou igual a 200mg/dl; glicemia casual na vigência de sintomas clássicos, e Hemoglobina glicada (HbA1C) maior que 6,5%. (BRASIL, 2012). Os profissionais assim informaram:

Acima de 120 na glicemia de jejum. Na [glicemia] glicada maior ou igual a 6,5 e TOTG maior ou igual a 200. (GF2).

E geralmente quando o paciente já tem se alimentado, como eu trabalho com vários médicos, eles consideram menos de 200. Para o paciente que não está em jejum menos de duzentos eles consideram. (GF2).

É 100 e ele já está no patamar! (GF3).

100, 125, esses pacientes... Nesses casos a gente pede o teste oral de tolerância a glicose. Quando chega um exame maior ou igual a 126, aí eu dou mais um tempo com as orientações e agendo tipo um trimestre. (GF1).

O resultado desse nosso estudo demonstra que alguns profissionais não estão alinhados ao protocolo. Essas situações também foram evidenciadas em um estudo com enfermeiros de UBS e eqSF em Recife que averiguou que os profissionais citaram os exames de rotina, mas não foram precisos quanto aos valores preconizados (PARAIZO; ISIDORO; TERRA, et al 2018).

Para o início do tratamento da DM, é preciso que a equipe saiba quais os medicamentos estão disponíveis na farmácia básica. A esse respeito, as equipes investigadas assim informaram:

Metformina, glibenclamida e insulina NPH só são esses que são disponibilizados pelo SUS daqui. (GF2).

A medicação tem, raramente não dá para o atendimento, a insulina vem, a insulina não falta não. (GF3).

Tem sim todos, inclusive a insulina regular. (GF1).

Foi consenso a disponibilidade das três linhas de medicamento proposto pelo MS. O presente estudo diferencia-se dos resultados obtidos por Neves et al (2017) que encontraram a prevalência adequada de medicamentos para atenção a pessoa com DM em apenas 40,9% dos municípios Brasileiros da APS com adesão ao 2 ciclo do PMAQ-AB.

Para o acompanhamento ideal às pessoas com DM, a equipe deve ter acesso a uma gama de exames que auxiliarão no diagnóstico e controle da doença. Assim, a hemoglobina glicada, microalbuminúria e fundoscopia fazem parte da rotina mínima de exames necessário na consulta inicial e seguimento da pessoa com DM (BRASIL, 2013).

A hemoglobina glicada não tem acesso pelo SUS, eles tem que fazer particular, quando eles não tem condições financeiras de fazer a hemoglobina glicada, aí eu peço a de jejum". (GF2).

Não, a glicada não! Aqui não faz no município". (GF3).

Geralmente as pessoas não tem condições, poder aquisitivo para fazer nem ele (Microalbuminúria) nem a hemoglobina glicada. ( GF1).

Não! Até é uma coisa pedida para ser feita no PSF, mas aqui não é realizado...eu tenho encaminhado, mas é uma coisa que deixa a desejar, esse fundo de olho, eu sou sincera." (GF1).

Não, não tenho conhecimento não... Porque é o seguinte: a gente encaminha, mas aí, não sei se eles realizam. (GF2).

A gente sempre faz uma recomendação, né? Quando a gente participa dos Hiperdias, só que assim a queixa é sempre a mesma: O município não disponibiliza ou quando disponibiliza são poucas vagas. (GFN).

Muito difícil! Porque um meu, teve que pagar. (GF3).

Mendes (2012) lança luz à discussão do apoio diagnóstico ao afirmar ser esse um problema não exclusivo da APS, mas que nela recai e elenca problemas nas diversas esferas tanto na indicação correta baseada em evidências científicas quanto ao acesso à exemplo da HgA1C fundamental no adequado controle da DM.

### **Conhecimento da estratificação de risco das pessoas com DM**

Outra etapa do manejo das pessoas com DM é a programação das consultas baseado na estratificação de risco. A esse respeito, observou-se que as equipes não realizam a programação de acordo com o proposto pelo MS. A classificação de risco é o critério adotado para programar consultas e atendimentos com base no controle metabólico associado a outros critérios: complicações agudas; complicações crônicas; níveis pressóricos e internações prévias classificando-os assim em risco baixo, médio, alto e muito alto (BRASIL, 2013).

A gente começou a fazer isso. Agora é... A gente ainda tá em curso e esse... Foi uma coisa que... Que já iniciou depois desse PMAQ. Então a gente iniciou com parte dos pacientes com pressão arterial. (GF1).

Não é fácil porque você tem que acumular dados. E outra coisa a procura e a demanda, né? Muitas vezes, como vocês viram a gente vai almoçar uma, uma e meia, duas horas. (GF1).

Não tem! A gente sabe os casos que são mais, né? Complicados, mas classificar ainda não separou não, selecionou não. (GF3).

Sim, eu tenho o registro desses de estratificação aqui: tenho mais da localidade "X" e de "Y" aqui a gente faz mais o de pressão alta, mas acaba que engloba vários fatores de risco que também abrange o diabetes. (GF2).

Como mencionado anteriormente, o acompanhamento às pessoas com DM é atribuição da equipe multidisciplinar e visa avaliar a evolução da doença e a adesão terapêutica. Destaca-se a fala de um profissional que introduz a dificuldade em realizar a classificação por risco uma vez que requer mais tempo o qual se sente prejudicado devido uma elevada demanda assistencial.

Achado divergente desse nosso estudo foi relatado no município de Fortaleza- CE, que adotou em 2015 o MAAC na implantação da rede de cuidado às pessoas com hipertensão arterial e DM na APS, com base nos protocolos e diretrizes, estratificando e classificando as pessoas com DM. Os resultados demonstraram a importância dessa ação para o adequado planejamento e organização da atenção às pessoas com DM no tocante a melhor organização do fluxo assistencial e acesso à rede (SOUZA; MENDONÇA, 2016).

Conforme Mendes (2012), a estratificação por critério de risco adotado pelo MAAC é condição imprescindível para o devido cuidado em redes, elaborada a partir do Modelo da Pirâmide de Risco (MPR), permitindo classificar a população com condições crônicas pelo nível de complexidade e propõe intervenções compatíveis a cada estrato. A estratificação agrupa-se em três níveis; a base da pirâmide, primeiro nível corresponde de 70 a 80% das pessoas com quadros estáveis que tem na APS a base do cuidado e como principal ação o autocuidado; o nível 2 corresponde entre 20 a 30% das pessoas que requerem intervenções da APS e de profissional especializado e o terceiro nível no ápice da pirâmide corresponde de 3 a 5% da população com nível de doença em elevado grau de complexidade inserindo-se nos três níveis de atenção com predomínio do nível terciário requerendo um gestor do cuidado, profissional da APS, o qual também se insere no nível secundário.

Outra ação averiguada concerne ao manejo das pessoas com DM tipo 2 na APS é a utilização do automonitoramento glicêmico capilar (AMGC) quando indicado. A esse respeito, as equipes relataram:

No meu acompanhamento, todos que eu atendo eu dou meu seguimento, fico fazendo avaliação. (GF1).

Sim, inicio o tratamento. (GF2).

Sim eles se limitam muito a Atenção Básica, né? Assim o médico de referência é o clínico [...] a não ser que já seja uma coisa encaminhada pelo próprio clínico. (GFN).

Observou-se nas falas que o manejo do tratamento às pessoas com DM tipo 2 é realizado na APS não obstante os resultados analisados apontarem muitas fragilidades, uma vez que a DM é uma doença complexa, que ao compor o quadro das condições crônicas difere-se da atenção ao cuidado das doenças agudas o que vem se tornando uma preocupação mundial sobre a forma de ressignificação do modelo de atenção (MENDES, 2018).

Averiguou-se assim a recomendação da AMGC, para as pessoas com diabetes tipo 1 e para as pessoas com DM tipo 2, quando indicado. O AMGC tem indicação a todas as pessoas acometidas de DM tipo1 e DM tipo 2 que necessitam submeter-se a doses múltiplas diárias de insulina (BRASIL, 2013).

Muitos eu já pedi, solicitei que a prefeitura disponibilizasse entendeu? Até pra gente ter um controle [...] eles vão todo mês para a gente fazer o acompanhamento. A gente vai vendo de acordo com o HGT. (GF2).

A fita e o aparelho não têm para todos os diabéticos que fazem uso de insulina. (GF3).

Ressalta-se que o recomendado para a realização do automonitoramento da glicemia capilar é no mínimo três vezes ao dia no domicílio, quando indicado doses múltiplas de insulina (SBD, 2015). Nesse sentido, desde 2006 a Lei nº 11.347/2006 assegura a distribuição gratuita no SUS, conforme se observa no seu art. 1º “Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e a monitorização da glicemia capilar”.

Desse modo, os resultados encontrados na nossa pesquisa conforme referido pelos participantes demonstram um desacordo com o preconizado pela SBD bem como pelos direitos garantidos por lei o que remete a importância de se trabalhar também na APS o empoderamento das pessoas do ponto de vista da informação e conscientização para garantia da efetivação dos seus direitos.

Um estudo realizado em Botucatu-SP avaliou à luz do referencial de Donabedian<sup>1</sup> um programa de AMGC os resultados encontrados demonstraram que a maioria da categoria médica não utilizou os resultados do AMGC para o manejo das doses diárias de insulina, o que pode-se inferir também a não priorização ao estímulo do autocuidado apoiado (AUGUSTO; NITSCHKE; PARADA, 2014).

Outro estudo produzido em um serviço de referência no município de Belo Horizonte, MG encontrou resultados semelhantes ao analisar a habilidade técnica e a adequada utilização do AMCG em uma amostra elegível de pessoas com DM identificou-se lacunas no tocante a adequada técnica e ao registro diário dos resultados monitorados com implicações ao adequado ajuste de doses de insulinas diárias para consecução de metas glicêmicas ideais o que demonstra a importância da educação em saúde (OLIVEIRA; BARBOSA; GUIMARÃES, 2018).

Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo conduzido em UBS no município de Santos-SP ao analisar o impacto do AMGC nas pessoas com DM, em um

---

<sup>1</sup>Avedis Donabedian é um dos teóricos da avaliação da qualidade. Foi o pioneiro no setor saúde a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Adotou da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde. (DONABEDIAN, 1980).

período de seis meses, os resultados foram aferidos pela HgAC1 que constatou reduções significativas da glicemia, demonstrado assim o êxito do uso do glicosímetro para o automonitoramento e controle da DM (YONEDA; LEÃO; ZUCCHI, 2014).

### **CATEGORIA 3 - PREVENÇÃO E MANEJO DAS COMPLICAÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DO DM PELAS EQUIPES DE APS**

Ao ser considerada uma condição sensível a APS, evidências científicas afirmam que o manejo adequado da DM nesse nível de atenção pode reduzir internações e mortes por complicações (ALFRADIQUE e al, 2009)

O adequado manejo da prevenção secundária constitui-se em diagnóstico e tratamento precoce e adequado, além do controle de algumas comorbidades a exemplo da hipertensão arterial, dos níveis de colesterol e do controle glicêmico, o que pode contribuir efetivamente em reduzir e minimizar o avanço das complicações (WHO, 2016). Assim sendo, a detecção precoce através do adequado rastreamento deve ser realizada em tempo hábil fazendo parte do escopo das atribuições da APS. Ressalta-se, portanto o compartilhamento dessa ação nos diversos níveis de atenção (BRASIL 2013).

Dessa categoria emergiram duas subcategorias: **Abordagem às complicações agudas e crônicas e Cuidados com o pé diabético.**

#### **Abordagens às complicações agudas e crônicas**

A descompensação hiperglicêmica aguda pode evoluir para complicações graves como a hipoglicemia, cetoacidose, síndrome hiperosmolar e hiperglicemia não cetótica (BRASIL, 2013). Quando questionados acerca do conhecimento das complicações agudas e crônicas dos usuários diabéticos, os entrevistados ressaltaram a hiperglicemia como a mais frequente:

Aqui a gente costuma ter muito paciente com hiperglicemia, entendeu? Aí, chega aqui passando mal de verdade. (GF1).

Aí graças a Deus... Aqui a gente tem como dar suporte... Encaminho para canto nenhum resolvo aqui mesmo... Nunca tive que mandar nenhum não! Faço a hidratação, controle de PA, aí vejo a necessidade da insulina regular. (GF1).

Quando a gente vai fazer o Hgt está lá em cima. Se eu diagnosticar a cetoacidose diabética ou o estado hiperosmolar; primeiro eu encaminho para o serviço de emergência, certo? Que aqui não tem como tratar. (GF2).



Aí foi percebido em duas vezes de atendimento que a diabetes estava muito descompensada, altíssima. (GF3).

Eu fiz o teste de glicemia nele, quando eu fiz! Estava quinhentos e pouco. (GF3).

O que chama a atenção nessas falas é a prevalência de hiperglicemia, um achado frequente. Esses resultados também foram evidenciados em um estudo de base populacional epidemiológico realizado em um município de médio porte no estado do Rio Grande do Sul com usuários da eqSF em uma amostra de 360 pessoas com DM encontraram 306 pessoas com hiperglicemia ocupando assim o ranking de primeiro lugar dentre as complicações agudas mais frequentes ( MORESCHI et al, 2018).

Um inadequado e persistente controle glicêmico associado à ausência de rastreamento ao longo dos anos desencadeia lesões em olhos, rins, nervos e vasos que podem evoluir para complicações graves, sendo mandatória a detecção precoce, o que requer alguns exames específicos e acompanhamento contínuo (SBD, 2018). A respeito do manejo das complicações crônicas, os entrevistados revelaram um manejo inadequado dessas complicações.

Era um paciente indicado para hemodiálise, mas a família não aceita. (GF3).

Cegueira... Tem uma paciente totalmente cega pela diabetes. (GFN).

Amputação, ele já está na segunda amputação. (GF1)

O reconhecimento de algumas complicações crônicas tardias e irreversíveis citadas pelos grupos remete a relevância do seguimento de ações de rastreamento de complicações crônicas recomendadas no protocolo do MS.

Conforme se detectou nesse estudo a elevada prevalência de hiperglicemia associado a um insuficiente acesso ao rastreamento de diagnóstico e prevenção das complicações crônicas a não realização da fundoscopia e demais exames como microalbuminúria, hemoglobina glicada são fundamentais e padronizado no protocolo do MS (BRASIL, 2013). Portanto, evidencia-se que as complicações citadas refletem um desfecho avançado e irreversível, bem como a fragilidade na prevenção e manejo.

### **Cuidado com o pé diabético**

Recomenda-se avaliar e classificar o risco dos pés das pessoas com DM que consiste em realizar anamnese, exame físico, avaliação clínica geral, neurológica, vascular, ulcerações e se necessário, exames subsidiários. Com base nessa avaliação estratifica-se o risco do pé

diabético e a periodicidade de avaliações subsequentes (BRASIL, 2016). Segundo a preconização por grau de risco (BOULTON et al., 2008):

- 0 – Avaliação anual por médico ou enfermeiro da APS
- 1 – De 3 a 6 meses pelos mesmos profissionais
- 2 – De 2 a 3 meses por médico e/ou enfermeiro da APS, se indicado, referencia-se a outro serviço
- 3 – Mensalmente ou bimestralmente com médico e/ou enfermeiro de APS ou com equipe especializada.

Quando indagados sobre o conhecimento e as ações de promoção de autocuidado ao pé diabético realizadas no âmbito de suas práticas.

No Hiperdia se orienta, agora é como se diz, não tem o tempo necessário. (GF3).

De um modo geral, a gente procura identificar... É fazer perguntas, questionar alguma queixa, se está tendo. (GF1).

No momento em que a gente pode fazer no coletivo, uma atividade, uma palestra, por exemplo, como a gente tem esse hábito. (GF2).

A gente vai tá informando a eles, as possíveis causas de um pé neuropático, ou um pé isquêmico né? A gente, pelo menos quando eu participo dos Hiperdias, a gente fala dessa diferença. (GFN).

Quando os entrevistados foram questionados acerca da avaliação dos pés dos usuários diabéticos foram identificados os seguintes discursos:

Eu sempre dou uma olhada, quando vem para mim, o diabético. Eu dou uma olhada geral, sabe? Integridade da pele, principalmente. Sempre pergunto se tem tido pancadas... A questão da calosidade. (GF1).

A gente pede primeiro para os pacientes andarem com sapatos fechados né, para evitarem lesão no pé... Mas é difícil porque eles andam muito de alpercatas, chinelo aberto. (GF2).

É observar calosidade que pode acontecer uma ulceração, o corte das unhas, observar o uso de meias... São várias orientações. A gente entrega panfleto orientando. (GFN).

É difícil eu receber encaminhamento, mas quando recebo vou na casa. A gente trabalha mais domiciliar. Faço a anamnese, os testes de sensibilidade e história de tabagismo. (GFN)

Foi ainda possível identificar equipe que nunca havia realizado exame dos pés dos usuários:

Não! Não é feito aqui nunca foi feito. (GF3).

Em relação à avaliação sensitiva os profissionais ressaltaram a indisponibilidade de instrumento considerado necessários para a realização. Os dados reportados no sistema de informação reafirmam esse achado: não houve registro de exames de pé diabético.

Aqui eu estou sem monofilamento é uma coisa que eu já conversei pra pegar para cá. Meu monofilamento é esse aqui entendeu? (Aponta para caneta). [...] diapásão, acho que ninguém praticamente vai saber o que é! (GF1).

Não! Tem não... Tudo improvisado, até a ficha de avaliação é bem vaga. (GFN).  
Não, não tem diapásão. Nenhum desses tem aqui. (GF2).

O teste de sensibilidade realizado com monofilamento 10g é preconizado para avaliação da sensibilidade protetora dos pés das pessoas com DM, é preditivo de ulceração com elevada acurácia, confere uma sensibilidade de 90% e especificidade de 80% (BRASIL, 2013).

Em relação à periodicidade do exame dos pés, não foi identificado nas falas dos entrevistados um acompanhamento dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde:

Quando tá assim numa situação que é bem mais crítica, como a gente aplica um cuidado mais constante então é quase que diário quando a gente tem a oportunidade de ir até aquele paciente fazer o curativo mesmo. (GF2).

Eu sempre dou uma olhada, quando vem para mim... (GF1).

Achados semelhantes foram encontrado no estudo realizado em Teresina-PI na Estratégia Saúde da Família ao avaliar o cuidado com os pés das pessoas portadoras de DM tipo 2, o resultado demonstrou baixa adesão ao auto cuidado, quanto as ações realizadas na consulta de enfermagem identificou que 79,5% das pessoas não foram examinadas e 96,4% não havia realizado o teste de sensibilidade no último ano (REZENDE NETA, SILVA; SILVA, 2015).

Outro estudo realizado no Brasil com dados do I e II ciclos do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB) que descreveu sobre a adequação das estruturas das UBS para a atenção às pessoas com DM revelou que apenas 24,9% das UBS dispunham de monofilamento. Demonstrou ainda que em 2012 apenas 4% das unidades estavam equipadas adequadamente para prestarem uma boa qualidade às pessoas com DM. Apesar de essa proporção ter duplicado em 2014, os dados são extremamente preocupantes uma vez que para cada dez UBS menos de uma encontra-se provida de todos os materiais necessários para qualificar à atenção as pessoas com DM (NEVES et al, 2017).

A exemplo do pé diabético, no presente estudo, observou-se que o manejo das complicações crônicas não estavam em conformidade com o protocolo.

## **CATEGORIA 4 - RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS NO ACOMPANHAMENTO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

As transformações econômicas geraram industrialização e globalização crescente em escala mundial o que provocou mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares das populações. Os países em desenvolvimento foram igualmente afetados, com elevado consumo de alimentos industrializados com alto teor de gordura o que repercute negativamente na saúde com implicações nas condições crônicas (MENDES, 2012).

A nutrição adequada e atividade física compõem a terapêutica não medicamentosa indicada as pessoas com DM (BRASIL, 2013). Dessa categoria suscitaram duas subcategorias: **Abordagem nutricional e Abordagem à atividade física.**

### **Abordagem nutricional**

O protocolo do MS discorre sobre as orientações nutricionais às pessoas com DM tipo 2 na APS, sendo atribuições de médicos e enfermeiros nas consultas identificar o padrão alimentar. Constitui-se fator importante para contribuir no controle metabólico e glicêmico para evitar futuras complicações (BRASIL, 2013).

A respeito das orientações nutricionais para adultos com DM, os profissionais investigados assim relataram:

Primeiro: mudança no estilo de vida que a gente pede para alterar a dieta. A mudança de alimentação; começar a tirar totalmente o açúcar e colocar o adoçante. E diminuir a ingestão de carboidrato, explica o porquê? (GF2).

É difícil você dizer ao paciente a dieta. “O que é a dieta Dra?” Eu só tenho isso para comer! Eu só tenho pão, eu só tenho cuscuz, eu só tenho farinha. (GF2).

Eu tenho uma moça na academia que ela tem hipertensão e diabetes, mas mesmo ontem ela falou: “comi três pães ontem à noite mais com uma jarra de suco”. (GFN).

Principalmente a população mais pobre que a gente sabe, que é mais assim, a condição financeira né? Mas eles são muito assim, gostam muito de farinha né? do açúcar, a coisas mais doces, do pão, do macarrão. (GFN).

Os profissionais dos dois grupos referiram à complexidade e dificuldade em lidar com modificações no estilo de vida, de acordo com as falas:

Tem aquelas pessoas que tem o hábito de estar sempre na pizzeria, sempre comendo o que não presta. Você pergunta, por exemplo, ao invés de comer uma comida saudável aí come muita carne. Uma coisa que contém muito açúcar, muito sal, muita gordura (GF3).

Às vezes, eu dou uma de nutricionista: tire isso, tire aquilo entendeu? Encaminho sempre porque a nutricionista aqui do NASF-AB: é muito boa. (GF1; grifo nosso).

Identificou-se ainda nos discursos de alguns profissionais uma abordagem educativa tradicional, que reflete resquícios do modelo biomédico. Resultados iguais foram obtidos em um estudo realizado com profissionais da APS em Divinópolis MG que relatou a complexidade em trabalhar com mudanças de estilo de vida e identificou-se também por alguns profissionais práticas prescritivas e autoritárias (GAMA; GUIMARÃES; ROCHA 2017).

Outro importante estudo de revisão de literatura à luz da antropologia analisou publicações de pesquisadores norte-americanos que se debruçam na produção do conhecimento: “Empoderamento no Campo da Diabetologia”. Uma das categorias estudadas apontou o impacto do empoderamento nas relações de cuidado exercidas pelos profissionais e as consequências dessa prática às pessoas com DM. Comparando essa relação estabelecida de autoridade que não deve ser transgredida à relação dos pais com os filhos transpondo para as ações prescritivas voltadas aos hábitos alimentares e atividades físicas o que provocaria situações de desconforto uma vez se tratarem de pacientes adultos (LOPES, 2015).

A fala suscitada em um dos grupos quando se refere: “Eu dou uma de nutricionista” remete certo desconhecimento das recomendações sugeridas no protocolo do MS. Conforme o MS (BRASIL, 2013), os pacientes com DM são acompanhados em consulta individual por médicos e enfermeiros na atenção primária. É importante que os profissionais estejam capacitados para reconhecerem seu papel para além da terapêutica medicamentosa incluindo modificações no estilo de vida reconhecendo a alimentação como fator de risco e realizando orientações a respeito da alimentação saudável para um controle glicêmico satisfatório e para prevenir complicações.

No decorrer do estudo as discussões suscitadas não evidenciaram uma reflexão sobre o repensar e ressignificar o insucesso dessas práticas educativas. Os sentimentos identificados foram mais de impotência, a despeito de repetidos depoimentos dos profissionais sobre a pouca adesão das pessoas com DM em seguirem as orientações prescritivas:

Só que eu oriento agora, com oito dias eu encontro ele com um prato de cuscuz, aí eu fico toda... Sem ação mais de falar nada. (GF3).

Na minha área eles dão muito trabalho, falam que gostam muito de doce. (GF3).

Eu tenho uma moça na academia que ela tem hipertensão e DM, mas mesmo assim ela fala: ‘Eu não vou deixar de comer meu pão. Eu não vou deixar de comer isso, comer aquilo. (GFN).

## Abordagem à atividade física

Outra recomendação específica à pessoa com DM são as orientações quanto à realização de atividade física. As equipes investigadas a esse respeito, assim se posicionaram:

Sim como eu falei: dieta né e atividade física entendeu? A gente orienta a atividade física pelo menos umas três vezes na semana, entendeu? No período de no mínimo 30 minutos, entendeu? (GF2).

A gente tem um grupo de pessoas, aqui onde funciona o CRAS, aí, tem atividade física toda terça-feira, aí tem as pessoas que praticam lá a atividade física e caminham, mas tem aqueles que não estão nem aí e a obesidade está lá em cima. (GF3).

Quando a gente faz os Hiperdias, a gente fala da prática esportiva, de atividades esportivas, mas a gente não tem uma caixa de som, a gente não tem colchonete, não tem peso, a gente não tem um glicosímetro... A única coisa que o NASF-AB tem de material é um aferidor de pressão. (GFN).

A gente faz... A gente faz um improviso com eles, aí a gente fez bastões com cabo de vassoura, a gente fez é elástico com bexiga, a gente fez é... pesos com garrafas" (GFN).

Identifica-se um envolvimento dos profissionais do NASF-AB, quanto ao incentivo as práticas de atividades físicas, entretanto é importante pontuar a insuficiência de materiais que culmina com a improvisação. Esse achado também foi encontrado em um estudo realizado em uma região de São Paulo (SP) que analisou dois NASF-AB com o objetivo de compreender como os profissionais desenvolviam suas atividades para atingirem seus objetivos. Destacou-se a insuficiência de recursos material e físico, o que repercutia na adequada realização de suas atribuições nas equipes de saúde sob suas responsabilidades (GONÇALVES et al, 2015).

Correa et al (2017) referem a associação entre melhorias na qualidade de vida e fatores de risco modificáveis como atividade física, alimentação adequada, e bom controle glicêmico, hemoglobina glicada  $\leq 7\%$ , em pessoas atendidas e acompanhadas em um serviço de referência especializado e na APS. Excetuou-se nesse grupo duas variáveis sexo feminino e tempo de duração da doença. Os dados obtidos apontaram a necessidade da abordagem educativa para interferir positivamente nos fatores de risco modificáveis nos diversos pontos de atenção.

Um outro estudo realizado em Viçosa-MG analisou a prevalência de DM e a realização de atividade física nessa população que utilizava as unidades da ESF, os resultados demonstraram que apenas 22% desempenhavam essa prática, apontaram a importância da reflexão entre gestores e profissionais da APS para planejarem estratégias que incluam intervenções nessa área e ressaltou ainda a importância do NASF-AB composta por

profissional médico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e profissional de educação física na consecução dessa proposta (FREITAS; MOREIRA; OLIVEIRA et al, 2015).

Vale ressaltar que o MS recomenda a necessidade dos insumos adequados para a realização das ações que faz parte das atribuições do NASF-AB (BRASIL, 2013). O que não condiz com os achados nesse estudo.

## **CATEGORIA 5 – ABORDAGEM EDUCATIVA ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS POR PROFISSIONAIS DE APS**

O autocuidado apoiado é uma abordagem educativa essencial na atenção às pessoas com DM. Consiste em uma mudança essencial para implantação do MACC. Compete aos profissionais contribuir para o empoderamento das pessoas para gerirem seu autocuidado (MENDES, 2012). Do material empírico emergiram seis subcategorias: **Prática de educação em saúde; A pedagogia do medo; Orientação do autocuidado; Educação permanente em DM; Planejamento das atividades educativas; Obstáculos elencados pelos profissionais para uma melhor educação em saúde.**

### **Prática de educação em saúde**

Considerando-se a importância de identificar o conhecimento dos profissionais da APS sobre as práticas educativas realizadas às pessoas com Diabetes Mellitus, solicitou-se que discorressem sobre o Hiperdia e como desenvolviam a educação em saúde visando uma melhor elucidação sobre a abordagem educativa utilizada. Evidencia-se uma metodologia de educação e condução em grupos conforme descrito:

O município, para quem não conhece, é um município extremamente medicamentoso. Nos Hiperdias, todas as equipes fazem a entrega de medicação... Aí eles não vão para o Hiperdia para se... Se sensibilizarem. Eles vão pegar o remédio... Ou passar pelo médico. Eles não têm noção que é um grupo, que eles participam... Quando a gente não pode falar tem que fazer tipo uma chantagem de: “só lhe dou o remédio quando você escutar o que eu tenho para dizer”. (GFN; aspas nossas).

Desse modo, entre os grupos pesquisados, identificou-se um consenso ao relatarem uma prática de educação em saúde fragilizada, percebida com clareza nas referidas falas:

Quando a gente chegou aqui não tinha muito essa história de HIPERDIA... Acho que eles aproveitaram que chegamos e começaram a chamar-nos mais para essa parte de educação, de promoção e de prevenção... A gente foi estudando, pesquisando para poder passar informações. (GFN).

Lá em 'V' quando se tem um grupo de diabéticos a gente oferece café da manhã e palestra. Geralmente tem um retorno muito bom quando oferece café da manhã e o teste de glicemia porque a maioria quer fazer o teste [...] (GF2).

[...] É isso que eu estou dizendo: tem só a questão da entrega da medicação, a gente orienta um a dois minutos porque são mais de cinquenta. (GF3).

A educação em saúde desenvolvida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSFs) está muito centralizada na equipe do NASF-AB. Nota-se uma cultura biologicista e medicamentosa e as ferramentas metodológicas utilizadas centradas na abordagem pedagógica tradicional. Os profissionais relatam à abordagem educativa dentro de um paradigma tradicional de passar informações e palestras, restringem as pessoas com DM a receptores passivos.

Nesse contexto, destaca-se um estudo realizado em Recife-PE (SILVA et al., 2015) com o intento de analisar a percepção dos profissionais da APS sobre suas práticas de educação em saúde que identificaram duas vertentes sobre as práticas educativas, a saber: uma predominante permeada em uma visão dialógica despertando uma capacidade crítica reflexiva buscando o empoderamento dos educandos e outra com a abordagem pautada no modelo tradicional de educação em saúde o qual utilizam a informação enquanto ferramenta visando gerar mudanças de comportamento para a aquisição de hábitos saudáveis, priorizando a transmissão de um saber em detrimento do protagonismo dos sujeitos. Essa segunda compreensão está muito presente no discurso dos profissionais no nosso estudo.

A gente orienta, só que tem uns teimosos né? Que só come besteira... Só que orienta agora com oito dias eu encontro eles com um prato de cuscuz, aí eu fico toda... Sem ação de falar mais nada. (GF4).

[...] Essa educação alimentar, para quem já traz isso na raiz mesmo né? Como eles mesmos já trazem... na história de vida deles, é bem difícil de mudar. Mudar hábito não é fácil. Não é fácil de jeito nenhum. (GFN).

Destaca-se no relato das falas um misto de insatisfação com o processo educativo pouco impactante, todavia, entre os grupos analisados não há sinais de autoavaliação de como vem se dando a prática de educação em saúde. É preciso que a equipe reflita o porquê a atividade não está impactando e sendo efetiva. Nesse sentido, Boscariol et al. (2018) ressaltam que os profissionais de saúde precisam propiciar as pessoas com DM a



problematização de sua realidade através de um espaço de fala para verbalizar sentimentos e concatenar pensamentos, agregando recursos que os impulsionem a sair da condição de expectadores passivos à gerenciadores do seu autocuidado.

Os participantes de dois grupos teorizaram algumas falas que refletem em seu conteúdo, elementos importantes suscitados nas discussões, ao se sentirem instigados em ouvirem suas próprias falas analisam o porquê dessa pouca adesão das pessoas com DM a práticas mais saudáveis. Os quais atribuíram:

É autoestima... É autoestima é a palavra que 'X' [participante] resumiu: incentivo, tanto da gente, que é pessoa de fora, como das pessoas de casa, se você não tem uma pessoa do seu lado que lhe estimule, eu acho que a influência da família também é muito determinante nisso (GF2).

Além da medicação, é necessária a colaboração em relação à dieta né? Então eles precisam da tomada de consciência... A tomada de consciência que vai fazer que eles possam ter um resultado melhor... Conscientização e autoestima... Autoestima e do caminho dessas pessoas (GFN).

Contudo, as reflexões produzidas nas entrevistas demonstraram uma dificuldade de abordagem nas práticas educativas em motivar essa autoestima e conscientização. Atentam ainda ao fato de que, a equipe sozinha não pode fazer muita coisa. O ideal para esses profissionais seria associar a abordagem profissional ao apoio da família. No entanto, é preciso ter em mente que o usuário deve “tomar consciência” não apenas de sua situação de saúde, mas do que a determina. Assim, a educação em saúde pode e deve ir além da “educação da doença” para o mais amplo exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas, que última instância deve fornecer as condições de qualidade de vida.

### **A pedagogia do medo**

O estudo aponta que, na percepção dos profissionais dos quatro grupos há um sentimento de culpabilização às pessoas com DM, demonstrando uma dificuldade em se reconhecerem enquanto educadores de saúde, vejamos:

A gente só não quer que provoque as coisas negativas, mas só mexe com eles as coisas negativas... Tem vez que as pessoas só despertam quando acontece algo, né? Porque eles poderiam pensar desde antes. (GF1).

Às vezes eu amedronto mesmo. Tem que amedrontar, falar: Não conhece aquela pessoa que amputou... a perna? Foi por que: é uma pessoa que não cuidou da alimentação. (GFN).

[...] Se chegar num estágio, vai ter que entrar com insulina. “Aí ele; Não, não”... ”aí eu digo;” então comece a se conscientizar, entre na dieta direitinha e comece a fazer exercício físico, comece a perder peso, e vai e aos poucos a gente consegue. (GF2).

O médico disse: ‘Olhe, se você não tiver controle na sua alimentação, você vai cegar, porque você já fez cirurgia de catarata nos dois olhos, não tá enxergando? Isso é a diabetes alta. (GF3).

Resultados similares foram encontrados em um estudo realizado em Divinópolis-MG por Gama, Guimarães e Rocha (2017), ao analisar a percepção dos profissionais sobre a atenção as pessoas com diabetes identificaram dentre outros fatores uma inclinação por alguns profissionais a culpabilizar as pessoas como um dos fatores do insucesso a uma boa adesão terapêutica, em detrimento de encontrar metodologias para transpor essas dificuldades.

Em geral, observou-se no nosso estudo que o sentimento de culpa, medo da doença e suas complicações, provocados após graves desfechos destacados pelos profissionais, que apontam o insucesso das práticas educativas utilizadas. Assim, percebe-se que essa concepção, se distancia das práticas educativas voltadas para o autocuidado.

A pedagogia do medo é reverberada entre os próprios usuários, uma vez que relataram uma suposta mudança de comportamento nas pessoas com DM apenas quando ocorrem desfechos desfavoráveis, e não em função da exposição à prática educativa. Raciocínio este que se contradiz aos frequentes relatos em todos os grupos pesquisados de uma baixa adesão aos fatores de risco modificáveis, além de que o medo provocado pelas complicações já é também fruto de uma falha do processo de educação em saúde.

[...] Mas quando acontece algum caso na família ou uma pessoa próxima ter tido um AVC, um infarto eles já se controlam eles tomam aquele susto e começa a fazer uma caminhada, a alimentação melhora. (GF2).

Alguns têm medo, eles não conseguem identificar isso como algo tão grave. Eles sabem que eles têm aquela doença, mas para eles é só uma Diabetes. Quando infelizmente acontecer algo pior com eles. (GF1).

Quando acontece alguma coisa... Eles vão começar a dar um olhar para eles... No último Hiperdia, porque morreu um homem de infarto... Teve um infarto fulminante, caiu no meio da rua e morreu, no dia do Hiperdia apareceram mais de quarenta. (GF3).

Essa prática diverge da metodologia proposta pelo MS cujo protocolo privilegia práticas educativas participativas e problematizadoras levando em consideração as necessidades das pessoas envolvidas no processo e pactuação em conjunto dos objetivos e metas a serem atingidos, considerados assim essenciais para obter-se êxito em um programa educativo (BRASIL, 2013). Isto porque a problematização vem sendo adotada como estratégia de ensino/aprendizagem, haja vista a sua abordagem pedagógica contemplar a

participação, a autonomia e a corresponsabilização individual e coletiva no processo de aprendizagem (COTTA et al., 2012). Assim, o cuidar de si deixa de ser mandatório do profissional para ser assumido pelo próprio usuário, como parte integrante do seu tratamento.

Uma revisão sistemática sobre práticas educativas com pacientes diabéticos evidenciou que o suporte teórico das práticas seguiu majoritariamente a perspectiva de Paulo Freire e sua teoria libertadora, e ainda assim, a análise mostrou algumas limitações na educação em saúde, em especial o conhecimento profissional insuficiente e o manejo inadequado com os pacientes (IQUIZE et al, 2017).

Outro estudo randomizado de caso controle realizado na APS na cidade de Belo Horizonte-MG avaliou resultados satisfatórios pós-intervenção em pessoas com DM pautada em abordagens educativas nos moldes construtivista utilizando o diálogo a corresponsabilização para o autocuidado comparado com outro grupo com método tradicional. Os resultados sugerem efeitos positivos dessa abordagem demonstrados através de redução dos níveis de hemoglobina glicada (TORRES et al, 2018).

### **Orientação do autocuidado**

Sobre a compreensão dos profissionais na abordagem educativa visando o autocuidado identificou-se uma lacuna, os sujeitos estudados demonstraram um desalinhamento de suas práticas aos protocolos preconizados pelo MS na APS que aponta como maior desafio profissional estabelecer um processo educativo voltado ao autocuidado, uma vez que a pessoa com DM ou seus familiares respondem por 99% da necessidade diária dispensada a seus cuidados (GROSSI; PASCALI, 2009). Vale ressaltar que essa responsabilidade não é uma atribuição só da pessoa e seus familiares, mas centrada na pessoa e competindo aos profissionais e instituições elaborar e pactuar em conjunto planos de cuidado (BRASIL, 2013). Desta maneira, quando perguntado sobre as ações educativas voltadas para o autocuidado os profissionais demonstram pouco conhecimento e pouca habilidade em estimular práticas que desenvolvam a motivação para esse fim a exemplo dos seguintes discursos.

Ainda tem uma resistência grande em relação a isso porque eles não têm noção. É assim: eles sabem que tem diabetes, mas eles não sabem quais as implicações disso pra vida deles. (GFN).

No momento em que a gente pode fazer no coletivo, uma atividade, uma palestra, por exemplo... é mais difícil porque eu acho que é um assunto abordado mais diretamente para a família do que para o usuário, mas sim nós fazemos sim com relação ao autocuidado. (GF2).

É muito difícil a cada mês... No dia do HiperDia ficam os diabéticos tudo dentro de uma sala de espera. (GV3)

Essas falas convergem com um estudo realizado em Santa Catarina na APS (SALCI; MEIRELES; SILVA, 2017) em que alguns dos profissionais identificaram a não realização do autocuidado em suas abordagens educativas ao referirem que as pessoas com diabetes, geralmente aguardavam passivamente, não sendo instituída nenhuma interação entre esse e a equipe durante o longo período em que aguardavam atendimento médico. Também em Caxias-MA, Carvalho Filha, Nogueira e Medina (2014), ao analisarem a percepção dos profissionais da APS sobre as ações desenvolvidas no HiperDia, encontraram um índice insatisfatório no requisito educação em saúde desenvolvido pelos profissionais médicos e enfermeiros.

Indo de encontro a esses achados em Belo Horizonte-MG, um estudo clínico randomizado realizado em UBS avaliou um programa educativo que teve como processo pedagógico a construção e fortalecimento do autocuidado e o impacto desse nos níveis glicêmicos em pessoas com DM os resultados alcançados foram satisfatórios, com redução do nível de hemoglobina glicosilada, colesterol e triglicérides (TORRES et al., 2018).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ao propor o *Chronic Care Model* (CCM), ou Modelo de Doença Crônica (MCC), como é o caso da DM, traz o conceito de autocuidado apoiado, que diz respeito “às estratégias que tem como objetivo de estimular as pessoas usuárias para a autogestão da sua saúde e do seu próprio cuidado (OPAS, 2013). O autocuidado apoiado é também denominada como a metodologia dos 5 As: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento.

Mendes (2012) revela que as intervenções individuais e grupais podem ser capazes de dotar as pessoas de empoderamento e torná-las hábeis para o autocuidado, ou seja, se tornarem capazes de organizar o seu próprio plano de cuidado.

### **Educação permanente em DM**

Quanto aos aspectos relacionados a uma política de educação permanente constatou-se por todos os profissionais dos quatro grupos estudados a inexistência o que aponta um desafio à gestão conforme relatos:

Eu também estou sentindo muito a falta de capacitação do próprio profissional dentro do município. Em está se atualizando, porque está sempre saindo estudos

novos... Uma maneira de motivarmo-nos também... Acredito que a gente fica muito desmotivada. (GFN).

[...] ultimamente não tem tido não, pelo menos assim, a gente teve treinamento só para esquistossomose. (GF1).

Não, não tem não! Reunião mora longe. (GF3).

O consenso demonstrado nessas falas converge com Mendes (2012) ao afirmar que a educação continuada tradicional deverá ser substituída pela Educação Permanente em Saúde (EPS), que é baseada em evidências científicas com potencial de gerar mudanças no comportamento dos profissionais.

A atuação profissional amparada pela a EPS auxilia de forma sistemática a condução do processo de trabalho. Formas educacionais transitórias, embora importantes para a elucidação e compreensão do seu objeto, não conseguem alcançar a dinâmica cotidiana vivenciada pelos os profissionais (SILVA et al., 2019).

Municípios de pequeno porte tendem a ter maior dificuldade em ofertar a EP, devido a falta de recurso destinado a esse fim. Além da lacuna deixada em decorrência da falta de EP, os profissionais também enfrentam a não adesão social em detrimento do modelo biomédico ainda fortemente presente. Parte desse insucesso igualmente ocorre pela prática educacional pautada na doença, bem como a não integração do paciente como peça-chave e delineador dessas ações (MENDONÇA; NUNES, 2015; SILVA et al., 2019).

### **Planejamento das atividades educativas**

Ao serem indagados sobre o planejamento das ações de educação em saúde, os profissionais revelam fragilidades no planejamento das ações no âmbito das equipes e na articulação dessas com o NASF-AB.

A gente não conhece todos os públicos, então a gente quer montar estratégias de intervenção junto com as equipes, tá? A gente não vai funcionar sozinho (GFN).

Eu particularmente, não vejo muita evolução na questão da adesão. Por isso que eu digo: A gente tem que sentar porque “os trabalhadores estão andando separados” (GF3: aspas nossas).

O ponto crítico apontado ao longo dessa discussão pelas equipes do NASF-AB e das eqSF demonstra a importância da interlocução na APS, assim como reforça a afirmação de Silocchi e Junges (2017) que chama à atenção da realização de planejamentos das práticas de

serviços de saúde com foco na resolutividade dos problemas da população em detrimento de um planejamento engessado em um modelo definido.

Um estudo realizado acerca das dificuldades, desafios e superações no desenvolvimento de atividades de educação em saúde revelou que a fragmentação dos saberes leva a justaposição das ações e ao não compartilhamento dos conhecimentos, evidenciando às dificuldades da gestão do processo de trabalho da equipe a saber: falta diálogo, desarticulação dos trabalhos desenvolvidos, sobrecarga de alguns e não comprometimento de outros (MOUTINHO et al, 2014).

Na vigência “dos trabalhadores andando separados”, cada um atua exclusivamente sobre a sua clínica, revelando a opção pelo fazer puramente clínico sem interlocução entre os profissionais. Mendes (2012) destaca que a atenção nas doenças crônica precisa migrar da atenção prescritiva para a atenção voltada à pessoa e a família, que deve desenvolver-se por meio de três estratégias: a atenção colaborativa com a equipe de saúde, a alfabetização sanitária e o autocuidado apoiado (COULTER; PARSOSN; ASKHAM, 2008). É preciso tratar a educação em saúde como elemento da promoção da saúde numa perspectiva para além para do sentido sanitário do termo, mas que promova o empoderamento numa perspectiva crítica, tal como “(...) um fenômeno essencialmente relacional, isto é, que só se manifesta na interação dialética dos interesses conflitantes entre os indivíduos, grupos e classes sociais” (FERREIRA; CASTIEL, 2009, p.10).

### **Obstáculos elencados pelos profissionais para uma melhor educação em saúde**

Os profissionais revelaram outros desafios que dificultam suas intervenções na educação em saúde como a elevada demanda assistencial, grande extensão territorial, desfavorável nível socioeconômico cultural da população e apoio logístico insatisfatório, a exemplo de transporte para deslocamento dos profissionais do NASF-AB.

É, a demanda é... É muito sufocante... Eu sou muito sobrecarregada aqui. Não é brincadeira não. A gente tira um dia para o sítio, você ve, na outra semana é gente! “É, acho que o pior é a demanda”. ...Você fazer as coisas nas minúcias como você tem que fazer, nem que seja hipócrita que você não faz ao pé da letra, ninguém faz ao pé da letra... só se você atender seis por turno. (GF1).

A condição sócio econômica é difícil você dizer ao paciente a dieta... Eu só tenho isso para comer, é o que eu tenho é o que minha renda dá. E tem o acesso, é difícil aqui alimento integral, e mesmo assim é mais caro...outra coisa que atrapalha um pouco é o grau de instrução, muito, muito, muito baixo. (GF2).

‘X’ [município em análise] é um dos municípios onde a zona rural predomina mais que a urbana, geograficamente tudo aqui é mais extenso. (GFN).

Nossa dificuldade maior é com transporte, não tem vaga para a gente ir no carro das equipes,, e o NASF-AB não tem carro, *então* a gente fica muito limitado em relação a transporte. (GFN).

Um estudo sobre a atuação do NASF-AB em São Paulo-SP (GONÇALVES et al., 2015) destaca algumas dificuldades logísticas para o devido funcionamento do NASF-AB, a exemplo da escassez em transporte, que é essencial para o deslocamento dos profissionais no território. Essa limitação igualmente encontrada em um estudo em Caxias-MA (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014) que apontou a falta de transporte para realização de visita domiciliar e atividades educativas dos profissionais da atenção básica para realização do Hiperdia o que converge com os resultados encontrados em nosso estudo, que se destaca, sobretudo, por ser um município com uma área rural extensa.

O excesso de demanda também foi apontado como obstáculo ao melhor cuidado as pessoas com DM em pesquisa realizada em Sapucaia-RS (SILOCCHI; JUNGES, 2017). Ainda outros estudos que tratam das dificuldades no desenvolvimento das atividades educativas citam também um espaço físico que seja especialmente construído para este fim, a falta da capacidade dialógica da equipe, o desconhecimento dos profissionais de estratégias que aumentam a participação do usuário como as metodologias ativas e ausência de um planejamento que envolva toda a equipe no desenvolvimento da atividade (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa sobre a atenção às pessoas com DM é de interesse dos gestores do setor saúde (nível macro e meso), mas é igualmente importante aos profissionais de saúde (nível micro), uma vez que todos estão implicados na organização do cuidado às condições crônicas e ainda porque os limites entre os níveis são bem tênues. Os dados reportados, oriundos de um município do interior da Paraíba, no Nordeste do Brasil, são oportunos e pertinentes para qualquer município brasileiro, em condições semelhantes ao do estudo.

Acreditamos que o estudo alcançou os objetivos de analisar a organização da atenção às pessoas com Diabetes Mellitus na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Ao término do estudo inúmeros nós-críticos foram identificados e elencados, tais como: fragilidade no planejamento demonstrado, despreparo, dificuldades e desmotivação dos profissionais sobre o perfil de adoecimento da subpopulação; inadequado manejo desde a captação precoce, diagnóstico e a ausência de critérios para gerenciamento do cuidado o que se infere ser a atenção pautada nos moldes da demanda espontânea.

Os resultados do estudo identificaram um distanciamento entre a atenção dispensada pelos profissionais da APS e o MACC. Ao considerar os níveis 2, 3, 4 e 5 do MACC onde mais se destacaria o papel dos profissionais da APS, uma vez que a ESF se insere no território “espaço privilegiado” para ações de prevenção, promoção e detecção precoce das doenças, com possibilidades de realizar intervenções precoces nos fatores de risco modificáveis, em identificar as subpopulações mais expostas ao adoecimento e ao diagnosticá-las, classificar conforme a estratificação de risco para melhor gerenciar o cuidado, cuidado esse proposto pelo MACC, com bases em uma nova clínica, a qual revelou-se inconsistente no escopo das ações referidas pelos profissionais. Um outro pilar essencial desconhecido pelos profissionais, é o autocuidado apoiado que consiste em mudanças substanciais para o empoderamento das pessoas para gerirem sua doença. Não obstante, identificou-se ainda uma ausência de esboço de uma atenção em redes, fundamental para a atenção às pessoas com DM. Analisou-se ainda, práticas voltadas para uma atenção à demanda mais espontânea do que uma atenção programada, o que remete aos “moldes do modelo de doenças agudas”, o que não se aplica às doenças crônicas.



A abordagem de prevenção das complicações crônicas se apresenta como um grande desafio por encontrar-se demasiadamente fragilizada com obstáculos que permeiam desde a metodologia educativa, a ausência de alguns insumos, dificuldade de acesso a exames laboratoriais e acesso a atenção secundária. As recomendações específicas para adesão ao tratamento terapêutico não medicamentoso mostraram-se insuficientes e permeadas por uma abordagem educativa não motivacional às mudanças de estilo de vida, fator adjuvante no tratamento das pessoas com DM.

Ao investigar os contornos da abordagem educativa transversal a todas as ações no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus verificou-se que as ações de educação em saúde apontadas nesse estudo pelos profissionais às pessoas com DM demonstraram fragilidades, ancoradas no modelo tradicional de práticas educativas, voltadas para mera transmissão de conteúdo. A abordagem encontra-se distante dos protocolos sugeridos pelo MS que indica práticas educativas baseadas em evidências voltadas para o processo de construção e fortalecimento do autocuidado.

O estudo identificou fragilidade na utilização de protocolos e lacuna no processo de Educação Permanente em Saúde, o que se torna um dos desafios para os gestores no enfrentamento da DM, considerado grave problema de saúde pública, o que pode também justificar o despreparo dos profissionais sobre o MACC, bem como a desmotivação dos profissionais sobre suas práticas e a ineficácia dos resultados obtidos. Talvez por esse motivo, a prática educativa, na maioria das vezes remete, em última instância, para o modelo assistencial centrado na doença, ainda não superado totalmente, visto que ainda se balizam pela medicalização dos corpos, seja pela atividade educativa ofertada de forma informativa, seja pela utilização da pedagogia do medo, ou ainda pela fragilidade como é realizada, planejamento das ações entre as equipes de APS.

Os obstáculos apontados pelas equipes analisadas perfazem caminhos já apontados em outros estudos, o que nos leva a crer que essa prática venha ocorrendo da mesma forma em outros cenários. Nesse sentido, enquanto não ocorrer uma mudança significativa nas práticas educativas trazendo o usuário para o centro do processo e com a utilização de metodologias ativas, os profissionais não conseguirão alcançar o universo do usuário e juntos pactuar formas de prevenção da Diabetes Mellitus e suas complicações.

Nesse contexto, é importante ressaltar que, já na sua tessitura, *vis a vis* a metodologia utilizada no estudo - grupo focal - propiciou que as entrevistas coletivas provocassem

espontaneamente nas equipes uma discussão geradora de inquietações e autocritica sobre suas práticas. Soma-se a isso o fato da pesquisadora ser oriunda de um mestrado profissional e encontrar-se inserida no município, o que permitiu contribuir e acompanhar alguns desdobramentos significativos gerados por esse estudo e, que embora incipiente mostra-se muito promissor, podendo ser destacado a formação de um grupo educativo em conjunto – NASF-AB e equipe da ESF - com a utilização de metodologias ativas, voltado para promoção à saúde e reeducação alimentar, o qual já vem mostrando-se exitoso.

Pode-se destacar ainda a pioneira experiência local de oficinas para o autocuidado em uma área previamente selecionada devido a elevada prevalência de pessoas com DM. Outro importante estímulo potencialmente gerador de mudanças foi a contratação de um endocrinologista e um oftalmologista para referência na policlínica municipal que, além de qualificar a assistência, melhorando o acesso, pode estrategicamente contribuir para o processo de matriciamento às equipes.

Por fim, acreditamos e nesse sentido recomendamos que esse estudo possa lançar luz na forma como vem se realizando as ações às pessoas com DM no município de estudo e em outros que se encontrem em condições semelhantes. Esperamos ainda contribuir para ressignificação das práticas profissionais concomitantes à decisão da gestão para implantação do MACC no município.

As limitações do estudo estão inicialmente relacionadas à própria natureza do estudo – Estudo de Caso – cuja uma crítica clássica é a impossibilidade de generalização para o universo das equipes de Atenção Primária à Saúde, visto que nenhum caso é generalizável para o universo ou população. No entanto, já tínhamos claro nosso objetivo de aprofundar conhecimentos e teorizar (generalização analítica) e não fazer generalizações estatísticas, como esclarece Yin (2003).

Outra limitação do estudo foi o fato de ausência em um dos grupos focais de todos os profissionais das equipes, que se por lado, garantiu o número de pessoas suficientes para a execução da técnica de coleta, por outro não permitiu que todos daquela equipe se expressassem.

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M E et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.6, pp.1337-1349. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.
- AUGUSTO, M C et al. Avaliação do Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artigo Original set.-out. 2014;22(5):801-9 DOI: 10.1590/0104-1169.3282.2483.
- BAHIA, L. R. et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. *Value Health*, [S. l.], v. 14, n. 5, Suppl. 1, p. S137–140, 2011.
- BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOULTON, A. J. M. et al. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care*, New York, v. 31, n. 8, 2008.
- BRAGA, D C et al. Fatores associados à depressão em indivíduos com Diabetes Mellitus/ Factors associated with depression in individuals with Diabetes Mellitus. ISSN 1806-4280. *Arq. Catarin Med.* 2017 jul-set; 46(3):118-128.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010a, Seção 1.*
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Conteúdo: V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano ISBN 978-85-334-2118-9 1. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) 2. Atenção à Saúde. 3. Políticas Públicas em Saúde. I. Título.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Resolução 466/12. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Publicada no DOU número 12, 13 de junho de 2013, seção 1, p.59

\_\_\_\_\_. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 160p.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 160p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde 2019. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) . e-Gestor Atenção Básica-MS 2019. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. CRITÉRIOS E PARÂMETROS ASSISTENCIAIS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 2017 Ministério da Saúde Documento disponível no Portal do Ministério da Saúde [http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpasCritérios e Parâmetros Assistenciais SUS – 2017 – CADERNO 1](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpasCritérios_e_Parâmetros_Assistenciais_SUS_2017_CADERNO_1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético : estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO FILHA, F S S; NOGUEIRA, L T e MEDINA, M G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp.265-278. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S020>.

CARVALHAES, M A B L et al. Avaliação do Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Set-Out.* 2014;22(5):801-9. DOI: 10.1590/0104-1169.3282.2483. Acessado em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

Centro de Pesquisas em Avaliação em Atenção Primária à Saúde. Educação permanente em hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Gerência de ensino e pesquisa e gerência de saúde comunitária/Grupo Hospitalar Conceição; 2011.

CHIAVERINI, D (Organizadora) ... [et al.]. Guia prático de matriciamento em saúde mental. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.

COLLET, N et al. Autocuidado apoiado no manejo da Diabetes tipo 1 durante a transição da infância para adolescência. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2018, vol.52, e03376. Epub Nov 23, 2018. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017038503376>.

CORREA, K et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.3, pp.921-930. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.24452015>.

COQUEIRO, J M et al.; A Produção de Saberes no Cuidado aos Diabéticos na Estratégia Saúde da Família / Production of knowledge in Care Diabetics in the Family Health Strategy. *UNICIÊNCIAS*, v.19, n.1, p.93-99, 2015.

COTTA RMM, Silva LS, Lopes LL, Gomes KO, Cotta FM, Lugarinho R, et al. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(7):787-96.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. ISBN: 978-85-93746-02-4. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

DONABEDIAN A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michingan (USA): Health Administration Press; 1980. p. 77-125.

EGÍDIO, J; OLIVEIRA, PAULA, de; MONTENEGRO, R. M., et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017. 383p.

FERREIRA, JS; DIETRICH, SHC e PEDRO, DA. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS, Danielly Amado Pedro3 *SAÚDE DEBATE* | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 106, P. 792-801, JUL-SET 2015

FRAGOSO, L V C et al. Autocuidado em Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1: Vivências de Adolescentes. *Rev Fund Care Online*. 2019.11(n.esp): 289-296. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2019.v11i2.289-296>.

FREITAS, E F de, et al. Prevalência de Diabetes Mellitus e prática de exercício em indivíduos que procuraram atendimento na Estratégia Saúde da Família de Viçosa/MG – Prevalence of Diabetes Mellitus and exercise practice in individuals who sought care at the Family Health Strategy of Viçosa/MG. *Rev. Educ. Fís/UEM*, v. 26, n. 4, p. 549-556, 4. trim. 2015. DOI: 10.4025/reveducfis.v26i4.25202.

GAMA, C A P da; GUIMARÃES, D A; ROCHA, G N G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 12 (3), São João del Rei, setembro-dezembro de 2017. e1398.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, R M de A et al;. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* ISSN: 0303-7657 (versão impressa) <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000078013> Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 40 (131): 59-74, 2015.

HARZHEIM, E. Atenção Primária à Saúde e as redes integradas de atenção. In: Organização Pan-Americana. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana, 2011, p; 45-54.

IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/barra-de-santana/panorama>.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>. Acesso em: 22 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Diabetes Atlas, 6<sup>th</sup> ed. Bruxelas, Bélgica: International Diabetes Federation. 2013.

\_\_\_\_\_. Diabetes Atlas, 7<sup>th</sup> ed. International Diabetes Federation. 2015.

\_\_\_\_\_. Diabetes Atlas, 8<sup>th</sup> ed. London. International Diabetes Federation. 2017.

JASMIM J S; QUELUCI GC. Estudos sobre pacientes diabéticos na Atenção Primária / Studies on diabetic patients in Primary Care/ Estudios sobre pacientes diabéticos en la Atención Primaria. ISSN: 1981-8963. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231093p1072-1084-2018>.

KESSLER, M et al. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1063-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais.

KITZINGER, J. Grupo Focal. in: Pope, C. and Mays, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3<sup>a</sup> Ed. Artmed, Porto Alegre; 2009: 33-43.

LOPES, A A F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.486-500, 2015.

MELO, E A et al;. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB): problematizando alguns desafios/Ten years of Family Health Support Teams (NASF-AB): problematizing some challenges. DOI: 10.1590/0103-11042018S122. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 328-340, SETEMBRO 2018.

MORESCHI, C et al. Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes. Family Health Strategies: Profile/quality of life of people with diabetes. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(6):2899-906. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0037>.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde / Health care networks. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. On-line version ISSN 1678-4561. 2010.

\_\_\_\_\_. As Redes de atenção a saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549p.



\_\_\_\_\_. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7.

\_\_\_\_\_. A Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde: in: A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CPNASS, 2015. P. 19-44. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/>

\_\_\_\_\_. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. DOI: 10.1590/1413-81232018232.16152017. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2):431-435, 2018.

MENDES, E V. As Redes de atenção a saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 245 apud Mendes, 2007.

MENICUCCI, T M G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MEIRELLES, BHS; SILVA, DMVG. Um olhar para a prevenção das complicações crônicas do diabetes sob as lentes da complexidade. 2017

Ministério da Saúde (BR). PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF-AB.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF-AB: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Série Pactos pela Saúde; Volume 4; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Saúde da família no Brasil: Uma análise de indicadores selecionados, 1988/2004, Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, SVS/SAS/SE/INCA/ANS/MS, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Educação em Saúde para o Auto-cuidado, Avaliação contínua da Qualidade da Atenção ao Diabetes. 2011 [acesso em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.qualidia.com.br>.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php).

MOROSINI M V G C, FONSECA A F, LIMA L D. National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S.(Org) Pesquisa Social; Teoria Método e Criatividade. 29ªEd. Petrópolis: Vozes, 2010.

NEVES, R G, et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00072317, Abr. 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/403/estrutura-das-unidades-bsicas-de-sade-para-ateno-s-pessoas-com-diabetes-ciclos-i-e-ii-do-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade>. Acessos em 15 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00072317>.

NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. SEI/MS – 0013259951. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, 2020.

OLIVEIRA, J E P de; MONTENEGRO JUNIOR, R M; VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2017-2018 / Organização / São Paulo: Editora Clannad, 2017 ISBN: 978-85-93746-02-4.

OLIVEIRA, M A C de; PEREIRA, I C. Atributos essenciais da Atenção Primária a Saúde e estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem. N. 6, p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, T F de. O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde. Recife: s.n, 2014.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em: 19/01/2020.

Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidados: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

OPS, Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013.

PAIM, J et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. 2017.

PARAIZO, C M S et al.; CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE DIABETES MELLITUS. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):179-88, jan., 2018.



PINHEIRO, G E W; AZAMBUJA, M S de; BONAMIGO, A W. Facilities and difficulties experienced in Permanent Health Education, in the Family Health Strategy. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.spe4, pp.187-197. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s415>.

POPE C, MAYS N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.

PORTARIA Nº 2.583, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007 [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583\\_10\\_10\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html). . Ministério da Saúde Gabinete do Ministro.

Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB). Diário Oficial da União. 24 Jan 2008.

RADIGONDA, B; SOUZA, R K T de; CORDONI JUNIOR, L. Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. *Saúde debate* [online]. 2015, vol.39, n.105, pp.423-431. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002010>.

REZENDE NETA, D S; SILVA, A R V; SILVA, G R F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115p>. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev;68(1):111-6.

ROSA W A G, LABATE R C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

SALCI, M A; MEIRELLES B H S; SILVA, D M G V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25: e2882. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>.

SALCI, M A. Texto Contexto Enferm. 2018; 27(1):e2370016.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LÚCIO, M. P. B. Metodologia de Pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS R S de AF dos et al.; Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE) Health Care Network to people with Diabetes Mellitus: an analysis of implementation in the SUS in Recife (PE). SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 268-282, DEZ 2015. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005368.

SCAIN S F, FRANZEN E, HIRAKATA V N. Riscos associados à mortalidade em pacientes atendidos em um programa de prevenção do pé diabético. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20170230.doi:.org/10.1590/1983-1447.2018.20170230.

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Laboratório de inovações na atenção às condições crônicas na APS. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2010.

SILOCCHI, C; JUNGES, J R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab. educ. saúde* [online]. 2017, vol.15, n.2, pp.599-615. Epub Mar 06, 2017. ISSN 1678-1007. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>.

SOUZA, K M M S e MENDONÇA, F A C. Estratificação de risco de hipertensos e diabéticos em uma unidade de atenção primária de Fortaleza-Ceará/ Risk stratification of hypertensive and diabetics at primary attention unit Fortaleza-Ceará. *RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.*, 2016; 8(4): 2056-2060.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde. 2002.

TESSER, C D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.8, pp.1732-1742. ISSN 0102-311X. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>.

TORRES, H C et al. Evaluation of the effects of the diabetes educational program: a randomized clinical trial. *Journal List Rev Saude Publicav.52*; 2018 Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802646/>

TRAD, L A B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 777-796, 2009

VENANCIO, S I; ROSA, T E C; BERSUSA, A A S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. |DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [ 1 ]: 113-135, 2016.

YONEDA, E P; Souza, S C AL; Zucchi, P. Introdução do glicosímetro como ferramenta de automonitoramento glicêmico aos pacientes em tratamento com insulina do município de Santos. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 16, n. 1, p. 15 - 18, 2014.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, as pesquisadoras Lucieuda Rodrigues de Araujo e Claudia Santos Martiniano de Sousa a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros à nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso das pesquisadoras acima citadas em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos, entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa Cláudia Santos Martiniano de Sousa, e após esse período, serão destruídos.
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Barra de Santana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

**ANEXO 2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho: “ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” terá como objetivo geral: colocar aqui todos os objetivos geral e específico reformulados

Ao voluntário só caberá à autorização para realizar entrevista com questões que permitirão analisar como vem se organizando o cuidado para a pessoa com diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde a partir da percepção dos trabalhadores de saúde.

- ✓ Partindo dos princípios Éticos da resolução 466/12 caberá ao pesquisador confidencia aos resultados colhidos de maneira ética, e os resultados mostrados ao participante sempre que solicitado.
- ✓ O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo;
- ✓ A fonte de coleta de dados será ser humano, de forma direta, em sua totalidade, ou seja, não será utilizada nenhuma outra fonte de dado secundária.
- ✓ Aos participantes da pesquisa será esclarecido o objetivo do estudo, os riscos e benefícios dos quais serão submetidos ao aceitar participar. Explicaremos que a participação é voluntária e o mesmo terá o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.
- ✓ Para a aplicação do questionário, o pesquisador irá para unidade, de modo que possa ser agendada uma data. Dessa maneira, se pretende não comprometer o trabalho do participante da pesquisa, bem como dos outros profissionais e ao mesmo tempo garantir a privacidade e confiabilidade dos dados e evitar possíveis constrangimentos dos participantes.

- ✓ Antes da realização da entrevista serão seguidos os passos de esclarecimento da amostra abordada dentro dos critérios preestabelecidos: Identificação da pesquisadora ao entrevistado; explicação sobre a pesquisa e seu objetivo; O benefício que a pesquisa trará aos profissionais, bem como para os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS; havendo aceitação do participante, ocorrerá o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- ✓ Estima-se que, a investigação sobre a organização do cuidado a pessoa com Diabetes Mellitus possa compreender as dificuldades e potencialidades dos trabalhadores de saúde em oferecer um atendimento baseado nas necessidades de saúde dessa população, bem como centrado no usuário, na perspectiva do Modelo de Atenção as Doenças Crônicas.
- ✓ A previsão de riscos é mínima, ou seja, os riscos psicológicos que os voluntários correm são possíveis recordações indesejáveis decorrentes do processo de trabalho, que será minimizado por meio de conversa e deixando o voluntário livre para não responder, e ainda o mesmo poderá desistir da pesquisa em qualquer momento de sua realização.
- ✓ O questionário será aplicado em uma sala da unidade que foi liberada pelo gestor não comprometendo o trabalho dos outros profissionais e ao mesmo tempo garante a privacidade e confiabilidade das informações.
- ✓ Caso o participante da pesquisa tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para o participante, e ainda, se o participante sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, o mesmo, será indenizado.
- ✓ O voluntário terá assistência/acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa
- ✓ Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- ✓ Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica: nome (e-mail), telefone: , residente à Rua .
  - ✓ Caso o participante deseje tirar dúvidas com relação aos aspectos éticos poderá entrar em contato com o Comitê de Ética através do endereço: Av. Senador Argemiro de Figueiredo, 1901 - Itararé CEP: 58411 – 020 – Campina Grande/PB. Horário de atendimento: 9:30 as 17: 00h; 18:00 as 22:00. Telefones de contato: Telefones: (83) 2101-8857 / 98105-3641
- ✓ Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

✓ Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Claudia Santos Martiniano

---

Participante

**ANEXO 3****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

PESQUISA: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Eu, Claudia Santos Martiniano, responsável pelo trabalho, portadora do RG. /SSP/PB e CPF comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução (466/12) do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humano.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.



Claudia Santos Martiniano



## ANEXO 4



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BARRA DE SANTANA CNPJ: 01.612.535/0001-86  
Rua Elvira Amorim S/N, Centro, Barra de Santana-PB, CEP: 58458-000

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL****ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

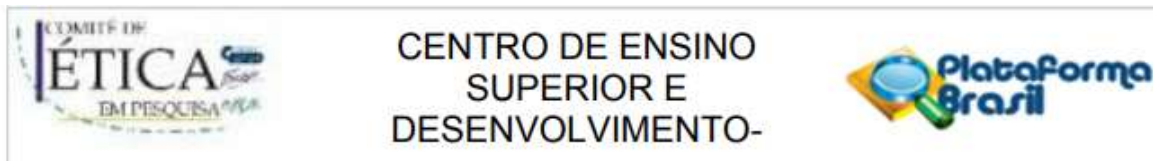
Estamos cientes da realização do projeto intitulado “**Organização do cuidado às pessoas portadoras de diabetes mellitus na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde**”, desenvolvido por: **Lucieuda Rodrigues de Araújo**, curso de enfermagem da Faculdade Mauricio de Nassau, orientado por: **Claudia Santos Martiniano**, tendo como cenário de pesquisa as Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Barra de Santana.

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

**Barra de Santana, 02 de dezembro 2018.**

Assinatura e carimbo do responsável institucional

## ANEXO 5



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À

**Pesquisador:** Claudia Santos Martiniano Sousa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 04915418.0.0000.5175

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.130.833

**Apresentação do Projeto:**

Analisar a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e NASF na oferta de cuidados às pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária a Saúde é o foco desse estudo. O Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância devido o crescente aumento de sua prevalência, reflexo de uma vertiginosa transição Demográfica Epidemiológica e Nutricional. Torna-se um grande problema de saúde pública, principalmente pelas graves complicações que a doença provoca decorrente de um manejo inadequado, apresentando complicações severas com comprometimento na qualidade de vida das pessoas. Adotado como modelo estratégico para Atenção Primária a Saúde, a Estratégia Saúde da Família atravessa um grande desafio no enfrentamento dessa doença que por ter um complexo nível de abordagem, exige reflexão sobre as práticas do cuidar e da forma como o modelo está organizando a sua capacidade de adequações que envolvem ações de educação, prevenção e tratamento, bem como um bom nível de preparação profissional e de organização do serviço para um cuidado desejável. Sendo essencial compreender a percepção dos profissionais no contexto de suas práticas, as quais ocupa uma lacuna a ser pesquisada; é nesse sentido que nos propomos a realizar tal estudo. Para alcançarmos os objetivos realizaremos um estudo de caso Analítico de caráter qualitativo com a técnica de grupo focal. Como resultados esperados ao término do estudo apreenderemos quais as percepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e NASF como atores desse processo de organizar suas práticas para um controle adequado das pessoas portadoras de

**Endereço:** SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901  
**Bairro:** ITARARE **CEP:** 58.411-020  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br

## **APÊNDICE**

## Apêndice 1

### Questionário - Perfil socioeconômico e demográfico dos profissionais de saúde

- 1.1. **Sexo:**  
 Masculino  Feminino
- 1.2. **Idade:**  
 20 a 25  
 26 a 30  
 31 a 35  
 35 a 40  
 40 ou mais
- 1.3. **Estado Civil:**  
 Casado (a)/União estável  Solteiro (a)  
 Divorciado (a)  Outros
- 1.4. **Instituição formadora:**  
 Pública  Privada
- 1.5. **Tempo de formação:**  
 1 a 5 anos  
 5 a 10 anos  
 10 a 15 anos  
 Mais de 15 anos
- 1.6. **Tempo de atuação na UBS na qual trabalha atualmente:**  
 1 a 5 anos  
 5 a 10 anos  
 Mais de 10 anos
- 1.7. **Titulação:**  
 Fundamental: ( ) completo ( ) incompleto  Médio: ( ) completo ( ) incompleto  
 Graduação  
 Especialização. Em que área: \_\_\_\_\_  Mestrado. Em que área: \_\_\_\_\_  
 Doutorado. Em que área: \_\_\_\_\_  Outro: \_\_\_\_\_
- 1.8. **Já fez alguma capacitação para o cuidado a usuários com doenças crônicas?**  
 Sim, para qual? \_\_\_\_\_
- 1.9. **Já participou de algumas das atividades listadas abaixo:**  
 Cursos específicos  Palestras  
 Prática cotidiana  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_
- 2.1. Você recebeu treinamento sobre Diabetes Mellitus?**  
 Não  
 Sim. Qual a duração? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### Roteiro de Entrevista – Grupo Focal

#### **Categoria 1 – Conhecimento dos portadores de Diabetes Mellitus da área de abrangência.**

- a) Vocês saberiam dizer quantos portadores de DM possuem atualmente essa unidade?
- b) Vocês tem o número de portadores de DM que fazem uso de insulino terapia?
- c) Vocês sabem dizer quantos portadores de DM fazem acompanhamento com especialista?
- d) Vocês sabem informar quantos usuários diabéticos sofreram amputação em decorrência da DM?
- e) Vocês sabem informar quantos usuários fazem hemodiálise como consequência da DM não controlada?
- f) Você tem registrado quantos usuários diabéticos realizaram exame de fundoscopia nos últimos dois anos?

#### **Categoria 2 - Rastreamento, Diagnóstico e Acompanhamento da Pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Básica.**

- a) Vocês realizam rastreamento de DM em adultos assintomáticos? Se a resposta for sim, você utiliza critério para realizar esse rastreamento? Se sim, quais?
- b) Durante a consulta de rastreamento de DM o que vocês avaliam?
- c) Diante de um caso suspeito de DM, qual é a sua conduta?
- d) Durante a consulta vocês investigam sinais de suspeita de DM? Se sim, quais? Se não por quê?
- e) Você sabe quais os valores utilizados para o diagnóstico do DM?
- f) Durante a consulta você orienta os usuários para a mudança no estilo de vida? Se sim quais temáticas você aborda? Se não por quê?
- g) Na consulta de usuário portador de DM o que você avalia?

#### **Categoria 3 - Tratamento das Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Básica.**

- Você realiza o controle glicêmico do portador de DM? Se sim, como é feito? Se não por quê?
- Você recomenda o controle da glicemia capilar do portador de DM? Se sim, como você recomenda a monitorização, se não por quê?
- Vocês utilizam algum tratamento não medicamentoso para o portador de DM? Se sim, qual? Se não, por quê?
- Vocês sabem os medicamentos que são disponibilizados para o tratamento da DM? Se sim quais?
- Vocês prescrevem tratamento medicamentoso para portadores de DM? Se sim, em quais situações, se não por quê?
- Vocês realizam a programação das consultas baseadas estratificação de risco do portador de DM? Se sim, como? Se não, por quê?

#### **Categoria 4 - Prevenção e Manejo das Complicações Agudas e Crônicas do Diabetes Mellitus na Atenção Básica**

- a) Vocês poderiam citar as principais complicações do portador de DM não controlada? Se sim, poderia citar alguma?
- b) Vocês sabem o que fazer mediante algumas das complicações do DM? Se sim poderia falar?

#### **Categoria 5 - Avaliação e Cuidados com os Pés de Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Básica**

- a) Vocês sabem quais as orientações para a promoção do autocuidado em relação aos pés do portador de diabetes? Se sim, poderia citar?
- b) Vocês conhecem a periodicidade recomendada para avaliação dos pés do portador de DM? Se sim qual?
- c) Vocês reconhecem os fatores de risco para úlceras nos pés de portadores de DM? Se sim quais são?

- d) Como deverá ser realizada a avaliação dos pés do portador de DM?
- e) Vocês avaliam a perda da sensibilidade motora dos pés do portador de DM? Se sim, como vocês realiza? Se não, por quê?
- f) Vocês fazem a classificação de risco para complicação nos pés do portador de DM? Se sim poderia falar como realizam? Se não, por quê?
- g) Quando um portador já apresenta ulceração nos pés, vocês realizam algum tipo de recomendação? Se sim, quais? Se não, por quê?
- h) Vocês realizam alguma abordagem educativa de pessoa com DM para prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e/ou sua identificação precoce? Se sim, o que vocês abordam? Como vocês abordam? Se não, por quê?

#### **Categoria 6 - Recomendações nutricionais para adultos com DM**

- a) Vocês realizam avaliação nutricional do portador de DM? Se sim o que vocês avaliam? Quais os parâmetros que vocês utilizam?
- b) Vocês investigam o padrão alimentar dos portadores de DM? Se sim, como? Se não, por quê?
- c) Vocês fornecem alguma recomendação nutricional para ao portador de DM? Se sim quais?
- d) Vocês fazem avaliação se houve ou não aprendizagem significativa quanto as orientações nutricionais fornecidas aos portadores de DM? Se sim, como é feito? Se não, por quê?
- e) Vocês utilizam a estratificação do risco metabólico durante o cuidado ao portador de DM? Se sim, quais parâmetro vocês avaliam? Se não, por quê?

#### **Categoria 7 - Orientação da atividade física para a pessoa com DM**

- a) Vocês realizam orientações quanto à realização de atividade física para o portador de DM? Se sim, quais as orientações? Se não por quê?
- b) Vocês conhecem as complicações da diabetes que podem requerer orientações específicas quanto a realização da atividade física? Se sim, quais são? E por quê?

#### **Categoria 8 – Utilização e conhecimento do Caderno de Atenção Básica para Estratégias de Cuidado ao portador de Diabetes Mellitus – 36**

- a) Vocês utilizam algum instrumento para nortear suas ações em relação ao acompanhamento do portador de DM? Se sim qual? Se não por quê?
- b) Vocês poderiam citar as dificuldades e facilidades quanto ao uso do protocolo citado?
- c) Vocês conhecem o Caderno de Atenção Básica para Estratégias de Cuidado ao portador de Diabetes Mellitus – 36? Se sim, vocês utilizam esse protocolo? Se sim, vocês poderiam citar as dificuldades e facilidades quanto ao uso do protocolo citado?

**Se os profissionais conhecerem o caderno, mas não utilizarem fazer a seguinte pergunta:**

- d) Por que vocês não utilizam o Caderno de Atenção Básica para Estratégias de Cuidado ao portador de Diabetes Mellitus – 36?
- e) A secretaria municipal de saúde do município realiza alguma ação específica com os profissionais (estratégias de busca de caso novos, treinamentos, rodas de conversa, capacitação etc.) relacionados ao acompanhamento do portado de DM e a busca ativa de casos novos?



### APÊNDICE 3

#### Roteiro de Entrevista – Grupo Focal

##### **Categoria 1 – Conhecimento dos portadores de Diabetes Mellitus da área de abrangência.**

- a) Vocês saberiam dizer quantos portadores de DM possuem atualmente nas unidades?
- b) Vocês tem o número de portadores de DM que fazem uso de insulino terapia?
- c) Vocês sabem dizer quantos portadores de DM fazem acompanhamento com especialista?
- d) Vocês sabem informar quantos usuários diabéticos sofreram amputação em decorrência da DM?
- e) Vocês sabem informar quantos usuários fazem hemodiálise como consequência da DM não controlada?
- f) Você tem registrado quantos usuários diabéticos realizaram exame de fundoscopia nos últimos dois anos?

##### **Categoria 2 – Em que medida vocês acompanham as pessoas com DM junto às equipes?**

- a) Matriciamento
- b) PTS
- c) Discussão de casos
- d) Atendimentos e Educação
- e) Projeto de Saúde no território

##### **Categoria 3 - Prevenção e Manejo das Complicações Agudas e Crônicas do Diabetes Mellitus na Atenção Básica**

- a) Vocês poderiam citar as principais complicações do portador de DM não controlada? Se sim, poderia citar alguma?
- b) Vocês sabem o que fazer mediante algumas das complicações do DM? Se sim poderia falar?

##### **Categoria 4 - Avaliação e Cuidados com os Pés de Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Básica**

- a) Vocês sabem quais as orientações para a promoção do autocuidado em relação aos pés do portador de diabetes? Se sim, poderia citar?
- b) Vocês conhecem a periodicidade recomendada para avaliação dos pés do portador de DM? Se sim qual?
- c) Vocês reconhecem os fatores de risco para úlceras nos pés de portadores de DM? Se sim quais são?
- d) Como deverá ser realizada a avaliação dos pés do portador de DM?
- e) Vocês avaliam a perda da sensibilidade motora dos pés do portador de DM? Se sim, como vocês realiza? Se não, por quê?
- f) Vocês fazem a classificação de risco para complicação nos pés do portador de DM? Se sim poderia falar como realizam? Se não, por quê?

- g) Quando um portador já apresenta ulceração nos pés, vocês realizam algum tipo de recomendação? Se sim, quais? Se não, por quê?
- h) Vocês realizam alguma abordagem educativa de pessoa com DM para prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e/ou sua identificação precoce? Se sim, o que vocês abordam? Como vocês abordam? Se não, por quê?

#### **Categoria 5 - Recomendações nutricionais para adultos com DM**

- a) Vocês realizam avaliação nutricional do portador de DM? Se sim o que vocês avaliam? Quais os parâmetros que vocês utilizam?
- b) Vocês investigam o padrão alimentar dos portadores de DM? Se sim, como? Se não, por quê?
- c) Vocês fornecem alguma recomendação nutricional para ao portador de DM? Se sim quais?
- d) Vocês fazem avaliação se houve ou não aprendizagem significativa quanto as orientações nutricionais fornecidas aos portadores de DM? Se sim, como é feito? Se não, por quê?
- e) Vocês utilizam a estratificação do risco metabólico durante o cuidado ao portador de DM? Se sim, quais parâmetro vocês avaliam? Se não, por quê?

#### **Categoria 6 - Orientação da atividade física para a pessoa com DM**

- a) Vocês realizam orientações quanto à realização de atividade física para o portador de DM? Se sim, quais as orientações? Se não por quê?
- b) Vocês conhecem as complicações da diabetes que podem requerer orientações específicas quanto a realização da atividade física? Se sim, quais são? E por quê?

#### **Categoria 7 – Utilização e conhecimento do Caderno de Atenção Básica para Estratégias de Cuidado ao portador de Diabetes Mellitus – 36**

- a) Vocês utilizam algum instrumento para nortear suas ações em relação ao acompanhamento do portador de DM? Se sim qual? Se não por quê?
- b) Vocês poderiam citar as dificuldades e facilidades quanto ao uso do protocolo citado?
- c) Vocês conhecem o Caderno de Atenção Básica para Estratégias de Cuidado ao portador de Diabetes Mellitus – 36? Se sim, vocês utilizam esse protocolo? Se sim, vocês poderiam citar as dificuldades e facilidades quanto ao uso do protocolo citado?

#### **Se os profissionais conhecerem o caderno, mas não utilizarem fazer a seguinte pergunta:**


- d) Por que vocês não utilizam o Caderno de Atenção Básica para Estratégias de Cuidado ao portador de Diabetes Mellitus – 36?
- e) A secretaria municipal de saúde do município realiza alguma ação específica com os profissionais (estratégias de busca de caso novos, treinamentos, rodas de conversa, capacitação etc.) relacionados ao acompanhamento do portado de DM e a busca ativa de casos novos?



**APÊNDICE 4****DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Eu, Cláudia Santos Martiniano Sousa, Enfermeira, Professora do RENASF – nucleadora Universidade Federal da Paraíba, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientador 

Orientando 

**Campina Grande, / / 2018**

**APÊNDICE 5****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS  
TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS****Pesquisa:**

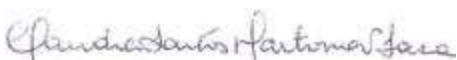
Eu, Claudia Santos Martiniano Sousa, professor(a) do RENASF, da Universidade Federal da Paraíba, portador(a) do RG: 1832422 e CPF: 518.199.614-00 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

**Campina Grande,**

**/ / 2018**

– 

**Assinatura do(a) Pesquisador responsável**

**Orientador(a)**