

Priscila Juceli Romanoski

**SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em cumprimento a requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Romanoski, Priscila Juceli

Saberes e práticas dos profissionais de saúde sobre a
atenção às pessoas com diabetes mellitus / Priscila Juceli
Romanoski ; orientadora, Denise Maria Guerreiro Vieira da
Silva - Florianópolis, SC, 2015.

141 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Profissionais de Saúde. 3. Diabetes
Mellitus. 4. Nefropatia Diabética. 5. Atenção Primária de
Saúde. I. Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

PRISCILA JUCELI ROMANOSKI

**SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

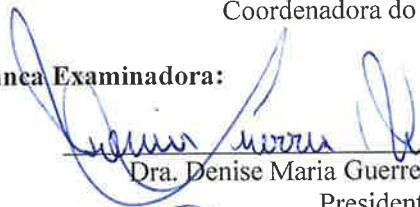
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua versão final em 08 de dezembro de 2015, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação e Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Presidente



Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles – Membro



Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer – Membro



Dra. Sabrina da Silva de Souza – Membro

*Dedico este trabalho... Aos meus pais,
Valdir e Carmem, por todo esforço,
amor e incentivo que desde pequena
me conduzem nessa caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Desafios nos movem, sorrisos nos impulsionam, abraços nos energizam, conversas nos apontam caminhos. E assim tudo se constrói. Agradecer é parte dessa conquista. Muitas foram as pessoas que de diferentes cores e sabores contribuíram para a conquista desse sonho.

Agradeço...

À Deus e ao Divino Espírito Santo que iluminam meu caminho todos os dias.

À Nossa Senhora que me abençoou e me presenteou com meu maior tesouro: Bem vinda **JÚLIA**, minha filha amada que chega em janeiro. Ao meu esposo Lédio Luiz pelo incentivo, por alegrar meus dias e construir comigo nossa família. A cada dia te amo mais e mais.

Aos meus pais, Valdir e Carmem, que com muito amor e carinho, na simplicidade do campo me ensinaram tudo o que sou. Dedicaram suas vidas, seu suor para me educar e me incentivar a estudar sempre.

Pai! Seu braço direito sempre estive e sempre estará comigo. E nunca vou esquecer que “o respeito vale muito mais que dizer muito obrigado”.

Mãe! Escolhi o caminho da direita como a senhora me ensinou. Estudei, me esforcei sem olhar para traz, fui em frente todos os dias, pois foi a senhora que me inspirou e me deu força para isso.

É imenso meu amor por vocês!

Aos meus irmãos, Marcio Luís e Willian José, meus anjos protetores e eternos amigos. Obrigada pelo incentivo, pela ajuda nos momentos difíceis, por serem tão presentes na minha vida. Com certeza teremos muitos desafios pela frente, espero contar com vocês sempre. Amo vocês!

À minha nonna Zenaide, aos meus tios e primos paternos e maternos, em especial Clarice e Rafael e a linda Ana Carolina pelo incentivo, amizade e compreensão nos pedidos de socorro. Esse caminho foi muito mais suave e tranquilo com a presença de vocês perto de mim.

Aos meus amigos distante que sempre marcam presença no meu dia a dia. Em especial a Rogele Freschi, Paula Dallagnol, Jaqueline Zucchi, Claiton Vidal. Obrigada por compartilhar essa conquista comigo.

À minha estimada orientadora Professora Denise Guerreiro, pela maravilhosa pessoa que és, pela energia positiva, pela sábia conduta nesse trabalho, pela escuta e pelos conselhos. Sua alegria contagia a todos. Fonte de inspiração para todo sempre. Obrigada por tudo!

Às colegas do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoa em Condição Crônica – NUCRON. Em especial Julia Estela Böell e Soraia Geraldo Rozza Lopes. Às bolsistas de iniciação científico Carine Ferreira e Francieli Lohn da Rocha pelo apoio, pelos abraços e amizade. À bolsista de apoio técnico Isabel Amante. Vocês enchem de luz nosso NUCRON!

Agradeço meus amigos Leonardo e Thais Silva Pereira Campos pela sólida amizade. À minha amiga mexicana Blanca Alejandra Medina Díaz Medina pelas risadas e confidencias. À minha amiga Daniela Riquetti pelas pipocas e chimas onde colocamos os assuntos em dia. Aos meus amigos ‘família’ Lúcio Magnus de Andrade e Gabriela Fritz de Andrade pela parceria de sempre. A minha ‘migui’ Camilla Dassin pela alegria contagiante.

Aos colegas da turma de mestrado que muito me ajudaram nesse crescimento profissional, especialmente Claudia Oliveira, Cynthia Vieira de Souza, Andréa Regina Schuch Grumann e Simony Nunes. Obrigada por compartilhar saberes e cafés. Sempre agradável estar com vocês.

Agradeço imensamente aos meus antigos amigos e colegas de trabalho da Secretária Municipal de Saúde de Benjamin Constant do Sul/RS, especialmente a Rita Nicola. Aos meus amigos/colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Imbituba/SC. E aos meus amigos/colegas da UNIMED Lar de Florianópolis. A vocês meu muito obrigada por contribuírem com minha formação profissional e pessoal.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e a todos os professores, pelo excelente ensino, conhecimento e troca de saberes compartilhados nesses dois anos.

À Secretaria de Saúde do município de Florianópolis/SC, em especial aos profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família e

no Núcleo de Apoio de Saúde da Família pela receptividade e apoio na realização dessa pesquisa. Cada um de vocês participantes dessa pesquisa, fazem parte da minha história e me ajudaram na concretização desse tão importante sonho. Obrigada a cada um de vocês!

Aos professores Dra Betina Hörner Schlindwein Meirreles, Dra Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Dra Lúcia Amante, Dra Sabrina da Silva de Souza e a Doutoranda Júlia Estela Böell pelas contribuições e sugestões na qualificação, valiosíssimas no processo de construção dessa pesquisa.

Aos membros da banca de sustentação, Dra Betina Hörner Schlindwein Meirreles, Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Dra Sabrina da Silva de Souza, Dra Maria Elena Echevarría Guanilo e Doutoranda Júlia Estela Böell por acrescentarem tanto a ao estudo e a pesquisa.

À Coordenação de Apoio de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que possibilitou maior dedicação para a realização deste trabalho.

Agradeço a todos por fazerem parte de minha vida.

“O pensamento é o ensaio da ação.”
Sigmund Freud.

RESUMO

O diabetes mellitus e suas complicações atingem um crescente número de pessoas, sendo um grave problema de saúde pública. Os profissionais de saúde da atenção básica são considerados os mais importantes na atenção às pessoas nessa condição crônica. O objetivo do estudo foi compreender os saberes e as práticas dos profissionais de saúde na atenção à pessoa com Diabetes mellitus e suas complicações na Atenção Básica de Florianópolis/SC. Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em cinco Centros de Saúde, sendo um de cada Distrito Sanitário. Participaram 22 profissionais de saúde pertencentes à Equipe de Saúde da Família e ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 2014 a maio de 2015 por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas e transcritas. Para organização e codificação dos dados utilizou-se o software Ethnograph 6.0. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo convencional. O processo de codificação inicial permitiu a criação de 565 códigos que geraram 25 subcategorias e posteriormente reorganizadas em cinco categorias divididas em dois temas para responder aos objetivos do estudo. Os dois temas foram organizados e estão apresentados em dois manuscritos: Saberes e práticas dos profissionais de saúde da atenção básica no atendimento à pessoa com diabetes mellitus e Complicações do diabetes mellitus com foco na nefropatia na perspectiva dos profissionais de saúde da atenção básica. O primeiro manuscrito mostra que os profissionais de saúde possuem um saber no atendimento com compromisso, atenção integral e humanizada, voltado para a qualidade de vida. Suas práticas, algumas vezes, se distanciam desse saber em razão da forma como a atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus está organizada. O segundo manuscrito apontou que o modelo de atenção à saúde está em transição, passando do modelo curativista, com foco na doença e centrado no médico, para um modelo de promoção da saúde. Nessa passagem de um modelo para outro, percebemos que o acompanhamento clínico e as ações mais específicas de prevenção e monitoramento das complicações, vêm sendo relegadas, especialmente a prevenção da nefropatia diabética. Os resultados apontaram saber limitado acerca da inter-relação entre diabetes mellitus e nefropatia. Justificam a falta de saber pelo fato da nefropatia não ser uma realidade em suas áreas de abrangência. A conclusão desse estudo aponta para um ciclo vicioso de atendimento onde os profissionais não

associam diabetes a nefropatia, por isso não investigam e, conseqüentemente, não detectam a nefropatia diabética.

Palavras-chave: Enfermagem. Profissionais de saúde. Diabetes mellitus. Nefropatia diabética. Atenção Primária.

ABSTRACT

Diabetes mellitus and its complications achieve an increasing number of people being a serious public health problem. Primary Health Care professionals are considered the front line in attention of people with this chronic condition. The purpose of the study was to identify knowledges and practices of health professionals in attention to people with Diabetes Mellitus in Primary Health Care of Florianópolis / SC. An exploratory, descriptive study with qualitative approach, conducted in five Health Centers one from each Sanitary District. Participated 22 health professionals from Family Health Program Team and Family Health Support Center. Data collection was conducted from December 2014 to May 2015 through semi-structured interviews, audio recorded and transcribed. For organization and coding data was used the Ethnograph 6.0 software. For data analysis was used to the conventional content analysis. The initial coding process allowed the creation of 565 codes that were grouped by similarity, creating two issues to answer the objectives of the study. The two themes were organized and are presented in two manuscripts: Conceptions and practices of health professionals in primary care in the attendance to people with diabetes mellitus and Diabetes mellitus complications on the vision of primary health care professionals. The first manuscript shows that health professionals have a conception of attendance with commitment to a integrative and humanized care, focusing on quality of life. Their actions, once in a while, move away from this view, because of the way that health care of people with diabetes mellitus is organized. The second manuscript showed that the health care model is in transition, moving from curative model, focus on disease and centered doctor, to a health promotion model. In this passage from one model to another, we realize that the clinical and the more specific prevention and monitoring of complications, have been relegated, especially the prevention of diabetic nephropathy. Justify the lack of knowledge because of nephropathy not be a reality in their areas of coverage. The conclusion of this study points to a vicious cycle of care where professionals do not associate diabetes nephropathy, so do not investigate and consequently do not detect diabetic nephropathy.

Keywords: Diabetes Mellitus. Diabetic Nephropathy. Nursing. Health Professionals. Primary Attention.

RESUMEN

La diabetes mellitus y sus complicaciones llega a un número creciente de personas siendo un grave problema de salud pública. Profesionales de la salud de atención primaria son considerados la línea del frente en la atención a las personas en esta condición crónica. El objetivo del estudio fue identificar los conocimientos y prácticas de los profesionales de la salud en la atención de personas con Diabetes Mellitus en la atención básica de Florianópolis/ SC. Estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado en cinco centros de salud siendo uno de cada Distrito Sanitario. Participaron 22 profesionales de la salud pertenecientes al equipo de Salud de la Familia y el Núcleo de Apoyo a la Salud de la familia. La recolección de datos se realizó entre diciembre 2014 a mayo 2015 a través de entrevistas semi-estructuradas, audio-grabadas y transcritas. Para la organización e codificación de los datos fue utilizado el software Ethnograph 6.0. Para el análisis de datos se utilizó análisis de contenido convencional. El proceso de codificación inicial permitió la creación de 565 códigos que fueron agrupados por semejanza, surgiendo dos temas para cumplir con los objetivos del estudio. Los dos temas fueron organizados y presentados en dos manuscritos: las concepciones y las prácticas de los profesionales sanitarios de atención primaria en la atención de personas con diabetes mellitus y complicaciones de diabetes mellitus en la vista de los profesionales sanitarios de atención primaria. El primer manuscrito demuestra que los profesionales de la salud tienen una concepción de un servicio con el compromiso de una atención integral y humanizada, centrándose en la calidad de vida. Sus acciones a veces se distancian de este punto de vista, debido a la forma en que la atención de la salud de las personas con diabetes mellitus se organiza. El segundo manuscrito mostró que el modelo de atención de la salud está en transición, pasando de modelo curativo, centrado en la enfermedad y centrado en el médico para un modelo de promoción de la salud. En el pasaje de un modelo a otro, nos damos cuenta de que la clínica, la prevención y el seguimiento más específico de las complicaciones, han sido relegados, especialmente la prevención de la nefropatía diabética. Los resultados mostraron un conocimiento limitado acerca de la interrelación entre la diabetes mellitus y la nefropatía. Justifican la falta de conocimiento, por el hecho de la nefropatía no ser una realidad en sus áreas cobiertas. La conclusión de este estudio apunta a un círculo vicioso de la atención que los profesionales no asocian la diabetes e la nefropatía, por lo que se investigue y, consecuentemente, no detecta la nefropatía diabética.

Palabras clave: Enfermería. Profesionales de la salud. Diabetes mellitus. La nefropatía diabética. Atenção Primária.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distritos Sanitários e Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC.....	54
Quadro 2 - Características dos Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC.....	55
Quadro 3 - Caracterização dos participantes do estudo.....	61
Quadro 4 - Processo de análise dos dados.....	62

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Categorias que compõem o primeiro manuscrito: Concepções e ações dos profissionais de saúde da atenção básica no atendimento à pessoa com diabetes mellitus. 64
- Figura 2 - Categorias que compõem o segundo manuscrito: Complicações do diabetes mellitus na visão dos profissionais de saúde da atenção básica. 64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ADA	American Diabetes Association
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPSH	Comitê e Pesquisa com Seres Humanos
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CS	Centro de Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAOP	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabete Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DRC	Doença Renal Crônica
DS	Distrito Sanitário
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial
IDF	Federação Internacional de Diabetes
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ND	Nefropatia Diabética
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PMAQ/AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMGC	Programa de Monitoramento de Glicemia Capilar

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política de Humanização e da Gestão Hospitalar
PNI/MS	Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SC	Santa Catarina
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIS/HIPERDIA	Sistema de Cadastro e Acompanhamento das Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doença Crônica por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVO	35
2.1 OBJETIVO GERAL	35
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	37
3.1 DIABETES MELLITUS.....	37
3.1.1 Aspectos clínicos do DM e a adesão ao tratamento.....	38
3.1.2 Complicações crônicas do DM.....	40
3.1.3 A nefropatia diabética	41
3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA VOLTADAS ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E AO DM	43
3.3 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA ÀS PESSOAS COM DM.....	48
3.3.1 O conhecimento dos profissionais de saúde sobre o DM ...	49
3.3.2 As ações dos profissionais de saúde na atenção à pessoa com DM.....	51
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	53
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	53
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	53
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	57
4.4 COLETA DE DADOS.....	57
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
5 RESULTADOS.....	61
5.1 MANUSCRITO 1: SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS	67
5.2 MANUSCRITO 2: COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS COM FOCO NA NEFROPATIA DIABÉTICA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS	121

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO.....	133
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	135
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA.....	137
ANEXO B – PARECER AUTORIZAÇÃO PREFEITURA	141

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma epidemia mundial em crescimento, que em 2013 atingiu 382 milhões de pessoas no mundo, causando 5,1 milhões de mortes e um custo de 548 bilhões de dólares aos serviços de saúde. Outros dados que evidenciam gravidade e expansão do DM, atualmente no mundo são que, a cada dez segundos duas pessoas desenvolvem DM e uma morre de causa relacionada à doença. Isso coloca o DM na quinta posição com maior causa mundial de morte (ADA, 2014; 2015; SBD, 2013).

Esse aumento no número de pessoas com DM está relacionado a fatores hereditários e/ou ambientais. Crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e sedentarismo e aumento da expectativa de vida, são fatores que configuram essa transição demográfica e epidemiológica, levando a ascensão das condições crônicas (MALTA, 2014; SBD, 2013; IDF, 2014; DANAEI et al., 2011; WHO, 2012).

Caso esses índices continuem no atual ritmo de crescimento, em duas décadas aproximadamente 600 milhões de pessoas estarão com DM, principalmente em países de baixa e média renda, como o Brasil (IDF, 2014). No nosso país, em 2010, eram 10 milhões de pessoas com diabetes e a estimativa é que no ano de 2025 sejam 17,6 milhões de pessoas com esse agravo (GARG; HIRSCH, 2013).

As doenças crônicas geram incapacidades, sofrimentos, custos materiais diretos às pessoas e as suas famílias, sem contar o impacto financeiro para o sistema de saúde. É visível o avanço dessas doenças e suas complicações modificando a vida de pessoas que precisam conviver com um novo agravo de saúde (MALTA, 2014; SBD, 2013; CRUZ; CUNHA; SOUZA, 2014).

Segundo a *American Diabetes Association (ADA)*, o DM é caracterizado por um conjunto de alterações metabólicas e endócrinas, causado pela diminuição da produção de insulina e/ou pela ineficiência da insulina produzida, resultando no aumento de glicose no sangue. Ao longo dos anos provocará danos no organismo, sendo classificado em: (i) diabetes mellitus tipo 1 (DM1), (ii) diabetes mellitus tipo 2 (DM2), (iii) defeitos genéticos das células β e (iiii) diabetes gestacional (ADA, 2015). A forma mais comum de apresentação é o DM2, o qual se caracteriza pela deficiência de produção de insulina e/ou debilidade de sua atuação devido a um estado de hiperglicemia crônica, motivada por alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas (ADA, 2015). Pessoas com DM necessitam de cuidados contínuos por terem

elevado risco de desenvolverem uma variedade de outras condições clínicas, quando comparadas com pessoas sem a doença. Dessa necessidade resulta o aumento dos custos com os cuidados e tratamentos. E, por esta razão, são necessárias estratégias para reduzir os riscos multifatoriais que contribuem para o desenvolvimento das complicações macrovasculares (doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC) e doença arterial obstrutiva periférica (DAOP)) e microvasculares (retinopatia, neuropatia e nefropatia) (BRASIL, 2011; ADA 2015).

Prevenir o aparecimento dessas complicações, destacando aqui a nefropatia diabética, por ser tema de nosso especial interesse, tem se mostrado um dos maiores desafios na atenção às pessoas com DM. Essas complicações estão relacionadas à dificuldade de controle do DM, atribuída, principalmente, à dificuldade de adesão ao tratamento pelas suas inúmeras implicações para a pessoa. Como aspectos relacionados à adesão ao tratamento, citam-se a cronicidade da doença; a ausência de conhecimento e compreensão sobre suas complicações; os fatores sociodemográficos; a dificuldade em seguir o plano alimentar e realizar atividade física¹, além das mudanças comportamentais (RAMOS; FERREIRA, 2011; FARIA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

A nefropatia diabética (ND) é uma das complicações microvasculares que afeta a função renal. É progressiva, com início assintomático, categorizada em três etapas de desenvolvimento: (i) nefropatia incipiente (microalbuminúria), a qual apresenta uma taxa supranormal de filtração glomerular e aumento da excreção urinária de albumina; (ii) nefropatia clínica evidente (macroalbuminúria), caracterizada pela evolução da doença para proteinúria clínica, Taxa de Filtração Glomerular (TFG) normal ou moderadamente reduzida e hipertensão arterial sistêmica (HAS); (iii) insuficiência renal crônica terminal (IRCT), na qual há necessidade de diálise ou transplante renal (BRASIL, 2006a; LÓPEZ et al., 2014).

O censo realizado pela Sociedade Brasileira de Diálise (SBD) evidencia o crescimento gradativo e contínuo em termos da evolução do DM para a Doença Renal Crônica (DRC). Em 2011, 28% das pessoas em tratamentos dialítico tinham como causa o DM, em 2012, 29% e em 2013 chegou a 30%. Este mesmo censo aponta que a população mais acometida é a economicamente ativa entre 19 e 64 anos (62,6%),

¹A definição do termo atividade física nesse estudo tem como fundamentação o que está proposto na Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel. (Brasil, 2014).

seguida pela população entre 65 e 80 anos (26,7%) (SBD, 2013). Portanto, é razoável concluir, que intervenções que diminuam ou estabilizem a progressão da DRC terão maior impacto se forem implementadas precocemente e com ampla abrangência (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; VIANA; RODRIGUES, 2011).

A TFG é o parâmetro que orienta o profissional de saúde na detecção precoce da DRC e é composta de cinco estágios. Do estágio 1 ao 3, o tratamento é conservador e o acompanhamento é realizado na Atenção Básica (AB)². Já nos estágios 4 e 5, a pessoa precisa ser acompanhada por equipe multiprofissional em unidade de atenção especializada, mantendo o vínculo com a AB. No estágio 5, paciente sintomático tem indicação para terapia renal substitutiva (BRASIL, 2014b; ADA, 2015).

Outro fator relevante para a adesão ao tratamento é a atuação dos profissionais da saúde, que precisam estar preparados para as diferentes ações requeridas na atenção à saúde das pessoas com DM. Destacamos o acompanhamento sistemático, incluindo o acolhimento e a formação do vínculo; a disponibilização de medicamentos e outros insumos necessários, de acordo com as necessidades e especificidades de cada pessoa; a educação em saúde, tanto individual quanto coletiva, utilizando-se abordagens adequadas; além de outras ações mais específicas, abordadas a seguir (FARIA et al., 2014).

Para melhor qualificar a atenção à saúde das pessoas com DM, o Ministério da Saúde (MS) tem proposto programas, desenvolvido protocolos de atenção e elaborado materiais educativos que estão disponíveis aos profissionais de saúde. Dentre eles destacamos os Cadernos da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (nº35) e as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus (nº36), que são materiais que auxiliam na implantação do modelo assistencial na AB e são importantes instrumentos de valorização das práticas de saúde (BRASIL, 2013; 2013a).

Outra iniciativa do MS são as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Tendo sido criadas pela Portaria Nº 4.279 de 31 de dezembro de 2010,

²Nessa pesquisa optou-se pelo uso da terminologia Atenção Básica (AB) como sinônimo de Atenção Primária de Saúde (APS), por se tratar de um termo utilizado nas políticas de saúde nos documentos do Ministério da Saúde (MS) no Brasil (BRASIL, 2011a).

elas integram e organizam as ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2010). Em 2013 o MS propôs diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Este documento pretende direcionar e alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e gestores, a fim de reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013).

Em abril de 2014, a Portaria MS/GM Nº 483 definiu a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, isto, para mudar a atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, dentre elas, o diabetes. O objetivo dessa rede é alavancar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecer o cuidado as pessoas com doenças crônicas, garantindo o cuidado integral, impactando positivamente nos indicadores relacionados a essas doenças, promovendo a saúde da população e prevenindo o desenvolvimento de agravos e suas complicações (BRASIL, 2014a).

Dentre os avanços nos documentos do MS está o modelo de atenção à saúde proposto por Mendes (2012). Consiste em uma estrutura de sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. É definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Recentemente, outro documento do MS, a Portaria Nº 389, definiu os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC (BRASIL, 2014b), evidenciando a preocupação do Estado com esses agravos. Essas propostas preconizam o atendimento através de protocolos estabelecidos com base científica e enfatiza o trabalho de atuação interdisciplinar no sentido da prevenção dos fatores de risco, controle da doença e de suas complicações. Essas políticas serão detalhadas no item da sustentação teórica deste estudo.

Apesar das diferentes propostas serem abrangentes e suas implementações na AB estarem em processo de consolidação, tem-se observado lacunas na atenção às pessoas com DM. Estudo realizado com integrantes de um programa desenvolvido para cadastro e acompanhamento de pessoas com HAS e/ou DM na AB – Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) aponta que pessoas com DM têm pouco conhecimento sobre a relação entre DM e DRC, e sobre como prevenir complicações renais (FARIA; TEIXEIRA; NUNES, 2014).

Outro aspecto da atenção à pessoa com DM em relação à prevenção da ND, estabelecido em protocolos e *guidelines* das sociedades especialistas, é a necessidade de avaliação anual com exames de urina para detecção da perda de proteína (albumina) e creatinina sérica. Recomenda-se também a utilização de equações preditivas para o cálculo da TFG, mesmo quando o comprometimento renal mostra-se assintomático e como rotina de cuidado com a saúde. A prevenção e a detecção precoce da ND devem contar com o apoio dos controles laboratoriais rotineiros, que são de baixo custo e realizados na AB. O exame de creatinina sérica tem custo de R\$ 1,85. Além disso, caso a ND seja diagnosticada, as pessoas devem ser referenciadas para serviços especializados de nefrologia (ADA, 2014; 2015; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; PENA et al., 2011; SBD, 2013).

Apesar dessas indicações, estudo aponta que os profissionais solicitam poucos os exames que podem diagnosticar precocemente a ND. Também ressalta que esse fato não pode ser explicado pelo custo, uma vez que os exames são facilmente acessíveis e custam pouco, como já referido anteriormente. Além disso, revela que mais de 25% dos médicos não encaminham pessoas com ND avançada para serviços especializados, apesar do preconizado pelo MS (PENA et al., 2011).

A atuação efetiva dos profissionais da AB capacitados, aliados à implementação de políticas públicas já existentes e de outras que poderão aprimorar o sistema de saúde, pode constituir-se em uma importante contribuição na intervenção da detecção precoce da ND. Estas medidas visam promoção da saúde, prevenção e retardo da progressão da ND. Porém, apesar de programas específicos voltados à prevenção e à detecção precoce, ainda nos deparamos com os subdiagnósticos e a falta de cuidado com os casos diagnosticados. Fato que reflete a incongruência do sistema de saúde brasileiro para com uma doença complexa, com elevado potencial de morbimortalidade, como é a DRC (MELLO; MESQUITA; MONTEIRO, 2013). Isso, reafirma que o diagnóstico de comprometimento renal é realizado tardiamente, quando, muitas vezes, a única opção passa a ser o tratamento dialítico ou o transplante.

No entanto, como já destacado, há ainda muitas ações necessárias para atender ao que está colocado legalmente em propostas do MS e de *guidelines* e *standards* de sociedades de especialistas. A literatura sobre o que tem colaborado para a implementação de ações efetivas e prevenção do avanço das complicações crônicas, aqui em destaque as complicações renais, ainda é limitada, não evidenciando a perspectiva dos profissionais.

A compreensão do termo ‘atenção à saúde’ utilizado nesse trabalho fundamenta-se na perspectiva de organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população, expressa em políticas, programas e serviços de saúde, consoante aos princípios e às diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS) (MATTA; MOROSINI, 2009). Os autores enfatizam que, a noção de atenção afirma-se na tentativa de produzir uma síntese que expresse a complexidade e a extensão da concepção ampliada de saúde que marcou o movimento pela Reforma Sanitária. E, a partir dessa concepção ampliada do processo saúde-doença, a ‘atenção à saúde’ projeta e organiza as políticas e as ações de saúde numa perspectiva interdisciplinar; partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o biomédico curativo ou o preventivista (MATTA; MOROSINI, 2009).

O grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônicas - NUCRON/UFSC³ há quase três décadas, vêm contribuindo com a produção de conhecimento sobre DM e a prevenção de suas complicações, em especial a DRC. Estudos envolvendo autocuidado, adesão ao tratamento, qualidade de vida, avaliação da atenção em saúde, estresse e resiliência, apontam a dimensão dos problemas relacionados ao DM e a DRC. Ao elucidar as complicações graves, no que se refere à progressão da doença, envolvendo pessoas, famílias, profissionais e sistema de saúde, no qual estão inseridas as investigações, reafirmam a complexidade das doenças crônicas (MELLO, 2006; RECKZIEGEL, 2009; LOPES, 2012; SILVA, 2013; CAMPOS, 2014).

Esse estudo integra o macroprojeto intitulado “Diabetes Mellitus e a sua inserção com a Doença Renal Crônica”, o qual vem sendo desenvolvido pelo NUCRON e que focaliza a relação entre DM e DRC (SILVA, 2013). Esse macroprojeto começa a apresentar resultados, como nos mostra Campos (2014), que estudou a percepção das pessoas com DM acerca da doença e suas complicações na AB. Essa pesquisa evidencia que para as pessoas com DM o conhecimento da doença e das complicações está limitado às suas próprias experiências ou de pessoas próximas, sendo as principais fontes de informações sobre a doença a televisão, as revistas e a internet. Os profissionais de saúde foram raramente citados como fontes de informação sobre o DM e suas complicações, mostrando uma lacuna entre o que está proposto em

³ Grupo de pesquisa vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina.

termos de políticas de atenção à saúde de pessoas com DM e o que as pessoas reconhecem como fontes de informações (CAMPOS, 2014).

Diante das considerações apresentadas, o desenvolvimento da pesquisa teve a seguinte questão norteadora: Quais os saberes e as práticas dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica sobre atenção às pessoas com DM, na perspectiva da prevenção da ND?

A justificativa do presente estudo está centrada, especialmente, pela observação da crescente incidência da DRC, tendo o DM como causa (SBD, 2013; BASTOS, KIRSZTAJN, 2011) e também, na observação de que há dificuldades importantes na atuação dos profissionais na AB, além de lacunas na literatura que nos permitam compreender o que tem promovido essa situação. A intenção do estudo foi adentrar nos vazios entre o estabelecido nos programas e o que efetivamente ocorre na atenção à pessoa com DM, com o objetivo de conhecer os saberes e as práticas dos profissionais de saúde que atuam na AB sobre atenção às pessoas com DM, na perspectiva da prevenção da ND.

Para fundamentar esse estudo, consideramos ‘saberes’ o reflexo do conhecimento dos profissionais baseados no conhecimento científico e o conhecimento adquirido na convivência com as pessoas na atuação da AB. As ‘práticas’ refletem a ação desses profissionais na atuação com essas pessoas. A Política Nacional de Humanização considera o termo ‘saberes e práticas’ como campos de ação indissociáveis e que produzem interferência entre si (BRASIL, 2010). Esse entendimento amplia a reflexão sobre o processo de formação e atuação na prática diária dos profissionais.

A proposta foi, portanto, reunir diferentes fontes de informação e de vivências de profissionais de saúde, que atuam diretamente com a pessoa com DM, vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF). Desta forma, compreender os saberes e as práticas dos profissionais de saúde sobre a atenção à pessoa com DM e suas complicações, poderá contribuir para reconhecer as fortalezas e as fragilidades que persistem na atenção à pessoa com DM. Também poderá fortalecer o cuidado às pessoas com doenças crônicas, especialmente o DM e suas complicações, com práticas interdisciplinares de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Além disso, contribuirá para reflexões e debates entre os profissionais de saúde na formação de políticas públicas que conduzem às práticas de atenção a saúde na prevenção das complicações do DM, especialmente a ND, reduzindo ou retardando a DRC.

Cabe ressaltar que, a inserção da pesquisadora no referido macroprojeto se deu pelo interesse em trabalhar com profissionais de saúde que atuam na AB. Isto porque, a experiência como enfermeira integrante da equipe ESF apontou a complexidade de atuação profissional no desenvolvimento do trabalho de promoção da saúde como elemento chave para o controle de muitas doenças crônicas. Principalmente para impedir ou adiar o aparecimento das complicações decorrentes dessas doenças, em especial, o DM.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender os saberes e as práticas dos profissionais de saúde na atenção à pessoa com Diabetes Mellitus e suas complicações, com foco na nefropatia diabética, na Atenção Básica em Florianópolis/SC.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Os três temas abordados a seguir procuram apresentar como a problemática investigada vem sendo abordada em outros estudos, e também pelos órgãos responsáveis pela definição das políticas de saúde no Brasil, e em entidades científicas que estabelecem diretrizes para a atenção às pessoas com DM. Para tanto, o primeiro tema aborda o DM em seus aspectos mais clínicos; o segundo aborda as Políticas de Saúde na AB voltadas à temática; e o terceiro tema, apresenta estudos sobre a atuação dos profissionais de saúde na atenção básica em relação à atenção as pessoas com DM.

Os textos para a composição dessa sustentação incluíram documentos oficiais do Ministério da Saúde, teses, dissertações e artigos científicos, encontrados nas seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE/PUBMED, CINAHAL e WEB OF SCIENCE, além daqueles apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) *American Diabetes Association (ADA)*, *International Diabetes Federation (IDF)* e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Utilizando os seguintes descritores: diabetes mellitus, nefropatia (nephropathy), insuficiência renal (renal insufficiency), pessoal da saúde (health personnel), Atenção Primária em Saúde (Primary Care Health) doença renal (kidney disease). E as seguintes palavras-chave: complicações (complications), riscos (risks), saberes, conhecimento (knowledge), profissionais de saúde, atenção básica em saúde. A busca ocorreu no período de construção do projeto entre maio de 2014 e março de 2015. Devido ao interesse pela realidade brasileira, os estudos internacionais encontrados foram limitados.

3.1 DIABETES MELLITUS

O relatório de 2014 da OMS aponta que as DCNT causaram 16 milhões de mortes prematuras em 2012, sendo 42% das mortes de causas evitáveis. O relatório reafirma que pessoas, antes dos 70 anos, perdem suas vidas tendo como causas cardiopatias, pneumopatias, acidentes cerebrovasculares, câncer e diabetes (WHO, 2014). Indicam que o número de mortes por DCNT pode ser reduzido com políticas públicas que restrinjam o consumo de tabaco, o consumo nocivo de álcool, dietas pouco saudáveis e sedentarismo. Esse enfrentamento, que nos últimos cinco anos se intensificou, mostra que no Brasil a taxa de mortalidade por DCNT está diminuindo 1,8% ao ano, sendo a ampliação da AB responsável por grande parte desse resultado (OMS, 2015).

3.1.1 Aspectos clínicos do DM e a adesão ao tratamento

O DM é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013a; ADA, 2015; SCAIN et al., 2013). É uma condição crônica, na qual o pâncreas não consegue produzir insulina suficiente e/ou o organismo não consegue utilizá-la adequadamente. Esses defeitos de secreção e/ou da ação da insulina, normalmente, envolvem processos patogênicos específicos, como a destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, entre outros (BRASIL, 2006; 2013a; ADA, 2015).

Apesar da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 ainda trazer os termos Diabetes mellitus insulino dependente (código E10) e Diabetes mellitus não insulino dependente (código E11), atualmente, no Brasil, a classificação padronizada é a sugerida pela ADA (2014), a qual incorpora o conceito de estágios clínicos do DM (BRASIL, 2013a; ADA, 2014).

O DM tipo 1 (DM1) corresponde a 8% do total de casos e resulta do processo de destruição da célula beta pancreática, geralmente levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina, sendo necessário a administração de insulina para evitar a cetoacidose (BRASIL, 2013a). A destruição das células beta, em geral, é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos (BRASIL, 2013a).

O DM tipo 2 (DM2) corresponde a 90% dos casos de DM e é mais prevalente em adultos, apesar da crescente epidemia de obesidade atingindo crianças, há aumento na incidência pessoas cada vez mais jovens. No DM2 há um estado de resistência à ação da insulina que, associado a um defeito na sua secreção, acomete pessoas com história longa de excesso de peso e história familiar de DM. Após o diagnóstico, o DM2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle (BRASIL, 2013a; ADA, 2015; SCAIN et al., 2013).

O diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia na gestação, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto (BRASIL, 2013a). Cabe ressaltar que ADA (2014) traz ainda a classificação chamada outros tipos de diabetes - defeitos genéticos funcionais da célula; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas exócrino; endocrinopatias induzidos por fármacos e agentes químicos; infecções; formas incomuns de diabetes e outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes – que, por sua

vez, não está na classificação do Caderno de Atenção Básica – Diabetes Mellitus nº 36 por se tratar de formas raras de diabetes (BRASIL, 2013a).

O protocolo estabelecido pelo MS para o tratamento do DM enfatiza a clássica tríade, sendo o uso correto das medicações, incentivo a atividade física e a alimentação saudável (BRASIL, 2013a). Para Ferreira et al. (2011) o tratamento não adequado está relacionado à hiperglicemia crônica, decorrente de defeitos da secreção e/ou ação da insulina, sendo este o fator primário desencadeador das complicações crônicas do DM. A falta de adesão ao tratamento com a consequente falta de controle da glicemia evidencia que o DM representa um grave problema de saúde pública mundial, expresso diretamente pelas complicações crônicas (ADA, 2015). Estudos apontam que um rigoroso controle metabólico nas pessoas com DM reduziria significativamente as taxas de complicações crônicas (ADA, 2015; FERREIRA, et al., 2011; ZIMMET et al., 2014).

Com o objetivo de investigar a associação dos fatores que influenciam na adesão ao tratamento, estudo entrevistou 164 pessoas com DM atendidas em um centro de saúde de Belo Horizonte/MG e verificou, em uma análise univariada, a associação significativa entre a adesão ao tratamento não farmacológico e baixa renda, local de residência, conhecimento sobre complicações, motivação com o tratamento, fazer parte de grupo de pessoas com DM e orientações recebidas pelos profissionais de saúde. Após análise multivariada, nesse estudo, as variáveis ‘motivação com o tratamento’ e ‘fazer parte de algum grupo de diabético’ foram estatisticamente significativas para a adesão mais efetiva (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Outro processo na adesão ao tratamento do DM, considerado um grande desafio, é a terapia nutricional. Estudo realizado em 2010, com o objetivo de analisar crenças e influências na adesão ao tratamento, abordou pessoas de um centro de referência para DM. Os procedimentos envolveram coleta de sangue para dosagem de hemoglobina glicada, aplicação de questionário, entrevista e consulta ao prontuário. A análise das falas seguiu o modelo de categorias temáticas de Bardin, e os modelos de crenças de Rosenstock e Rokeach. No estudo, os nove participantes apresentaram níveis de hemoglobina glicada acima de 7%, denotando dificuldade para o controle glicêmico. Essa alteração apresentou-se fortemente ligada à imposição restritiva na terapia nutricional, que por crenças e falta de consenso entre informações, influencia negativamente na adesão ao tratamento (PONTIERI; BACHION, 2010).

Estudo de revisão sistemática analisou a adesão e a motivação de pessoas com DM a participarem de programas de saúde que visavam a vida saudável. Os 37 artigos analisados, apontaram que as dificuldades que as pessoas e seus familiares enfrentam influenciam diretamente na adesão ao tratamento prescrito. O mesmo estudo ressalta que os fatores comportamentais e emocionais apresentados pela pessoa com DM devem ser considerados no planejamento de ações integrais para essas pessoas (COSTA, et al., 2011).

Assim, as complicações crônicas do DM, passíveis de prevenção ou retardo no aparecimento, são conhecidas entre as pessoas pelo medo de mutilação ou pela perda de função que acontecem durante a evolução da doença (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA 2013; VIANA; RODRIGUEZ, 2011). O DM não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013a; FERREIRA, et al., 2011).

3.1.2 Complicações crônicas do DM

O DM é uma das principais causas de amputação de membros inferiores, cegueira, doença cardiovascular e doença renal, e essa incidência é crescente no Brasil e em diversos países (SBD, 2013). Estudo realizado pelo Instituto Nacional de Epidemiologia em Cuba afirma que desde 1960, o DM e suas complicações estão entre as dez principais causas de morte de todas as idades naquele país (ARNOLD; LICEA; ALDANA, 2011).

O enfrentamento às complicações crônicas é passível de ações preventivas que a OMS preconiza como primordial e inadiável para todos os países. Essas ações estão voltadas a alimentação saudável e a prática de atividade física. Apesar de parecerem ações de fácil implantação, a OMS orienta que práticas exitosas, voltadas a essa temática, devem ser compartilhadas entre os países, porque em países de baixa e média renda, têm se tornado de difícil implantação (WHO, 2014).

Estudos apontam que as pessoas com DM e seus familiares apresentam pouco conhecimento relacionado às complicações do DM (CAMPOS, 2014; FLORES, 2007; MORAES et al., 2009). Outro fator importante identificado em estudo relacionado à complicação do DM é a dificuldade que a pessoa tem em modificar os hábitos de vida (BARQUERA et al., 2013). Esse estudo buscou investigar o custo e a gestão do DM e das suas complicações no México e identificou que as

pessoas, em sua maioria, têm acesso ao serviço de saúde por fazer uso de tratamento medicamentoso, no entanto, o entendimento que mudanças no hábito de vida, como alimentação saudável e atividade física, como parte desse controle, não estão inseridos no seu cotidiano.

Há muitos estudos que estão voltados para conhecer a incidência de complicações do DM (QUEIROZ et al., 2011; ZHAOLAN et al., 2010; CAMPOS, 2014; FLORES, 2007). Estudo realizado na Venezuela com o objetivo de identificar a frequência de complicações crônicas em pessoas com DM tipo 2, constatou que as complicações microvasculares eram as mais incidentes naquela população, dentre elas, a retinopatia, seguida pela neuropatia periférica (FLORES; GUTIÉRREZ; VELÁSQUEZ, 2007).

No Brasil, Queiroz et al. (2011) investigaram a prevalência das complicações microvasculares e macrovasculares em pessoas com DM e identificaram que as complicações microvasculares mais frequentes encontradas foram a neuropatia, nefropatia e retinopatia. Entre as complicações macrovasculares, tiveram destaque a doença arterial coronariana, e a doença vascular periférica.

As complicações causadas pelo DM ainda são desconhecidas pelas pessoas que vivem com esse agravo de saúde. Sem conhecimento fica mais difícil adotar cuidados preventivos para retardar seu aparecimento. Cabe ressaltar a escassez de estudos referentes aos conhecimentos das pessoas com DM e suas complicações.

Frente a esses estudos sobre complicações e com o objetivo de focar na temática estudada nessa pesquisa, optamos por buscar estudos referentes a ND, complicação crônica de grande relevância, explanada a seguir.

3.1.3 A nefropatia diabética

A ND está entre as complicações microvasculares do DM e é definida como uma taxa de excreção de albumina elevada em uma pessoa com DM (SBD, 2014). Ocorre em 20 a 40% das pessoas com DM e é uma das principais causas de DRC e Insuficiência Renal Crônica terminal (IRCT) (REDON, 2010).

A TFG é o parâmetro que orienta o profissional de saúde na detecção precoce da ND e é composta de cinco estágios: no estágio 1, corresponde à TFG maior ou igual 90 ml/min, há comprometimento leve da função renal; no estágio 2, com TFG entre 60-89 ml/min, ocorre discreta perda da função renal; no estágio 3, a DRC é moderada, com TFG entre 30-59 ml/min com alterações nos exames laboratoriais; o

estágio 4, compreende a DRC avançada, com TFG entre 15-29 ml/min e sintomatologia, além de exames laboratoriais alterados; o estágio 5, corresponde à DRC dialítica, ou IRCT com TFG menor ou igual a 15 ml/min. Do estágio 1 ao 3, o tratamento é conservador e o acompanhamento na atenção primária de saúde. Já no estágio 4 e 5, a pessoa precisa ser acompanhada por equipe multiprofissional em unidade de atenção especializada, mantendo o vínculo com a atenção primária. No estágio 5, paciente sintomático tem indicação para terapia renal substitutiva (BRASIL, 2014b; ADA, 2015).

Estudo realizado em Porto Alegre/RS em 2009, com 1.288 pessoas com DRC em tratamento de hemodiálise (HD) nas 15 clínicas existentes na cidade, detectou a prevalência de 37,9% de pessoas em tratamento HD devido ao DM, sendo que esse índice se sobrepõe ao restante do Brasil (BURMEISTER; MOSMANN; ROSITO, 2011).

Na França, estudo que tem uma das maiores taxas de doença renal em estágio final da Europa, mostrou que o DM é a principal causa de cegueira em adultos, amputação e diálise. Esses dados são parte de uma revisão de literatura sobre tratamento e custos causados pelo DM naquele país, onde, historicamente, o sistema de saúde investiu mais em cuidados agudos em vez de medicina preventiva ao longo dos anos. O estudo relata a inversão dos investimentos na atualidade. Hoje o investimento do governo vem se concentrado na prevenção primária de saúde (CHEVREUL; BRIGHAM; BOUCHÉ, 2014).

O aumento da incidência da ND como causa da DRC é apontado em estudos realizados em diversos países. Na Arábia Saudita, a nefropatia aumentou de 8% em 2009 para 18% em 2012, contribuindo, desse modo, para aumentar também a incidência de doença renal. Essa pesquisa que, por quatro anos acompanhou pessoas com doença renal, mostrou que a taxa de mortalidade diminuiu de 20% em 2009 para 14% em 2012. Apesar desta diminuição, a taxa de mortalidade foi ainda maior do que em pacientes em terapia renal substitutiva, relacionadas a outras etiologias. A ND em Tabuk/Arábia Saudita, como em outras regiões do mundo, está aumentando, reforçando a importância no cuidado e manejo das pessoas com diabetes (MINSHAWY; GHABRAH; BASSUONI, 2014).

Na Líbia, norte da África, estudo descreveu pela primeira vez a etiologia e a epidemiologia das pessoas que estavam em tratamento dialítico no estágio final da doença renal, considerando que esse tratamento vinha sendo realizado há, aproximadamente 40 anos, naquele país. Os dados para realização da pesquisa foram obtidos das 39 unidades de diálise do estado libanês, em seguida, foram coletados os

dados dos pacientes que usavam o serviço. Entre os achados, o que chama a atenção é que a causa mais comum de doença renal em estágio terminal na população estudada também foi a nefropatia (ALASHEK; MCINTYRE; MAARTEN, 2012).

O tratamento dessas doenças costuma ser de curso prolongado, onerando os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde. No município de São Paulo, pesquisa calculou os custos de tratamento com pacientes com DRC em estágio terminal. Levantou dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), identificando 16.891 pacientes em tratamento renal, destes, 1.005 tinham diagnóstico de DM, o que expressa um percentual inferior aos demais estudos (6%). A pesquisa também estimou o custo oneroso aos cofres públicos, calculando o gasto com hemodiálise no período de 2008 a 2012, que foi de R\$ 594.903.264,75 para o sistema de saúde do município (CRUZ; CUNHA; SOUZA, 2014).

Por outro lado, estudos identificam que a ND aparece como reconhecida pelas pessoas com DM somente após a complicação instalada, em experiências de familiares e/ou de amigos próximos (CEOLIN; DE BIASI, 2011; FERRAZ et al., 2013; CAMPOS, 2014). Flores (2007) coloca que o conhecimento que as pessoas e suas famílias tem em relação às complicações do DM pode ser um fator determinante na execução de práticas cotidianas que permite prevenir as complicações.

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA VOLTADAS ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E AO DM

As condições crônicas constituem problema de saúde que, ao longo dos anos, requerem gerenciamento dos sistemas de saúde de maneira árdua e permanente (WHO, 2012). No Brasil, a saúde está estruturada sob a égide do SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, onde o artigo nº 196 contempla a saúde como um direito fundamental do ser humano e dever do Estado. O SUS se consolida sob a universalidade no acesso aos serviços, igualdade no atendimento, direito a informações e a equidade na distribuição dos recursos. Organiza-se com a descentralização e hierarquização (federal, estadual e municipal) e participação da comunidade por meio das Conferências e Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990; 1990a; 2011a). A seguir descrevemos parte dessa estrutura voltada para a temática.

O MS investe em diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de saúde, que orientam o atendimento à pessoa com

doenças crônicas e com diabetes. Estas condições são prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e participação dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2011). Visando garantir o fortalecimento de ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de várias partes do país, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um documento do MS que preconiza o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Esta política é dirigida a populações de territórios delimitados, considerando a dinamicidade em que vivem essas populações, sendo os profissionais de saúde a referência para chegar ao atendimento e ao conhecimento da prevenção e da promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

A PNAB, reformulada através da Portaria 2.488 em 21 de outubro de 2011, caracteriza a Atenção Básica por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Enfatiza o trabalho intersetorial e é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Os serviços primários são a porta de acesso e o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011).

Corroborando com isso, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, que incluiu uma série dessas ações voltadas a promover a alimentação saudável, a prática corporal e a atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por álcool e outras drogas e a promoção do desenvolvimento sustentável, bem como o monitoramento das doenças e de seus fatores de risco (BRASIL, 2010).

A AB é considerada o nível preferencial do SUS para coordenar os cuidados às pessoas com doenças crônicas, principalmente por meio da ESF que conta com uma equipe multiprofissionais focada na estratégia de expansão, qualificação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (ARTILHEIRO et al., 2014).

É reconhecida a relevância que a epidemia do DM representa para a saúde pública, por isso as ações adotadas para a prevenção,

tratamento e controle do DM no SUS não se dão de forma isolada, mas sim, integradas às várias medidas que visam o enfrentamento das DCNT.

Assim, a identificação precoce, a oferta de assistência e acompanhamento adequados, o vínculo dessas pessoas com os centros de saúde, são elementos essenciais para o controle e prevenção de complicações. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), criado em 2001, é um marco no enfrentamento das doenças crônicas. Este plano teve o objetivo de reorganizar a rede de AB mediante o desenvolvimento de ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde na atenção a pessoas com HAS e DM (BRASIL, 2002).

Outro documento publicado em 2011 pelo MS foi o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011 – 2022, que contempla várias ações, abordando quatro principais condições (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes), bem com os principais fatores de risco para essas doenças e suas complicações (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) (BRASIL, 2011).

A Campanha Nacional de Detecção do Diabetes Mellitus foi outra estratégia que buscou informação e detecção precoce de HA e DM, juntamente com capacitação profissional da AB, identificação, cadastro e vínculo das pessoas com as equipes de saúde, implantação de protocolo na assistência e garantia de acesso aos medicamentos essenciais definidos pelo MS.

Nos 5.301 municípios (95,3%) incluídos neste relatório, foram realizados 22.069.905 testes de rastreamento por glicemia capilar casual. Por amostra probabilística, estimou que 5,4% desses, foram de pessoas que realizaram o teste devido a campanha. Do total estimado de 20.869.037 de participantes rastreados sem diagnóstico prévio de diabetes, 3.417.106 (16,4%) foram considerados rastreamento positivo (BRASIL, 2004a).

Na implantação do HIPERDIA, o Sistema de Cadastro e Acompanhamento das Pessoas com HA e DM (SIS-HIPERDIA) e o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HA e DM, através da Portaria Nº 371/2002, que instituiu os medicamentos disponibilizados pelo SUS, permitiu o fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos pelo SUS (BRASIL, 2002; 2002a). Na prática, o programa SIS-HIPERDIA vem apresentando limitações por problemas relacionados à manutenção e funcionalidades do sistema, bem como

pela necessidade do preenchimento de outros cadastrados sobre diabetes, o que vem gerando um baixo número de registros no sistema (SCHMIDT et al., 2011).

Outro estudo realizado em Pelotas/RS avaliou a completude das informações contidas nas fichas do HIPERDIA de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com ESF. Nesse estudo foram analisadas 567 fichas preenchidas entre 2002 e 2008. Os resultados evidenciaram que dados clínicos de preenchimento obrigatórios e de extrema importância, deixaram de ser preenchidos como, por exemplo, o valor da glicemia (55,7%) e tratamento não medicamentoso (97%). Isso demonstra a fragilidade de dados epidemiológicos que conduzem as políticas de saúde (ZILLMER, et al., 2010).

Com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos, o MS está reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com isso, o programa HIPERDIA vem sendo substituído pelo programa Estratégia e-SUS. O respectivo programa conta com dois sistemas de software para a captação de dados, sendo eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão, os quais alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, atendem aos diversos cenários de informatização e conectividade dos centros de saúde, entre eles o cadastro das pessoas com DM (BRASIL, 2015).

As pessoas com DM têm, pelo SUS, acesso aos medicamentos orais e injetáveis e insumos para o monitoramento da glicemia, obtidos nos centros de saúde. Esse acesso é garantido pela Portaria Nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, a qual define a lista de medicamentos orais (glibenclamida, glicazida e metformina) e injetáveis (insulinas Humana e insulina Regular), além dos insumos (fitas reativas, lancetas e seringas com agulha acoplada) (BRASIL, 2007). No entanto, um estudo evidenciou consumo desigual entre as regiões do Brasil, ao analisar em 2011, a relação entre consumo das insulinas Humana e Regular, disponibilizadas pelo SUS e o acesso ao cuidado em saúde na atenção primária e secundária no Brasil. Esse estudo constatou que naquele ano, o SUS forneceu 89% das insulinas Humana e 88% das insulinas Regular da quantia total desses medicamentos consumidos no país, possibilitando o acesso a milhares de pessoas que dependiam desses medicamentos para sua sobrevivência e melhoria da qualidade de vida (BOTEGA, 2013).

O estudo supra descrito constatou que há necessidade de melhorar a qualificação dos profissionais da AB, especialmente no

processo da prescrição e acompanhamento de medicamentos, visando à integralidade da atenção às pessoas com DCNT. E também há necessidade de melhorar o acompanhamento longitudinal das pessoas com DM, conforme preconizado nas RAS (BOTEGA, 2013).

As RAS, criada pela Portaria N° 4.279 de 31 de dezembro de 2010, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a). Em 2014, através da Portaria N° 483, de 1° de abril de 2014, foi criada a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com o objetivo de impulsionar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecer e garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados a essas doenças; contribuir para promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento desses agravos e suas complicações (BRASIL, 2014a).

Com as políticas públicas instauradas, os profissionais de saúde têm o compromisso de incorporar em suas práticas diárias tais políticas, admitindo posturas éticas condizentes com a demanda dos usuários (SANTOS, 2009). Assim, o profissional deve estar preparado para atender a essas complexas doenças, com seus múltiplos fatores e determinantes que as envolvem.

A Portaria N° 389, instituída em 13 de março de 2014, define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica. Esse documento responsabiliza a AB no diagnóstico precoce da DRC. Reafirma a implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da TFG. A Portaria também regula a garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Coloca a garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico, tratamento e detecção dos fatores de risco que levam à DRC (BRASIL, 2014b).

No Art. 5° da Portaria 389 traz as atribuições dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas atribuídas a atenção básica, focando: a) realização de ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC; b) atualização do calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS); c) realização de diagnóstico precoce e tratamento

oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS; d) realização de estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC; e) coordenação e fortalecimento do vínculo e do cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; f) realização de atividades educativas e apoio ao autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC; g) prestação de cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário; e h) registro no SIAB as ações de controle da DRC (BRASIL, 2014b; 2011a).

3.3 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA ÀS PESSOAS COM DM

O DM é uma doença silenciosa e pode permanecer assintomático por longo tempo. Sua detecção clínica é frequentemente feita de diferentes maneiras, seja, pelos sintomas clássicos, ou pela presença de seus fatores de risco, ou de complicações e/ou em exames investigativos. Assim, é importante que as equipes de AB estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). Por essa razão, a abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde, são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (BRASIL, 2013a).

A *International Diabetes Federation (IDF)* em 2014 reforçou a relevância de aumentar a consciência sobre dieta saudável e atividade física entre os jovens, devido à crescente incidência das doenças crônicas entre eles. Mostrou grandes investimentos em promoção da saúde considerando ambientes locais e a união entre políticas públicas, proporcionando ambiente saudável e consequentemente, melhor qualidade de vida (IDF, 2014; CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013; SBD, 2013).

A Política de Humanização e da Gestão (PNH), criada em 2003 pelo MS, cujo objetivo é qualificar práticas de gestão e de atenção à

saúde, reforça o desenvolvimento do conhecimento e das ações dos profissionais de saúde e aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho (BRASIL, 2010). Entre as diretrizes da PNH está a proposta de implantação da Clínica Ampliada e Compartilhada, que propõe abordagens que possibilitam um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Orienta que é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional (BRASIL, 2009).

3.3.1 O conhecimento dos profissionais de saúde sobre o DM

Para dar conta das políticas públicas que norteiam os profissionais de saúde nesse contexto, a educação permanente na AB deve contar com qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular, incluindo a participação dos trabalhadores, gestores e usuários na concepção e execução do trabalho, buscando estar próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde (BRASIL, 2011a).

Estudo mostra a importância dos profissionais investirem no fortalecimento de diretrizes institucionais e estratégias educativas juntamente com as diretrizes do SUS, com um trabalho longitudinal e integral na atenção a pessoas com DM, buscando com isso a adesão ao tratamento medicamentoso, prática de atividade física e plano alimentar (FARIA et al., 2014; CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Estudo de Mello et al. (2013) analisou a educação permanente dos profissionais de saúde à atenção das pessoas com DM fornecida pelo MS. Para essa análise, os autores utilizaram conceitos foucaultianos de práticas discursivas e biopolítica. O resultado desse estudo considerou que os documentos que o MS disponibiliza aos profissionais estão escritos em linguagem direta, objetiva e imperativa, com grande poder de convencimento, assim os profissionais de saúde ficam sujeitos a uma reprodução mecanizada de informações, ofuscando seu poder de pensar criticamente sobre a real situação vivenciada na prática.

Na mesma linha de pensamento, outro estudo aplicado a 85 profissionais da AB de Belo Horizonte/MG, utilizou a metodologia participativa com técnicas lúdicas, vivências e dinâmicas de grupo, o que serviu como modelo de avaliação das práticas de promoção da saúde. Esse método diferenciado no processo de capacitação desses profissionais contribui para despertar o potencial reflexivo, crítico e criativo para a mudança no processo educativo. O objetivo desse estudo foi atualizar os profissionais de saúde sobre DM, no entanto, buscou os

conhecimentos prévios que os profissionais de saúde possuíam sobre DM e detectou um conhecimento centrado na doença e em exames complementares, mostrando a forte presença do modelo biomédico (CARVALHO, 2010).

O conhecimento e a formação do profissional refletem na prática diária de atendimento às pessoas com diabetes. Com isso, estudo realizado em Florianópolis/SC objetivou avaliar o conhecimento dos profissionais de educação física, atuantes em academias de ginástica da região central da cidade, sobre DM. Participaram 68 profissionais que responderam a questionário referente a valores de glicemia em jejum, critérios para diagnóstico de diabetes, recomendações e cuidados para a prática de atividade física. Tratando-se de um estudo descritivo de caráter transversal, os resultados são um sinal de alerta sobre a falta de preparo desses profissionais, pois, 59 profissionais não souberam informar os valores glicêmicos de jejum, que são referência. Dentre os participantes, apenas 21 profissionais indicaram corretamente situações de contra-indicação para a prática de atividade física. O estudo enfatiza a necessidade de programas de capacitação para a atenção a pessoa que tem diabetes e o repensar a formação desses profissionais (GOEBEL; BORGES; BARBOSA, 2013).

Corroborando com esse estudo, outra pesquisa objetivou analisar o nível de conhecimento de enfermeiros sobre o cuidado com os pés de pessoas com DM. Esse estudo foi realizado em Hong Kong a partir da metodologia de pesquisa/ensino. Foi ofertado um curso aos enfermeiros com docentes multiprofissionais, sendo 20 dias de teoria e 40 dias de prática clínica com duração semestral. Todos os 65 enfermeiros foram convidados e aceitaram participar da pesquisa. Foi aplicado questionário antes do início do curso e 57% dos participantes não apresentavam formação sobre cuidados com pés diabéticos, sendo que 34% trabalhavam no tratamento de pessoas com DM. Esse estudo classifica como razoável o conhecimento dos enfermeiros sobre o DM e afirma que capacitação e troca de conhecimentos merecem maior espaço na enfermagem (SHIU; WONG, 2011).

Na busca pelo conhecimento dos profissionais de saúde relacionados ao DM e a ND, encontramos o trabalho realizado com médicos, enfermeiros e nutricionistas, vinculados a três UBS do município de Pelotas/RS. Na ocasião foram entrevistados 18 profissionais e a pesquisa aconteceu em 2011, utilizando a análise de conteúdo proposta por Bardin para análise dos dados. Esse estudo mostrou que, os profissionais reconhecem os fatores de risco (HA e DM) para o desenvolvimento da DRC, e que as práticas de hábitos não

saudáveis e estilo de vida (autocuidado - hábitos alimentares e atividade física) podem acelerar o aparecimento desse agravo. Relatam que, os grupos de risco que mais contribuem para o aparecimento de doenças renais são aqueles que com maior frequência procuram o serviço de saúde da AB. Essa situação torna a AB um cenário propício para o enfrentamento da DRC, no que tange a prevenção da doença ou avanço da mesma (DUARTE, 2012).

Com esse mesmo interesse, outra pesquisa mostrou que, apesar de praticamente todas as pessoas terem recebido orientações quanto aos hábitos alimentares, prática de atividades físicas e tabagismo, poucos aderiram às recomendações recebidas dos profissionais de saúde.

Com isso, elevam-se as chances do desenvolvimento de complicações, cada vez mais cedo que o esperado, modificando a vida no âmbito individual, social e econômico. Essa pesquisa transversal usou dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e entrevistou 50 pessoas com DM. As pessoas tinham entre 30 a 59 anos, estavam internadas pelo serviço de emergência no sul do Brasil por causa da doença e suas complicações (ARTILHEIRO et al., 2014).

3.3.2 As ações dos profissionais de saúde na atenção à pessoa com DM

Há mais de 10 anos o “Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus”, o “Caderno de atenção básica de diabetes mellitus” e outros mais recentes, como o Caderno de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (nº35), Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus (nº36), além de iniciativas como cursos online sobre Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde, e o curso Autocuidado: como Apoiar a Pessoa com Diabetes disponível no site: <http://atencaobasica.org.br>, são considerados documentos que guiam as ações dos profissionais na AB (BRASIL, 2006; 2006a; 2013; 2013a).

Estudo realizado em 2011, com o objetivo de avaliar a qualidade das ações dos profissionais de saúde da AB as pessoas com DM na cidade de Petrolina/PE, observou 40 centros de saúde e entrevistou profissionais que atuavam nesses centros. Para avaliação de estrutura e processo foi usada a normativa do MS. Os resultados mostram que, em todas as 40 unidades havia consultórios individuais e fitas reagentes, em 32 havia glicosímetros. Também foi evidenciada a falta de endocrinologistas na atenção secundária. Nesse estudo todas as equipes

realizavam atividades educativas e 22 realizavam o exame dos pés em pessoas com DM (TAVARES, et al., 2011).

Pesquisa qualitativa buscou compreender as competências dos profissionais de saúde nas práticas educativas em DM na AB. Para isso, dez profissionais de saúde que atuavam na ESF e no NASF, no município de Belo Horizonte /MG, participaram da pesquisa através de entrevista semiestruturada e grupo focal. O objetivo foi o de conhecer e discutir o cotidiano das práticas educativas e as competências de cada profissional envolvido no processo de ensino aprendizagem, além dos fatores que agem como facilitadores ou barreiras para educação do autocontrole no DM. O estudo, que aconteceu em 2010, mostrou a importância de reorientar as competências dos profissionais de saúde nas práticas educativas por meio da capacitação, educação permanente e do fortalecimento do trabalho em equipe, de forma a estabelecer estratégias de promoção, prevenção e controle da doença (SANTOS, 2011).

Os estudos mostram que os profissionais de saúde, entre eles, os profissionais de enfermagem, possuem um papel relevante em desenvolver uma educação em saúde de qualidade e com participação das pessoas nas escolhas e mudanças realizadas. Isso permeia o conceito de saberes e práticas onde para um bom funcionamento do sistema um depende do outro. Os estudos apontam a grande demanda de documentos do MS implantados e a importância deles na atenção à pessoa com DM, enfatizando a complexidade que é o atendimento as pessoas com DM.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa é originária das ciências sociais e considera os participantes do estudo pessoas pertencentes a determinadas condições sociais, crenças, valores e significados, buscando informações de forma sistemática, respondendo questões particulares num espaço profundo das relações e estruturas sociais (MINAYO, 2013).

Para Gil (2009) a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com o objetivo de proporcionar uma visão geral do tipo aproximativo sobre determinado fato. Já a pesquisa descritiva busca levantar opiniões, atitudes e crenças, tendo como peculiar a descrição das características de uma população ou de um fenômeno (GIL, 2009). Para Polit, Hungler e Beck (2011), a pesquisa é descritiva enquanto investiga, observa e descreve os fatos que e pretendem compreender.

A pesquisa exploratória descritiva permite a imersão e a descoberta da subjetividade no assunto, refletindo a preocupação do pesquisador com a atuação prática (GIL, 2009). Assim, esse estudo, exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, é convergente a proposta por facilitar a aproximação com o fenômeno e permitir o aprofundamento na subjetividade da atuação dos profissionais de saúde; um trabalho contínuo e intenso que demanda reflexão para adentrar no sistema e conhecer os saberes e as práticas dos profissionais em relação à atenção às pessoas com DM e ND.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em cinco Centros de Saúde (CSs) pertencentes à rede de AB, vinculada ao SUS de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. O município conta com uma população de 421.240 habitantes e área de 675,409Km², sendo 97,23% do seu território localizado em ilha (IBGE, 2012).

Na estrutura organizacional dos serviços de saúde, Florianópolis tem 100% de cobertura de territorialização em saúde, distribuída em cinco Distritos Sanitários (DSs) que têm a finalidade de estabelecer um gerenciamento da rede de saúde em âmbito regional. Dispõem de 50 CSs com atuação de 116 equipes de Estratégia de Saúde da Família

(ESF), quatro equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), sete equipes de NASF que assumem co-responsabilidades através do matriciamento. A rede de serviço também possui quatro policlínicas para atendimento médico e odontológico especializado, duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) que prestam atendimento 24 horas de urgência e emergência médica e odontológica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de adultos, dois CAPS Álcool e Drogas e um CAPS para atendimento de crianças e adolescentes (PMF, 2014).

Quadro 1 - Distritos Sanitários e Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC

Distrito de Saúde	Centros de Saúde
Centro	Agronômica, Centro, Monte Serrat, Prainha e Trindade.
Continente	Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Continente, Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Morro da Caixa, Sapé e Vila Aparecida.
Leste	Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande.
Norte	Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieira, Inglêses, Jurerê, Ponta das Canas, Rationes, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena.
Sul	Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Saco dos Limões e Tapera.

Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php>. Acesso em 04 de junho de 2015.

Para desenvolver essa pesquisa foram escolhidos cinco CSs do município distribuídos entre os cinco DSs sendo:

- **Distrito Sanitário Centro:** Centro de Saúde Trindade
- **Distrito Sanitário Norte:** Centro de Saúde Inglêses
- **Distrito Sanitário Sul:** Centro de Saúde Saco dos Limões

- **Distrito Sanitário Leste:** Centro de Saúde Córrego Grande
- **Distrito Sanitário Continente:** Centro de Saúde Coloninha

A escolha dos locais foi intencional, considerando uma unidade de cada DSs, de forma a mostrar diferentes saberes e práticas da atenção à saúde de pessoas com DM no município. Os dados apresentados não seguem a ordem alfanumérica aleatória adotada no decorrer da pesquisa. Os critérios para essa escolha incluíram facilidade de acesso em razão de trabalhos anteriores realizados pelo grupo de pesquisa NUCRON.

Durante a pesquisa, no primeiro contato com os coordenadores dos CSs buscou-se conhecer as características de cada CSs. As informações apresentadas pelos coordenadores estão descritas a seguir.

Quadro 2 - Características dos Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC

Centro de Saúde	Características
CS1	Coordenado por enfermeira que divide seu tempo em coordenação e assistência; Duas equipes de Saúde da Família; Consulta intercalada entre médico e enfermeiro no acompanhamento da pessoa com DM; Não soube informar o número de pessoas com DM cadastradas e acompanhadas; Desenvolve atividades de exercício físico em espaços da comunidade, grupo de alimentação saudável, plantas medicinais, prática de auriculoterapia individual.
CS2	Coordenado por enfermeira que divide seu tempo em coordenação e assistência; Três equipes de Saúde da Família; Consulta intercalada entre médico e enfermeiro no acompanhamento da pessoa com DM; Aproximadamente 600 pessoas com DM cadastradas e acompanhadas; Desenvolve atividades de exercício físico em espaços da comunidade, grupo de alimentação saudável, grupo de DM com entrega de fita para hemoglicoteste e insulina, biodança, teatro espontâneo.
CS3	Coordenado por cirurgião dentista afastado da assistência

	<p>para dedicação exclusiva para a coordenação; Cinco equipes de Saúde da Família; Consulta intercalada entre médico e enfermeiro no acompanhamento da pessoa com DM; Não soube informar o número de pessoas com DM cadastradas e acompanhadas; Desenvolve atividades de exercício físico em espaços da comunidade, grupo de alimentação saudável.</p>
CS4	<p>Coordenado por enfermeira afastada da assistência para dedicação exclusiva para a coordenação; Três equipes de Saúde da Família; Consulta intercalada entre médico e enfermeiro no acompanhamento da pessoa com DM; Aproximadamente 107 pessoas com DM insulino dependentes cadastradas e acompanhadas; Não informado número de pessoas com DM que não fazem uso de insulina; Desenvolve atividades de exercício físico em espaços da comunidade, grupo de alimentação saudável, grupo de DM com entrega de fita para hemoglicoteste.</p>
CS5	<p>Coordenado por enfermeira afastada da assistência para dedicação exclusiva para a coordenação; Três equipes de Saúde da Família; Consulta intercalada entre médico e enfermeiro no acompanhamento da pessoa com DM; Aproximadamente 80 pessoas com DM insulino dependentes cadastradas e acompanhadas; Não informado número de pessoas com DM que não fazem uso de insulina; Desenvolve atividades de exercício físico em espaços da comunidade, grupo de alimentação saudável, grupo de DM com entrega de fita para hemoglicoteste e insulina, dança circular.</p>

Fonte: Elaborado pela autora segundo informações coletadas com coordenador do Centro de Saúde, Florianópolis, 2015.

Nem todos os coordenadores souberam informar o número de pessoas cadastradas com DM em seus CSs. Os cadastros geralmente são das pessoas que fazem uso de insulina e estão cadastradas no Programa de Monitoramento de Glicemia Capilar (PMGC).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo contou com 22 profissionais de saúde respeitando os critérios de saturação dos dados proposto por Minayo (2013). Assim, o número foi definido a partir do momento em que os relatos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa.

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde com nível educacional superior completo e que atuavam nos CSs selecionados. Atualmente em Florianópolis esses profissionais são: médico, enfermeiro e cirurgião dentista, que compõem as equipes de ESF e educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, psicólogo, pediatra e psiquiatra que compõe as equipes do NASF.

Os CSs eram coordenados por um profissional de saúde integrante da ESF e que atuava naquela localidade. Esse coordenador foi o primeiro contato, onde após o conhecimento do estudo, indicou os profissionais que assistiam de maneira direta pessoas com DM naquele CS e que atendiam os critérios de inclusão e exclusão e, possibilitando diferentes olhares sobre a temática abordada.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram:

- Ter no mínimo um ano de atuação em serviços da AB;
- Ter vínculo empregatício com a Secretária Municipal de Saúde e atuação no CS;
- Ser profissional com graduação na área da saúde;

Como critério de exclusão:

- Estar em afastamento ou férias no período da coleta de dados;
- Ter especialização ou equivalente em nefrologia por se tratar de uma pesquisa com foco na prevenção da nefropatia diabética.

Os profissionais que atenderam esses critérios foram contatados de maneira individual, convidando a participarem da pesquisa, após também apresentar os objetivos do estudo. Alguns coordenadores foram entrevistados por atender aos critérios de inclusão.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período de dezembro de 2014 a maio de 2015, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O acesso inicial deu-se por contato prévio com o coordenador dos CSs, onde foi apresentada a proposta do estudo, os procedimentos para a

coleta dos dados, os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, os aspectos éticos e os esclarecimentos de dúvidas sobre a pesquisa. A partir do aceite foram agendadas entrevistas acordando o dia, local e o horário de realização das mesmas, de acordo com a disponibilidade e preferência de cada profissional.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada. A entrevista foi orientada por um roteiro com questões gerais apresentadas aos profissionais. No decorrer das entrevistas outras questões foram introduzidas para esclarecer alguns aspectos que surgiram nas falas dos participantes. O roteiro foi o mesmo para todos os profissionais (Apêndice A). Essas questões serviram para orientação da pesquisadora, porém, a entrevista foi conduzida como uma conversa deixando a pessoa a vontade para falar sobre os saberes e as práticas em relação à atenção as pessoas com DM e suas complicações. As perguntas foram colocadas somente quando não eram abordados os assuntos que respondessem aos objetivos da pesquisa.

Para Gil (2009) a escolha da entrevista semiestruturada ocorre por uma forma de interação social, um diálogo assimétrico, onde uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informações. Isso permite ao pesquisador abordar o seu tema de forma participativa, tendo um instrumento de coleta que o auxilie para a condução das questões pertinentes ao seu estudo. É flexível e oferece um conjunto de questões de ordem específicas que pode ser tratada de várias maneiras (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

As entrevistas foram gravadas em gravador digital, após a anuência dos participantes. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e foram transcritas na íntegra para análise, em editor de texto *Word*[®]. Destaca-se que todas as fases desse processo foram realizadas criteriosamente e conduzidas pela pesquisadora principal. Todos os dados foram arquivados e estão sob a responsabilidade da pesquisadora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material coletado seguiu os passos da análise qualitativa de conteúdo convencional (HSIEH; SHANNON, 2005). A análise de conteúdo convencional é definida como um método de pesquisa para interpretação subjetiva do conteúdo do texto por meio do processo de classificação sistemática codificação, categorização e identificação de temas. É utilizada em estudos cujo objetivo é escrever um fenômeno. Este tipo de análise é recomendado quando a teoria ou literatura de pesquisa sobre o fenômeno é limitado. Neste caso, os

pesquisadores evitam o uso de categorias pré-concebidas, permitindo que categorias e subcategorias surjam a partir dos dados (HSIEH; SHANNON, 2005).

Na análise dos resultados do presente estudo, procuramos identificar novas informações que pudessem nos ajudar a compreender melhor o fenômeno, uma vez que, como já colocamos anteriormente, as complicações do DM continuam avançando. Após as entrevistas serem transcritas pela pesquisadora principal e por bolsistas capacitadas para tal, foram importadas para o *software Ethnograph 6.0* para organização dos dados e codificação.

Inicialmente, foi realizada uma leitura criteriosa de todos os dados repetidamente para atingir imersão e obter uma ampla visão dos relatos. Posteriormente, os dados foram lidos e codificados linha por linha, destacando o conteúdo das falas relativo aos objetivos do estudo. Nas 22 entrevistas, durante o processo de análise foram identificados 565 códigos, os quais foram organizados e reunidos por semelhança sendo agrupados em categorias de base, permitindo sintetizar os dados em 25 subcategorias. Essas subcategorias por sua vez, foram reorganizadas gerando cinco categorias divididas em dois temas. Esses dois temas deram origem aos dois manuscritos que compõem essa dissertação.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa desenvolvida foi realizada em consonância com as questões ético-legais da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Essa Resolução regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, respeitando os princípios de maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando garantir os direitos e os deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012). O projeto teve a aprovação sob Nº 711.982 do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da UFSC, vinculado a Plataforma Brasil no dia 08 de julho de 2014. Sua aplicação obedeceu às diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado a todos os participantes do estudo, que receberam individualmente as orientações sobre a pesquisa (Apêndice B) sendo assegurado o sigilo e anonimato das informações coletadas, bem como a liberdade em participar do estudo ou deixar de participar a qualquer

momento, durante ou após a coleta dos dados, caso o participante entendesse que isso fosse melhor para si. Foi disponibilizado em duas vias impressas, onde uma ficou de posse do pesquisador e outra do participante. Não houve benefícios financeiros aos participantes. Os benefícios do estudo foram relacionados aos achados que emergiram com a pesquisa e foram ao encontro da atuação profissional frente à pessoa com DM e o risco de desenvolver a ND.

Foi empregado o sistema alfanumérico aleatório entre os participantes (P01 à P22), abreviações referentes à formação profissional (Enfermeiro - ENF; Médico - MED; Cirurgião Dentista - DEN; Educador Físico - EDF; Nutricionista - NUT; Farmacêutico - FAR) e novamente o sistema alfanumérico aleatório para o Centro de Saúde (C1 à C5).

5 RESULTADOS

Os participantes do estudo estão caracterizados no quadro 3. Analisando as informações contidas no referido quadro, destacamos que todos os participantes tinham mais de três anos de formação, com uma média de 4,36 anos. Integraram o estudo 10 enfermeiras, cinco médicos, dois educadores físicos, dois cirurgiões dentistas, duas nutricionistas, um farmacêutico, sendo sete profissionais do CS 1, quatro do CS 2, quatro do CS 3, quatro do CS 4 e três do CS 5.

Quadro 3 - Caracterização dos participantes do estudo.

Participantes	Centro de Saúde	Sexo	Profissão	Formação complementar	Tempo formação	Tempo de atuação AB
P01	C1	Fem.	Enfermeira	Esp. Saúde da Família	10 anos	08 anos
P02	C1	Fem.	Ed. Física	Esp. Saúde da Família	03 anos	01 ano
P03	C1	Fem.	Enfermeira	Esp. DCNT Esp. Saúde da Família	14 anos	07 anos
P04	C1	Fem.	Cirurgião dentista	Esp. Saúde da Família	24 anos	01 ano
P05	C1	Masc.	Médico	Esp. Saúde da Família Mestrado em Saúde Coletiva	29 anos	06 anos
P06	C1	Fem.	Ed. Física	Esp. Saúde da Família Mestrado em Ed. Física	8 anos	01 ano
P07	C1	Masc.	Médico	-	15 anos	06 anos
P08	C2	Fem.	Enfermeira	Esp. Saúde da Família	10 anos	03 anos
P09	C2	Fem.	Enfermeira	Esp. Saúde da Família	09 anos	02 anos
P10	C2	Masc.	Médico	Formação em Psicodrama	35 anos	13 anos
P11	C2	Fem.	Nutricionista	Residência Saúde da Família	05 anos	02 anos
P12	C3	Masc.	Enfermeiro	Esp. Enfermagem do Trabalho Esp. Família e	08 anos	01 ano

				Comunidade		
P13	C3	Fem.	Enfermeira	Esp. Saúde da Família	04 anos	02 anos
P14	C4	Masc.	Médico	Residência Saúde da Família	14 anos	02 anos
P15	C4	Fem.	Enfermeira	Esp. Saúde da Família	07 anos	03 anos
P16	C4	Fem.	Farmacêutica	Esp. e Residência em Saúde da Família	05 anos	01 ano
P17	C5	Fem.	Enfermeira	Esp. DCNT	11 anos	05 anos
P18	C3	Fem.	Enfermeira	Esp. Saúde da Família	03 anos	02 anos
P19	C3	Fem.	Cirurgião dentista	Esp. Saúde da Família	08 anos	06 anos
P20	C4	Fem.	Enfermeira	Esp. Saúde da Família Mestrado em Saúde Pública	28 anos	14 anos
P21	C5	Fem.	Médica	Medicina do Trabalho	28 anos	14 anos
P22	C5	Fem.	Nutricionista	-	03 anos	02 anos

Decorrente do processo analítico das entrevistas, conforme indicado no método, identificamos 25 subcategorias que foram reorganizadas em cinco categorias e divididas em dois temas. As mesmas estão listadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Processo de análise dos dados.

Subcategorias	Categorias	Temas
1. Atendimento integral humanizado 2. Foco na qualidade de vida 3. Busca pela qualificação profissional através da formação acadêmica 4. Preocupação com os sentimentos das pessoas com DM 5. Importância da mudança dos fatores de risco para as pessoas com DM	1. Saberes dos profissionais sobre o atendimento à pessoa com DM	Tema 1: Saberes e práticas dos profissionais de saúde no atendimento à pessoa com DM

<p>6. Conflito entre a prática do dia a dia e o proposto pelo Ministério da Saúde</p> <p>7. Prática cotidiana distante da prática ideal</p> <p>8. Enfermeiro como referência em atenção às pessoas com DM</p> <p>9. Dificuldade para busca ativa e diagnóstico precoce</p> <p>10. Dificuldade de atendimento interdisciplinar</p> <p>11. Reconhecimento do excesso de trabalho</p> <p>12. Prevenção e acompanhamento das complicações não é realidade</p> <p>13. Mudança na realização dos grupos de educação em saúde</p>	<p>2. Práticas dos profissionais de saúde sobre o atendimento à pessoa com DM</p>	
<p>1. Grupos interativos</p> <p>2. Foco na qualidade de vida</p> <p>3. Campanhas do Ministério da Saúde</p> <p>4. Presença de complicações do DM – foco no pé diabético</p> <p>5. Desconhecem a nefropatia como complicação do DM</p> <p>6. Desconhecem estágios da doença renal</p> <p>7. Atuação centrada no médico</p> <p>8. Não usam e nem seguem protocolo para atenção às pessoas com DM</p> <p>9. Falta de acompanhamento sistemático</p> <p>10. Fragilidade na educação em educação em saúde – individual e coletiva</p> <p>11. Grande demanda</p> <p>12. Dificuldade de adesão ao tratamento</p>	<p>1. Ações de Promoção da Saúde</p> <p>2. Fragilidade da Atenção Básica na prevenção das complicações do DM</p> <p>3. Obstáculos na atenção à pessoa com DM</p>	<p>Tema 2: Complicações do DM na perspectiva dos profissionais de saúde da atenção básica</p>

Essas categorias foram reorganizadas e renomeadas para a composição de dois manuscritos, conforme pode ser observado nas figuras 1 e 2.

Figura 1 - Categorias que compõem o primeiro manuscrito: Concepções e ações dos profissionais de saúde da atenção básica no atendimento à pessoa com diabetes mellitus.

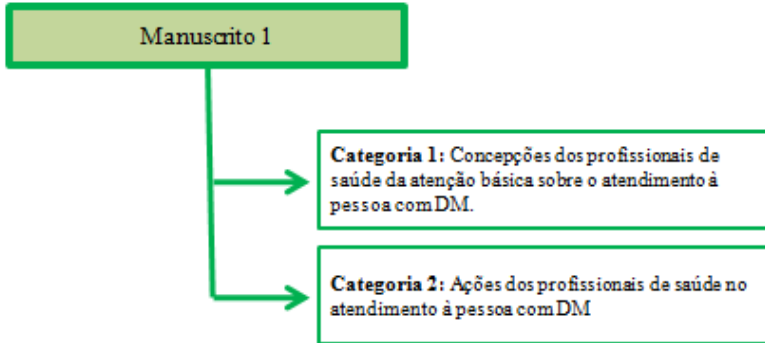
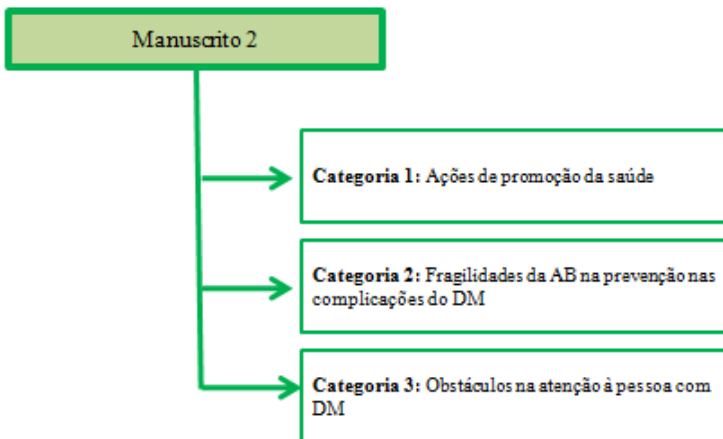


Figura 2 - Categorias que compõem o segundo manuscrito: Complicações do diabetes mellitus na visão dos profissionais de saúde da atenção básica.



A apresentação dos resultados em manuscritos atende o estabelecido na Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de junho de

2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que dispõe sobre o formato de representação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O primeiro manuscrito intitulado “Saberes e práticas dos profissionais de saúde da atenção básica no atendimento à pessoa com diabetes mellitus” explora o atendimento realizado na AB à pessoa com DM, uma vez que esse foi o tema mais relatado nas entrevistas. O segundo manuscrito intitulado “Complicações do diabetes mellitus com foco na nefropatia diabética na perspectiva dos profissionais de saúde da atenção básica” enfatiza os saberes e as práticas dos profissionais de saúde em relação às complicações do DM.

5.1 MANUSCRITO 1: SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

RESUMO

O objetivo desse estudo foi compreender os saberes e as práticas dos profissionais de saúde na atenção básica de saúde em relação ao atendimento à pessoa com diabetes mellitus. Teve abordagem qualitativa, realizada com 22 profissionais de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família e ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família, atuantes em cinco Centros de Saúde do município de Florianópolis/Santa Catarina. Foi realizada entrevista semiestruturada e efetuada análise de conteúdo convencional. Os resultados mostraram que os profissionais de saúde possuem um saber no atendimento com compromisso de uma atenção integral e humanizada, com foco na qualidade de vida. Suas práticas, algumas vezes, se distanciam desse saber, em virtude da forma como a atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus está organizada. Isso evidencia uma transição para o modelo de atenção à saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde. Aponta também, no entanto, que ainda existem fragilidades no sistema e que é preciso melhorar a atenção à pessoa com diabetes mellitus.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária de Saúde. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the conceptions and actions of health professionals in primary health care in relation to the care of person with diabetes mellitus. Had a qualitative approach, accomplished with 22 health professionals linked to the Family Health Program and the Family Health Support Center, active in five health centers in Florianópolis / Santa Catarina. Semi-structured and analysis of content has been held. Semi-structured and analysis of content has been held. The results showed that health professionals have a conception of attendance with commitment to a integrative and humanized care, focusing on quality of life. Their actions, once in a while, move away from this view, because of the way that health care of people with diabetes mellitus is organized. This evidences a transition to the health

care model, recommended by the Ministry of Health. It also points, however, that there are still fragilities in the system and it is necessary to improve attention to the person with diabetes mellitus.

Keywords: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health Professionals.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) atingem 72,4% das pessoas adultas no Brasil (BRASIL, 2014). Dentre elas, destacamos o Diabetes Mellitus (DM) que compõe esse quadro epidêmico alarmante. A cada dez segundos duas pessoas desenvolvem DM e uma morre de causa relacionada à doença, contabilizando mais de 190 milhões de pessoas com DM no mundo e estimando que, em 2030, esse número chegue a 300 milhões de pessoas (SBN, 2015).

No Brasil, em 2010, eram 10 milhões de pessoas com DM e a estimativa é que no ano de 2025 sejam 17,6 milhões de pessoas com esse agravo (GARG; HIRSCH, 2013). Segundo a Federação Internacional de Diabetes - IDF (2013) cerca de 12 milhões de brasileiros, na faixa etária de 20 a 79 anos, convivem com o DM. Isso o coloca na quinta posição em um ranking de causa mundial de mortes (ADA, 2014; SBD, 2013).

Essas pessoas, ao conviverem com uma condição crônica de saúde, necessitam de cuidados contínuos. Esses cuidados geram custos elevados e sofrimentos que, muitas vezes, podem ser retardados ou evitados, o que requer atenção dos profissionais de saúde. Uma dessas situações que pode ser prevenida ou ter seu aparecimento retardado, diz respeito às complicações crônicas do DM; tanto as macrovasculares quanto as microvasculares, incluindo as neuropáticas. (BRASIL, 2011; ADA, 2014).

Dentre as complicações microvasculares, destacamos a nefropatia diabética (ND) que se destaca pelo avanço e gravidade. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Diálise (SBD), 25% das pessoas com diabetes tipo I e 10% das pessoas com diabetes tipo II, desenvolverão insuficiência renal. Assim, o DM é uma das maiores causas de Doença Renal Crônica (DRC) que, muitas vezes, leva a tratamentos complexos (como a diálise) ou ao transplante renal. O processo de danificação dos rins é invisível por um longo período e irreversível, podendo progredir até converter-se em insuficiência renal crônica terminal (IRCT) (SBN, 2015).

Frente a essa e a outras diversidades de complicações, o profissional de saúde precisa estar preparado para atuar no sentido de

evitar essas frequentes complicações nas pessoas que convivem com o DM e não têm controle efetivo da doença. Para Faria et al. (2014), o acompanhamento sistemático, o acolhimento e a formação do vínculo; a disponibilização de medicamentos e outros insumos necessários, de acordo com as necessidades e especificidades; a educação em saúde, individual e coletiva utilizando abordagens adequadas, são indispensáveis instrumentos para os profissionais atuarem com as pessoas com DM.

Com o foco nas doenças crônicas, o Ministério da Saúde (MS) tem proposto o desenvolvimento de programas, protocolos e materiais educativos para auxiliar o profissional de saúde na correta implantação do modelo assistencial da Atenção Básica (AB)⁴. Os Cadernos da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (nº35) e as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus (nº36) estão disponíveis *on-line* e/ou impressos, como importantes instrumentos de valorização das práticas de saúde na atenção à pessoa com DM. (BRASIL, 2013; 2013a).

Outras ações do MS são as Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas pela Portaria Nº 4.279 de 2010 para integrar e organizar as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010). Em 2013 o MS propôs diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013). Em 2014, a Portaria MS/GM Nº 483 definiu a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas com a intenção de mudar a atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, dentre elas, o diabetes. O objetivo foi alavancar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas, garantindo o cuidado integral, impactando positivamente nos indicadores relacionados a essas doenças, promovendo a saúde da população e prevenindo o desenvolvimento desses agravos e suas complicações (BRASIL, 2014a).

Estas medidas visam promoção à saúde, prevenção e retardo das complicações do DM e programas específicos com cuidados centrados na atenção ao DM (BRASIL, 2006; 2006a; 2013a). Com tudo, ainda há falta de ações de acompanhamento sistemático e de promoção da saúde que contribuam para diminuir o aparecimento das complicações. Nesta

⁴Nessa pesquisa optou-se pelo uso da terminologia Atenção Básica (AB) como sinônimo de Atenção Primária de Saúde (APS), por se tratar de um termo utilizado nas políticas de saúde nos documentos do Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2011a).

perspectiva, consideramos relevante conhecer a atenção à saúde das pessoas com DM, atendidas na atenção básica, na perspectiva dos profissionais da saúde.

Destacamos que como parte do mesmo macroprojeto, o estudo com as pessoas com DM, atendidas no mesmo município, onde as pessoas com DM tem pouco conhecimento em relação a complicação renal causada pelo DM. Nesta pesquisa, as pessoas com DM que apresentam algum conhecimento sobre a complicação renal, relacionam às experiências próximas de parentes, vizinhos e amigos, poucas vezes relacionando aos profissionais de saúde (CAMPOS, 2014). Assim, o objetivo desse estudo foi compreender os saberes e práticas dos profissionais de saúde na atenção básica de saúde em relação ao atendimento à pessoa com DM.

MÉTOD

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada de dezembro de 2014 a maio de 2015 e a técnica utilizada foi entrevista semiestruturada. Os participantes da pesquisa foram 22 profissionais de saúde pertencentes a cinco Centros de Saúde (CSs) do município de Florianópolis/SC, sendo um de cada Distrito Sanitário (DS). Essa escolha foi realizada para propiciar acesso a diferentes realidades de atenção à saúde desenvolvida pelas equipes de saúde da AB do município. Os profissionais eram vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) que atendiam pessoas com DM, considerando diferentes abordagens profissionais. No primeiro contato foi apresentada a pesquisa ao coordenador do CS, que indicou os participantes, incluindo-se como participante quando atendia aos critérios de inclusão. Para a escolha dos participantes foram observados os seguintes critérios de inclusão: (i) ter no mínimo um ano de experiência em AB, (ii) ter vínculo empregatício e atuação no CS, (iii) ser profissional com graduação na área da saúde. Como critérios de exclusão: (i) estar em afastamento ou férias no período da coleta de dados, (ii) ter especialização ou equivalente em nefrologia, uma vez que nosso principal foco era a prevenção da ND.

Posteriormente ao aceite, foi agendada a entrevista, deixando-se que o profissional escolhesse o horário e o local. A coleta de dados ocorreu sempre no CS, por escolha dos participantes. Inicialmente, na entrevista, após explicação do estudo aos entrevistados, foi lhes solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Uma via foi fornecida ao participante e outra

guardada pela pesquisadora no grupo de pesquisa ao qual o projeto está vinculado. A entrevista semiestruturada iniciou com a busca de vínculo entre pesquisadora e participante, proporcionando um ambiente propício para a coleta de dados. Foi enfatizado que o interesse era ouvir o participante e que as perguntas eram norteadoras da entrevista. Em média, as entrevistas tiveram duração de 40 minutos e foram gravadas em áudio digital, com anuência dos participantes.

Após gravação, as entrevistas foram transcritas, em editor de texto, pela pesquisadora principal e por bolsistas de iniciação científica capacitados. Para auxiliar na organização dos dados foi utilizado o software *Ethnograph* 6.0. A análise de dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo convencional proposta por Hsieh & Shannon (2005). Inicialmente foi realizada leitura atenta de todos os dados repetidamente para atingir a imersão e noção do todo. Após, as informações foram codificadas linha a linha, sendo identificados no primeiro processo 565 códigos, provenientes das 22 entrevistas.

Posteriormente os códigos foram organizados e reunidos por semelhança gerando 25 subcategorias, após sintetizadas em cinco categorias. Esse processo possibilitou o encontro de diferentes temas, sendo um deles mais específico sobre como concebiam e como realizavam o atendimento às pessoas com DM no CS. Esse tema, composto por duas categorias: Saberes dos profissionais de saúde sobre o atendimento à pessoa com DM e Práticas dos profissionais de saúde desenvolvidas nos CSs.

Para preservar o anonimato dos participantes, empregou-se o sistema alfanumérico para identificação dos seus relatos (P01 à P22), realizando-se também suas identificações por profissão (ENF; MED; DEN; EDF; NUT; FAR) e pelos CSs (C1 à C5). Durante todo o processo de pesquisa foram respeitados os aspectos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) e obtida a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, em 08 de julho de 2014, sob o parecer nº 711.982.

RESULTADOS

Dos 22 participantes do estudo, 17 eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino, sendo dez enfermeiros, cinco médicos, dois educadores físicos, dois nutricionistas, dois dentistas e um farmacêutico. Em relação ao tempo de formação, sete participantes tinham de um a cinco anos, seis participantes de seis a 10 anos e 10 pessoas com mais de 10 anos de formação profissional. O tempo de experiência de atuação na

atenção básica variou, com 15 participantes tendo de um a cinco anos, cinco participantes de seis a 10 anos e três participantes com mais de 10 anos de experiência. Outra característica importante dos participantes diz respeito à formação complementar com 16 participantes com especialização em Saúde da Família, três com Residência em Saúde da Família, dois com especialização em Doenças Crônicas Não Transmissíveis, dois com mestrado em Saúde Coletiva/Pública e cinco participantes com outras formações não relacionadas diretamente à atenção básica e à área da cronicidade.

A análise de dados mostrou que os profissionais de saúde possuíam uma concepção de atendimento à pessoa com DM que nem sempre se expressava em suas ações, como veremos com mais detalhes nas duas categorias que passamos a apresentar.

Categoria 1: Saberes dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o atendimento à pessoa com DM.

Os saberes dos profissionais de saúde em relação ao atendimento da pessoa com DM ressaltou a importância de um atendimento integral, humanizado e com foco na qualidade de vida. Reconheceu ainda, a importância de seus conhecimentos em atenção básica, sobre as doenças, seus tratamentos, cuidados e também da importância da integração entre os profissionais nesse atendimento. A concepção de um trabalho interdisciplinar mostra que os profissionais buscam efetivamente esse conjunto de ações de promoção da saúde.

Os profissionais do NASF são super acessíveis pra gente. E ali eles complementam mesmo, na hora que a gente não consegue resolver a gente grita principalmente para a nutricionista e para o educador físico (P08 ENF C2).

A gente tem os profissionais do NASF aqui eles são ótimos. Então, ela deu orientações legais. Então, a gente tem bastante abertura para chamar quem tu precisar, aqui eles tem disponibilidade (P13 ENF C3).

Os profissionais de saúde destacaram a relevância do atendimento integral à pessoa com DM ao considerarem o contexto em que a pessoa vive e sua condição global de saúde. Valorizaram a abordagem dos múltiplos aspectos envolvidos na assistência em saúde, oportunizando o desenvolvimento de um trabalho que favorecesse a qualidade de vida da

pessoa com DM. Nesse atendimento, o conhecimento que a pessoa possuía era valorizado para aproximá-la do profissional, estreitando laços de confiança.

Se você não tiver uma abordagem integral dessa pessoa... você vai ficar voltado para uma parte do problema e o problema é, como eu te falei, ele é multifatorial. Ou você passa a ter uma abordagem de uma maneira mais integral para tudo nessa pessoa, ou então, você vai melhorar só certos aspectos na vida dessa pessoa, não vai chegar naquilo que você quer, que é o controle, a qualidade de vida da pessoa, né! (P05MED C1).

Eu vejo assim, não consigo ver o diabético isolado [...] porque a gente trata ele como um todo e eles estão em momentos que não é só por causa do diabetes. Eu tenho até dificuldade em trabalhar com pacotinhos (P03ENF C1).

O atendimento humanizado foi relatado através do vínculo, respeito, empatia, preocupação em não deixar a pessoa com sentimento de culpa e, sim, manter a esperança da pessoa com DM. Os profissionais enfatizaram a importância do compromisso no atendimento com a segurança do paciente, e as decisões compartilhadas entre os profissionais, que complementam esse conjunto de ações.

Às vezes, tem alguma dúvida de exame físico ou alguma outra coisa. Daí a gente vê junto e toma a decisão juntos. Às vezes, precisa estudar junto naquele momento. (P07 MED C1).

Às vezes o paciente descompensado precisa medicar na hora. Chama a médica, ela atende aqui junto comigo e já resolve, resolve na hora. Ou chama a nutricionista, ou encaminha para ela dar um suporte (P13 ENF C3).

O vínculo, o respeito e a empatia foram ressaltados como importantes e se fortalecem quando o profissional acompanha a pessoa em diferentes momentos da vida. Isso é favorecido pelas constantes necessidades que as pessoas têm, em decorrência de sua condição

crônica, e ao fato de que o DM está relacionado com outras patologias ou dificuldades que a pessoa vivencia ao longo de sua vida.

O importante é que essa pessoa, ela seja bem recebida na saúde, que ela tenha um atendimento humano, e que o profissional saiba respeitar essa pessoa que tá sendo atendida, para tentar ultrapassar determinadas barreiras. Respeito entre profissionais, e pacientes. Acho que isso é uma coisa que cria empatia, facilita aderência a tratamento, facilita troca de informações e contribui pra saúde geral, tanto de quem é atendido, quanto do profissional (P04 DEN C1).

Algumas falas mostraram sensibilidade e preocupação com os sentimentos que iriam causar com suas orientações. O sentimento de culpa ou medo que a pessoa com DM trazia consigo era um desses sentimentos que preocupava o profissional. Reconheciam que esse sentimento, muitas vezes, causado por suas orientações ou pela descoberta do diagnóstico, prejudicava o tratamento do cuidado com DM.

Mas acho que a gente pode lidar de uma forma indireta, ou direta, mas nem tanto, uma maneira mais criativa com eles, amedronte menos. Porque todo mundo tem um estigma no diabético, quando você diz que a pessoa é diabética é duro de ouvir, né? Você sabe, de algum modo você já ouviu falar que aquilo não é bom e aquilo está associado a insulina, está associando a um derrame e coisas piores. Às vezes, um fardo. As pessoas, em geral, elas não são bobas, elas sabem que isso não é uma coisa legal (P07 MED C1).

Nessa abordagem os profissionais entendiam que era importante manter a esperança das pessoas e não as culpar ou amedrontar com a possibilidade de terem complicações. Para isso era importante se colocarem na situação vivenciada pela pessoa, conhecendo o contexto e orientando de maneira clara e adequada a cada situação. Esse entendimento podia estar relacionado com a formação complementar dos profissionais em saúde da família que em sua maioria apresentavam especialização na área.

O profissional, às vezes, fica culpando o paciente, acho que a gente tem que responsabilizá-lo e olhar, dar os descontos, acho que no final a pessoa merece descontos, né? Mas, no final acho que tu tens que olhar para ele e dizer: 'Olha cara, pode ser diferente tua vida, tá mais nas tuas mãos do que tu pensa. Não precisa fazer dá forma que tu tá fazendo' (P07 MED C1).

Em relação à formação dos profissionais, o conhecimento em saúde da família ganhou espaço nas entrevistas. Os profissionais buscaram formação em atenção básica para melhorar o atendimento e tomavam os documentos do MS como referência para a condução dos cuidados e tratamentos que realizavam. As trocas de experiências entre os profissionais também foram valorizadas como forma de obter mais conhecimentos e que, possivelmente, influenciavam nas suas concepções sobre a atenção à pessoa com DM.

Em 2002 eu entrei na residência saúde da família, então faz 13 anos que atuo na saúde da família (P14 MED C4).

Durante a residência em Saúde da Família, eu acompanhei a enfermeira e a farmacêutica, participava de grupo, grupo com nutricionista, com farmacêutico, com enfermeira [...] Tem os Cadernos de Atenção Básica que a gente sempre está lendo uma coisa aqui ou ali (P16 FAR C4).

Ainda que com poucos registros, alguns profissionais falaram que a prática no dia a dia se sobrepunha ao que estava proposto no Caderno de Atenção Básica e que, muitas vezes, acabavam não lendo ou retomando esses e outros documentos do Ministério da Saúde que poderiam orientar sua prática.

Faz muito tempo que não leio o Caderno de Atenção Básica, o protocolo. A gente acaba entrando no ritmo, né (P10 MED C2).

Os profissionais tinham consciência que as informações trazidas pela mídia tinham grande influência nas pessoas, sendo uma ferramenta que ainda precisava ser melhor explorada para auxiliar na busca de

novos casos e na co-responsabilidade das pessoas nos cuidados com sua saúde.

Vou dar um exemplo, bem do dia a dia, quando o Dr. Drauzio Varella fala do diabetes no Fantástico (Programa de televisão), a nossa demanda é bem maior. Tem gente querendo fazer exame de rotina, entende? Quando a informação chega, a demanda, a procura é maior. O ruim é essa informação chegar de forma inadequada (P09 ENF C2).

Os profissionais trouxeram a importância de focar na qualidade de vida da pessoa e não na doença. Isso mostrou que a atenção à pessoa com DM vem mudando na concepção de um atendimento mais voltado para a pessoa.

Acho que a primeira coisa em trabalhar com o doente crônico é você não trabalhar o foco na doença e sim na qualidade de vida da pessoa (P5 MED C1).

A concepção de um trabalho interdisciplinar indica que os profissionais buscam efetivamente esse conjunto de ações em conjunto. Isso foi enfatizado através do matriciamento realizado nos CSs.

A gente trabalha bastante a questão do planejamento. No dia a dia envolve muito planejamento com os agentes de saúde, planejamento direto com a médica pra gente fazer a questão de matriciamento, a questão de discussão de caso que é bem importante. A gente faz bastante interconsulta, eu e a médica. O paciente vem aqui, se eu precisar ela pra alguma coisa, eu chamo ela, ela vem aqui. Ela precisa de mim lá [...] A gente tá sempre, uma porta do lado da outra, tá sempre conversando e trocando as informações sobre os pacientes (P18 ENF C3).

Categoria 2: Ações dos profissionais de saúde no atendimento à pessoa com DM

Os profissionais de saúde indicaram que suas ações ainda não eram desenvolvidas, na totalidade, de acordo com a concepção que

tinham de como deveria ser realizada. Relataram muitas aproximações e avanços na atenção voltada à pessoa com DM, compreendendo as necessidades trazidas pela condição crônica. Porém, muitas vezes, a estrutura do sistema de saúde os distanciava do que consideravam a atenção ideal, conforme trouxeram em suas concepções acerca da atenção à pessoa com DM.

Nas ações de atendimento à pessoa com DM nos CSs, havia um esforço em atender a grande demanda por atendimento no dia a dia. As falas apontaram uma abordagem que mostrou comprometimento no atendimento, avaliando registros, intercalando consultas entre os profissionais, abordando e esclarecendo dúvidas e mitos. No entanto, apesar de reconhecerem a qualidade do acolhimento e o esforço para atenderem todos os que procuravam atenção no CS, havia algumas críticas a essa situação. Indicavam que o fato do acolhimento ser realizado por diferentes profissionais, nem sempre permitia que houvesse a continuidade desejada dessa atenção, por um mesmo profissional.

Além disso, esse atendimento consumia uma grande parte de seu tempo, não possibilitando a realização de outras ações que julgavam importantes, tais como a busca ativa de novos casos e o acompanhamento mais sistemático de todos os que estavam cadastrados no CS.

Grande parte dos profissionais de saúde enfatizou em seus relatos, que o acolhimento era realizado mais pelo enfermeiro do CS e que esse profissional tinha o contato mais intenso com a pessoa com DM, tanto no atendimento nos grupo quanto no atendimento individual, especialmente no acolhimento. Essa situação favorecia que a pessoa com DM pudesse esclarecer suas dúvidas e receber as orientações básicas, uma vez que o enfermeiro estava sempre atento para essas necessidades.

Se chegarem cem pacientes pela manhã, no período, eu vou ter que atender aos cem pacientes. Que horas eu vou ter para atender aos meus pacientes programados? Para ir atrás, para fazer a busca ativa, para marcar consulta? A gente abre um lado, abre para a demanda espontânea, a gente abre para a população, mas a gente fecha de um lado, porque a gente não consegue abordar todo mundo (P01ENF C1).

Então a pessoa tem vários médicos e isso acaba sendo perigoso para ela, porque cada um tende a tomar condutas pensando só no órgão que cuida e esquece que tem uma pessoa em volta desse órgão. É um jogo que a gente tenta fazer, tenta cobrir o maior número de pessoas possíveis, sem esquecer de tratar bem essas pessoas [...] (P07 MED C1)

Tem o acolhimento que geralmente é realizado por uma das enfermeiras, a gente ainda não tem o acolhimento por área, que seria o ideal da equipe da área restrita, vamos dizer assim, se não, às vezes, como as duas enfermeiras acabam se revezando porque uma delas é coordenadora e tem outras atividades e, a outra, ajuda na prefeitura e outra supre essa ausência. O que é um remédio bom para o momento, mas não tão bom pro futuro assim. O ideal seria trabalhar só com a nossa demanda e quanto mais a gente trabalha com um paciente, que a gente sabe que é nosso, mais a gente conhece ele, mais fica fácil de atendê-lo sabe, a gente consegue conhecer mais fácil. Quando a gente se reveza em duas áreas, duplica o trabalho, fica bem mais difícil a gente conseguir dar conta, pelo menos para o enfermeiro dar conta... A unidade precisa oferecer isso, ela não pode se abster disso e dizer 'não, não dá'. A gente precisa estar disponível também, aí entra nessa questão do diabéticos, que é um bom exemplo, não adianta só fazer o acompanhamento dele aqui, o acompanhamento regular, quando ele está praticamente sem sintomas, se o dia que ele não está bem eu não posso atendê-lo, daí o trabalho fica pela metade (P07 MED C1).

A questão do acompanhamento da pessoa com DM foi assunto muito debatido entre os profissionais. Eles apontaram que tinham ciência em relação à efetividade do controle e acompanhamento da pessoa com DM. No entanto, como resultado da grande demanda de atendimento no acolhimento, havia dificuldade de efetuar o rastreamento para o diagnóstico mais precoce do DM e também daquelas pessoas que realizavam o acompanhamento fora do CS.

Tem paciente que acompanha com a unidade, que acompanha só na unidade, esses são mais fáceis da gente abordar, o que a gente orienta eles costumam seguir, tem dúvida eles telefonam, entram em contato, ou alguma coisa diferente eles trazem, mas os outros [...] (P01 ENF C1).

Mesmo tendo a concepção de que o atendimento deveria ser interdisciplinar, as ações de atendimento ainda estavam centradas no atendimento médico. Exemplo disso foi referente ao atendimento em grupo que necessitava de atestado médico para ingressar nas atividades, ou a necessidade do médico requisitar o controle para o paciente que não usava insulina, conseguir realizar o hemoglicoteste, ou a solicitação de exames para diagnóstico precoce de complicações.

Isso é com o médico, depende muito de cada caso, não tem muito uma rotina, depende muito de outras doenças (P03 ENF-C1).

Então faz só, regularmente, o que eu peço no posto, quem tem uma autorização do médico para isso. Uma orientação, contendo os itens, fulano de tal deverá fazer hemoglicoteste semanal, diário, mensal e deve estar em jejum. Porque senão, vai jogar fita fora. E aí diminuiu muito o hemoglicoteste todos os dias aqui, desnecessários e equivocados, não estão com preparo adequado. E ficou mais eficiente. E o gasto também diminuiu. O gasto de fitas, de tempo (P10 MED C2).

Ele já vem pra cá, eles têm que trazer o atestado médico, todo ano ele tem que trazer, ele já entrou no grupo controlado, então como uma pessoa normal assim (P02 EDF C1).

Quanto à integração entre os profissionais ESF e os profissionais do NASF, ficou evidente que se tratava de um novo sistema de atendimento, ainda em fase de implantação e adequação para melhor atender a pessoa com DM. Esse atendimento, no momento da entrevista, funcionava com uma rede de encaminhamentos precária entre os profissionais, com dificuldade de sistematizar esse fluxo.

A gente faz como se fosse um matriciamento, que acaba retornando para gente: Olha, tal paciente identifiquei tal maneira, precisa seguir tal e tal situação. Mas não tem um horário programado. É meio que quando a gente se encontra com o profissional que ali repassa as informações (P12 ENF C3).

Não tem documento nenhum. A gente fala direto com o profissional, com o prontuário, o que foi discutido, o que não foi. Não tem documento nenhum [...] Fica registrado no prontuário se eles fazem atividade, mas não tem como a gente olhar prontuário de todo mundo para ver se a pessoa vem [...] documento não tem nada (P17ENF C5).

Outra ação muito importante que os profissionais trouxeram foi quanto a avaliação do seu trabalho. Evidenciaram avanços importantes, especialmente na concepção da promoção da saúde e da prevenção de complicações, tirando um pouco o foco da recuperação da saúde e da própria doença.

Eu vejo também a diferença de início que eles já chegavam muito alterados. Que o ESF não conseguia ainda colocar na cabeça deles que a prevenção é a diferença. Então, hoje, eu vejo ao longo dos anos que quem vem é o filho do nosso diabético que está preocupado porque sentiu sede a noite, e muito xixi a noite, vem querendo fazer exames de rotina para ver como está glicemia dele, entende? Então eu vejo que isso está aumentando (P09ENF C2).

Lá na Lagoa a gente tem um trabalho bem bacana com eles. A gente pediu todos os exames, assim, hemograma, hormônios, glicose, colesterol bom, colesterol total, triglicerídeos, a gente pediu no início do ano, a gente fez um trabalho, o Floripa Ativa e agora em novembro a gente teve resultados bem bons. 85% na redução de peso, pacientes que tinham triglicerídeos acima de 150, baixou, assim até tinha mais percentual de pacientes com glicose acima de 100/120 e

reduziu, então a gente teve resultados bem legais, porque lá, como a gente faz bem o NASF, a gente conseguiu juntar bem, nós, a equipe, os agentes comunitários e a nutricionista (P02EDF C1).

A prevenção de complicações ainda não era uma realidade entre os profissionais, pois tinham ações muito pontuais e voltadas para situações específicas. Havia alguns relatos de preocupações com o pé diabético, mas a nefropatia diabética ainda estava bastante longe da realidade de suas ações. A visão que tinham do problema renal das pessoas com DM era de situações onde a mesma já estava instalada, em estágio avançado. Enfatizaram que o tratamento da pessoa com DM nesse estágio era realizado pelo especialista ou centro de referência onde a pessoa já realizava seu tratamento de hemodiálise.

A nefropatia ela é umas das complicações da diabetes, que vai ser [...], por causa do diabetes. E a pessoa fica presa numa máquina, tem que fazer hemodiálise três vezes por semana e quatro horas por dia. Uma vida, uma mudança de vida muito grande. Então, assim, é uma das nossas preocupações como estudo, né? Mas assim, eu não sei se a odontologia chega a atender esses pacientes (P04 DEN C1).

Outro aspecto que merece destaque foi que os profissionais nem sempre tomavam como sua responsabilidade ações de prevenção das complicações, indicando que as mesmas estavam na dependência das pessoas reconhecerem os sinais e sintomas das mesmas e, então, buscarem o atendimento na atenção básica.

Não sei se cai naquilo que te falei, do que a pessoa não sente. Ela não sente. Se ela sentisse dor, ou sei lá [...] se aquilo incomodar. Porque quando acontece [...] não sei, sou leiga nessa questão de doença renal, mas as situações vão aparecendo e aí a pessoa vai pensando “Pô, deveria ter me cuidado”. É o que eu percebo. A pessoa, a maioria, ela se meche só quando a coisa começa a incomodar né (P13 ENF C3).

Em relação a sua prática, especialmente na promoção da adesão ao tratamento, os profissionais reconheciam alguns avanços, como por

exemplo, a criação dos grupos de atividade física pelos profissionais do NASF que, sem dúvida, promoveram maior a adesão a essa prática de atividade física.

Para outras situações que consideraram mais complicadas, como a adesão à dieta, apontaram algumas soluções para que pudessem, efetivamente, ajudar as pessoas a realizarem seus tratamentos de forma mais adequada. Tinham várias sugestões sobre o que poderia ser feito. Uma das sugestões foi em relação à criação de um local e de momentos específicos onde as pessoas pudessem aprender a preparar alimentos mais adequados e saudáveis em sua dieta.

Eu acho que, eu não sei, eu nunca estudei isso, mas, a parte nutricional, se a gente tivesse uma cozinha coletiva assim, uma cozinha grande nos postos de saúde isso poderia ser mais útil que grupos alimentares. As vezes, a gente vai falar sobre teoria, sobre comida, as vezes é uma coisa que não entra bem. Mas tipo vamos cozinhar [...] Acho que uma coisa na prática podia, o adulto aprende muito no fazer [...] (P07 MED C1).

Em relação às atividades dos grupos, indicaram as dificuldades que tinham na realização de grupos com pessoas com DM e de como os mesmos haviam se esvaziado com o tempo. De forma muito enfática, indicaram uma transição nas atividades de grupos educativos nos CSs. Antes, chamados “grupos de diabéticos” tinham o rótulo da doença, e, no caso das pessoas com DM, esses encontros se caracterizavam mais pela entrega de fitas de hemoglicoteste e com poucas ações educativas, propriamente ditas. Mais atualmente, buscaram ações e interações mais dinâmicas, como a prática de atividade física, de danças, de teatro com participação da comunidade, grupo de caminhada. Tudo isso, utilizando mais os espaços disponíveis na comunidade. Essas ações mostraram uma maior interação entre os profissionais das equipes NASF e ESF, valorizando o envolvimento e o compromisso profissional.

A gente fala sobre saneamento básico, a gente faz coisas, a gente também não só fala, a gente age, a gente faz atividades. Já fizemos danças circulares, biodança, teatro espontâneo, oficinas para falar sobre essas questões, teatro espontâneo, por exemplo, a gente fez, foi falado sobre doenças

crônicas degenerativas, hipertensão, diabetes (P10 MÉD C2).

Agora, aqui no Centro de Saúde, está tendo o grupo nas quintas-feiras à tarde, também com a educadora física sobre dança circular. E alguns acabaram aderindo ao grupo (P17 ENF C5).

Há uma variedade de atividades que vêm proporcionando às pessoas, novas opções de atividade e que as mesmas podem escolher, buscando aquelas que mais se adaptam as suas preferências ou possibilidades. Os profissionais valorizaram essas ações como convergentes ao que compreendem como uma atenção à saúde de pessoas com DM que privilegia a promoção da saúde.

DISCUSSÃO

A discussão dos achados em nossa pesquisa inicia pela observação dos documentos do Ministério da Saúde (MS), uma vez que eles orientam, ou deveriam orientar, as ações dos profissionais da saúde. Esses documentos trouxeram importantes mudanças nas práticas de saúde, que iniciaram há mais de 20 anos com a criação e implantação do SUS. Nesse processo de implantação da nova política houve a compreensão de que a mudança não aconteceria somente pela existência desses documentos, mas que havia a necessidade do compromisso e da formação dos profissionais da saúde. Esse é um processo longo e que muitos dos que integraram o estudo vivenciaram, uma vez que havia profissionais com mais de 10 anos de atuação na atenção básica. Ao longo dessa atuação, houve espaço para formações específicas, tais como especializações, residências e mesmo níveis mais avançados de formação, como mestrados.

Além dessas formações mais específicas, e também daquela realizada no trabalho, esperava-se contar com o interesse dos profissionais em avançarem seus conhecimentos técnicos, com a busca dos documentos que estão disponibilizados em *sites* do MS e/ou ainda impressos e distribuídos nos Centros de Saúde. No entanto, conforme seus relatos, o excesso de atividades no dia a dia os levava a não estudar tais documentos, com pouca disponibilidade para se manterem atualizados.

Os documentos mais recentes que o MS lançou na perspectiva de melhorar a atenção à saúde das pessoas em condição crônica, como o DM, foram aqueles que criaram as Redes de Atenção a Saúde (Portaria

Nº 4.279) e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria Nº 483/2014). No entanto, o Caderno de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (nº35), Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus (nº36) e o documento lançado em 2009, que estruturou a construção da Linha de Cuidado e Clínica Ampliada para Diabetes (BRASIL, 2009), foram as principais referências para os profissionais da saúde na atenção às pessoas com DM. Este último documento, ao orientar estratégias de atendimento que valorizam a integralidade, equidade, humanização, resolubilidade, o controle social e a interdisciplinaridade, superando o modelo biomédico prevalente, parece ser a base para as ações dos profissionais que entrevistamos.

Houve, portanto uma convergência entre o que o documento indica e a concepção do atendimento, tais como a concepção de atendimento voltado para a escuta; a criação e a manutenção de vínculos e afetos; o reconhecimento de que orientações culpabilizantes e transferência de responsabilidade não são bons aliados na atenção ao usuário; o fato de desmistificar que o conhecimento está centrado no profissional de saúde e valorizar o conhecimento da pessoa; a valorização da qualidade de vida; o uso de uma linguagem acessível/compreensível, atento ao que realmente a pessoa compreende do atendimento; e por fim, a busca por um trabalho interdisciplinar pela equipe de referência e apoio matricial.

Outra importante discussão que passamos a conduzir é com outros estudos realizados na área da atenção às pessoas com DM. O estudo de Bastos et al. (2011), que objetivou analisar o cuidado de pessoas com DM sob a ótica da integralidade, através do acesso, do vínculo-responsabilização e da formação da equipe em um centro de saúde da Bahia, revelou que a atenção básica é pouco estruturada. Os resultados do estudo apontam um modelo de organização dos serviços esgotado, um processo de cuidar construído no cotidiano do serviço de forma fragmentada, superficial, centrado no médico e que a municipalização como vem se desenvolvendo em Feira de Santana provocou (des)estruturação e (des)continuidade da atenção à saúde das pessoas com DM. Esses resultados indicaram que o acesso é restrito, focalizado e direcionado a ações de baixa complexidade, que o acolhimento e o vínculo são distantes da corresponsabilização, e ainda carência de formação e de autonomia. O que encontramos em nosso estudo mostra uma realidade mais convergente ao novo modelo de atenção, atendendo ao que está proposto pelo SUS/MS.

O estudo de Garnelo et al. (2014), teve como objetivo descrever a organização do cuidado especialmente direcionado a condições crônicas por equipes da Estratégia Saúde da Família no estado do Amazonas e região Amazônica. Esse estudo entrevistou, em 2012, profissionais e usuários do sistema de saúde e avaliou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) do MS. Seus resultados indicaram alta rotatividade de profissionais, baixa disponibilidade de insumos indispensáveis ao atendimento; organização fragmentária do cuidado; limitado uso de protocolos, planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade. Esses dados identificam-se com o resultado do artigo anterior e com alguns aspectos do estudo que realizamos ao reafirmarem a fragilidade do cuidado integral, refletindo em uma situação onde falta longitudinalidade e integralidade do cuidado, pautado em demanda espontânea e voltado às queixas clínicas.

Outro estudo com objetivo de compreender como os integrantes da Estratégia Saúde da Família se auto-organizam para a educação em saúde no manejo e prevenção das complicações crônicas do DM, identificou problemas de relação entre os profissionais, dificuldades de planejamento e implantação das atividades educativas (SALCI, 2015). Esse achado tem aproximações com nosso estudo, pois apesar do esforço profissional em realizar um atendimento interdisciplinar não apresenta uma sistemática onde a pessoa com DM transite entre as diferentes ações educativas. Em nosso estudo, os profissionais relatam um encaminhamento informal, muitas vezes, realizado nos corredores, entre os profissionais ESF e NASF.

Em outro estudo com intenção de analisar o conhecimento do usuário com DM sobre seus direitos de saúde identificou o papel do poder público na divulgação de informações; competências e responsabilidades dos profissionais de saúde; dever ético-moral em informar; participação ou isenção dos usuários na busca por informações sobre seus direitos. Com esse estudo, que entrevistou 12 pessoas com DM no período de 2008, os autores identificaram que mesmo com os avanços das políticas públicas, as pessoas com DM ainda desconhecem informações importantes sobre seus direitos (SANTOS, et al. 2011).

Campos (2014), em seu trabalho de mestrado, entrevistou 20 pessoas no período de junho a setembro de 2014 atendidas nos mesmos Centros de Saúde dessa pesquisa. Nos resultados identificou que as pessoas com DM apresentavam conhecimento limitado as suas próprias experiências com a doença e suas complicações e com o que era trazido

pela mídia. Identificou que muito pouco do que sabiam sobre sua doença havia sido aprendido com os profissionais da saúde.

Isso aponta que a forma de comunicação entre profissionais de saúde e usuários do serviço de saúde precisa ser repensada e reformulada para que o acesso a informação seja mais efetivo e passe a ser parte da atuação dos profissionais da saúde. O que observamos em nosso estudo foi que ao não obterem sucesso com as atividades educativas específicas para as pessoas com DM, passaram a realizar outras atividades, que, apesar de importantes, não conseguem dar conta de uma assistência integral que favoreça um cuidado adequado ao DM.

O ponto de maior impacto que esse estudo, juntamente com o de Campos (2014), realizado no mesmo local da pesquisa, enfatiza, diz respeito às estratégias de educação em saúde. Essas precisam ser mais discutidas e planejadas para atender as necessidades específicas das pessoas com DM, e também, precisam passar a considerar a realidade na qual essas pessoas vivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa permitem realçar que os saberes no atendimento à pessoa com DM e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde apresentam divergências que, sem estruturação e reflexão a respeito, serão difíceis de serem superadas. Esse não é um achado atual, é um desafio constante de estratégias avaliativas do processo de formação e implantação de políticas públicas em saúde. Apesar da existência dessas políticas públicas, bem elaboradas e abrangentes, suas implantações ainda não são efetivas. Isso por motivos diversos, mas, especialmente, por aqueles vinculados à falta de estrutura adequada nos serviços de atenção básica, com sobrecarga de atividades no dia a dia dos profissionais.

Os saberes apresentaram maior proximidade do preconizado pelos protocolos e *guidelines* do MS. Assim, os profissionais relataram o empenho em realizar um atendimento com abordagem diferenciada, englobando a pessoa num sistema de atenção e cuidado integral e humanizado, mostrando a preocupação do profissional em ter clareza da real situação humana. Isso reforça a estratégia de abranger a pessoa, voltando-se para seu processo de vida. Essa pesquisa reconhece que os profissionais buscam a capacitação profissional e que isso transforma a maneira de olhar a pessoa com DM.

Referente às práticas que vêm sendo desenvolvidas pelos profissionais nos CSs para as pessoas com DM, a pesquisa evidenciou que o processo está em transição. Apesar da falta de uma atuação mais

ampliada, que englobe a realização precoce do diagnóstico do DM, e também, a busca ativa de pessoas com a enfermidade na comunidade, para terem um acompanhamento mais sistemático, maior controle da doença e melhor prevenção das suas complicações, os profissionais mostram um compromisso com a qualidade dessa atenção e a construção de novas ações; com vistas à promoção da saúde das pessoas atendidas na atenção básica.

Cabe ressaltar que todas essas práticas ainda não dão conta de tudo o que está proposto nas políticas de saúde, requerendo que os avanços sejam ampliados, num esforço que não se restringe aos profissionais da saúde, mas que envolve os dirigentes em todos os níveis de atuação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. *Diabetes Care*, v. 33, January 2014.

Disponível em:

<http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf+html>. Acesso em junho de 2014.

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

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700077&script=sci_arttext. Acesso em setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL. Brasília: DF, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Brasília: CONASS, 2011a. Disponível

em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro_8.pdf>. Acesso em agosto de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília:

DF, 2011b. Disponível em:

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em setembro de 2014.

CAMPOS, T. S. P. Percepções das pessoas com diabetes mellitus acerca da doença e das complicações crônicas. Orientado por Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. Florianópolis, SC, 2014. 144 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2014.

FARIA, H.T.G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Escola Enfermagem USP*, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.

GARG, S. K.; HIRSCH I. H. Diabetes Mellitus: Tecnologia e Terapêutica. v. 15, n. 1, p.3 – 12, 2013.

GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde Debate*. v. 38, n. especial, p. 158-172. Rio de Janeiro, 2014.

HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

IDF. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Promoting diabetes care, prevention and a cure worldwide. Chaussée de La Hulpe. 1166-1170p. Brussels, Belgium, 2014.

SALCI, M. A. Atenção primária à saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da complexidade. Orientado por Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva; Coorientado por Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles. Florianópolis, SC, 2015. 342 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2014.

SANTOS, E. C. B. et al. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: co-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. *Texto Contexto Enferm*, v. 20, n. 3, p. 461-470. Florianópolis, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Cuidados de Enfermagem em Diabetes mellitus. Manual de Enfermagem. São Paulo, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Diabetes Mellitus: O que você precisa saber sobre diabetes? Informativo online. São Paulo, 2015. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/publico/diabetes-mellitus>>. Acesso em setembro de 2015

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

5.2 MANUSCRITO 2: COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS COM FOCO NA NEFROPATIA DIABÉTICA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS COM FOCO NA NEFROPATIA DIABÉTICA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo compreender os saberes e as práticas dos profissionais de saúde na atenção às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva da prevenção da nefropatia diabética. Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada com 22 profissionais de saúde atuantes na atenção básica. As entrevistas foram audiogravadas e organizadas no software *Ethnograph* e os dados analisados com a técnica de conteúdo convencional. Esta análise possibilitou a construção de três categorias: (1) Ações de promoção da saúde; (2) Fragilidades da AB na prevenção nas complicações do DM; (3) Obstáculos na atenção à pessoa com DM. O estudo mostrou que o modelo de atenção à saúde está em transição, passando do modelo curativista, com foco na doença e centrado no médico, para um modelo de promoção da saúde. Nessa passagem de um modelo para outro, percebemos que o acompanhamento clínico e as ações mais específicas de prevenção e monitoramento das complicações, vêm sendo relegadas, especialmente a prevenção da nefropatia diabética. **Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Nefropatia Diabética. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to know the knowledges and practices of health professionals in the care of people with diabetes mellitus in the perspective of prevention of diabetic nephropathy. It is a qualitative research, conducted with 22 health professionals working in primary care. The interviews were audio recorded and organized in *Ethnograph* software and data were analyzed with conventional content technique. This analysis enables the construction of three categories: Health promotion actions; AB fragilities in preventing the complications of diabetes; Obstacles in the attention to the person with diabetes. The study showed that health care model is in transition, moving from curative model, with a focus on disease and centered doctor, for a health promotion model. In this passage from one model to another, we realize that the clinical and the more specific prevention and monitoring of

complications, have been relegated, especially the prevention of diabetic nephropathy.

Keywords: Diabetes Mellitus. Diabetic Nephropathy. Health Professionals.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) e suas complicações constituem o grupo de doenças crônicas responsável pelas principais causas de mortes no mundo, necessitando de múltiplas e variadas intervenções dos serviços de saúde, no sentido de mudar esse panorama (ZIMMET et al., 2014; BARQUERA et al., 2013). O Brasil está em quarto lugar no ranking entre os países com maior prevalência de DM no mundo, com aproximadamente 12 milhões de brasileiros, na faixa etária de 20 a 79 anos, convivendo com a doença (IDF, 2014). Estimativas apontam um aumento considerável de pessoas com DM que evoluem precocemente para as complicações dessa doença (BRASIL, 2011; ADA, 2015).

Quando o DM não é tratado adequadamente é quase que inevitável o surgimento das complicações de forma mais acelerada e grave (BRASIL, 2013). As complicações crônicas acometem diversos órgãos, principalmente, coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos (FERREIRA et al., 2011). Essas complicações podem ser classificadas em macrovasculares, que atingem grandes vasos, ou ateroscleróticas e microvasculares que acometem pequenos vasos e nervos e são manifestadas pela neuropatia, retinopatia e a nefropatia (ADA, 2014).

São muitos os estudos que apontam a problemática das complicações (FERREIRA et al., 2011; CAMPOS, 2014; SALCI, 2015; MORAES et al., 2009), sendo que seu surgimento pode se manifestar em um prazo estimado de oito a dez anos após o início da doença (NOVIK et al., 2009).

Dados da Sociedade Brasileira de Diálise revelam que 25% das pessoas com diabetes tipo 1 e 10% das pessoas com diabetes tipo 2, desenvolverão complicação renal, denominada de nefropatia diabética (ND). Além de invisível, o processo de danificação dos rins é irreversível e pode progredir até converter-se em insuficiência renal crônica terminal (IRCT) (SBN, 2015). A IRCT é definida como resultado das lesões renais irreversíveis, progressivas e de início assintomático, sendo que o DM, atualmente, é uma das principais causas dessa condição (ROCCO; BERNS, 2012).

De acordo com Campos (2014), a ND é uma das complicações ainda pouco conhecidas entre as pessoas com DM, que revelaram não receber informações dos profissionais da saúde acerca da mesma,

estando seus conhecimentos relacionados com experiências vivenciadas por familiares ou amigos próximos com a ND. Outro estudo enfatizou que pedidos de exames que podem detectar precocemente a DRC, ainda são pouco solicitados pelos profissionais de saúde. Assim, a detecção da complicação renal só é evidenciada quando existe importante comprometimento renal, sendo confirmado em estágios avançados da doença, quando as opções de tratamento passam a ser diálise ou transplante (TRAVAGIM et al., 2010).

Para que a prevenção seja efetiva, estudos apontam que é necessário manter os níveis glicêmicos controlados, bem como desenvolver hábitos de atividade física e alimentação saudável, pois estes postergam ou anulam o aparecimento de complicações (FERREIRA et al., 2011; BRASIL, 2011; BARQUEIRA et al., 2013).

O Ministério da Saúde em 2013 lançou a Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, no qual enfatiza que para a prevenção e o manejo das complicações do DM, é importante considerar o controle glicêmico com outros fatores de risco (hipertensão arterial, fumo, dislipidemias), além de medidas farmacológicas e não farmacológicas (BRASIL, 2013).

Frente a complicação renal e a outras complicações do DM, o profissional de saúde precisa estar preparado para atuar, especialmente, na prevenção das mesmas. Para Faria et al. (2014) o acompanhamento sistemático, o acolhimento e a formação do vínculo; a disponibilização de medicamentos e outros insumos necessários, de acordo com as necessidades e especificidades; a educação em saúde, individual e coletiva utilizando abordagens adequadas, são ações indispensáveis dos profissionais de saúde na atenção às pessoas com DM.

Diante deste contexto, nos questionamos acerca de como vem sendo realizada a atenção às pessoas com DM na atenção básica, especialmente em relação à prevenção da ND. Assim, o estudo objetivou compreender os saberes e as práticas dos profissionais de saúde na atenção às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva da prevenção da nefropatia diabética.

MÉTOD

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada, no período de dezembro de 2014 a maio de 2015, no município de Florianópolis/SC com 22 profissionais de saúde atuantes em cinco Centros de Saúde (CSs), sendo considerado um de cada Distrito Sanitário (DSs). Os profissionais estavam vinculados a ESF e ao NASF e atendiam diretamente pessoas com DM. Essa escolha

considerou que os CSs poderiam ter diferentes abordagens pelos profissionais que ali atuam.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. O primeiro contato contou com a apresentação da pesquisa e o convite de participação para o coordenador de cada CS, sendo que esse coordenador indicou os profissionais de sua equipe que estavam mais vinculados ao atendimento da pessoa com DM. No segundo momento, foram observados os seguintes critérios de inclusão: (i) ter no mínimo um ano de experiência na Atenção Básica (AB); (ii) ter vínculo empregatício e atuação no CS, (iii) ser profissional com graduação na área da saúde. Como critérios de exclusão: (i) estar em afastamento ou férias no período da coleta de dados, (ii) ter especialização ou equivalente em nefrologia. Esses critérios proporcionaram participantes com experiência sobre a temática do DM, porém, sem atuarem de forma especializada na temática de interesse. Após seleção e aceite, foi agendada a entrevista deixando o profissional escolher o horário e o local. Por escolha dos participantes todas as coletas foram realizadas nos CSs. Inicialmente, na entrevista, foi explicado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma fornecida ao participante e outra com a pesquisadora.

A entrevista semiestruturada iniciava com a busca do estabelecimento de vínculo entre pesquisador e participante, proporcionando um ambiente propício para a coleta de dados. Foi enfatizado que o interesse estava em ouvir o participante e que as perguntas eram norteadoras da entrevista, sendo que a pergunta inicial questionava sobre como compreendia e realizava a atenção às pessoas com DM. Em média, as entrevistas tiveram duração de 40 minutos, que foram gravadas em áudio digital, com anuência dos participantes. Após gravação, as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal e por bolsistas de iniciação científica capacitadas, tal qual as pessoas falaram, em editor de texto.

Os dados foram analisados com o auxílio do software *Ethnograph* 6.0 e a análise dos dados teve como referência a análise de conteúdo convencional proposta por Hsieh & Shannon (2005). Primeiramente foi realizada leitura atenta de todos os dados, repetidamente, para atingir a imersão e ter uma noção do todo. Após, os dados foram codificados linha a linha, sendo identificados no primeiro processo 565 códigos, provenientes das 22 entrevistas.

Posteriormente, os códigos foram organizados e reunidos por semelhança, permitindo sintetizar 25 subcategorias, após reorganizadas em cinco categorias. Esse processo possibilitou o encontro de diferentes

temas, sendo um deles relativo às complicações do DM. Nesse processo três categorias contribuíram para a formação desse tema, sendo elas: (1) Ações de promoção da saúde; (2) Fragilidades na prevenção nas complicações do DM; (3) Obstáculos na atenção às pessoas com DM.

Para preservar o anonimato dos participantes, empregamos o sistema alfanumérico para identificação dos seus relatos (P01 à P22), sendo também identificados por profissão (enfermeiro -ENF; médico - MED; Cirurgião dentista - DEN; educador físico - EDF; nutricionista - NUT; farmacêutico - FAR) e pelo Centro de Saúde (C1 à C5).

Durante todo o processo de pesquisa foram respeitados os aspectos éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), e obtida a autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, em 8 de julho de 2014, sob o parecer nº 711.982.

RESULTADOS

Dentre os 22 participantes do estudo, dezessete eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Quanto à profissão: 10 eram enfermeiros, cinco médicos, dois educadores físicos, dois nutricionistas, dois dentistas e um farmacêutico. Em relação ao tempo de formação, sete participantes tinham de um a cinco anos de formação, seis participantes de seis a 10 anos de formação e 10 pessoas com mais de 10 anos de formação profissional. O tempo de experiência em atuação na atenção básica prevaleceu o de um a cinco anos, com 15 participantes; de seis a 10 anos com cinco participantes e mais de 10 anos de experiência com três participantes. Outra característica importante dos participantes foi quanto à formação complementar onde 16 participantes relataram ter especialização em Saúde da Família; três relataram Residência em Saúde da Família; dois participantes especialização em Doenças Crônicas Não Transmissíveis; dois participantes relataram mestrado em Saúde Coletiva/Pública; e cinco participantes tinham outras formações não relacionadas diretamente a temática, porém, nenhum com especialidade em nefrologia.

A análise e a interpretação dos dados possibilitaram a construção de três categorias que expressam os saberes e as práticas dos profissionais de saúde na atenção às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva da prevenção da ND: Ações de promoção da saúde; Fragilidades da AB na prevenção nas complicações do DM; e Obstáculos na atenção à pessoa com DM.

A análise dos dados evidenciou a transição no modelo de atenção à saúde, passando do modelo curativista, com foco na doença e centrado

no médico, para um modelo de promoção da saúde, com ações realizadas por diferentes profissionais, com foco em atividades físicas, alimentação saudável e mudança nos hábitos de vida considerados não saudáveis, como o fumo. Nessa passagem de um modelo para outro, percebemos que alguns aspectos essenciais do cuidado à doença, como por exemplo, o acompanhamento clínico e as ações mais específicas de prevenção e monitoramento das complicações, vêm sendo relegadas a um segundo plano, especialmente a prevenção da ND. O estudo mostrou que os profissionais desconhecem casos de ND, não sendo, portanto, uma prática a atenção para essa complicação no seu trabalho diário e, nas poucas situações quando a ND foi detectada, esta já se encontrava em estágio mais avançado. Há nas falas desses profissionais, a responsabilização da pessoa com DM em buscar o atendimento no CS e/ou esclarecer suas dúvidas. Passamos a apresentar essas categorias em mais detalhes.

Categoria 1: Ações de promoção da saúde

Os profissionais de saúde indicaram a realização de diferentes ações voltadas à promoção da saúde das pessoas, a maioria, realizadas em grupos. Entre essas atividades estavam: grupos de atividade física, grupos de alimentação saudável, grupos de teatro, grupos de danças, grupos de plantas medicinais, auriculoterapia, técnicas de relaxamento e outras.

O que a gente faz são ações que as pessoas vão ter mais saúde independente se são diabéticas ou não. Então eles podem estar participando desses grupos, que é o grupo de caminhada lá no Horto, o Floripa Ativa que é aqui no Centro Comunitário, o grupo de relaxamento, o grupo pra parar de fumar, o grupo de controle da ansiedade (P03 ENF C1).

A inclusão dessas atividades em grupo vem sendo ampliada em todos os CSs que integraram o estudo, como uma tendência em buscar uma mudança no estilo de vida das pessoas, desenvolvendo ações que possibilitassem melhor qualidade de vida.

Esses diferentes grupos utilizavam abordagem multiprofissional, procuravam trabalhar com a saúde, sem enfatizar a doença. Mostrarem empenho na realização de um trabalho intersetorial e interdisciplinar, buscando subsídios e espaços disponíveis na comunidade para trabalhar

com essas novas ações. Havia entre os profissionais, motivação para a inclusão dessas ações no cotidiano dos CSs, apesar de reconhecerem que ainda precisavam avançar para alcançar o objetivo desejado.

A promoção da saúde depende muito de um trabalho que seja intersetorial, com todos os profissionais envolvidos, precisa envolver a questão da educação [...] chega o assistente social aqui e trabalha junto, entra em contato com o CRAS (Centros de Referência em Assistência Social) para aquela pessoa que não tem dificuldade venha até aqui e tal, isso sim é trabalhar na promoção da saúde, mas ainda tem muito para avançar (P11 NUT C2).

Os profissionais reconheciam que essas práticas vinham propiciando maior participação das pessoas nas atividades, e atribuíam isso ao fato das pessoas buscarem atividades prazerosas e não aquelas que estavam mais centradas em suas doenças e complicações.

As pessoas não estão a fim de vir falar de doença, a gente tentou assim, no início, não tinha adesão, as pessoas realmente falaram que não, inclusive eu, na entrega das fitas, inicialmente eu fazia uma meia horinha pra discutir uma coisa nova, um assunto novo e realmente eles não gostavam, eles prefeririam vir individualmente comigo, tirar as dúvidas comigo, assim. Então tem um grupo que eles podem estar participando, tem um grupo de reeducação alimentar, é um grupo que eles podem estar participando e tendo melhora da questão do diabetes, mas ele não é específico do diabetes e outras pessoas podem participar (P03 ENF C1).

Em sua maioria, os profissionais se mostraram interessados em trabalhar a qualidade de vida das pessoas. Isso se refletia nas falas, nas quais enfatizavam os ambientes públicos para atividade física e o acesso a alimentos saudáveis. Apresentavam-se interessados em trabalhar considerando as condições das pessoas, adaptando instrumentos de trabalho, usando espaços da comunidade, buscando alternativas que favorecessem a participação das pessoas e que fossem adequadas às suas condições físicas e sociais.

Então eu oriento exercícios aeróbicos e exercícios de fortalecimento muscular, e a gente utiliza coisas que a pessoa tem em casa pra fazer exercício (P06 EDF C1).

A gente tenta motivar bastante as pessoas nessa mudança de estilo de vida, de cuidar mais de si e de ver a realização de um exercício mais do que uma obrigação, de uma coisa pra ela, eu tenho até recomendado até dança assim, que é uma coisa mais de interação, e ela pode ter uma sensação de benefício maior do que caminhar de uma forma solitária (P07 MED C1).

Alguns profissionais buscavam a promoção da saúde mesmo quando as pessoas já tinham complicações, procurando tirar o foco na doença. Referiam a importância da troca de experiências entre as pessoas, considerando que a proximidade traria maior aceitação para as orientações.

[...] um paciente com nefropatia e tal, aí realmente talvez precise ir se encaixando, no momento inicial, porque eu acho que depois vai ser mais natural pela troca de experiência, e a pessoa se envolver, as vezes, desfoca um pouco da questão da diabetes né. Ela sabe que tem diabetes, ela começa a lembrar que antes de tudo é um ser humano e tem vontades de comer, de sair, beber, de fazer qualquer coisa, no mínimo consegue se desvincular só da doença (P11 NUT C2).

Os profissionais apontaram as campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde como importantes para a promoção da saúde, porém, precisando de aprimoramento para uma maior abrangência da população. Reconheciam que campanhas em mídia televisiva e internet são realizadas com grande impacto e procura das pessoas para prevenção de determinada doença aumentando a demanda no atendimento, o que requer que o profissional também se mantenha atualizado e atento a essas novidades.

Categoria 2: Fragilidades da AB na prevenção nas complicações do DM

Os resultados mostraram algumas fragilidades frente à prevenção das complicações do DM, principalmente referente à ND. Nas falas, os profissionais indicaram que trabalhavam a prevenção das complicações de forma mais indireta, procurando manter o controle glicêmico pelo estímulo ao uso da medicação prescrita e de participação nas atividades de promoção da saúde, como anteriormente descritas. Orientações específicas para a prevenção da ND e o monitoramento da função renal foram pouco referidas, com algumas exceções.

A gente abordava complicações renais, às vezes, quando era no grupo, que tinha o grupo dos diabéticos, que fazia parte, já faz uns quatro anos (P01 ENF C1).

Prevenção que a gente faz é manter a máximo possível o controle glicêmico, e pra isso a gente tem o controle medicamentoso, controle laboratorial e a reuniões de educação. Agora, renal nós não temos nenhum caso assim, que eu me lembre agora, nós não temos nenhum com complicação renal (P10 MED C2).

Quando questionados acerca das complicações já presentes, os profissionais indicavam que havia maior ênfase na prevenção e tratamento do pé diabético, cujo tratamento consideravam ser, prioritariamente, da atenção básica, enquanto a ND era considerada como responsabilidade do especialista. As complicações eram abordadas em consultas individuais e dependiam do interesse e/ou curiosidade das pessoas em procurarem o profissional de saúde.

Não havia uma atuação proativa dos profissionais buscando acompanhar a função renal das pessoas com DM, tanto as recém diagnosticadas, quanto aquelas que já tinham DM a mais tempo, de forma a monitorar essa função.

Sobre nefropatia acho que é o que eles menos perguntam. Eles têm bastante preocupação com os pés, não sei se é porque eu faço sempre os exames e é uma coisa que eu falo mais, assim né. Eles têm essa preocupação com os pés, quando tem alguma rachadura eles vêm mostrar e isso a

gente tem alguns já com neuropatia. A questão do olho eles se preocupam bastante com cegueira, não estão enxergando bem e rim é uma coisa que eles não se preocupam muito não. Tem medo de AVC, de infarto, rins acabam não trazendo muito não (P03 ENF C1).

Como a investigação e a prevenção da ND não eram parte da rotina dos atendimentos, os profissionais não sabiam informar em que estágio as pessoas deveriam ser encaminhadas para a atenção secundária ou como proceder com exames alterados. Havia uma centralização no profissional médico que era responsabilizado por investigar a função renal e acompanhar aqueles com alteração. Os demais profissionais, inclusive os enfermeiros, se eximiam de qualquer ação e expressavam pouco conhecimento em relação aos exames e como orientar as pessoas acerca dessa complicação renal.

Acho que no geral, os colegas acabam pedindo só o parcial de urina que só aparece proteinúria a partir de certo grau, e não acompanhamos bem a microalbuminúria e isso fica anos acontecendo (P07 MED C1).

Eu trabalho em equipe, o procedimento é esse, o exame quem vai avaliar, quem vai solicitar, geralmente é o médico. É difícil eu solicitar exame, porque é a maneira que eu penso, eu trabalho em uma equipe, então não é responsabilidade da nutricionista, é do médico (P11 NUT C2).

Exames é com o médico, depende muito de cada caso, não tem muito uma rotina, depende muito de outras doenças (P03 ENFC1).

A preocupação com as pessoas que não procuravam os CS para atendimento e que deveriam estar sendo acompanhadas era um fator que indicava fragilidade na prevenção das complicações. Nas falas, muitos profissionais justificaram a falta da busca ativa dessas pessoas que necessitariam desse acompanhamento.

Agora se o paciente se mudou, por exemplo, que a gente tem muitas microáreas descobertas de ACS,

a gente não sabe que o paciente foi embora e porque não veio renovar a receita, porque está em outro município, em outro bairro. Então a gente não tem muito o rastreamento correto como deveria ser... Então dessas microáreas sem ACS, esses pacientes diabéticos não insulino dependentes, a gente acaba perdendo o rastreamento, porque não tem ninguém indo lá e visitando ele todo mês (P12 ENF C3).

As atividades de educação em saúde eram realizadas em diferentes momentos do atendimento e por diferentes profissionais. No entanto, o profissional enfermeiro foi reconhecido pelos demais como fundamental nessa assistência. Entre as atividades destacadas estão às realizadas em grupos e as realizadas em consultas individuais. As atividades educativas eram caracterizadas mais como informações que os profissionais repassavam as pessoas dentro de suas necessidades. Foi possível perceber que havia limitações nessas orientações que precisavam ser reavaliadas e repensadas.

A gente trabalha basicamente todas as vezes que a pessoa vem aqui, a gente tenta exatamente na educação em saúde evitar as complicações, né. Se tiver um caso a gente tenta conversar, o que é uma glicemia alta [...] ou uma complicação aguda, né, uma hipoglicemia (P03 ENF C1).

Indicaram que sentiam dificuldades para realizar a educação em saúde referente às complicações crônicas do DM. Chegavam a reconhecer que sentiam que as pessoas estavam mais abertas para as atividades educativas quando as pessoas tinham complicação diagnosticada.

Então o paciente que está muito descompensado, então a gente começa, não a assustar, mas a gente já começa a orientar o que pode acontecer: Isso, isso e isso. Geralmente na consulta eu abordo quais são as complicações, mas, mais encima daquele que está mais descontrolado e começou a apresentar dormência nos pés, aí a gente começa a bater mais em cima (P08 ENF C2)

Alguns poucos profissionais apontavam ainda uma educação focada em assustar a pessoa com DM com as possíveis complicações. No entanto, a grande maioria enfatizava que essa não era a melhor estratégia.

É bem superficial, pelo menos essa parte da enfermagem assim. A gente só diz que pode começar a prejudicar o rim, meio que dá uma assustadinha assim, pra ver se eles se sensibilizam, mas a gente não entra muito a fundo (P01 ENF C1).

No grupo de diabéticos, um mostra a unha com micose é por causa do diabetes. Eu até mostro como está o pé do fulano, do beltrano. A pele toda seca, eu olho um por um, eles mostram. Mas coisas mais graves a gente mostra por fotos no Datashow para tentar choca-los né. Mas muitos, tão nem aí, 'não vai acontecer comigo né' (P17 ENF C5).

Os profissionais enfatizavam que o resultado de uma boa atividade educativa acontece quando a pessoa realmente entendia o que era a doença e como ela agia no organismo. Para isso, procuravam ter uma comunicação clara, de confiança e que fosse de fácil entendimento para a pessoa.

Eu diria que 100% de todos os pacientes que eu atendi eles não sabiam o que eles tinham [...]. Eles tinham um diagnóstico, porém não tinham a compreensão do que era a doença[...]. O seu problema é açúcar no sangue. O que o paciente entende? Açúcar é açúcar, é doçura. Ai a pessoa senta aí e fala que cortou o açúcar, ou seja, não está fazendo quase nada da lição de casa. Então a minha primeira consulta é demorada porque eu tento fazer ele entender o que é isso (P21 MED C5).

De maneira geral, os profissionais desconheciam quem eram as pessoas com DM que já possuíam a complicação renal em sua área de abrangência. Indicavam como complicações do DM a neuropatia e a retinopatia deixando, muitas vezes, de indicar a ND. Essa, na maioria

das situações, só foi trazida quando questionamos especificamente sobre a mesma. A ND aparecia nas falas dos profissionais como sendo responsabilidade da pessoa em buscar o atendimento com o profissional da atenção básica, geralmente na consulta individual.

Todos os profissionais entrevistados relataram que não tinham pessoas com ND em acompanhamento e tratamento, reforçando seu desconhecimento acerca das pessoas que possuíam a ND. A maioria dos profissionais atribuía esse desconhecimento ao fato do tratamento não ser realizado na AB e sim, com especialistas. Poucos referiram ainda que isso ocorria devido ao subdiagnóstico do DM.

Eu tinha um paciente renal, que fazia hemodiálise, e morreu ano passado, mas só. Com problema renal nenhum deles atualmente. Até agora não. Nem que faça diálise. O que tem mais é retinopatia mesmo, e ferida no geral (P17 ENF C5).

Não, não tem nenhum em hemodiálise ou com doença renal crônica, ainda não. Teoricamente teriam que estar em acompanhando com nefrologista (P14 MED C4).

Nas falas encontramos que o acompanhamento sistemático não era realizado. Os profissionais reconheciam a importância das consultas intercaladas entre médico e enfermeiro que nem sempre era realizada demonstrando fragilidade na prevenção das complicações do DM.

Ele vem duas vezes no médico e uma no enfermeiro, durante o ano. Seria assim o correto. A gente não tem dado conta de toda a população e nós temos uma população, um pedaço dessa população que não faz acompanhamento conosco também, faz na rede privada, só vem buscar a medicação (P20 ENF C4).

A solicitação e análise dos exames foi enfatizada entre os profissionais como sendo responsabilidade do profissional médico. No entanto, no caso de alterações desses exames, principalmente da função renal, independente do estágio era encaminhado ao especialista, pois consideravam que a complicação renal não tem tratamento na AB.

No caso de alteração dos exames, uma creatinina alta, uma ureia alta, a gente vai investigar, eu vou mandar para o nefrologista, aí já entra na atenção secundária (P10 MED C2).

O médico e o enfermeiro eram os profissionais que reconheciam a ND como complicação do DM, mesmo reconhecendo não terem um conhecimento aprofundado. Mesmo assim, não sabiam quem eram e onde as pessoas com ND realizavam seus tratamentos. Enfatizaram que depois de encaminhadas ao especialista, as pessoas não retornavam para a AB ou, para o mesmo profissional. A nutricionista reconhecia que era preciso manter o controle glicêmico da pessoa com DM, com conhecimento superficial sobre o assunto. Os demais profissionais pouco reconheciam sua atuação frente a essa complicação, algumas vezes, se intitulando como leigos no assunto ou incapacitados para realizar essa abordagem.

[...] não tenho nenhum caso de doença renal, nefropatia grave, não chegou nada pra mim [...] não sei de nada, assim, desse tipo de atendimento (P04 DEN C1).

A questão da nefropatia diabética é num diabetes descompensado né? Que não está sendo devidamente acompanhado né? Eu realmente não sei, essa é minha percepção de leiga (P16 FAR C4).

Os enfermeiros, em sua maioria, justificavam a falta de protocolo para solicitar exames que os habilitasse no acompanhamento das pessoas com DM para avaliar se possuíam ND. Essa falta de acompanhamento e foco nas complicações se acentuava quando os profissionais colocavam que reconheciam uma diminuição das complicações. Alguns referiam que essa diminuição poderia estar relacionada ao fato de que boa parte da população realizava seu acompanhamento no serviço privado.

Até onde eu sei, nós enfermeiros podemos solicitar exames pra gestante só, eu acho que não. Pelo protocolo a gente não pode solicitar. Exames, por exemplo, de rotina, que tu diz pra

algum paciente diabético, não. Eu acho que não. Eu acho que é só o médico que faz (P13 ENF-C3).

Categoria 3: Obstáculos na atenção à pessoa com DM

Os profissionais identificavam obstáculos que dificultavam a atenção às pessoas com DM e suas complicações. Nas falas encontramos que a grande demanda de atendimento gera uma série de problemas. Os profissionais reconhecem que nos últimos anos não estavam conseguindo realizar o que é preconizado AB e que a demanda espontânea acabava absorvendo boa parte do tempo de atendimento, comprometendo até mesmo a qualidade do atendimento.

Nos últimos três anos, quatro anos, a gente não está mais conseguindo fazer tanto a atenção primária. Está abrindo as portas pra demanda espontânea, está fazendo muito serviço de urgência e a atenção primária está ficando meio que esquecida, não está conseguindo equilibrar, por falta de tempo, por falta de RH e é bem importante a gente voltar a fazer, só não vejo como conseguir fazer isso, no meio de tantas atribuições (P01 ENF C1).

A grande demanda prejudica o acolhimento e o tempo de consulta para trabalhar a educação em saúde. Além de que os profissionais não conseguem se reunir para programar uma atenção mais qualificada e definir as estratégias na atenção a pessoa com DM.

É um jogo que a gente tenta fazer né, tenta cobrir o maior número de pessoas possíveis né. Sem esquecer de tratar bem essas pessoas, sabendo que a gente tem uma população muito maior que a gente teria condição de atender (P07 MED C1).

Se ele é o primeiro paciente do dia no acolhimento que chegou ali com a lesão no pé, eu vou ver só aquela questão no pé. Eu não tenho tempo de verifica com ele os outros aspectos [...] a demanda é muito grande e o tempo de consulta é curto (P01 ENF C1).

Aí eu não consigo participar dessas reuniões de área porque eu atendo muitas equipes, né. Então acaba que quando tem a reunião (P02 EDF C1).

Os profissionais reconhecem como obstáculos à mudança no estilo de vida das pessoas. Referem a falta de espaço físico apropriado para a realização de atividade física e acesso a alimentos saudáveis devido ao custo desses alimentos.

[...] então é uma dificuldade a mudança do hábito. E claro, tem pessoas que tem dificuldade no acesso ao alimento, no sentido financeiro e até de às vezes ter uma feira mais perto de casa. Aqui o território é muito acidentado é muito longo, é muita ladeira, então pra um exercício físico as vezes é complicado [...] (P22 NUT C5).

Outro fator considerado um obstáculo entre os profissionais de saúde foi em relação à falta de recursos humanos das equipes de AB. Nas falas, eles enfatizam que as equipes estão incompletas, há falta profissional de nível técnico e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Isso influencia diretamente no não cadastramento das pessoas com DM, na falta de busca ativa de novos casos, dificultando o rastreamento dessas pessoas. Reconhecem que mesmo que esse profissional não fosse o responsável para orientar sobre as complicações do DM, ele era responsável por acompanhar os prazos de realização de novas consultas, informar sobre as ações de grupos que eram desenvolvidas no CS.

Uma dificuldade que eu vejo é a falta de agente de saúde [...] Eu tenho seis microáreas: duas cobertas e quatro descobertas. Então eu não faço a mínima ideia, a mínima ideia das pessoas que tem diabetes. Eu sei das pessoas que vem aqui, é onde eu tenho uma listagem, e as que são diabéticos e que não vem aqui eu não sei (P03 ENF C1).

Os ACS trazem muita coisa pra gente da comunidade. Bem importante isso. E eles assim, em matéria de busca ativa, é praticamente tudo com eles. Essa ponte com a comunidade. Eles ajudam bastante por isso é importante as áreas cobertas (P17 ENF C5).

DISCUSSÃO

Os conceitos saberes e práticas permeiam os documentos do MS, em especial, a Política Nacional de Humanização e da Gestão (PNH) que considera os saberes indissociáveis das práticas (BRASIL, 2010). Sendo assim, entendemos que as ações dos profissionais de saúde na atenção básica em relação às complicações do DM deveriam entrelaçar-se entre o que é preconizado pelo MS e o concretizado em suas ações. No entanto, o que encontramos em nosso estudo foi um cenário em transformação que não nos permitiu explorar a ND, como parte das práticas dos profissionais da saúde, uma vez que os aspectos clínicos mais específicos não faziam parte dessa atenção. Como apresentado anteriormente, ela é apenas tangenciada.

Identificamos que as práticas dos profissionais de saúde da AB em relação às doenças crônicas vêm avançando em direção ao preconizado pelo Modelo de Atenção às Doenças Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2012). Esse modelo tem como base outros três modelos de atenção à saúde: o Modelo de Atenção Crônica traduzido de *Chronic Care Model* (CCM), o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) e o Modelo de Determinantes Sociais da Saúde, mas elaborado para a realidade e contexto da saúde brasileira (MENDES, 2012).

A implantação do MACC na AB aponta cinco níveis de intervenção: promoção da saúde, prevenção das condições crônicas de saúde, gestão das condições de saúde menos complexas, gestão das condições de saúde mais complexas e gestão das condições de saúde muito complexas. Nos dois primeiros níveis os profissionais de saúde trabalham para que as condições crônicas não se estabeleçam na população e nos demais níveis, a equipe atua de maneira planejada, considerando as necessidades das pessoas de acordo com o risco estratificado apontado pelo MACC (MENDES, 2012).

Nosso estudo destacou um avanço importante no primeiro nível de intervenção do MACC, o nível de promoção da saúde. Encontramos que os CSs desenvolvem ações como grupos de saúde com foco na qualidade de vida, utilizam espaços disponíveis na comunidade, desenvolvendo um trabalho intersetorial e interdisciplinar.

Considerado um modelo recente, sua implantação aponta poucos estudos avaliativos (SCHAWAB et al., 2014; MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012; FIUZA, et al., 2013). De acordo com os resultados divulgados, os autores consideraram uma experiência positiva, em que há evidências de melhor integração entre as equipes de saúde e também com as pessoas que frequentam o serviço de saúde,

fortalecendo o vínculo, o empoderamento do profissional e das pessoas, evidenciando bons resultados.

Outro aspecto evidenciado no presente estudo e reconhecido pelos profissionais de saúde, na perspectiva do cuidado à condição crônica, especialmente na perspectiva da prevenção das complicações do DM, foi de que as práticas de prevenção das complicações não dão conta do proposto nas políticas estabelecidas e também das necessidades enfrentadas pelas pessoas com DM.

O estudo de Mendes (2011) sobre as redes de atenção a saúde (RAS) coloca que a situação de saúde voltada as condições crônicas não pode ser respondida com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas e organizados de forma fragmentada. O autor reforça que a transição da situação de saúde, juntamente com outros fatores, como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde de um país. Isso vai ao encontro dos resultados do nosso estudo que apontaram essa transição de um modelo biomédico para um modelo voltado a promoção da saúde. Ficou evidente em nosso estudo essa fase de transição vivenciada pela AB.

A clínica ampliada, como uma diretriz de atuação dos profissionais da saúde, envolve o estabelecimento de relações entre diferentes saberes visando a compreensão de como a saúde e o adoecimento ocorrem e como os usuários são incluídos nesse processo, especialmente no seu projeto (BRASIL, 2009; SUNDFELD, 2010). Nessa perspectiva, Cunha (2005) destaca que a ampliação da clínica inclui uma atenção a saúde mais inclusiva, numa relação mais harmônica e menos pastoral e culpabilizadoras. Destaca ainda a importância de trabalhar com a oferta de opções e não com restrições aos usuários, evitando aferições de comportamentos.

Apesar dos participantes do presente estudo também destacarem a importância dessas ações mais inclusivas, elas ainda apareciam como um desejo, algo ainda a ser conquistado.

Reconhecemos avanços importantes que tendem a ser expandidos, no entanto, ações de prevenção na perspectiva do cuidado à condição crônica, especialmente na prevenção de complicações do DM, ainda estão aquém do almejado.

Assim, em relação a clínica ampliada no contexto da AB, o estudo apontou que os profissionais têm conhecimento da necessidade de mudança da clínica tradicional e hegemônica do sistema de saúde para a clínica ampliada e compartilhada. No entanto, o estudo destacou

que na prática, na perspectiva do atendimento a pessoa com DM e suas complicações, especialmente a ND, a clínica não vem recebendo a atenção necessária.

Nesse estudo, um aspecto que consideramos de grande preocupação foi o não reconhecimento entre os profissionais de saúde das pessoas com DM que estavam em seus territórios e que tinham alterações na função renal, indicando a presença da ND. Essa lacuna complementa a reflexão de estudo de Campos (2014) quando se questionam se as pessoas não têm mais complicações ou o serviço de saúde não está dando conta de atender essas complicações do DM. O estudo de Campos (2014) foi realizado no mesmo município onde o presente estudo foi realizado, porém com as pessoas que têm DM. As pessoas ao serem questionadas sobre a ND referiram que esse não era um tema abordado pelos profissionais na AB e quando percebiam a presença ou suspeita de alguma complicação, buscavam um médico especialista no sistema privado de saúde (CAMPOS, 2014).

O grande obstáculo para uma atenção mais adequada e que pudesse prevenir complicações do DM, dentre outras necessidades que apontaram, foi a falta de profissionais para atender a grande demanda de atenção à saúde em suas áreas de abrangência. A dificuldade em manter suas equipes completas, gerava problemas para o controle e o acompanhamento sistemático das pessoas com DM e as conseqüências decorrentes, como, por exemplo, a dificuldade de reconhecer quem já possuía alguma complicação crônica, como a ND.

A grande demanda de atendimento é sempre citada como um obstáculo no atendimento da AB. Essa situação também foi encontrada em outros estudos que identificaram a falta de profissionais para atender a demanda que procura atendimento na AB (SALCI, 2015; TRINDADE; PIRES, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu compreender parte da realidade atual da atenção às pessoas com DM atendidas na AB. Os dados mostraram que os profissionais de saúde vêm avançando em relação às políticas de saúde propostas pelo MS, indicando que há um reconhecimento pelos profissionais das necessidades de mudança e da implementação de um novo modelo de atenção à saúde, que seja mais focada na saúde. As atuações interdisciplinares e voltadas para a promoção da qualidade de vida das pessoas expressam alguns dos avanços que reconhecemos.

No entanto, somente práticas de promoção da saúde não dão conta de todas as situações e necessidades, especialmente em relação à

atenção de pessoas em condição crônica. Há necessidade de práticas que considerem que essas pessoas convivem com uma doença crônica e que têm necessidade de conhecer sua condição e lidar com os cuidados e tratamentos no seu dia a dia. Isso requer, por exemplo, práticas educativas consistentes e que contemplem, tanto a prevenção quanto os cuidados, quando essas complicações já estão presentes. Há necessidade de manter um foco na clínica, pois a prevenção das complicações nem sempre são realizadas de maneira efetiva, deixando, muitas vezes, sob a responsabilidade das pessoas, a busca pelo atendimento especializado, sem que isso passe a fazer parte do acompanhamento das mesmas na AB. Assim, consideramos necessários novos debates e estratégias de abordagem a doença, repensando como articular de forma mais efetiva a clínica para o cuidado da condição de saúde já instalada, como o DM e a promoção da saúde, da forma como está pensada nas propostas da clínica ampliada.

O desconhecimento de quem são as pessoas que tem ND reforça essa urgência em repensar a atenção às complicações do DM. Sugerimos que programas de mídia e internet, considerados de grande auxílio pelos profissionais e pessoas com DM (Campos, 2014), possam ser empregados como forma complementar aos programas educativos desenvolvidos na AB. Há necessidade também sobre tecnologias de rastreamento e cadastro das pessoas com DM.

A transição de modelos que está sendo vivenciada pelos profissionais de saúde que participaram do estudo, evidencia que os mesmos estão empenhados em realizar mudanças e encontrar caminhos mais efetivos para a implementação das políticas de saúde. A qualificação que os mesmo já possuem, mostra o interesse em avançar em sua formação, muitas vezes como resultado de um o investimento pessoal, mas também de resposta ao que vem sendo proposto na AB.

Convém ressaltar que na AB, deve haver um esforço na busca ativa das pessoas com DM e a detecção precoce das complicações, aliada às práticas de prevenção das mesmas. É responsabilidade dos gestores municipais manterem as equipes de saúde completas, atendendo ao que está estabelecido na legislação, bem como, trabalhar de forma que as doenças crônicas, destacando o DM, seja objeto de investimento especial, uma vez que é uma doença que está avançando em termos do número de pessoas acometidas, bem como o avanço das complicações que são devastantes para as pessoas e também trazem enorme ônus para o sistema de saúde, como destacado no início deste texto.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. *Diabetes Care*, v. 33, January 2014. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf+html>. Acesso em junho de 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) Standards of Medical Care in Diabetes - 2015: summary of revisions diabetes care. *Diabetes Care*, v. 38, supl. 1, S4. New York, 2015. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2014/12/23/38.Supplement_1.DC1/January_Supplement_Combined_Final.6-99.pdf>. Acesso em outubro de 2015.

BARQUERA, S. et al. Diabetes in México: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Global Health*, v.9, n.3. London, 2013. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23374611>>. Acesso em outubro de 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 35. Brasília: DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em janeiro de 2015.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em novembro de 2014.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: DF, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: maio de 2014.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ed. Brasília: DF, 2010. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em setembro de 2014.

CAMPOS, T. S. P. Percepções das pessoas com diabetes mellitus acerca da doença e das complicações crônicas. Orientado por Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. Florianópolis, SC, 2014.144 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2014.

CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. Hucitec, São Paulo, 2005.

FARIA, H.T.G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. Rev Escola Enfermagem USP, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.

FERREIRA, L. T. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v. 36, n.3, p.182-188, set-dez, 2011.

FIUZA, M.L.T. et al. Adesão ao tratamento antiretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. Esc. Anna Nery, v. 39, n.194, p. 76-87, Rio de Janeiro, 2013.

HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF).Promoting diabetes care, prevention and a cureworldwide.Chaussée de La Hulpe.1166-1170p. Brussels, Belgium, 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.15 n.5, p. 2297-2305, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141381232010000500005&script=sci_arttext. Acesso em outubro de 2015.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. 512p. Brasília, OPAS, 2012.

MORAES, G. F. C. et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. Rev Enferm UERJ, v.17, n. 2, p. 240-245. Rio de Janeiro, 2009.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Organização Pan-Americana da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: DF 2012.

NOVIK, A. V. et al. Prevalencia de diabetes mellitus em unservicio de medicina interna: causas de hospitalización y factores asociados a morbimortalidad. Rer. Chil. Endocrinol. Diabetes, v.2, n.1, p. 19-23. Santiago, 2009.

ROCCO, M.V.; BERNS, J. S. KDOOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 Update. American Journal of Kidney Diseases, v. 60, n. 5, p. 850-886, 2012.

SALCI, M. A. Atenção primária à saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da complexidade. Orientado por Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva; Coorientado por Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles. Florianópolis, SC, 2015. 342 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Diabetes Mellitus: O que você precisa saber sobre diabetes? Informativo online. São Paulo, 2015. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/publico/diabetes-mellitus>>. Acesso em setembro de 2015.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. Physis, v.20, n.4, p. 1079-1097, 2010

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm.* V.22, n.1, p. 36-42, Florianópolis, 2013.

ZIMMET, P. Z. et al. Diabetes: a 21st century challenge. *Lancet*, v. 2, p.56-64, London, 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas, de maneira geral, requerem uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde, em especial o DM devido a gama de complicações que podem surgir com o passar dos anos. São os profissionais de saúde da AB que devem desenvolver atividades de acompanhamento sistemático, na perspectiva da adesão ao tratamento e da prevenção das complicações crônicas. No entanto, esse estudo mostrou que há avanços importantes na implementação de algumas políticas de saúde, porém também ainda há lacunas na atuação dos profissionais de saúde, especialmente acerca da prevenção da ND. Apesar da gravidade da ND e suas consequências devastadoras, tanto para as pessoas com DM, quanto para o sistema de saúde, sua prevenção e acompanhamento ainda não fazem parte do conjunto de práticas dos profissionais e pouco integram os saberes dos profissionais da AB.

Referente ao atendimento geral as pessoas com DM, os profissionais de saúde possuíam um saber no atendimento à pessoa com DM que nem sempre se expressava em suas práticas. Os profissionais apresentaram um saber voltado para um atendimento integral, valorizando o conhecimento que as pessoas têm em relação à doença. O atendimento humanizado foi destacado com valorização do vínculo, respeito, empatia, preocupação em não deixar a pessoa com sentimento de culpa e, sim, manter a esperança da pessoa com DM, estimulando o autocuidado e a adesão ao tratamento. As dificuldades de implementação de ações integrais e humanizadas eram atribuídas, principalmente, aos problemas do dia a dia, com demanda maior do que a capacidade de atendimento, levando a uma prática que, muitas vezes, se afastava do que estava proposto pelas políticas e também do desejado pelos profissionais. As práticas de promoção da saúde e voltadas à busca pela qualidade de vida das pessoas da comunidade são convergentes ao que está proposto pelo MS em relação a mudança do foco da doença para a saúde. Isso nos faz refletir sobre as mudanças que vêm ocorrendo no sistema de saúde, buscando um atendimento amplo da população e diferenciado.

Reconhecer esse aspecto positivo na concepção do atendimento mostra que os profissionais de saúde estão mudando suas concepções, apesar de nem sempre estarem conseguindo mudar suas práticas. O foco na qualidade de vida das pessoas foi apresentado na diversidade de grupos abertos, realizados de forma participativa e interdisciplinar, com decisões compartilhadas, utilizando os espaços e características da comunidade. Isso revela que os profissionais buscam ampliar a atenção

às pessoas, não centrando na doença e sim nas pessoas. Efetivamente, as pessoas que participam dessas atividades ficam mais próximas ao serviço, criando vínculo com o profissional e, conseqüentemente se aproximam mais do cuidado. No entanto, cabe ressaltar que esses grupos nem sempre estão disponíveis em horários que todos possam participar, e também a divulgação precisa ser ampliada, atingindo as pessoas que convivem com DM e não têm vínculo com o SUS.

Um diferencial entre os participantes foi quanto à formação dos profissionais de saúde em áreas afins da AB. A qualificação profissional, com certeza, se torna um elemento que contribui para o atendimento das pessoas para a implementação das políticas públicas. Os profissionais tomam os documentos do MS como referência para a condução dos cuidados e tratamentos que realizavam. As trocas de experiências entre os profissionais também foram valorizadas como forma de obter mais conhecimentos e que, possivelmente, influenciavam nas suas concepções sobre a atenção à pessoa com DM. As informações dispensadas na mídia foram reconhecidas como ferramentas importantes no processo de educação em saúde e conscientização do autocuidado. As campanhas lançadas pelo MS têm grande impacto e procura pelas pessoas no cuidado com sua saúde. Porém, precisam ser exploradas para prevenção e cuidado com as doenças crônicas, especialmente aquelas que são silenciosas, como o DM. Essa realidade, possivelmente não é a mesma em todos os municípios do Estado, uma vez que os profissionais de Florianópolis têm maior acesso a formação em decorrência das ações da UFSC, que sempre tem oferecido cursos de pós-graduação convergentes às políticas de saúde do MS.

Como já ressaltado anteriormente, as práticas no atendimento à pessoa com DM nem sempre são desenvolvidas de acordo com os saberes dos profissionais de saúde. Em muitas situações a estrutura do sistema de saúde os distancia do que consideram atenção ideal à pessoa com DM. A grande demanda no atendimento, as equipes de ESF incompletas, associadas ao número de pessoas acima do preconizado pelo MS mostram que, muitas vezes, as pessoas ficam desassistidas, sem o conhecimento de seus direitos à saúde. Os profissionais de saúde demonstram interesse em melhorar o atendimento, avaliam registros, intercalam consultas, mesmo assim, nem sempre conseguem estabelecer vínculo e desenvolver uma assistência mais sistematizada e que considere necessidades específicas relacionadas à clínica do DM e suas complicações.

Entre os profissionais de saúde houve o reconhecimento ao trabalho do enfermeiro, considerado referência de vínculo entre a pessoa

com DM e o CS. Isso demonstra que esse profissional tem capacidade de desenvolver de forma mais efetiva o que é preconizado como parte de suas atividades. Acreditamos que a consulta de enfermagem às pessoas com DM precisa ser uma realidade do cotidiano dos CSs, mas não consultas isoladas e sem uma continuidade intencional. Os enfermeiros também precisam estabelecer, junto com os outros profissionais, processos de busca ativa das pessoas com DM, tanto no sentido de identificar as pessoas com DM quanto de acompanhar o controle daquelas que já têm o diagnóstico estabelecido de DM e de suas complicações. O enfermeiro, pela presença mais constante, precisa assumir um papel pró-ativo, fortalecendo os vínculos e realizando uma atenção mais sistematizada, buscando ampliar a prática clínica, desenvolver e avaliar protocolos de atenção mais específicos.

Nosso estudo encontrou grande avanço nas ações de promoção da saúde, porém, a prevenção das complicações das pessoas com DM vêm sendo desenvolvida de uma maneira mais indireta. Os profissionais buscam o controle glicêmico, com o estímulo ao uso da medicação e das atividades de promoção da saúde, realizam consultas com monitoramento de exames de rotina, no entanto, não é um trabalho de continuidade, que permita, por exemplo, reconhecer que a ND é uma realidade entre as pessoas com DM, pois nos centros de hemodiálise de Florianópolis o DM é causa da IRCT em cerca de 30%, como mostrou estudo realizado pelo NUCRON. Orientações específicas para a prevenção da ND e o monitoramento da função renal foram pouco referidas, com raras exceções. Isso demonstra uma lacuna que talvez explique essa crescente evolução das complicações do DM. Entendemos que nem todas as pessoas com DM têm real acesso ao serviço de saúde e as atividades desenvolvidas. Essa lacuna precisa ser seriamente repensada, pois as pessoas que já tem uma doença como o DM instalada e desconhecem seu diagnóstico estão a mercê de uma complicação que pode tirar sua vida. Sugerimos um repensar na busca ativa dessas pessoas, construindo estratégias de rastreamento e cadastro dessas pessoas. Somente com o real conhecimento conseguiremos desenvolver ações que retardem ou anulem o aparecimento de complicações do DM.

A investigação e a prevenção da ND não eram parte da rotina dos atendimentos. Os profissionais não sabiam informar em que estágio as pessoas deveriam ser encaminhadas ou como proceder com exames alterados. Relacionado às complicações instaladas os profissionais reconheciam que ainda havia maior ênfase de prevenção e tratamento do pé diabético, cujo tratamento é, prioritariamente, realizado na atenção básica, considerando a ND como responsabilidade somente dos

especialistas. No estudo, os profissionais desconheciam as pessoas em tratamento renal, chamando a atenção para outra lacuna no sistema da AB. O fato de desconhecerem essas pessoas ressalta uma falha na rede do serviço de saúde, pois se entende que as pessoas que estão em tratamento renal devido ao DM, precisariam de atenção diferenciada pela gravidade dessa complicação na AB.

Havia uma centralização no profissional médico que era responsabilizado por investigar a função renal e acompanhar aqueles com alteração. Os demais profissionais, inclusive os enfermeiros, se eximiam de qualquer ação e expressavam pouco conhecimento em relação aos exames e como orientar as pessoas acerca dessa complicação renal. Isso enfatiza que educação continuada dos profissionais em relação a ND deve ser enfatizada e o desenvolvimento de trabalho interdisciplinar deve ser enfático na prevenção dessa complicação em especial.

Os profissionais enfatizavam que uma boa atividade educativa acontecia quando a pessoa realmente entendia o que era a doença e como ela age no organismo. Para isso, procuravam ter uma comunicação clara, de confiança e que fosse de fácil entendimento para a pessoa. Esse achado nos remete a repensar na forma de educação em saúde e em como podemos criar estratégias claras que cheguem ao conhecimento das pessoas. Para isso sugerimos programas de mídia televisiva e internet através de campanhas que esclareçam as complicações que o DM não controlado pode causar.

Por fim, reconhecemos a importante mudança no avanço da atenção à pessoa com DM na AB referente aos saberes e práticas de promoção da saúde. No entanto, encontramos a lacuna que talvez explique o crescimento da ND. Essa lacuna diz respeito ao despreparo do profissional em avaliar a pessoa na evolução da ND, a falha na rede em relação ao sistema de referencia e contrarreferência para o atendimento ao serviço especializado, a necessidade de rastreamento e acompanhamento das pessoas com DM.

Sugerimos trabalhos futuros focalizando a atuação especificamente a atuação de cada profissional, avaliando mais objetivamente o que realmente conhecem sobre as complicações do DM, de forma a criar estratégias de educação continuada que atendam melhor essas especificidades clínicas do DM.

Cabe ainda ressaltar, que apesar dessa dissertação ser para a obtenção do título de mestre em enfermagem, nosso foco foi na atuação do conjunto de profissionais que atuam na AB. Mesmo tendo entrevistado um maior número de enfermeiros, pois esses são realmente

reconhecidos como mais atuantes na atenção as pessoas com DM, não encontramos em suas falas, uma efetiva diferenciação, algo que nos permitisse uma construção diferenciada de seus saberes e práticas.

REFERÊNCIAS

- ADA . AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. Diabetes Care, v. 33, January 2014. Disponível em:
<http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf+html>. Acesso em junho de 2014.
- ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2015: summary of revisions diabetes care. Diabetes Care, v. 38, supl. 1, S4. New York, 2015. Disponível em:
<http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2014/12/23/38.Supplement_1.DC1/January_Supplement_Combined_Final.6-99.pdf>. Acesso em outubro de 2015.
- ALASHEK, A. W; MCINTYRE, C. W.; MAARTEN, W. T. Epidemiology and aetiology of dialysis-treated end-stage kidney disease in Libya. BMC Nephrology, v.13, p 13-33, Líbia, 2012.
- ARNOLD, Y.; LICEA, M.; ALDANA, D. Algunos aspectos relevantes de la diabetes mellitus em Cuba. Revista Peruana de Epidemiologia, v. 15, nº 3, 2011. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122771002>>. Acesso em julho de 2014.
- ARTILHEIRO, M. M. V. S. A. et al. Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS? Revista do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde, v, 38, n 101. Rio de Janeiro, 2014.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, p. 2189-2197, 2008.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev. Assoc. Med. Bras., vol.56, n.2, p. 248-253. São Paulo, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>>. Acesso em março de 2015.

BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v.33 n.1, p. 93-108, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002011000100013&script=sci_arttext>. Acesso em maio de 2014.

BOELL, J. E. W. Resiliência de pessoas com doença crônica: diabetes mellitus e insuficiência renal crônica terminal. Orientado por Dra. Denise Maria Guerreiro da Silva. Florianópolis, 2013. 137 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122628/325451.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em junho de 2014.

BOTEGA, A. Consumo de insulina humana no Brasil: uma análise multivariada. Orientado por Dr.^a Vera Lucia Luiza. Rio de Janeiro, 2013. 109 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) Programa de Pós Graduação Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-713236>>. Acesso em janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: DF, 2015.

Disponível em

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2%20%20versao_preliminar_jul_2015.pdf>. Acesso em dezembro de 2015.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL. Brasília: DF, 2014.

_____._____. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 483, DE 1º de abril de 2014. Diário Oficial da União, Poder

Executivo. Brasília: DF, 2014a. Disponível em:

<<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Abr/2/portaria-nb0-483-de-1b0-de-abril-de-2014-redefine>>. Acesso em janeiro de 2015.

_____. _____. Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica.

Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014. Brasília: DF, 2014b.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em novembro de 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: DF, 2013.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em janeiro de 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36.

Brasília: DF, 2013a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em janeiro de 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: DF, 2013b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em março de 2015.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em novembro de 2014.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: DF, 2011. Disponível em:

<http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: maio de 2014.

_____. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro_8.pdf>. Acesso em agosto de 2014.

_____. _____. Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em setembro de 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ed. Brasília: DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em setembro de 2014.

_____. _____. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria n° 4. 279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: DF, 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em janeiro de 2015.

_____. _____. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei n° 11. 347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Portaria n° 2. 583, de 10 de outubro de 2007. Brasília: DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em dezembro de 2014.

_____. _____. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. (Cadernos de Atenção Básica, n.14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: DF, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>>. Acesso em julho de 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: DF, 2006a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>.

Acesso em julho de 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DF, 2006b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em setembro de 2014.

_____. _____. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: DF, 2004. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>>. Acesso em setembro de 2014.

_____. _____. Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Portaria GM nº 371, de 04 de março de 2002. Brasília: DF, 2002. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em dezembro de 2014.

_____. _____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em agosto de 2014.

_____. _____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 1990a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em agosto de 2014.

BURMEISTER, J.E.; MOSMANN, C.B.; ROSITO G. A. Prevalência de diabetes mellitusem pacientes renais crônicos sob hemodiálise em Porto Alegre, Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, n. 34, v. 2, p. 117-121, 2011.

CAMPOS, T. S. P. Percepções das pessoas com diabetes mellitus acerca da doença e das complicações crônicas. Orientado por Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. Florianópolis, SC, 2014.144 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2014.

CEOLIN, J.; DE BIASI, L. S. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. *Revista Perspectiva* , v.35, n.129, p. 143-156, Erechim/RS, 2011.

CHAVES, M. O.; TEIXEIRA, M.R.F.; SILVA, S.E.D. Percepção de portadores de diabetes sobre a doença: Contribuições da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, nº 2, p. 215 – 221. Brasília: DF, 2013.

CHEVREUL, K.; BRIGHAM, K. B.; BOUCHÉ, C. The burden and treatment of diabetes in France. *Globalization and Health*, v. 10, n. 6, 2014. Disponível em: <<http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/6>>. Acesso em janeiro de 2015.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.3, p.2001-2009, 2011.

CRUZ, C. F.; CUNHA, G. O. D; SOUZA, S.R.P. Custo do tratamento dos pacientes com insuficiência renal crônica em estágio terminal no município de São Paulo, no período de 2008 a 2012. *Science in Health*, n. 5, v.1, p 6-11, 2014.

DANAIEI, G. et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet* , v. 378, p.31-40, 2011.

- DUARTE, G. C. As ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família. Orientado por Dra. Eda Schwartz. Pelotas, 2012. 72 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2012. Disponível em:<<http://pgenfermagem.ufpel.edu.br/site/uploads/dissertacoes/812b4ba287f5ee0bc9d43bbf5bbe87fb.pdf>>. Acesso em junho de 2014.
- FARIA, H.T.G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. Rev Escola Enfermagem USP, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.
- FARIA, N. V.; TEIXEIRA, C. M. S.; NUNES S. F. L. Conhecimento dos usuários do programa HIPERDIA sobre a doença renal crônica. Journal of Management and Primary Health Care. v. 5, n. 1, 2014. Disponível em: <www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/88/112>. Acesso em 25 mai. 2014.
- FERREIRA, L. T. et al. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, Santo André, v. 36, n.3, p.182-188, 2011
- GARG, S. K.; HIRSCH I, B. Diabetes Mellitus: Tecnologia e Terapêutica. v. 15, Sup 1, p. S3 – S12, 2013.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2009.
- GOEBEL, M. C.; BORGES, L. J.; BARBOSA, A. R. O conhecimento dos profissionais de Educação Física atuantes em academias de ginástica de Florianópolis, em relação às pessoas com diabetes. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. V.18, n.3, p.309-310. Pelotas/RS, 2013.
- HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico de 2012. Rio de Janeiro: Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em junho de 2014.

IDF. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Promoting diabetes care, prevention and a cure worldwide. Chaussée de La Hulpe. 1166-1170p. Brussels, Belgium, 2014.

LOPES, Soraia Geraldo Rozza. A espera por um transplante renal: Narrativas de mulheres em tratamento hemodialítico. Orientado por Dra Denise Maria Guerreiro da Silva. Florianópolis, 2012. 121p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

LÓPEZ, P. J. et al. Latin American consensus on hypertension in patients with diabetes type 2 and metabolic syndrome. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 58, n. 3, p. 205-225, 2014.

MALTA, D. C. Chronic Non-Communicable Diseases, a major challenge facing contemporary society. Ciencia & saude coletiva, v. 19, n. 1, p. 4-4, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00004.pdf>>. Acesso em junho de 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em março de 2015.

MELLO, A. P. M.; MESQUITA, G.V; MONTEIRO, C.F.S. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família. Rev. Interdisciplinar Mestrado Profissional em Saúde da Família. v.6, n.1, p.124-128, 2013.

MELLO, M. B. Déficits de autocuidado vivenciados por famílias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. Orientado por Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. Florianópolis, 2006. 90p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação

em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec. São Paulo, 2013.

MINSHAWY, O. E.; GHABRAH, T.; BASSUONI, E. E. Diabetic Nephropathy as a Cause of End-Stage Renal Disease in Tabuk Area, Saudi Arabia: A Four-Year Study. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, v.25 n.5, p.1105-1109, Saudi Arabia, 2014.

OLIVEIRA, M.S.S. et al. Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enfermagem UFPE, Recife*, v. 8 n.6, p. 1692-1701, 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839>. Acesso em janeiro de 2015.

PENA, P.F.A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Ciência e saúde coletiva*, v.17, n.11, 2011.

PMF. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Sistema de Informação da Atenção Básica. Florianópolis, Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=siab&menu=5>>. Acesso em agosto de 2014.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B. P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *Journal of Human Growth and Development*, v. 21 n. 3, p. 864-877, 2011.

RECKZIEGEL, J. C. L. Estresse em mulheres com diabetes mellitus tipo 2. Orientada por Dra. Denise Maria Guerreiro da Silva. Florianópolis, 2009, 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0644-D.pdf>>. Acesso em junho de 2014.

REDON, J. Diabetic kidney disease. In (Ed.) *Cardiorenal Syndrome*: Springer, p. 319-339, 2010.

SANTOS, E. C. B. Direitos dos usuários com diabetes mellitus: do conhecimento à utilização dos benefícios na saúde. Orientado por Dra. Carla Regina de Souza Teixeira. São Paulo, 2009. 143p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

SANTOS, L. M. Competências dos Profissionais de Saúde nas Práticas Educativas em Diabetes Tipo 2 na Atenção Primária à Saúde. Orientado por Dra. Heloísa de Carvalho Torres. Minas Gerais, 2011. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellittus. Manual de Enfermagem. São Paulo, 2013.

SCAIN S.F., et al. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com *diabetes mellitus* tipo 2 em consulta ambulatorial. *Rev Gaúcha Enferm.* v.34 n.2. p.14-20, 2013

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 2011.

SHIU, A.; WONG, R. Diabetes foot care knowledge: a survey of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, v.20, p. 2367–2370, 2011.

SILVA, D.M.G.V. Diabetes Mellitus e sua Interseção com a Doença Renal Crônica. Projeto de pesquisa período 2013-2016. Florianópolis, 2013.

TAVARES, V.S. et al. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. *Epidemiologia Serviço de Saúde*. Brasília, v.23, n. 3, p.527-536. 2014.

VIANA, M. R; RODRIGUEZ T. T. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes *mellitus* . *Rev. de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v.10, n.3, p.290-296 set./dez. 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). GLOBAL STATUS REPORT on non communicable diseases 2014. Geneva; 2014. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>. Acesso em janeiro de 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2012. Geneva; 2012.

ZILLMER, Juliana Graciela Vestena; SCHWARTZ, Eda; MUNIZ, Rosani Manfrin; LIMA, Lílian Moura de. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2010, vol.31, n.2, pp. 240-246. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/06.pdf>>. Acesso janeiro de 2015.

ZIMMET, P. Z. et al. Diabetes: a 21st century challenge. *Lancet*. London, v. 2, p. 56-64, jan. 2014.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Grupo de Pesquisa NUCRON**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Número da entrevista:

I – Dados de Identificação

Nome:

Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone:

E-mail:

CS:

Profissão:

Tempo de formação profissional:

Tempo de atuação em Saúde da Família:

Formação complementar:

Outras informações:

II - Informações profissionais

Questões	Temas que podem ser explorados
Fale sobre sua atuação no seu local de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de formação; Cursos posteriores; • Tempo de atuação nessa unidade; • Por que escolheu esse local para trabalhar • Como se sente no local de trabalho • Atividades cotidianas
Fale sobre o cuidado em	<ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa

<p>relação a pessoas com DM</p> <p>Como é a rotina no seu dia a dia com a pessoa que tem DM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • Encaminhamentos • Acompanhamento; periodicidade e exames realizados; • Complicações/ doença renal • Temas abordados nos grupos ou consultas • Relacionamento com essas pessoas • Política de Atenção a Pessoa com Diabetes • Educação em saúde: formas, conteúdos
<p>Fale sobre as condições de trabalho para atendimento da pessoa que tem DM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barreiras • Facilidades
<p>Fale sobre o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Precisaria de outros profissionais
<p>Fale sobre as complicações do DM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como ocorre a prevenção/PS • Quais complicações são abordadas • Como são abordadas • Aspectos positivos • Lacunas
<p>Sabendo que o DM é grande causador da DRC, me fale sobre sua visão sobre isso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rastreamento da DRC • Como é realizada essa atenção • Como são avaliados os exames • Prevenção da DRC
<p>Gostaria de falar mais alguma coisa que não foi abordado durante a entrevista? Alguma sugestão?</p>	

Impressões do entrevistador:

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 – 3721-9399 Fax (048) 3721-9787
E-mail: www.ppgenf.posgrad.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar da pesquisa intitulada **“SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS”** que será coordenada pela professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva e desenvolvida por uma aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, enfermeira Priscila Juceli Romanoski. A pesquisa tem como objetivo compreender como vêm sendo desenvolvida a atenção à pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis/SC. Solicitamos sua colaboração respondendo algumas perguntas que lhe serão feitas sobre seu conhecimento e sua prática na atuação profissional às pessoas com diabetes mellitus. Também solicitamos sua autorização para gravar a entrevista. Garantimos que seu nome e qualquer outro dado que o (a) identifique não serão divulgados. As informações fornecidas serão somente utilizadas em publicações em livro, artigos científicos ou divulgação em eventos de caráter científico, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o (a) identifique seja revelado. A pesquisa não trará nenhum ônus para o senhor (a) e garantimos indenização diante de eventuais danos ou custos decorrentes da pesquisa. Prestaremos assistência em caso de necessidades físicas, mentais ou emocionais, decorrentes da realização da pesquisa. Sua

contribuição poderá fornecer informações que ajudem os profissionais de saúde e o sistema de saúde a criar estratégias que possam efetivamente evitar ou retardar as complicações renais das pessoas com diabetes mellitus. Se o senhor (a) tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, professora Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC - CEP: 88.040-900, ou através do telefone: (48) 8845687, ou pelo e-mail: denise.guerreiro@ufsc.br ou com a pesquisadora Priscila Juceli Romanoski através do telefone: (48) 99294870 e/ou e-mail: priscila.romanoski@gmail.com.

Desde já agradecemos a sua participação.

Eu _____ DOC _____
_____ abaixo assinado declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: **“SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS”**e que tenho uma via igual a esta, assinada pela pesquisadora. Declaro que estou ciente de seus objetivos, método, potenciais riscos, incômodos e benefícios que a pesquisa pode acarretar e bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo. Autorizo a coleta dos dados necessários para pesquisa através da entrevista que será gravada por gravador de voz para o registro.

Assinatura

Pesquisador

Florianópolis, ____ de _____ de 201 ____.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIABETES MELLITUS E SUA INTERSEÇÃO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Pesquisador: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21888614.4.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 711.962

Data da Relatoria: 24/03/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA, que pretende analisar a relação da doença renal crônica (DRC) com o diabetes mellitus (DM) a partir de várias perspectivas (assistentes e pacientes). Será realizada em três etapas:

1ª etapa: pesquisa qualitativa que irá explorar a percepção de pessoas com DRC e os profissionais de saúde que atuam na atenção às pessoas com DM, focalizando a relação entre DM e DRC; Realizada em 4 Centros de Saúde de Florianópolis;

2ª etapa: pesquisa quantitativa que irá identificar os fatores individuais, contextuais e relacionados à atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus que podem contribuir para o controle da doença e/ou para o desenvolvimento da doença renal crônica; Será realizado com 120 pessoas com DM em diferentes momentos de experiência com a doença;

3ª etapa: pesquisa qualitativa que irá explorar a experiência de viver com um transplante renal nos diferentes momentos de sua trajetória. Será realizado no ambulatório de pós-transplante, vinculado ao

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 711.902

Hospital Governador Celso Ramos com pessoas que realizaram o transplante renal na Grande Florianópolis. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas (em profundidade), além da aplicação de diferentes escalas psicométricas e questionário sócio demográfico. Total de participantes: 180.

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender as experiências de pessoas que realizaram transplante renal acerca da sua condição e que vivem na Grande Florianópolis/SC;
- Conhecer a interseção entre diabetes mellitus e doença renal crônica em pessoas que vivem na Grande Florianópolis/SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: decorrentes de constrangimento em responder alguma pergunta;

Benefícios: Embora não hajam benefícios diretos, ao participar do estudo, a pessoa estará contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar da pessoa com diabetes mellitus e com a doença renal crônica. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos, socializando o conhecimento para outros profissionais e pessoas interessadas na temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora afirmou que os prontuários dos pacientes incluídos na amostra não será mais acessado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLEs foram reapresentados de forma satisfatória, bem como a declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Recomendações:

-

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9598 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 711.902

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 08 de Julho de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Balneário: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-9598 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B – PARECER AUTORIZAÇÃO PREFEITURA



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 015/SMS/DFMSL/RH/IES/2014

Florianópolis, 09 de junho de 2014

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: **"Diabetes Mellitus e sua Interseção com a doença renal crônica"**, enviado por V^ªs S^ªs a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para ser desenvolvido junto aos Centros de Saúde Trindade, Córrego grande, Saco dos Limões, Coloninha e Ingleses, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Certos de sua atenção, seguimos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391564.

Atenciosamente,

Marynes Terezinha Reibnitz

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Ilustríssima Senhora
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Nesta