

CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II COM GLICEMIA CAPILAR ALTERADA EM UM PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL.

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE II WITH CAPILLARY BLOOD GLUCOSE AMENDED IN A MUNICIPAL EMERGENCY SERVICE.

Angela Moreno Torre Fernandes¹ Elaine Lima Vale Henriques² Fernanda Amendola³

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil sócio-demográfico, tratamento e acesso ao serviço dos usuários com DM tipo II descompensada, reincidentes, atendidos no PA Municipal de Araçariçuama. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa. **Resultado:** Foram entrevistados 13 pacientes no período de dois meses. A maioria (54%) considerava que o diabetes não estava controlado e ao detectar alteração, 92% procuravam o PA. Os pacientes relataram dificuldades para seguir o tratamento (69%) e dentre os motivos, a alimentação foi a mais citada (47%), seguido pela medicação (27%). A maioria (54%) referiu não terem recebido orientações sobre os cuidados para o controle glicêmico, após atendimento no PA. **Conclusões:** A ineficiência no tratamento desses pacientes pode estar relacionada à falta de acompanhamento adequado da Atenção Primária. O acompanhamento longitudinal, a territorialização, a integralidade, a intersetorialidade e o trabalho em equipe multiprofissional são fundamentais para a melhora do controle e acompanhamento desses pacientes.

Descritores: Diabetes mellitus; Serviços médicos de emergência; Estratégia saúde da família

ABSTRACT

Objective: To characterize the socio-demographic profile, treatment and service access of users with decompensated DM type II, repeat, attended by the Municipal PA Araçariçuama. **Method:** descriptive, cross-sectional, quantitative approach. **Results:** 13 patients were interviewed within two months. The majority (54 %) felt that diabetes was not controlled and detect changes, 92% sought the PA. Patients reported difficulty following treatment (69 %) and among the reasons the food was the most cited (47 %), followed by medication (27 %). The majority (54 %) said they had not received guidance on care for glycemic control, after being treated at PA. **Conclusions:** The inefficiency in the treatment of these patients may be related to lack of proper monitoring of Primary Care. Longitudinal follow-up, the territorialisation, completeness, intersectoral and multidisciplinary team work are key to improved control and monitoring of these patients.

Descriptors: Diabetes mellitus; Emergency medical services; Family health strategy

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com Ênfase na Estratégia Saúde da Família pelo Centro Universitário São Camilo. Email: angelaenf@r7.com

² Assistente social. Especialista em Saúde Pública com Ênfase na Estratégia Saúde da Família pelo Centro Universitário São Camilo. Email: elainelima_10@hotmail.com

³ Enfermeira. Professora doutora do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade de Guarulhos e da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. Email: famendola@usp.br

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus constitui atualmente um dos principais problemas de saúde enfrentados pela atenção básica ao gerar incapacidade e mortalidade, exigindo elevado investimento do governo para o controle e tratamento de suas complicações. Dados de 2011 apontam que o diabetes mellitus é a terceira principal causa de morte, seguido pelas doenças cardíacas e respiratórias¹.

As unidades de urgência apresentam crise na prestação dos serviços que pode estar relacionada aos desequilíbrios do sistema de saúde. Os serviços de urgência e emergência quando considerados a porta de entrada para a demanda de atendimento por queixas da atenção básica pode prejudicar a assistência dos casos graves e agudos, aumento nos custos hospitalares, além de gerar sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde².

Observa-se nas unidades de emergência uma alta prevalência de complicações à saúde em decorrência do diabetes mellitus devido aos valores glicêmicos elevados. Diabetes, hipertensão, câncer, problemas de coluna e reumatismo estão entre as doenças crônicas que acometiam 52,6 milhões de brasileiros – ou 29,9% da população – em 2003, dos quais 22,1 milhões eram homens e 30,5 milhões, mulheres. No total, 9,7 milhões de pessoas tinham três ou mais doenças crônicas³.

Provavelmente, apenas uma pequena fração da população dos pacientes diabéticos é avaliada regularmente no sentido de prevenir as complicações e recebe orientação terapêutica apropriada. Diversos fatores de risco, passíveis de intervenção como na reeducação dos hábitos, estão associados ao maior comprometimento cardiovascular observado nos pacientes diabéticos⁴.

A atenção básica constitui-se em uma alternativa de reorganizar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) e procura alterar o modelo hegemônico médico-hospitalar individual. Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 90, a atenção básica adquire maior importância, a família torna-se objeto nuclear de intervenção que ocorre a partir do ambiente onde as pessoas vivem, visando construir de forma participativa práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamento aos problemas de saúde, constituindo fator importante para intervir no processo saúde-doença ao extrapolar a esfera da intervenção curativa individual⁵. No modelo vigente médico-centrado as estatísticas revelam ser alto o índice de casos não urgentes atendidos nos hospitais e nas unidades de pronto atendimento 24 horas².

Os hábitos ou mudanças são soluções ou problemas que não atingem somente o indivíduo em particular, mas todo o meio que o envolve, ou seja, a coletividade. Por isso, na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a prevenção individual é ineficaz para resolver os problemas de saúde coletiva, a família e o seu meio social são os focos de ação.

O município de Araçariguama possui um único Centro de Saúde Municipal destinado a suprir as necessidades da atenção básica, localizado ao lado da unidade do Pronto Atendimento Municipal (PAM). A região não possui Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos bairros e o transporte público são insuficientes para suprir a necessidade dos usuários, assim, muitos usuários precisam percorrer um longo trajeto para serem atendidos no Centro de Saúde Municipal.

Considerando o exposto acima, o presente estudo procurará caracterizar os usuários com diabetes mellitus tipo II descompensada, atendidos no PAM de Araçariguama e identificar as possibilidades de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na melhoria da atenção à saúde desses usuários, por ser um município que não possui esse modelo de intervenção implantado. O PAM de Araçariguama atende, em média, 300 usuários por dia, sendo observado que a maior parte dos casos apresenta necessidades não urgentes com queixas típicas da atenção primária. Notam-se casos recorrentes dos pacientes com diabetes descompensada.

A hipótese do estudo é que os pacientes com diabetes descompensada apresentam problemas relacionados à educação em saúde, acompanhamento e controle inadequados decorrentes da ineficácia do atendimento na atenção primária nessa região.

OBJETIVO

Caracterizar os usuários com diabetes mellitus tipo II descompensada, atendidos no PAM de Araçariguama, segundo perfil socioeconômico, apoio familiar, informações sobre a doença e o tratamento e utilização dos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado no município de Araçariguama, que não possui atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Araçariguama é um município do estado

de São Paulo e possui uma área de 146,3 km² com uma população estimada em 17.085 habitantes sendo 8.705 homens e 8.380 mulheres⁶. Não há registro do número de casos de diabetes no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), porém, conforme informação da Secretaria Municipal de Saúde de Araçariçuama, em 2012, o número de habitantes portadores de diabetes mellitus tipo II no município era de 281 casos.

A população do estudo é composta por usuários com glicemia capilar alterada, identificada por uma enfermeira da unidade na Sala de Acolhimento ao informar ser portador de diabetes mellitus tipo II. O critério de inclusão no estudo foi estar com a glicemia capilar alterada, no período da coleta de dados. O critério de exclusão foi ter algum déficit cognitivo e/ou de comunicação, que os (as) impossibilite de participar do estudo. Trata-se de uma amostra por conveniência, composta pelo total de usuários atendidos no PAM de Araçariçuama.

As variáveis investigadas no estudo foram: sexo, escolaridade, atividade remunerada, renda familiar, arranjo familiar, apoio percebido da família, conhecimento da doença, tempo de diagnóstico, orientações recebidas pela equipe do PAM sobre a doença, autopercepção do controle do diabetes, utilização dos serviços de saúde e fatores que dificultam o tratamento.

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados no Excel e foram realizadas as estatísticas descritivas de frequência absoluta e relativa para as variáveis abordadas no estudo.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) do Centro Universitário São Camilo (Parecer nº52/2012).

Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e da confidencialidade dos dados, nos termos da Resolução 196/96, assim, o pesquisado ou seu representante legal para maiores esclarecimentos foi convidado para participar da pesquisa e posterior assinatura manifestando sua anuência.

RESULTADOS

Características sócio-demográficas

Foram entrevistados 13 usuários portadores de diabetes mellitus tipo II, sendo sete do sexo masculino (54,0%) e seis do sexo feminino (46,0%). Em relação ao grau de escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto ou eram analfabetos (77,0%). Quanto à remuneração, a maioria (54,0%) não exercia

função remunerada, sendo aposentados ou do lar e a renda familiar se concentrou em até dois salários mínimos (92,0%). Destaca-se que quatro usuários residiam sozinhos ou com o cônjuge (30,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas, em número e porcentagem, dos pacientes portadores de diabetes tipo II atendidos no PAM. Araçariçuama, 2012.

Variáveis sócio-demográficas	N (=13)	%
Sexo		
Feminino	6	46,0
Masculino	7	54,0
Grau de escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	8	62,0
Ensino Fundamental Completo	2	15,0
Ensino Médio Completo	1	8,0
Analfabeto	2	15,0
Atividade Remunerada		
Exerce atividade remunerada	4	31,0
Aposentado / do lar	7	54,0
Desempregado	2	15,0
Renda Familiar		
Até um salário mínimo	6	46,0
Até dois salários mínimos	6	46,0
Até três salários mínimos	1	8,0
Arranjo familiar		
Mora sozinho	2	15,0
Com cônjuge	2	15,0
Com filhos	2	15,0
Outros	7	55,0

Apoio familiar

Em relação ao apoio familiar, nenhum usuário referiu que está sempre satisfeito com o apoio da família em suas decisões, com o tempo que compartilha com os membros da família e que podem sempre recorrer a sua família em busca de ajuda, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição do apoio familiar percebido, em número e porcentagem, dos pacientes portadores de diabetes tipo II atendidos PAM. Araçariquama, 2012.

Apoio familiar	Sempre		Algumas		Nunca	
	N	%	N	%	N	%
Pode recorrer a sua família em busca de ajuda	-	-	12	92,3	1	7,7
Está satisfeito com a maneira que a sua família lhe apoia em suas decisões	-	-	12	92,3	1	7,7
Está satisfeito com o tempo que compartilha junto com os membros da sua família	-	-	12	92,3	1	7,7

Quando questionados sobre o auxílio familiar para seguir o tratamento prescrito pelo médico de referência, cinco usuários (38,0%) referiram não receber nenhum auxílio. Entre os usuários que recebem auxílio, a maioria recebe dos cônjuges (50,0%) e filhos (as) (37,5%).

Sobre o Diabetes

Sobre a definição de diabetes, dez usuários (76,9%) relacionaram o diabetes com o açúcar no organismo e sete usuários (54,0%) afirmaram ter o diagnóstico há mais de 15 anos. A maioria (54,0%) relatou que não foram orientados pela equipe de saúde sobre os cuidados com diabetes para prevenir novas alterações ou complicações e disseram acreditar que sua patologia não está controlada. Oito usuários (62,0%) referiram utilizar o Posto de Saúde para realização do controle do diabetes, porém, três (23,0%) referiram não utilizar nenhum serviço de saúde para o controle.

Nove usuários (69,0%) informaram que apresentavam dificuldade de seguir o tratamento prescrito. Dentre as dificuldades relatadas, a maioria (47,0%) apresentava dificuldade em relação à alimentação (Tabela 3).

Em relação ao serviço utilizado quando o diabetes apresenta alteração, os dados revelaram que a maioria comparece ao PAM (92,0%) (Tabela 3). Para melhorar o atendimento, cinco usuários (39,0%) sugeriram a necessidade de mais orientação, dois usuários (15,0%) apontaram a necessidade de melhora no acesso à medica-

ção no posto de saúde, dois usuários (15,0%) referiram mais agilidade no agendamento da consulta, um usuário (8,0%) apontou como alternativa a consulta, a presença do profissional de saúde (enfermeira) na residência para orientação e três não souberam responder (23,0%).

Tabela 3 – Distribuição das variáveis relacionadas sobre o diabetes, dos pacientes portadores de diabetes tipo II atendidos no PAM. Araçariquama, 2012.

Variáveis	N (=13)	%
Definição de diabetes		
Presença de açúcar no organismo	10	76,9
Não soube responder	3	23,1
Tempo de diagnóstico		
Há mais de 5 anos	6	46,0
Há mais de 15 anos	3	23,0
Há mais de 20 anos	4	31,0
Orientação da equipe de saúde		
Sim	6	46,0
Não	7	54,0
Serviço utilizado para controle		
Posto de Saúde	8	62,0
Pronto Atendimento Municipal	2	15,0
Nenhum	3	23,0
Dificuldade em seguir o tratamento		
Sim	9	69,0
Não	4	31,0
Dificuldades relatadas		
Alimentação	7	47,0
Utilização de medicamentos	4	27,0
Uso de insulina	2	13,0
Comprar medicamentos	2	13,0
Serviço procurado quando glicemia alterada		
Pronto Atendimento Municipal	12	92,0
Farmácia	1	8,0

DISCUSSÃO

A amostra apresentou-se dividida entre homens e mulheres. Em estudo realizado para identificar a prevalência de diabetes no município de São Paulo foi encontrado 56,9% da amostra do sexo feminino⁷. Não há evidências entre os estudos sobre a prevalência de determinado sexo no diabetes. As variáveis mais comumente associadas são a obesidade, acesso aos serviços de saúde e o sedentarismo, assim, mais do que fatores genéticos, a atribuição mais utilizada esta direcionada a presença dos fatores de risco⁷. Em relação às interna-

ções por diabetes no Brasil foi realizado um levantamento entre 1999 e 2001, na rede pública e a taxa de mulheres internadas anualmente foi maior, em contrapartida, os homens permaneceram mais tempo internados do que as pacientes do sexo feminino e suas hospitalizações foram mais dispendiosas quando comparadas às das mulheres⁸. O manejo adequado do diabetes mellitus no nível de atenção básica reduziria os efeitos econômicos adversos para famílias, comunidades e sociedade em geral, provocadas por internações e, principalmente, reduziriam as sequelas e complicações⁸. No Brasil, de acordo com o Vigitel 2007⁹ (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis), a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença. A prevalência aumenta com a idade, o diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos⁹.

Em relação à escolaridade dos pacientes, observa-se que a maioria (77,0%) possuía, somente, até o ensino fundamental incompleto. Esse dado é extremamente relevante em se tratando de uma patologia como o diabetes e pode ser um dos determinantes importante da falta de controle da doença. Essa realidade também pode fazer parte do cenário dos membros familiares do portador de diabetes como apontou uma pesquisa aplicada aos familiares dos portadores de diabetes, indicando que a maior parte dos pesquisados (54,1%) possuía o primeiro grau incompleto ou apenas foram alfabetizados, enquanto que 4,2% dos entrevistados eram analfabetos¹⁰. Considerando que a saúde é resultante entre outros fatores de investimentos na esfera educacional, pode se dizer que o nível de instrução influencia diretamente na saúde que está intrinsecamente ligada a capacidade de autocuidado¹¹.

A maior parte não exerce função remunerada (69,0%), porém, dentre esses, quatro usuários são aposentados. Exceto um usuário, os demais possuem renda familiar de até 2 salários mínimos, aproximadamente até R\$1.244,00. A definição da linha de pobreza corresponde à renda familiar per capita de meio salário mínimo (R\$ 272,50) e linha de extrema pobreza à renda familiar per capita de um quarto do salário mínimo (R\$ 136,25), em 2012. Foi detectado que 05 cinco usuários estão na classificação da linha de pobreza e um usuário está próximo da extrema pobreza¹².

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009¹³ mostram, em relação às despesas

com assistência à saúde, que os 40,0% com menores rendas usaram 74,2% destes gastos com medicamentos, enquanto que os 10,0% com maiores rendas utilizaram apenas 33,6% das despesas com compra de medicamentos. O acesso também é diferenciado em relação a plano/seguro-saúde, correspondendo a 7,0% dos gastos dos 40,0% mais pobres, contra 42,3% dos 10,0% mais ricos. No primeiro caso, o acesso a plano/seguro-saúde costuma ser limitado, concorrendo para isso à alta proporção de despesas com alimentação, habitação e transporte no orçamento doméstico das famílias com menores rendas¹³.

Mesmo com os programas e as políticas públicas existentes são identificadas dificuldades da população diante do seguimento do tratamento. Ao questionar-se sobre a dificuldade de seguir o tratamento prescrito para o diabetes, nove (69,0%) usuários informaram que apresentam dificuldade para seguir o tratamento, sendo a alimentação a maior dificuldade. A prescrição alimentar é considerada o fator comportamental e social de mais difícil modificação. Quanto mais mudanças forem exigidas na rotina do paciente, mais difícil será sua adesão. As práticas relativas à alimentação são determinadas no convívio familiar e social. No preparo dos alimentos para o indivíduo com diabetes o familiar deve estar ciente das suas necessidades e das suas preferências. Muitas vezes, é preciso ainda que outras pessoas – irmãos, pais, filhos, cônjuges – mudem seu hábitos alimentares em função de uma alimentação mais adequada a pessoa com diabetes. Segundo Pontieri, Bachion (2010)¹⁴ para a pessoa com diabetes fazer uma refeição separada das outras pessoas pode ser uma barreira na adesão à terapia nutricional, por não ser capaz de elaborar seus próprios alimentos, não sentir motivação para alimentar-se sozinha.

Estudo de Pace, Nunes, Vigo-Ochoa (2003)¹⁰, indicaram que quatorze (58,3%) dos vintes e quatro familiares apontaram a dieta como fator de dificuldade para seguir o tratamento e (29,2%) indicou o fator financeiro.

A rede e o apoio social têm revelado a importância da rede e apoio social na melhora da adesão ao tratamento e das condições de saúde. Observa-se que sete pacientes (54,0%) residiam com a família nuclear (pai, mãe, filhos) e dois residiam sozinhos. A tarefa principal da família é o cuidado e a proteção de seus membros. O grupo familiar está envolvido em uma complexa rede cultural e social é uma instituição baseada na troca de relações, tem para seus membros uma representação socialmente construída e que orienta a condução da sua

dinâmica. Assim, as mudanças no ambiente familiar são por eles vividas de forma intensa ao interagirem entre si e com outros agentes sociais¹⁵.

Em relação ao apoio familiar, nenhum paciente referiu-se totalmente satisfeito com a maneira que a família lhe apoia e com o tempo que compartilha com a família. Os sistemas familiares podem ser compreendidos em funcionais e disfuncionais. Nas famílias disfuncionais há um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros, assim, o funcionamento não acontece de forma harmônica, os vínculos afetivos são superficiais e instáveis com alto grau de agressividade e hostilidade o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos quando aos poucos perdem funções previamente definidas¹⁶.

Outro dado relevante foi que cinco pacientes (38,0%) referiram não receber apoio dos familiares para o tratamento. Dos que recebiam auxílio, a metade recebia dos cônjuges (50,0%) seguido pelos filhos (37,5%). O suporte familiar é imprescindível por promover a aquisição de orientações de saúde referente aos comportamentos relacionados ao autocuidado no diabetes como a dieta, o exercício ou a adesão ao tratamento medicamentoso e auxilia no processo de enfrentamento da doença¹⁷.

Quando questionados sobre o que é diabetes mellitus, três pacientes não souberam responder e todos os demais relacionaram com aumento do açúcar no organismo. Todos os pacientes tinham diabetes há mais de 5 anos, sendo que 54,0% tinham há mais de 15 anos. Isso significa que todos já tiveram tempo para aceitar e conhecer a doença. Em muitos casos os portadores de diabetes mellitus procuram por assistência da equipe de saúde apenas em situações agudas o que dificulta a prevenção das manifestações degenerativas. Sabe-se que a prevalência dessas manifestações aumenta com a duração da doença e a idade do paciente¹⁸.

Ao serem questionados se haviam recebido orientação da equipe de saúde devido à alteração no nível glicêmico sete usuários afirmaram que não receberam orientação (54,0%). Ações educativas devem ser realizadas pelo profissional de saúde, a qualquer tempo e a qualquer momento, inclusive em pronto-atendimentos. Mas para que seja eficaz, os profissionais devem estar familiarizados com estratégias educativas, que lhes permitam adequar-se às necessidades e limitações do usuário, entendendo que, de modo geral, esse grupo de pessoas possui baixa escolaridade e pode não ter

interesse por esse tipo de atendimento, assim é necessário que o conteúdo das informações seja transferido de forma simplificada, porém, motivando-os a aprender sobre a doença e a assumir, de forma ativa, seu papel no tratamento e cuidado, integrando sua estrutura biopsicossocial-espiritual¹⁹. A importância de ações educativas para o paciente com diabetes mellitus tipo II foi destacada em um estudo multicêntrico no Brasil, realizado no período de maio de 2001 a maio de 2002, onde se demonstrou que após um ano de educação de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo II por uma equipe multidisciplinar, houve diminuição de 3kg, a qual foi associada com reduções significativas de parâmetros clínicos e laboratoriais²⁰. Para Pace, Ochoa-Vigo, Caliri et al (2006)¹⁹ ainda não se dispõe de número suficiente de profissionais de saúde para se dedicarem, exclusivamente, às atividades educativas e preventivas, além disso, destaca os aspectos relacionados com a formação profissional, que prioriza ações curativas em detrimento das preventivas. Moraes (2012)²¹ recomenda estratégias informacionais socioculturais que atuam a partir do conhecimento da realidade, da vida cotidiana do indivíduo, de suas necessidades, comportamento, interação e expectativa social, auxiliando a transferência da informação. Para esse autor, o profissional da saúde deve ser agora um mediador do encontro que deve se dar entre a população e o conjunto de recursos de que uma sociedade dispõe (informações, serviços, insumos, etc.) para construir sua saúde.

Nesse sentido, outro dado importante apontado nesse estudo, foi que a metade dos usuários acreditava que sua doença estava controlada. A autopercepção em saúde tem se tornado um importante indicador em saúde, principalmente no tratamento das doenças crônicas em que a coparticipação e corresponsabilidade é fundamental para o sucesso do tratamento. A significação desse processo para o paciente será determinante no grau de adesão ao tratamento.

O serviço de saúde mais utilizado pelos usuários para controle do diabetes mellitus, foi o posto de saúde (62,0%) seguido por três usuários (23,0%) que não utilizam serviço de saúde e dois usuários (15,0%) que utilizam o Pronto Atendimento. O controle e/ou acompanhamento do diabetes mellitus deve ser realizado na atenção básica, porém, nota-se que alguns usuários estão fazendo essa etapa do tratamento em serviços de saúde não alicerçados nesta proposta, como os usuários que afirmaram utilizar o Pronto Atendimento que responde por situações que vão desde aquelas de sua

estrita responsabilidade, bem como por ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. Essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população².

No Brasil, o estudo multicêntrico sobre diabetes mellitus encontrou uma prevalência geral da doença de 7,6 % em pessoas de 30 a 69 anos. Sendo que, destas, metade não tinha conhecimento de ser portadora da doença e, das previamente diagnosticadas, 22,0% não faziam nenhum tratamento¹⁵. Nota-se que essa ausência de conhecimento da existência da patologia pode estar relacionada à falta de acompanhamento de serviços da atenção básica, responsáveis pela promoção, prevenção, diagnóstico precoce e controle das doenças crônicas. Ao abordar sobre o serviço utilizado quando o diabetes mellitus apresenta alteração, os dados revelaram que a maioria comparece ao Pronto Atendimento/ Pronto Socorro.

Em relação sobre o que poderia ser feito para melhorar o atendimento, os pacientes relataram a necessidade de maior tempo e oportunidade para consulta e orientações. Para Moraes (2012)²¹, o enfoque educacional, tão fundamental nos processos de promoção da saúde e prevenção de agravos deve ter atitude construtivista que melhor parece concorrer para que as pessoas possam, de fato, buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam.

A Estratégia Saúde da Família está alicerçada na promoção da saúde, com a lógica de territorialização e intersetorialidade, além do enfoque por problemas identificados em um dado coletivo²². Cada equipe deve conhecer a realidade do território, promover ações conjuntas com equipamentos governamentais e comunitários, enfatizar os direitos de saúde, e incentivar a participação da comunidade nas comissões locais e no conselho municipal. Desse modo, espera-se que a equipe consiga trabalhar com a lógica da demanda, e não da simples oferta de um leque de ações programáticas, fazendo isso por meio do vínculo e da responsabilização pelos usuários²³. Porém, somente a implantação da ESF nos municípios não assegura efetividade no seguimento e tratamento dos pacientes, é preciso uma equipe de profissionais capacitados para atuar na Atenção Básica e que saibam trabalhar, principalmente, a educação em saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa tipo estudo de caso, observacional e descritiva, de abordagem quantitativa. Portanto, uma limitação desse trabalho é não poder inferir ou fazer correlações, indicando causa e efeito das variáveis abordadas.

Porém, os dados obtidos trouxeram à tona informações importantes a cerca da adesão ao tratamento do diabetes mellitus e as principais dificuldades encontradas pelos pacientes que procuram o Pronto Atendimento com a sua glicemia alterada.

As principais características da amostra foram a distribuição igualitária entre os sexos, a baixa escolaridade (77,0% tinham até o ensino fundamental incompleto), a ausência de atividade remunerada (69,0%) e baixa renda (92,0% tinham renda familiar de até 2 salários mínimos).

É sabido que a família exerce um importante papel no suporte e apoio na adesão ao tratamento das doenças crônicas. Nesse sentido, o estudo procurou avaliar a rede e o suporte familiar dos pacientes. Verificou-se que a maioria dos pacientes (54,0%) vivia com a família nuclear (pais, cônjuge e filhos), sendo que dois pacientes viviam sozinhos. Em relação à satisfação desses pacientes com o apoio que recebiam da sua família, destaca-se que nenhum paciente respondeu estar totalmente satisfeito. Quando questionados mais especificamente sobre se recebiam apoio dos familiares para o tratamento, cinco pacientes (38,0%) disseram que não recebiam. Dentre os que recebiam apoio dos familiares, os cônjuges (50%) e os filhos (37,5%) eram os que mais apoiavam no tratamento. A análise da rede de apoio familiar nos aspectos afeto, interação familiar, conflitos, estresse familiar revelou que o portador de diabetes mellitus tipo II não percebe a família com uma rede de apoio, pois todos residem com outras pessoas ou parentes, porém um número significativo afirmou que algumas vezes ou nunca recorrem ao grupo familiar. O grupo familiar é desenvolvido sistematicamente, na qual cada integrante desenvolve seu papel compartilhando a vivência no grupo familiar, no cotidiano e na dinâmica do núcleo familiar. Ou seja, ao identificar que os usuários não percebem a família como rede de apoio, nota-se que conseqüentemente eles possuem dificuldade para seguir o tratamento. Em relação à doença, todos os pacientes relacionavam o diabetes ao açúcar alto, não demonstrando maiores conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença.

Todos os pacientes tinham o diagnóstico do dia-

betes há mais de cinco anos, sendo que 54,0% tinham há mais de 15 anos. Ao verificar-se a autopercepção do paciente acerca do controle da doença, a maioria (54,0%) considerava que a mesma não estava controlada. Ao detectar que a glicemia estava alterada a maioria (92,0%) dos pacientes procurava o Pronto Atendimento, apenas um referiu procurar a farmácia. Para controle da glicemia, a maioria referiu utilizar a Unidade Básica de Saúde. Apesar disso, 69,0% relatou dificuldade para seguir o tratamento. Dentre os principais motivos atribuídos à dificuldade a alimentação foi a mais citada (47,0%), seguido pela medicação (27,0%), o uso da insulina (13,0%) e a compra de medicamentos (13,0%). Outro aspecto importante a respeito do tratamento e seguimento das doenças crônicas é a orientação e apoio recebidos dos profissionais que os atendem e/ou acompanham. Nesse sentido, o estudo apontou que 54,0% dos pacientes referiram não terem recebido orientações a respeito dos cuidados a serem tomados para o controle glicêmico, após serem atendidos na emergência do serviço de saúde em questão. Alguns pacientes opinaram sobre fatores que contribuiriam para a melhoria do seu tratamento e a maioria citou aspectos relacionados à orientação/educação dos profissionais (tempo de consulta) como uma forma de melhorar a sua assistência recebida. Diante do exposto, concluímos que a ineficiência no tratamento desses pacientes pode estar relacionada à falta de acompanhamento adequado e ineficiente da Atenção Primária. Princípios como o acompanhamento longitudinal, a territorialização, a integralidade, a intersectorialidade e o trabalho em equipe multiprofissional mostraram-se imprescindíveis para a melhora do controle e acompanhamento desses pacientes.

Portanto, diante dos dados apresentados, seria importante a implantação da ESF no município, que é o modelo de atenção à saúde, adotado pelo Ministério da Saúde, para reorganizar a atenção à saúde no Brasil, baseado na Atenção Primária. Além disso, prioriza a educação em saúde como forma de promover a saúde e prevenir agravos. Trabalha-se com uma equipe multiprofissional em um território adstrito, possibilitando a construção de vínculo entre equipe e usuário, com vistas à corresponsabilidade e ao empoderamento social/comunitário, a fim de contribuir para maior autonomia e controle sobre os determinantes que afetam a saúde e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Departamento de Informática do SUS (DATASUS) Brasília: Ministério da Saúde 2011 [acesso em 05 mar 05 2014]. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> .
2. Garlet ER, Lima MADSL, Santos JLGS, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto enferm.* 2009 jun [acesso em 12 ago 2011]; 18(2): 266-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf> .
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sala de imprensa [notícia da internet]. **Doenças crônicas atingem quase um terço da população brasileira 2003 [acesso em 16 ago 2011]. Disponível em:** <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=370&busca=1&t=doencas-chronicas-atingem-quase-um-terco-populacao-brasileira>
4. Gross JL, Nehme M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: consenso da sociedade brasileira de diabetes e conselho brasileiro de oftalmologia. *Rev Ass Med Brasil.* 1999 jul [acesso em 11 ago 2011]; 45(3): 279-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n3/1661> .
5. Cohn A, organizador. Saúde da família e SUS convergências e dissonâncias. São Paulo: Cedec; 2009. 96p.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - **Sinopse dos resultados do Censo 2010. 2003 [acesso em 03 mar 2012]. - Disponível em:** http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=35&cod2=350275&cod3=35&frm=hom_mul .
7. Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev bras epidemiol.* 2003 abr [acesso em 17 fev 2013]; 6(1): 18-28. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v6n1/04.pdf> .

8. Rosa RS, Schmidt MI, Duncan BB, Souza MFM, Lima AK, Moura L. Internações por diabetes mellitus como diagnóstico principal na rede pública do Brasil, 1999-2001. Rev bras epidemiol. 2007 dez [acesso em 17 fev 2013]; 10 (4): 465-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/03.pdf> .
9. Ministério da Saúde (VIGITEL). Portal da Saúde SUS 2007 [acesso em 17 fev 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1 .
10. Pace AE, Nunes PD, Vigo-Ochoa K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. Rev Latino-am Enfermagem. 2003 maio-jun [acesso em 17 fev 2013]; 11(3): 312-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16540.pdf>.
11. Nogueira MI. Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994. 157p.
12. Santos GC, Arcoverde ACB. **Pobreza conceitos, mensuração e enfrentamento no Brasil**. Maranhão: Centro de Ciências Sociais; 2011. 10p.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira **2012 [acesso em 23 jan 2013]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf** .
14. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Ciência & saúde coletiva -. 2010 jan [acesso em 17 fev 2013]; 15(1): 151-60 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a21v15n1.pdf> .
15. Guimarães TMR, Miranda W L, Tavares MMF. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2009 fev [acesso em 27 jan 2013]; 31(1): 9-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31n1/aop0209.pdf> .
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa n. 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
17. Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. Rev. bras. enferm. 2008 abr [acesso em 17 fev 2013]; 61(2): 186-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf> .
18. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev Saúde Pública. 2001 [acesso em 22 nov 2012]; 35(1):88-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4141.pdf> .
19. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MH, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006 out [acesso em 12 nov 2012]; 14(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf .
20. Gomes MB et al . Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006 fev [acesso em 12 nov 2012]; 50(1): 136-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n1/28735.pdf> .
21. Moraes AF. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2008 [acesso em 22 nov 2012]; 13(Sup2):2041-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a08.pdf> .
22. Beato MSF, Van Stralen CJ, Passos ICF. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à estratégia saúde da família. Interface (Botucatu) 2011 abr/jun [acesso em 12 nov. 2012]; 15(37): 529-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1111.pdf>

23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.