

FACULDADE LABORO UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE PÚBLICA

LEONARDO AMADOR FREITAS
LUCIVANDA SILVA SABINO
MARIA FILOMENA SILVA DOS ANJOS BRAGA

DIABETES MELLITUS TIPO II: Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no acompanhamento de portadores de diabetes mellitus tipo II no campo da Atenção Básica.

São Luís
2015

LEONARDO AMADOR FREITAS
LUCIVANDA SILVA SABINO
MARIA FILOMENA SILVA DOS ANJOS BRAGA

DIABETES MELLITUS TIPO II: Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no acompanhamento de portadores de diabetes mellitus tipo II no campo da Atenção Básica

Monografia apresentada aos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

·
Orientador (a): Dut. Mônica Alves Gama.

São Luís

2015

LEONARDO AMADOR FREITAS
LUCIVANDA SILVA SABINO
MARIA FILOMENA SILVA DOS ANJOS BRAGA

DIABETES MELLITUS TIPO II: Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no acompanhamento de portadores de diabetes mellitus tipo II no campo da Atenção Básica.

Monografia apresentada aos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Aprovada em ____/____/____

Nota _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Mônica Elena Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo- USP

Freitas, Leonardo Amador; Sabino, Lucivanda Silva; Braga, Maria Filomena Silva dos Anjos.

Diabetes Mellitus tipo II: dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no acompanhamento de portadores de Diabetes Mellitus tipo II no campo da atenção básica / Francisco Sales Maciel Neto -. São Luís, 2015.

Impresso por computador (fotocópia)

49 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. -. 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama

1. Diabetes mellitus tipo II. 2. Família do diabéticos. 3. Os enfermeiro e a ESF. I. Título.

CDU: 616.379-008.64

Dedico este trabalho à todos os nossos
familiares

A objeção, o desvio, a desconfiança alegre, a vontade de troçar são sinais de saúde: tudo o que é absoluto pertence à patologia.

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo mostrar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no acompanhamento de portadores de diabetes mellitus tipo II no campo da atenção básica, a partir da literatura especializada. No desenvolvimento do trabalho o assunto foi apresentado em tópicos assim descritos: diabetes mellitus, complicações crônicas do DM, as doenças cardiovascular, retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética, pé diabéticos, mudança de hábito envolvendo idade, fatores socioeconômico, obesidade sedentarismo e alimentação, tratamento do diabetes mellitus tipo II, a importância da família no cuidado do paciente diabético, o enfermeiro e a estratégia saúde da família, equipe multiprofissionais, atribuições da equipe e dos outros profissionais que a compõe, do médico, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dos profissionais da saúde bucal, resultados alcançados pela ESF, estratégia de acompanhamento de portadores do DM na ESF, as organizações estruturais da unidade de saúde, dificuldades no acompanhamento de pacientes com DM. Para o levantamento bibliográfico, foram utilizados livros e periódicos relacionados ao tema publicados no período de 1974 a 2015, a partir dos descritores diabetes mellitus tipo II, família do diabético, enfermeiro, estratégia saúde na família, encontrados nas bases de dados BIREME e Google Acadêmico. Este trabalho permitiu concluir que, as principais dificuldades se relacionam ao número de medicamentos utilizados pelos pacientes diabéticos, que geralmente apresentam co-morbidades, aos efeitos adversos, ao alto custo, aos mitos e crenças construídos, ao grau de instrução dos pacientes, que limita o acesso a informações e à compreensão, na maioria das vezes, não reconhecem a importância do tratamento medicamentoso.

Palavras: chave. Diabetes mellitus tipo II. Família do diabéticos. Os enfermeiro e a ESF. Dificuldade dos profissionais ao paciente diabético.

ABSTRACT

This study aims to show the difficulties faced by nurses in the monitoring of a diabetic mellitus type II in the field of primary care, from the literature. In developing this work it was presented in so described topics: diabetes mellitus, chronic complications of diabetes, the cardiovascular diseases, diabetic retinopathy, diabetic nephropathy, diabetic neuropathy, diabetic foot, change of habit involving age, socioeconomic factors, physical inactivity, obesity and nutrition , treatment of diabetes mellitus type II, the importance of family in the diabetic patient care, nurses and family health strategy, multidisciplinary team, team assignments and other professionals who compose it, the medical, nursing assistants, community workers of health, oral health professionals, results achieved by ESF, DM patients with follow-up strategy in the ESF, the structural organization of the health unit, difficulties in monitoring patients with DM. For literature, were used books and periodicals related to the subject published between 1974 to 2015, from diabetes mellitus type II descriptors, diabetic family, nurse, health strategy in the family, found in BIREME databases and Google Scholar . This work led to the conclusion that the main difficulties are related to the number of medications used by diabetic patients, who often have co-morbidities, the adverse effects of the high cost, the constructed myths and beliefs, the level of education of patients, which limits access to information and understanding, for the most part, do not recognize the importance of drug treatment.

Words: key. Diabetes mellitus type II. Diabetic family. The nurse and the ESF. Difficulty of professionals to the diabetic patient.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| TABELA 1 – Critérios diagnósticos para o Diabetes Mellitus..... | 19 |
| TABELA 2 – Plano de atividades para ESF..... | 40 |

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS— Agente comunitário de Saúde;
ASB—Auxiliar em Saúde Bucal;
DM --Diabetes Mellitus tipo II,
ESF--estratégia da saúde da família;
IBGE--Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS -- Ministério da Saúde;
ND --Neuropatia Diabética;
OMS --Organização Mundial de Saúde;
PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
RAS- Rede de atenção Básica;
SBD -- Sociedade Brasileira de Diabetes
TOTG-- Teste Oral de Tolerância à Glicose;
TSB--Técnico Saúde Bucal;
UBS—Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 4 | DIABETES MELLITUS (DM) | 17 |
| 5 | COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO (DM) | 20 |
| 5.1 | Doenças cardiovasculares | 20 |
| 5.2 | Retinopatia diabética | 21 |
| 5.3 | Nefropatia diabética | 21 |
| 5.4 | Neuropatia diabética | 22 |
| 5.5 | Pé diabético | 23 |
| 5.6 | Mudança de habito envolvendo idade, fatores socioeconômico, obesidade sedentarismo, alimentação | 25 |
| 6 | TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO II | 28 |
| 7 | A IMPORTANCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO PACIENTE DIABETICO | 28 |
| 8 | O ENFERMEIRO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) | 31 |
| 8.1 | Equipe multiprofissional | 33 |
| 8.2 | Atribuições da equipe e dos outros profissionais que a compõe | 34 |
| 8.2.1 | Do médico | 35 |
| 8.2.2 | Auxiliar de enfermagem | 36 |
| 8.2.3 | Agente Comunitário de Saúde (ACS) | 36 |
| 8.2.4 | Dos profissionais da saúde bucal | 37 |
| 8.3 | Resultados alcançados pela ESF | 38 |
| 8.4 | Estratégia de acompanhamento de portadores de DM na ESF | 39 |
| 9 | AS ORGANIZAÇÕES ESTRUTURAIS DA UNIDADE DE SAÚDE..... | 41 |
| 9.1 | Dificuldade encontrada pelos profissionais da Saúde ao paciente diabéticos | 43 |
| 10 | CONCLUSÃO..... | 45 |
| | REFERÊNCIAS | 47 |

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é uma síndrome metabólica que acomete milhares de pessoas em todo o planeta. É definida como uma patologia multissistêmica, endócrina e multifatorial que por causa da falta de insulina ou pela incapacidade da mesma exercer de maneira adequada as suas funções, propicia alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas (ESTEVENES; LOWE, 2002; MIRANZI et al., 2008).

Dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que, no planeta, o número de pessoas portadoras da síndrome era de 177 milhões; entretanto, a previsão para 2025 é que este número chegue a 350 milhões de pessoas acometidas. No Brasil, o número de portadores da patologia vem crescendo com o passar dos anos. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde, juntamente com o auxílio da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) no final de 1980, chamado Censo de Diabetes, até os dias atuais, concluiu que, considerando dados atualizados encontrados no CENSO - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – 2010, na população brasileira, existe atualmente um número estimado em: 12.054.827 portadores de Diabetes Mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012).

Esta patologia, por sua vez, não tem idade específica para acontecer; entretanto, tem aumentado consideravelmente o número de pessoas idosas acometidas pela síndrome. Assim, ressalta-se que, dentre as doenças crônicas que mais afetam a população idosa, o Diabetes é a mais presente. Observa-se que a maior parte dos portadores idosos apresenta o Diabetes Mellitus tipo II e que dez anos após o diagnóstico, 45% evoluem para óbito, levando-se em consideração que quanto mais avançada a idade, maior a frequência desta patologia. (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 1994).

Segundo Lyra et al., (2006, p. 239), o Diabetes Mellitus tipo II (DM2) é uma doença que “[...] afeta a qualidade e estilo de vida dos acometidos, podendo levar a uma redução pronunciada na expectativa de vida dessa população. Portadores de Diabetes podem ter uma redução de 15 ou mais anos de vida [...]”.

Qualidade de vida, segundo a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é entendida como a “[...] percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE apud MIRANZI et al., 2008, p. 673).

Ainda de acordo com Miranzi et al., (2008, p. 673):

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da QV, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. Em muitos estados, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos [...].

A assistência do enfermeiro é de fato essencial no tratamento de portadores de diabetes mellitus, pois, especificamente, a prática da assistência é voltada para a sensibilização dos pacientes utilizando como principal estratégia, a educação como processo contínuo de orientação e conseqüentemente o acompanhamento dos sujeitos em questão (GONÇALVES....)

Neste sentido, observa-se que diversas situações adversas se manifestam no decorrer do processo da assistência do enfermeiro que vem a dificultar o processo de trabalho e estas, em sua maioria, estão voltadas diretamente para as mudanças de hábitos necessários para o controle da patologia (FIGUEIREDO FILHO et al., 2012).

Para Grillo, 2005 apud Oliveira e Oliveira, (2010, p.44), as mudanças de hábitos devem ser feitas a partir do.

Controle dos níveis glicêmicos através de mudança nutricional conforme pirâmide alimentar), prática de exercícios físicos, terapêutica medicamentosa, além das medidas preventivas como cuidados com os pés, aferição da pressão arterial regularmente e evitar maus hábitos, como alimentos ricos em gordura, tabagismo e etilismo.

A família também é fundamental para o sucesso ou fracasso do tratamento, podendo ser um elemento que pode dificultar a assistência da enfermagem, caso esta não esteja em sintonia com a ESF e principalmente, com o paciente em questão (GONÇALVES..). De acordo com Faria (2011), como o paciente convive diariamente com a família, esta, passa a ser um pilar fundamental para a manutenção do tratamento.

As condições organizacionais e principalmente estruturais das unidades básicas de saúde também têm representado um entrave ao desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. De acordo com Matumoto et al., (2011 p. 5).

Os enfermeiros identificam disparidades nas condições estruturais em diferentes unidades de saúde para a prática clínica. Poucas contam com consultório adequadamente equipado e de uso exclusivo do enfermeiro. Na maioria delas, independentemente de modelo assistencial (SF, EACS, ou tradicional), é preciso aguardar o término do atendimento médico para utilizar a sala, comprometendo a oferta de serviços pelo enfermeiro.

Diante do exposto, questiona-se como se encontra o cuidado prestado pelo enfermeiro aos portadores do Diabetes e quais dificuldades são enfrentadas por este profissional no acompanhamento de portadores de diabetes mellitus tipo II no campo da atenção básica.

Para contemplar o objetivo da pesquisa, a seguinte sequência de capítulos foi estabelecida:

- Diabetes mellitus,
- As complicações crônicas da diabetes mellitus DM;
- Doenças cardiovasculares;
- Retinopatia diabética;
- Nefropatia diabética;
- Pé diabético;
- Mudança de hábito envolvendo idade, fatores socioeconômicos obesidade sedentarismo, alimentação;
- Tratamento da diabetes mellitus II,
- A importância da família no cuidado do paciente diabético;
- O enfermeiro e a estratégia da saúde da família (ESF);
- Equipe multiprofissional;
- Atribuição equipe dos outros profissionais que a compõem;
- Do médico;
- auxiliares de enfermagem;
- ACS.
- Os profissionais da saúde bucal;
- Resultados alcançados pela ESF;
- Estratégia de acompanhamento de portadores de DM;
- Organizações e estrutura da gestão da unidade de saúde;
- As dificuldades enfrentadas pelo Enfermeiro no acompanhamento do portador de diabetes tipo II.

Justificativa, os motivos que levaram a escolha deste tema devem-se ao fato de dois dos pesquisadores serem Enfermeiros e o outro, profissional que trabalha na área da saúde diretamente ligado a este processo. Apesar do diabetes mellitus ser um assunto bastante estudado, considera-se muito importante descobrir a partir de estudos já realizado, novos conhecimentos a respeito do tema proposto e assim, ampliar

consideravelmente os conhecimentos acerca da patologia e da atenção do Enfermeiro.

Portanto, este trabalho é de grande relevância para o tema e é de fundamental importância, pois com a identificação das dificuldades encontradas pelo Enfermeiro neste processo, é que tornará possível proporcionar melhor qualidade da assistência de enfermagem e conseqüentemente a melhora da qualidade de vida dos portadores da síndrome.

2 OBJETIVO GERAL

Estudar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no acompanhamento de portadores de diabetes mellitus tipo II no campo da atenção básica, a partir da literatura especializada.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura.

3.1 Revisão de literatura

De acordo com Ribeiro (2004), a revisão de literatura tem papel fundamental no trabalho acadêmico, pois é através dela que o trabalho é situado dentro da grande área da pesquisa da qual faz parte, contextualizando-o. Pode-se também, avaliar o conhecimento de pesquisas prévias, destacar conceitos, procedimentos, discussões e conclusões relevantes para o desenvolvimento de diferentes tipos de estudos científicos (MOTTA-ROTH, 2001).

Formulação da pergunta: o que a literatura descreve sobre a fragilidade dos portadores Diabéticos?

Localização e seleção dos estudos: Para localização dos artigos nas bases de dados foi utilizada como palavra base Diabetes Tipo II em associação com uma ou duas das outras destacadas. Tiveram relevância os que estavam de acordo com os objetivos da pesquisa. Em seguida foram realizadas leituras críticas para fichamentos que facilitaram a análise e interpretação e processamento das informações.

Período: A pesquisa foi realizada no período Junho a Outubro de 2015 e seguiu-se as etapas segundo Cervo; Bervian (2002): Identificação localização, leitura, análise e anotação dos principais tópicos da leitura especializada, sobre a questão delimitada, com

informações sobre a situação atual do problema, sobre trabalhos já realizados a respeito e sobre opiniões existentes.

Coleta de dados: serão coletados os dados relativos ao paciente diabéticos, sobre as atividades relacionada a prática de atividades físicas mudança de hábitos, ao uso da medicações, a atuação da equipe de saúde junto a esses pacientes.

Como recursos para a redação do texto foram utilizados os programas Windows XP 2007.

A pesquisa em todas as suas etapas obedeceu aos princípios éticos da Lei de Direitos autorais n° 9.610 de fevereiro de 1998, que trata do respeito aos direitos autorais das publicações citadas.

4 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus é uma patologia metabólica que apresenta transformações no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, interferindo consideravelmente na homeostase do portador. Estas alterações são causadas pela ausência ou diminuição da secreção de insulina ou ainda, uma deficiência na sua ação, sendo a hiperglicemia a característica clínica mais avaliada para a realização do diagnóstico, ou seja, o DM se manifesta quando a principal fonte de energia das células que é a glicose é identificada em níveis elevados na corrente sanguínea, destacando que, o Diabetes configura-se como uma enfermidade crônica com uma variedade de fatores de risco desencadeantes (DAVIDSON, 2001; ESTEVENS; LOWE, 2002; MIRANZI et al., 2008).

De acordo com Carvalho Filho e Papaléo Netto (1994, p. 268):

O Diabetes Mellitus é uma síndrome decorrente de alterações metabólicas caracterizadas pela hiperglicemia inapropriada, em consequência da ausência da ação biológica da insulina. Este fato ocorre por deficiência de sua secreção ou por impossibilidade de desencadear os eventos resultantes da interação da insulina com seu receptor.

O DM atualmente classifica-se em: diabetes tipo I, diabetes tipo II e diabetes gestacional. A expressão tipo 1 é usada para identificar a total destruição das células beta, desta forma, o organismo passa a não produzir mais a insulina deixando o portador dependente das doses diárias do hormônio, observado que, a administração de insulina é necessária para a prevenção da cetoacidose, coma e em ultimo caso, a morte. Geralmente esta forma de DM manifesta-se na infância ou na adolescência em consequência da presença de infiltração de linfócitos no pâncreas promovendo a destruição das células secretoras (STEVENS; LOWE, 2002; BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus tipo II, é a forma mais comum da patologia resultando em 90% dos casos de DM, tendo em seu público alvo indivíduos da faixa etária adulto-idosa. As pessoas acometidas apresentam resistência à insulina e deficiência na secreção da mesma, caracterizando o portador como não insulino dependente, o que por outro lado, é preciso destacar que em um determinado estágio da doença, o portador necessitará de insulina. Considerando a existência de diferentes etiologias do Diabetes Mellitus tipo II, espera-se que com o desenvolvimento da ciência o número de portadores possa diminuir, obviamente, isto só será possível com a descoberta dos processos patogênicos específicos e defeitos genéticos, permitindo proporcionar desta forma uma classificação definitiva, observado que, ainda

permanecem desconhecidas as causas específicas desta doença (DAVIDSON, 2001; GROSS et al., 2002)

Com a demora da apresentação dos sintomas, normalmente esta síndrome não é diagnosticada precocemente e por isso ocorre o risco da manifestação de patologias associadas, o que torna o tratamento e sua manutenção ainda mais complexos. Levando-se em consideração os aspectos fisiológicos, esta dificuldade no diagnóstico precoce, ocorre porque a glicose não se apresenta em quantidades elevadas aponto de o portador apresentar os sintomas clássicos (polidipsia, poliúria, borramento da visão e perda de peso), destacando que o tempo entre o aparecimento da glicemia e o diagnóstico é de 9 a 12 anos. Então, a obesidade, a idade e o estilo de vida sedentário associado à história familiar favorecem o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo II, observado que, 80 a 90% das pessoas obesas são diabéticos, ocorrendo prevalência nas idades entre 65 e 74 anos (DAVIDSON, 2001; BRASIL, 2006).

O Diabetes Gestacional caracteriza-se pela hiperglicemia diagnosticada na gravidez, na maior parte dos casos, ocorre a normalização dos níveis glicêmicos durante o período pós-parto observado que, a mesma pode retornar alguns anos depois na maioria dos casos. Atualmente ocorre em 1 a 14% das gestações sendo estas, diagnosticadas geralmente na segunda metade da gestação (BRASIL, 2006; COBAS; GOMES, 2010).

Além dos sintomas clássicos do DM (polidipsia, poliúria, borramento da visão e perda de peso) é preciso considerar outros sintomas que podem favorecer o diagnóstico clínico, são eles: letargia, fraqueza, fadiga, infecções de repetição, balanopostite, prurido cutâneo e vulvar, podendo ser considerado ainda que, em poucos casos, pode-se realizar o diagnóstico a partir das complicações crônicas (BRASIL, 2006).

Para a realização do diagnóstico da patologia, considera-se eventualmente, as alterações de glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose administrada por via oral. Sendo que, o teste laboratorial de glicemia de jejum consiste na avaliação do nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas; por outro lado, o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG): requer que o cliente receba uma carga de 75g de glicose, em jejum, sendo que, a glicemia é medida antes da ingestão e 120 minutos após a mesma; já no caso do teste de glicemia casual, este não segue nenhuma espécie de padronização no que se refere à relação entre tempo e última refeição (GROSS et al., 2002; BRASIL, 2006).

Para facilitar a compreensão do diagnóstico segue abaixo as informações na tabela

TABELA 1 – Critérios diagnósticos para o Diabetes Mellitus

| CRITÉRIOS | COMENTÁRIOS |
|--|--|
| A1C ≥ 6,5% | O teste deve ser realizado através de método rastreável ao método do DCCT e devidamente certificado pelo <i>National Glycohemoglobin Standardization (NGSP)</i> (http://www.ngsp.org). |
| Glicemia de Jejum ≥ 126 mg/dl | O período de jejum deve ser definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas. |
| Glicemia 2 hs após sobrecarga com 75 g de glicose: ≥ 200 mg/dl | Em teste oral de tolerância à glicose. Esse teste deverá ser conduzido com a ingestão de uma sobrecarga de 75 g de glicose anidra, dissolvida em água, em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 mg/dl e 125 mg/dl. |
| Glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl | Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica. |
| Importante: a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes. | |

Fonte: American Diabetes Association, 2011 apud SBD, 2011.

Através das informações supracitadas, se tornam mais claros e evidentes, os critérios diagnósticos da patologia, tornando-se fácil a sua compreensão e, portanto, de exato fechamento do diagnóstico. Considerando, que de acordo com Brasil (2006), quando os valores de glicemia de jejum e glicemia de 120 minutos após o TOTG apresentarem resultados respectivamente <110mg/dl e <140 mg/dl, estes são considerados normais, por outro lado, quando a glicemia de jejum for 110-125 mg/dl, considera-se estes valores como glicemia de jejum alterada e quando o TOTG apresentar 140-199 mg/dl, estes resultados significam tolerância à glicose diminuída.

5 COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DA DIABETES MELLITOS

Os indivíduos portadores de diabetes podem apresentar uma variedade de complicações que diretamente afetam a qualidade de vida, podendo levar o paciente a óbito. Assim, considerando que as complicações apresentam-se depois de alguns anos, é possível realizar um plano de controle objetivando a melhora ou a minimização das mesmas. Portanto, existem três grupos gerais de complicações que podem associar-se ao Diabetes, são elas: macroangiopatia (artéria coronária, cerebrovascular e doença vascular periférica); microangiopatia (retinopatia e nefropatia) e neuropatia (periférica e autonômica) (DAVIDSON, 2001).

Os mecanismos de desenvolvimento das complicações crônicas ainda não foram totalmente descobertos o que por outro lado, é preciso observar, que a duração da patologia, associada a seu controle, interagem com uma variação de fatores de riscos que resultam no curso da micro e macroangiopatia. Porém, é preciso frisar que, as medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle dos fatores de risco podem diminuir em pelo menos 50% as chances do desenvolvimento de patologias associadas (BRASIL, 2006).

Mesmo sabendo que as complicações macrovasculares são responsáveis pela grande maioria dos números de morbimortalidade da síndrome, também é preciso considerar que as complicações microvasculares e não vasculares (neuropatia), merecem a mesma atenção, pois, estas se apresentam nesse processo como fator contribuinte, visto que, as mesmas oferecem o mesmo grau de risco. Então, a atenção primária exerce função fundamental no combate a estas patologias, pois, a mesma é responsável pelo trabalho de: prevenção dos fatores de risco para o DM; identificação e tratamento de pessoas de alto risco para o DM; identificação de casos não diagnosticados; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados (BRASIL, 2006; RABELO, 2008).

5.1 Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares relacionadas ao DM representam a maior causa de morbimortalidade, visto que, em portadores de Diabetes as patologias isquêmicas cardiovasculares são mais precoces e frequentes se comparados aos demais indivíduos. As três grades doenças cardiovasculares são: doença vascular periférica; cérebro vascular; e doença arterial coronariana, sendo que os sintomas apresentados por estas, normalmente são

parecidos à de indivíduos sem a síndrome DM. De fato, deve-se considerar que estas doenças oportunistas são responsáveis por 80% da mortalidade e 75% das hospitalizações em portadores de diabetes (BRASIL, 2006; LIBBY, 2010).

5.2 Retinopatia Diabética

A Retinopatia Diabética apresenta-se no Brasil como a patologia responsável pelo maior número e conseqüentemente a principal causa de cegueira irreversível, acometendo cerca de 80% dos casos. Inicialmente apresenta-se de forma assintomática e conseqüentemente evolui com o passar do tempo, sendo que, portadores de diabetes tendem a apresentar a patologia após 20 anos do diagnóstico de DM. A presença de retinopatia representa um marcador de doenças microvasculares e do risco de comprometimento renal, pois, a manifestação de nefropatia e gravidez também contribuem de forma considerável a sua evolução (BRASIL, 2006).

Esta doença classifica-se em: Retinopatia proliferativa e não-proliferativa, sendo que, ambas podem ser também assintomáticas, tendo a capacidade de se manifestarem de várias maneiras: visão central manchada em decorrência de edema macular; ou perda súbita da visão que poderá ou não ser reversível. Esta patologia também causa um grande impacto social e econômico, visto que, não existem ainda medicamentos que tenham a capacidade segura e eficaz de prevenção, o que desta forma reforça-se a ideia de que o controle glicêmico ainda é a melhor forma de prevenção e mesmo sendo uma medida simples, por outro lado, é muito difícil de atingir e manter (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2004).

5.3 Nefropatia Diabética

A Nefropatia Diabética é uma complicação crônica microvascular, sendo esta, frequente em portadores de Diabetes Mellitus tipo II, em sua primeira fase apresenta-se em um estágio de nefropatia incipiente com o aumento na secreção de albumina nomeada de microalbuminúria. Em paciente com predisposição a doença evolui para proteinúria clínica normalmente associada à hipertensão, sendo que, em torno de cinco a dez anos ocorre a evolução para a síndrome nefrótica com manifestação da queda da função renal e conseqüentemente a insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Para Travagim et al. (2010, p. 292), na Nefropatia Diabética.

[...] o glomérulo é a principal estrutura renal acometida, pois o quadro de hiperglicemia sérica constante ou em picos aumenta a matriz extracelular glomerular, esse processo é denominado glomerulosclerose. A hiperglicemia induz uma série de alterações bioquímicas causando aumento da tensão sobre as células glomerulares e consequente produção de matriz extracelular.

Para o diagnóstico, devem-se considerar os dados clínicos; avaliação laboratorial da microalbuminúria e o sumário de urina; e por fim a ecografia, observado que, a realização da biópsia renal se faz necessário apenas em casos duvidosos, cujo objetivo além da confirmação da patologia, é o de excluir possíveis etiologias, sendo que após a confirmação do diagnóstico, a monitorização da função renal é um fator importantíssimo para a continuidade do tratamento (GUIMARÃES et al., 2007).

5.4 Neuropatia Diabética

A Neuropatia Diabética (ND) caracteriza-se pela degeneração progressiva dos axônios, das fibras nervosas, sendo que, as diminuições das respostas sensitivas e motoras dos nervos periféricos podem constituir a principal alteração eletrofisiológica da ND, por outro lado, a hiperglicemia pode proporcionar ação desmielinizante que consequentemente vai causar a diminuição da velocidade na condução dos impulsos nervosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE METABOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA, 2005).

De acordo com Brasil, (2006, p. 39) a Neuropatia Diabética.

É a complicação mais comum do diabetes, compreendendo um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se silenciosamente ou com quadros sintomáticos dramáticos. A forma mais comum é a neuropatia simétrica sensitivomotoradistal. Pode se manifestar por sensação de queimação, choques, agulhadas, formigamentos, dor a estímulos não-dolorosos, câimbras, fraqueza ou alteração de percepção da temperatura, pode ser em repouso, com exacerbação à noite e melhora com movimentos.

A neuropatia autonômica e a polineuropatia sensitivo-motora simétrica, constituem as formas mais comuns de apresentação da doença, sendo que, a sintomatologia apresentada interfere consideravelmente na qualidade de vida dos acometidos, considerando que, as perdas de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa aumentam as chances do surgimento de úlceras, deformidades e consequentemente amputação (GROSSI et al., 2009).

5.5 Pé Diabético

O Pé Diabético é uma complicação que afeta portadores de DM com uma probabilidade duas vezes maior do que em indivíduos sem a patologia, considerando que, os membros inferiores representam a região com maior vulnerabilidade a lesões nestes pacientes e, portanto, sustentando a evidência de que 10% dos portadores de DM podem desenvolver úlceras nos pés em um determinado estágio da doença. Assim, o Pé Diabético, além de comprometer a qualidade de vida do indivíduo, proporciona ao sistema de saúde um enorme gasto financeiro com internações prolongadas (ANDRADE et al., 2010).

Segundo Ochoa-Vigo e Pace (2005) apud Abreu (2012, p. 32):

Cinquenta por cento das amputações não-traumáticas de membros inferiores são atribuídas ao diabetes e o risco de amputação é 15 vezes maior do que na população geral. Frequentemente, as amputações nas pessoas com diabetes são precedidas de úlceras, caracterizadas por lesões cutâneas com perdas do epitélio, as quais se estendem até a derme ou a atravessam e chegam aos tecidos mais profundos envolvendo algumas vezes ossos e músculos.

Ainda de acordo com Ochoa-Vigo (2005) apud Abreu (2012), para evitar que a doença chegue a um estágio de amputação, é muito importante a prevenção ou o controle da mesma, pois muitos fatores de risco podem ser descobertos com a avaliação adequada dos pés, observado que o exame clínico, além do baixo custo constitui-se como método mais efetivo para a realização do diagnóstico.

5.6 Mudança de hábito envolvendo idade, fatores socioeconômicos, obesidade sedentarismo, alimentação

Idade, com o aumento da idade a incidência e prevalência do diabetes mellitus cresce acentuadamente, considerando que normalmente, esta ocorrência se manifesta após os 40 anos de idade do indivíduo (ORTIS MCA; ZANETE, ML, 2001).

A idade: torna-se um fator que dificulta o trabalho do Enfermeiro, pois, esta é uma dificuldade natural, sendo necessário o conjunto de conhecimentos associados a uma boa estratégia de acompanhamento para que se tenha controle da situação.

Fatores socioeconômicos; As diferenças socioeconômicas têm um papel importante na vida das pessoas podendo determinar as condições de saúde dessas pessoas, visto que aqueles com melhores condições têm maiores acesso a informações, melhor entendimento da condição clínica e maior aderência ao tratamento. Logo se mostra taxas mais

altas de doenças cardiovasculares em grupos com nível sócio econômico mais baixo (CIPULLO et al, 2010).

A baixa escolaridade esta associada às maiores taxas de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial (NASCENTE 2010).

Excesso de peso e obesidade: Estudos de Ávila et al (2010) relatam que o excesso de peso se associa com maior prevalência de hipertensão arterial e também do Diabetes Mellitus tipo 2.

Em estudos de Costa et al (2009) e Nascente (2010) pode-se verificar que a obesidade leva a um envelhecimento mal-sucedido. O risco de morrer apresenta uma relação com o índice de massa corporal, assim pessoas com excesso de peso tem maior probabilidade de desenvolver várias patologias como hipertensão, diabetes tipo 2, entre outras.

Os achados, sobre aumento de sobrepeso e obesidade, reforçam a necessidade de implementação de medidas objetivas para seu combate através da ação da Estratégia Saúde da Família, diminuindo a morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (Nascente 2010).

A forte associação entre a obesidade e doenças crônicas indica a urgência de medidas educativas capazes de atuar sobre os fatores de risco que podem determinar a prevalência destas patologias (JARDIM, 2007).

Sedentarismo Quanto ao sedentarismo, Ávila et al (2010) referem que a atividade física reduz a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica em indivíduos pré-hipertensos além de reduzir a mortalidade e os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares. Assim compreende-se que como em indivíduos hipertensos, o sedentarismo também se demonstra um grande risco para a manifestação do Diabetes.

As atividades físicas reduzem a mortalidade por problemas cardiovasculares, independentemente da pressão arterial e de outros fatores de risco ou doenças como o diabetes, existindo fortes evidências de que a atividade física diminua a pressão arterial e controle da obesidade, predizendo um envelhecimento saudável (COSTA, ET AL 2009).

Então, podemos concluir que o sedentarismo é um fator que trás grandes dificuldades no processo de acompanhamento do portador de diabetes, pois, exige grande colaboração do paciente e habilidade por parte do Enfermeiro.

Hábitos alimentares De acordo com Jardim (2007) e Ávila et al (2010) o perfil da população brasileira mudou em relação aos hábitos alimentares e de vida, visto que se expõe de forma cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e a composição da dieta, adicionando-se a baixa freqüência da

atividade física, provocam alterações significativas no peso corporal e na distribuição da gordura, aumentando a prevalência da obesidade na população.

Desta forma, podem constatar que a alimentação inadequada, favorece o aparecimento do Diabetes, pois, uma população obesa tem maiores chances de desenvolver a patologia, corroborando desta forma com diversos estudos sobre esta temática, já realizados.

6 TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO II

O plano terapêutico para o portador do Diabetes tipo II compreende a aplicação de duas formas de tratamento que devem ser associados de acordo com a necessidade do paciente. A primeira se relaciona a mudanças no estilo de vida que compreende a alimentação e a atividade física podendo esta, também, ser compreendida como meio de prevenção e a segunda, refere-se ao tratamento farmacológico, compreendendo a administração de medicamentos: metformina, sulfoniluréias e a insulino terapia, sendo que, com relação à mudança no estilo de vida, a alimentação inadequada e a falta de exercícios físicos são fatores que podem ser revertidos para que se possa fazer o controle glicêmico (BRASIL, 2006).

Com relação à alimentação:

A quantidade energética ingerida deve ser adequada à atividade física e ser fracionada em 5 a 6 refeições/lanches diários. A ingestão diária deve conter de 50 a 60% de carboidratos, a maior parte em forma complexa. Para tanto, os pacientes devem ser encorajados a comer alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais. A ingestão diária deve conter no máximo 30% de gorduras, sendo não mais de um terço sob a forma de ácidos graxos saturados; não exceder a 300 mg/dia de colesterol. Alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para prevenir oscilações acentuadas da glicemia. Quando consumidos, o limite é de 20 a 30g por dia de açúcar de forma fracionada e substituindo outro carboidrato para evitar o aumento calórico. A recomendação não é encorajá-los a comer doces, mas, auxiliá-los a, quando usar esses alimentos, fazê-lo de modo que não os prejudique. A ingestão de álcool, quando consumido, deve ser moderada e de preferência com as refeições. O limite diário é de uma a duas doses, isto é, 10-20g de álcool/dia. Um copo (90 ml) de vinho contém 1,1 doses, uma lata de cerveja (350ml) 1,7 doses, e uma dose (35ml) de destilados 2 doses de álcool. Pacientes com hipertrigliceridemia ou mau controle metabólico não devem ingerir bebidas alcoólicas. O uso moderado de adoçantes não-calóricos (ciclamarato, sucralose, sacarina, aspartame, acesulfame, e stévia) é seguro quando consumido em quantidades adequadas. Os alimentos dietéticos podem ser recomendados, mas, é preciso ficar atento sobre seu conteúdo calórico e de nutrientes. Alimentos diet são isentos de sacarose, quando destinados a indivíduos diabéticos, mas, podem ter valor calórico elevado, por seu teor de gorduras ou outros componentes). Alimentos light são de valor calórico reduzido em relação aos alimentos convencionais. Os refrigerantes e as gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero e podem ser consumidos. Por outro lado, chocolate, sorvete, alimentos com glúten (pão, macarrão, biscoitos), mesmo quando diet, são calóricos e seu uso não deve ser encorajado. Adoçantes calóricos como a frutose (p.ex., o mel), devem ser usados com restrição, respeitando as limitações indicadas na orientação dietética (BRASIL, 2006, p. 22).

Sobre a atividade física, ressalta-se que a mesma favorece a melhora do controle metabólico além de minimizar o uso de hipoglicemiantes; promove a redução de peso propiciando desta forma, a diminuição de riscos de doenças cardiovasculares e a melhora da qualidade de vida, visto que, 80% dos portadores recém-diagnosticados são obesos. Portanto, deve-se ressaltar que a realização de atividade física deve ser vista como prioridade, devendo

esta, ser iniciada após prescrição individualizada de exercícios com demonstrações práticas e sessões formais para o condicionamento físico (BRASIL, 2006).

Portanto, recomenda-se o seguinte esquema para a realização de atividade física.

O exercício deve ser iniciado de forma gradual, como caminhadas por 5 a 10 min em terreno plano, aumentando semanalmente até alcançar 30 a 60 min diários, 5 a 7 dias por semana. Nesse processo, qualquer aumento de atividade física deve ser valorizado como um ganho de saúde e não como uma meta final não alcançada. Os calçados devem ser confortáveis, evitando bolhas e calosidades. A intensidade de atividade física deve ser aumentada progressivamente, tendo como objetivo atingir intensidade moderada (60 e 80% da frequência cardíaca máxima). Na prática, a mudança progressiva da intensidade pode ser orientada pelo teste da fala da seguinte maneira: a intensidade é leve quando ainda é possível cantar, moderada quando ainda é possível conversar confortavelmente, e intensa quando a pessoa fica ofegante, limitando a conversação. Indivíduos com perda significativa de sensibilidade nos pés devem evitar caminhar em esteiras ou ao ar livre, correr, etc. Nesses casos, os exercícios mais recomendados são natação, ciclismo, remo e exercícios realizados na posição sentada. Casos com retinopatia proliferativa não tratada ou tratada recentemente devem evitar exercícios que aumentam a pressão intra-abdominal, que têm efeito semelhante à manobra de Valsalva, que englobam movimentos rápidos da cabeça ou que envolvem risco de traumatismo ocular. Antes de iniciar um exercício vigoroso, é necessário afastar complicações como retinopatia proliferativa, neuropatia autonômica e doença cardíaca importante. Indivíduos com risco cardiovascular >10% em 10 anos ou com sintomas de neuropatia autonômica que desejam praticar exercício vigoroso, se eram anteriormente sedentários, devem ser encaminhados ao cardiologista para orientação. As atividades ao gosto do paciente, como caminhar e dançar, devem ser incentivadas, especialmente quando programas estruturados não estão disponíveis (BRASIL, 2006, p. 24).

Como o Diabetes é uma doença que evolui como passar do tempo, o tratamento farmacológico configura-se como de grande importância, observado que, a metformina é o fármaco mais utilizado pelo diabético tipo II, pois, o mesmo não eleva o ganho de peso e não favorece a hiperglicemia, além de minimizar em 29% as complicações microvasculares. As sulfoniluréias complementam a metformina e a insulino-terapia, se faz necessário quando ocorre a falência das células beta pancreáticas, lembrando que, a metformina deve ser mantida no esquema (BRASIL, 2006).

7 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO PACIENTE DIABÉTICO

Os seres humanos se organizam socialmente, formando uma rede de laços interpessoais (relações) constituindo famílias, grupos, comunidades. Pode-se dizer que esta rede é formada no mínimo por duas pessoas em interação. (CAMPOS, 2005).

Neste aspecto, a família nuclear, rede natural básica na qual todo está inserido a partir do momento do nascimento, é a interação social primária que o ser humano vivencia. (CAMPOS, 2005).

O primeiro contato do indivíduo com o mundo é através dos pais, pois a família é onde se recebe os primeiros valores, estabelecem-se as primeiras relações afetivas, compartilham-se dúvidas, angústias e temores. (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1982).

O desenvolvimento humano se faz num ambiente “grupal”, sendo inconcebível o ser humano isoladamente, pois este necessita fundamentalmente dos outros para “reunir os próprios pedaços”. (CAMPOS, 2005).

Assim, o bebê em sua fragilidade necessita essencialmente de alguém que cuide dele para sobreviver e nascer psicologicamente. A partir daí, o agrupamento básico mãe-bebê-pai vai sendo ampliado através de círculos cada vez mais largos, a partir de familiares, vizinhos, escola, amigos. (CAMPOS, 2005).

Desta forma, cuidar é perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, os gestos e falas, sua dor e limitação. Significa ainda atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho e responsabilidade, devendo ir além dos cuidados com o corpo físico. Pois com o sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levarem em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada. (CAMPOS, 2005).

A vulnerabilidade que a doença geralmente causa, pode levar o indivíduo a uma regressão psicológica, retornando a um estado infantil, no qual precisa ser amado, compreendido, cuidado. Diante da doença é necessário um retorno ao ambiente familiar em busca de apoio, suporte e de um reabastecimento emocional e afetivo, pois o doente é alguém atingido em sua integridade física, psíquica, social e na auto-estima. (CAMPOS, 2005).

Por isto, a pessoa doente, muitas vezes, regride a uma condição infantil, fragiliza-se, fica carente em busca de segurança, proteção e orientação neste momento. (CAMPOS, 2005).

Há de se considerar que o fato de se sentir doente traz um conjunto de significados adquiridos pela vida, desde as primeiras experiências infantis, passando pelas normas, valores e crenças introjetadas, que fazem o indivíduo reagirem de modo absolutamente pessoal à doença. (CAMPOS, 2005) .

O sujeito, às vezes, não quer apenas ser cuidado através de remédios, exames e dieta, mas também ser olhado, tocado, escutado, ter atenção. Neste aspecto, é essencial o papel da família em acolher, apoiar e compreender. (CAMPOS, 2005).

O indivíduo muitas vezes procura por cuidado e tratamento, mas não acredita na possibilidade de encontrá-lo ou por não ter condições internas suficientes para enfrentá-lo (autoestima, autoconfiança, motivação).

Diante disto, a família deve buscar fortalecer a autoestima do adoecido, através da aceitação da doença, motivando a alteração de estilo de vida que o diabético precisa: seguir um plano alimentar, praticar exercícios físicos, uso de medicação e buscar ajuda profissional. (SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005) .

Todas as famílias passam por crises, situações ou momentos de dificuldade nas várias fases da vida. Também quando alguém da família adoecer ocorrem mudanças para todas as pessoas envolvidas, podendo causar sofrimento. (ALVES,2004) .

Frequentemente, observa-se que não só o paciente diabético sente as consequências de estar doente; sua família também pode, de certo modo, adoecer junto com ele. (SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005).

A doença pode ser vista como um evento catastrófico alterando o equilíbrio familiar – ruptura com a rotina, o que gera sentimentos de medo, insegurança, podendo levar inclusive a desagregação familiar. (ISMAEL,2004).

A família enquanto instituição central, pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e alcançar as metas do seu tratamento. (Dias; Santana; Santos, 2006). Assim, quando alicerçada, equilibrada, afetiva e presente, transmite apoio, busca soluções viáveis, colabora com a equipe de saúde e compreende a situação dentro das possibilidades reais (famílias terapêuticas/cuidadoras). Alves, (2004). Já a família desestruturada, ausente, inafetiva, nos momentos de urgência/emergência (crises/internações), demonstra seu desequilíbrio emocional com cobranças incoerentes e exigências impossíveis (famílias destrutivas).(ALVES, 2004).

A participação familiar contribui para o seguimento do tratamento, serve como fonte de apoio emocional nos momentos em que o diabético se sente impotente diante dos desafios advindos da doença.

Durante o ajustamento - fase do “conviver com a doença” ocorrem mudanças de hábitos exigida pelo tratamento, que não atinge apenas a vida do paciente, mas tem efeitos na dinâmica familiar, o que faz com que tanto o paciente quanto a família busquem significados para a doença.(SANTOS; ZANETTI; OTERO; SANTOS, 2005).

A família deve funcionar como um sistema de suporte que implica em padrões duradouros de vínculos, que contribuem de maneira para a manutenção física e psicológica do indivíduo. (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1982).

É importante que a família busque o maior número de informações sobre o caso do familiar, tirando suas dúvidas com a equipe de saúde que cuida dele. Desta forma, a família ajudará no cuidado, como também estará mais bem preparada para agir em caso de emergências. (ISMAEL, 2004).

O comprometimento da família no cuidado do diabético exige uma nova organização familiar e aquisição de habilidades, que podem desestruturar as atividades diárias dos familiares. Porém, esta responsabilidade familiar também é positiva, pois além de intensificar as relações, o familiar se torna um parceiro no tratamento e um aliado da equipe de saúde. (DIAS; SANTANA; SANTOS, 2006).

8 O ENFERMEIRO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A assistência à saúde na atenção básica no Brasil nos dias atuais apresenta como foco principal a família, visto que, a mesma é uma unidade onde, os fenômenos da saúde e da doença apresentam-se neste ambiente por meio das pessoas que a compõe, considerando obviamente a forma de como os membros se posicionam na vida, de certa forma, relativamente às questões referentes ao trabalho, meio ambiente, espiritualidade, conhecimento científico, ou seja, fatores biopsicossociais que associados à sua vontade, almejam o objetivo de atender as suas necessidades. Portanto, a compreensão da saúde e da doença por parte desta unidade ou pela equipe de profissionais que cuidarão dela, é que possibilitará a elaboração de intervenções relacionadas à sua realidade (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, através de ações desenvolvidas de maneira democrática e participativa, aplicação de exercícios de prática de cuidado e gestão por meio do trabalho em equipe, sendo estas dirigidas à população de territórios definidos, considerando obviamente, a utilização de tecnologias de cuidados complexas e variadas observando os critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica de maneira geral tem como fundamento e diretrizes: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde; Efetivar a integralidade em seus vários aspectos; Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e, estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012).

Em julho de 1991 iniciou-se no Brasil uma nova era do modelo assistencial a saúde, sendo, a Saúde da Família a estratégia criada para reorientar a assistência a partir da atenção Básica. Logo de início foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mais adiante em 1994, foram criadas as primeiras equipes, sendo que, uma Unidade

de Saúde da Família através da equipe multiprofissional, se destina a realizar a atenção contínua nas especialidades básicas desenvolvendo ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e desta forma, representando a primeira forma de entrada do sistema, sendo este, o primeiro contato com os serviços de saúde e que conseqüentemente organiza a referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema (COSTA; CARBONE, 2004).

De acordo com Brasil (2012, p. 54).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade.

A ESF apresenta-se como uma modernização das práticas assistenciais, levando-se em consideração que, anteriormente, a assistência à saúde resumia-se na procura do indivíduo pelos serviços de saúde, atualmente, na ESF ocorre exatamente o contrário, pois, a mesma tem a finalidade de reorganizar a assistência objetivando a procura do indivíduo em sua casa, de maneira a proporcionar a execução das ações referentes à: promoção, proteção e recuperação da saúde (FRACOLLI, 2006 apud MAGALHÃES, 2010).

De acordo Brasil (1997) apud Borba et al., (2007, p. 23).

[...] os profissionais do PSF devem conhecer a situação das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase nas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Devem também identificar os problemas de saúde prevalentes e os fatores de riscos aos quais a população está exposta, para, assim, desenhar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar tais problemas. Em outras palavras, se espera que a equipe do PSF desenvolva um processo de planejamento local participativo.

Diante desta forma de assistência, o Enfermeiro se apresenta como profissional indispensável para o sucesso da ESF, pois, o mesmo é responsável por um número considerável de atribuições que o caracteriza como peça fundamental da equipe e conseqüentemente da Atenção Primária.

Ainda de acordo com Magalhães (2010, p. 9):

[...] o enfermeiro tem ficado a frente de todo o trabalho de estruturação da proposta, preparando as pessoas da comunidade para receber a estratégia, elaborando a territorialização, sustentando a integração e articulação entre a comunidade – serviço, identificando os principais problemas de saúde e socioculturais das famílias sob sua responsabilidade assistencial, desenvolvendo ações de educação em saúde, preparando agentes comunitários para o trabalho com as famílias.

Então, é notória a presença do Enfermeiro como profissional fundamental para o

sucesso da Atenção Primária, pois, o mesmo levando-se em consideração as suas atribuições, configura-se como um dos membros da equipe que se encontra mais próximo do paciente, tendo total conhecimento do seu estado de saúde e desenvolvendo as ações necessárias padronizadas pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Costa e Carbone (2004), o enfermeiro da estratégia deve gostar de trabalhar em equipe, saber liderar, ter facilidade para planejar e programar ações em saúde, ter empatia, ter habilidade para organizar grupos e reuniões comunitárias, ter conhecimento e interesse pelos aspectos psicológicos e sociais do processo saúde-doença e ser qualificado às práticas de saúde pública.

De acordo com Brasil (2012, p. 46-47), as atribuições específicas do enfermeiro na Atenção Básica são:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Assim, na ESF deve-se observar que o processo de trabalho do enfermeiro é desenvolvido em dois ambientes de certa forma próximos um do outro, o primeiro, na Unidade de Saúde junto à equipe de saúde e o segundo na comunidade, desenvolvendo ações básicas em nível de sua competência como: ações de vigilância sanitária e epidemiológica; promoção da qualidade de vida e contribuição para tornar o meio ambiente mais saudável; capacitação de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem; promoção de educação em saúde; discutir as relações existentes entre cidadania e saúde entre indivíduos e familiares de sua área de atuação; e, programar e planejar as ações e a organização do trabalho, junto aos profissionais da equipe (COSTA; CARBONE, 2004).

8.1 Equipe multiprofissional

A ESF, não se resume apenas nas ações do enfermeiro, pois, a mesma trata-se de uma equipe multiprofissional, que, além do enfermeiro, também é composta pelo: médico,

auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, observado que, outros profissionais como cirurgião dentista e o auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal, podem ser incorporados na equipe dependendo da demanda e necessidade da população adstrita, (COSTA; CARBONE, 2004; BRASIL, 2012).

Portanto, a equipe de SF deve ser composta por no mínimo: 01 médico generalista ou especialista em Saúde da Família, 01 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 01 auxiliar ou técnico de enfermagem e 04 a 06 agentes comunitários de saúde podendo ser no máximo 12, sendo que, uma equipe SF deve ser responsável por uma área adstrita de 600 a 1000 famílias, podendo ser no mínimo 3000 e no máximo 4000 pessoas, observado que, todos os ACS, deve ser responsável por no máximo 750 pessoas. Portanto, a equipe de SF tem a capacidade de conhecer a realidade das famílias vinculadas e associada a ela, e, desenvolver um plano de ações em saúde que tenha a capacidade de controlar as situações apresentadas pelo processo saúde-doença (COSTA; CARBONE, 2004; BRASIL, 2012).

O cuidado com a saúde da população a partir da ESF desvincula-se a visão de que o médico apresenta-se neste contexto como único responsável pelo cuidado prestado, pois, esta responsabilidade, passa a ser de todos os profissionais que compõe a equipe de Saúde da Família associados aos outros sujeitos participantes deste processo, ou seja, a participação ativa da população e desta forma, contribuindo com a equipe em busca de um objetivo comum a todos (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

8.2 Atribuições da equipe e dos outros profissionais que a compõe

Para Costa e Carbone (2004), a equipe de Saúde da Família, deve estar apta para, identificar a realidade epidemiológica e sócio-demográfica das famílias vinculadas reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e identificando os riscos aos quais estão expostos, além de, promover educação em saúde, e, planejar e incentivar ações inter setoriais de maneira a enfrentar os problemas diagnosticados e desta forma, atender a demanda programada ou espontânea e se necessário, utilizar os serviços de referência e contra-referência.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor e utilizar, de forma sistemática, os dados para análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; Participar do cuidado familiar e dirigido a coletividade e grupos sociais visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade (BRASIL, 2012, p. 43-44).

Assim, é preciso considerar também, que a realização de reuniões de equipes, o acompanhamento, a avaliação sistemática das ações, do trabalho interdisciplinar, do trabalho em equipe, das ações em educação em saúde, da participação das atividades de educação permanente, da promoção a mobilização e a participação da comunidade, da identificação de parceiros e recursos na comunidade e outras atividades a serem identificadas, são também atribuições comuns a todos os profissionais da equipe (BRASIL, 2012).

8.2.1 Do médico

Quanto ao médico, deve-se observar que o mesmo, deve compreender a doença não apenas no seu aspecto biológico, mas, também, considerar as questões pessoais, familiar e social representadas neste processo, sendo que, a convivência fortalece o vínculo, lhe dando conhecimento para tais questões e conseqüentemente, assumir responsabilidade no que se refere à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e assim, considerar o sujeito em um contexto biopsicossocial (COSTA; CARBONE, 2004).

As atribuições específicas são:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos, sob sua responsabilidade; Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles; Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012, p. 47-48).

Então, na visão de Costa e Carbone (2004), o médico da ESF deveria apresentar as seguintes características: demonstrar empatia e equilíbrio, tentar resistir às frustrações, gostar do trabalho em equipe, ser sensível aos aspectos biopsicossociais, tratar bem as pessoas independente de sua faixa etária de idade e ser capaz de se adaptar a novas situações.

8.2.2 Auxiliar de enfermagem

O Auxiliar de enfermagem desenvolve suas atividades em três ambientes, sendo eles, na Unidade Básica de Saúde, na comunidade e nos domicílios, desenvolvendo ações de sua competência auxiliando o Enfermeiro e os Agentes Comunitários de Saúde (COSTA; CARBONE, 2004).

Atribuições destinadas ao Auxiliar de enfermagem:

Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Realizar ações de educação em saúde à população adstrita conforme planejamento da equipe; Participar do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente (BRASIL, 2012, p. 47).

De fato, observa-se que este profissional assim como os outros, apresenta-se neste processo como peça importante para o sucesso da ESF, visto que, suas atribuições, bem executadas são fundamentais para garantir o sucesso da assistência.

8.2.3 Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), de acordo com Costa e Carbone (2004, p.

13) desenvolvem suas atribuições “nos domicílios de sua área de responsabilidade e participa da programação das unidades onde, também, suas atividades são supervisionadas”.

São atribuições básicas de acordo com Brasil (2012, p. 48-49 e 50):

Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; Desenvolver atividades que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletivos; Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidade implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012, p. 48-49 e 50).

De acordo com Costa e Carbone (2004, p. 14), “o agente comunitário de saúde é o elo de ligação entre a USF e a comunidade”, assim, ainda de acordo com os mesmos autores, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação.

8.2.4 Dos profissionais da saúde bucal

Os profissionais da saúde bucal que podem compor a equipe da ESF apresentam-se em duas modalidades: A primeira é composta por Cirurgião-dentista generalista ou especialista em SF e auxiliar em saúde bucal (ASB) e a segunda modalidade é composta por Cirurgião-dentista generalista ou especialista em SF, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB), sendo que, qualquer uma dessas modalidades para realização de suas atribuições devem estar ligadas a uma equipe de SF e desta forma, compartilhar do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2012).

Atribuições do Cirurgião-dentista:

Realizar diagnóstico com o objetivo de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolutividade; Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses sedentárias elementares; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; Realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012, p.50-51).

Quanto às atribuições do Técnico em Saúde Bucal, é preciso destacar dentre as outras, que este pode realizar ações de a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, aos indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências; Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, paciente nos serviços de saúde bucal; Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista; Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos (BRASIL, 2012).

O Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) também se apresenta como profissional de grande importância para a equipe, pois, quando cadastrado tem as funções de realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal, executando ações de limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; também lhe é atribuído a função de instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, assim como, acolher o paciente nos serviços de saúde bucal e ampliar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos, além de processar filme radiográfico, selecionar moldeiras, preparar modelos em gesso dentre outras (BRASIL, 2012).

8.3 Resultados alcançados pela ESF

Para Magalhães (2010), a ESF quando aplicada de maneira responsável, ou seja,

dispondo de recursos específicos, com profissionais capacitados e devidamente estimulados, observa-se que a reorganização da assistência nos municípios que aderiram a esta forma de atenção, obtiveram excelentes resultados considerando obviamente, a efetividade das ações aplicadas.

Ainda de acordo com Magalhães (2010, p. 4), os resultados obtidos foram:

Diminuição do número de mortes das crianças por causas evitáveis; Aumento da quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto; Melhoria da qualidade de vida dos idosos; Melhoria dos índices de vacinação; Hipertensos e diabéticos são diagnosticados e tratados; Os casos de tuberculose e hanseníase são localizados e tratados; Há diminuição nas filas para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde.

Assim, observa-se que a ESF, é uma realidade que transformou a Atenção Básica no Brasil, resolvendo de maneira significativa os problemas de saúde da população e promovendo saúde a todos os participantes do processo. Por outro lado, para Cavalcante (2008) apud Magalhães (2010), cerca de 75% da população aproximadamente, recorre aos serviços do SUS, porém, não se tem certeza da cobertura real desse serviço devido à questões referentes à universalização, sendo que, a ESF como ferramenta de reorganização da assistência tem dado contribuições significativas que consideravelmente, impulsionam os processos de universalização e descentralização do acesso.

8.4 Estratégia de acompanhamento de portadores de DM na ESF

A equipe de SF, associada a outros profissionais da saúde (educador físico, nutricionista, odontólogo), trabalhando juntos garantindo à interdisciplinaridade nas ações em busca de um objetivo comum, conseqüentemente, a realização da promoção da saúde será alcançada, visto que, a prevenção do diabetes e complicações associadas depende da qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2006).

Para Brasil (2002, p. 51-52), ações educativas devem envolver os seguintes pontos:

Informar sobre as conseqüências do DM não tratado ou mal controlado; Reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento; Esclarecer sobre crenças, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento; Desfazer temores, inseguranças e ansiedades do paciente; Enfatizar os benefícios da atividade física; Orientar sobre hábitos saudáveis de vida; Ressaltar os benefícios da auto monitoração, insistindo no ensino de técnicas adequadas e possíveis; Ensinar como o paciente e sua família podem prevenir, detectar e tratar as complicações agudas, em casa, até chegar ao hospital ou ao posto de saúde mais próximo; Ensinar claramente como detectar os sintomas e sinais de complicações crônicas, em particular nos pés; Ressaltar a importância dos fatores de risco cardiovasculares; Incentivar o paciente a se tornar mais autossuficiente no seu controle.

No quadro a baixo seguem informações que podem ser aplicadas na ESF pelo enfermeiro, de modo a garantir a promoção de saúde e acompanhamento adequado dos pacientes em questão e assim, assegurar a qualidade da assistência.

TABELA 2 – Plano de atividades para ESF.

| PERIODICIDADE | ATIVIDADE |
|------------------|--|
| Mensal | <ul style="list-style-type: none"> • Realização de campanhas educativas com palestras e atividades educacionais em grupo com o objetivo de que os pacientes possam expressar dúvidas; • Programação de atividades de lazer individual e comunitário; • Acompanhamento dos parâmetros clínicos e bioquímicos e realização de exames; • Atividades práticas em forma de oficinas sobre alimentação e exercícios físicos; • Reunião com todos os membros da ESF para avaliação de resultados das atividades. |
| Quinzenal | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento dos grupos de pacientes, com equipe multidisciplinar envolvendo médicos clínico, enfermeiro, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e psicólogo. |
| Semanal | <ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliares para interação profissional-paciente-família e definição de dificuldades que o paciente encontra em meio ao tratamento do DM (a cada semana, uma área da ESF). |

Fonte: adaptado de Abreu (2012).

Então, observa-se que boa parte das ações supracitadas, fazem parte de atribuições predispostas pela Atenção Primária, sendo, que estas foram direcionadas de maneira específica aos portadores de DM, para que se consiga desta forma, o adequado controle da patologia.

9 ORGANIZAÇÕES ESTRUTURAIS DA GESTÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2010a).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas *a priori*, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns desses desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (OPAS; OMS, 2008; MENDES, 2008).

Nesse modelo de atenção, assume-se o desafio de efetivar uma modelagem organizacional que revigora os compromissos de uma gestão democrática, participativa e ético-politicamente comprometida, sem deixar correr em paralelo todo o processo de produção do cuidado que define a qualidade e o modelo de atenção ao usuário (PINTO, 2009).

Avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde nesse sentido foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento

político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2013).

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a)

Segundo a teoria de White sobre a história natural da doença, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está diretamente referido a níveis de intervenção, segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde, garantindo serviços com melhor relação custo-efetividade e melhor desempenho do sistema de saúde (CAMPOS, 2003).

Vinacor (1998) sugere quatro pontos fundamentais para redução dos custos e um melhor cuidado do DM, sendo eles: prevenção primária, rastreamento e diagnóstico precoce (prevenção secundária), garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e qualidade do cuidado prestado.

O manejo do DM deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário, que possui inevitavelmente essa vocação de “porta de entrada”. Na prestação de serviços apropriados para os pacientes, é preciso levar em consideração os principais componentes do sistema de saúde, especialmente a determinação das necessidades e dos recursos locais, o consenso sobre as normas de atenção, os mecanismos para aplicar os últimos avanços das investigações, a educação e a utilização de todos os profissionais de saúde e a contínua avaliação da efetividade e da qualidade do tratamento (WHO, 1985).

Em relação aos serviços públicos, os governos e dirigentes discutem a questão do abastecimento de medicamentos e as estratégias de financiamento, mas poucos reconhecem que os medicamentos são apenas um instrumento da prestação de um serviço e, geralmente, não se preocupam com a estruturação e a organização deste. A maioria das farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não conta com a presença do profissional farmacêutico que poderia prestar melhor assistência ao usuário de saúde, apresenta espaço físico reduzido e funciona, em sua maioria, como local de armazenamento de medicamentos e, muitas das vezes,

tem servido apenas como um local de entrega de medicamentos, não existindo interação farmacêutico-usuário (ARAÚJO *ET AL.*, 2008; ARAÚJO, FREITAS, 2006).

Neste contexto, a gestão dos cuidados primários pode exercer um papel fundamental, pois permite a identificação de potenciais complicações no grupo de pacientes acompanhados, assim como contribui para a prevenção de agravos propiciando melhor qualidade de vida para os diabéticos e seus familiares, além da redução dos custos para o sistema de saúde.

9.1 Dificuldade encontrada pelos profissionais da saúde ao paciente diabético

Um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos é a baixa adesão ao tratamento, fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida. Estimular a adesão ao tratamento é de extrema importância e a educação em saúde pode ser considerada uma das estratégias que possibilitam melhor adesão dos pacientes ao esquema de tratamento (ARAÚJO, 2006).

Nesse sentido, a educação em saúde tem sido muito valorizada e é considerada parte integrante do tratamento das doenças crônicas (Brasil 2011). No entanto, muitos programas de educação em saúde fracassam por não levarem em consideração os aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais e as reais necessidades psicológicas da pessoa diabética (BRASIL, 2013).

O enfoque da abordagem educativa deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos Brasil, (2010b). Enfim, é fundamental que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes, pois, muitas vezes, as informações em saúde são fornecidas de maneira vertical, sem permitir maior participação dos pacientes e sem considerar o que esses já sabem e o que desejariam saber. Nesse enfoque, almeja-se transformar o sujeito que assume uma posição passiva na condução de seu tratamento em um indivíduo participativo.

Parece ser necessário conhecer e compreender, de forma mais profunda, as experiências vividas, já que o paciente diabético “atribui às experiências vividas com a doença não somente um significado, mas um sentido que se relaciona com seu modo de existir” Campos (2003). Assim, para que um processo educativo seja eficaz, é necessário

conhecer as crenças, os sentimentos, os pensamentos, as atitudes e os comportamentos dos pacientes, enfim, o que os sujeitos apreendem do seu meio ambiente Starfielda; Vinicor. (2004; 1998) e nas suas relações com outros indivíduos.

Conhecer aquilo que os pacientes apreendem de sua realidade e como organizam seu cotidiano pode fornecer diretrizes para estabelecer estratégias de intervenção, além de oferecer alguns subsídios para ampliar a compreensão dos fatores associados à adesão ao tratamento Vinicor, (1998). Torna-se necessário entender como a pessoa com diabetes percebe a si própria, vivenciando um mundo de muitas limitações, ou seja, o diabético enquanto ser integral, dotado de compreensão, afetividade e ação, dentro da sua própria perspectiva de mundo.

Cabe ressaltar, ainda, que o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica. Assim, a vivência do diabetes quebra a harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária, afetando seu universo de relações. Ter que mudar hábitos de vida que já estão consolidados e assumir uma rotina que envolve disciplina rigorosa do planejamento alimentar, da incorporação, ou incremento de atividade física, e uso permanente e contínuo de medicamentos impõem a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes. A modificação do estilo de vida não se instala magicamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de futuro.

A mudança de hábitos de vida, dessa forma, é um processo lento e difícil. Particularmente no quase refere à alimentação. Os hábitos alimentares estão relacionados pelo menos a três fatores complexos: culturais, que são transmitidos de geração a geração ou por instituições sociais; econômicos, referentes ao custo e à disponibilidade de alimentos e, por fim, aos sociais, relacionados à aceitação ou rejeição de determinados padrões alimentares. Outros fatores também influenciam o indivíduo a adotar muitas vezes padrões inapropriados de comportamentos, tais como aversão a certos alimentos, crenças relacionadas a supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos (WHO 1985).

Em relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa, as principais dificuldades se relacionam ao número de medicamentos utilizados pelos pacientes diabéticos, que geralmente apresentam co-morbidades, aos efeitos adversos, ao alto custo, aos mitos e crenças construídos, ao grau de instrução dos pacientes, que limita o acesso a informações e à compreensão; e o caráter assintomático da doença, que faz com que os pacientes, na maioria das vezes, não reconheçam a importância do tratamento medicamentoso (WHO 1985).

10 CONCLUSÃO

Conclui-se neste trabalho que as pessoas com diabetes, são vivenciando em um mundo de muitas limitações, ou seja, o diabético enquanto ser integral, dotado de compreensão, afetividade e ação, dentro da sua própria perspectiva de mundo. Cabe ressaltar, ainda, que o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica.

Dentre as principais dificuldades encontrada estão relacionado ao número de medicamentos utilizados pelos pacientes diabéticos, que geralmente apresentam comorbidades, aos efeitos adversos, ao alto custo, aos mitos e crenças construídos, ao grau de instrução dos pacientes, que limita o acesso a informações e à compreensão.

O DM é um distúrbio crônico caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose e de outros substratos produtores de energia, e pelo desenvolvimento tardio de complicações vasculares e neuropáticas. É um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, que é o resultado de defeitos na secreção ou na ação de insulina ou em ambos. Apesar da causa da doença, ela está associada a um defeito hormonal comum, a deficiência insulínica, que pode ser absoluta ou relativa, no conceito de uma resistência insulínica concomitante.

A pessoa diabética, no transcorrer do tratamento, vivencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação de sua condição crônica de saúde e, conseqüentemente, a adoção de hábitos saudáveis que permitam lidar com as limitações decorrentes da enfermidade.

As categorias referentes à alimentação, medicação, atividade física e sentimentos associados à doença se estruturam ao redor de sentimentos e comportamentos, que funcionam como pressupostos norteadores do modo particular como cada paciente vai se apropriar de sua doença. Em outras palavras, o modo como o sujeito expressa seus sentimentos direciona seu comportamento relacionado à saúde, tanto na busca de hábitos saudáveis quanto não saudáveis, determinando possibilidades e dificuldades/ limitações para o controle do diabetes.

Acredita-se que melhor compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa diabética pode contribuir para redimensionar o modelo de atenção à saúde com essa clientela, incorporando os pressupostos do cuidado integral que incluem as dimensões do bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual entre outros, preconizadas no modelo de atenção primária à saúde.

Para que a família seja uma ferramenta fundamental na vida do diabético é importante que a mesma esteja integrada ao tratamento de seu ente diabético, pois as mudanças são muitas e a família é a base para que as atitudes frente ao tratamento sejam efetivas. Reafirma-se, com isso, a importância dos profissionais de saúde interagir com as famílias dos pacientes diabéticos para darem suporte mediante orientações contextualizadas a fim de ajudar a superar a fragilidade das mesmas frente à doença e, principalmente, para que possam ser o amparo necessário ao seu membro portador de diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.G. A doença aguda e a família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (org.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 245-249.

ARAÚJO, A.L.A.; FREITAS, O. **Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança.** *Rev. Bras. Cienc. Farm.*, v.42, n.1, p.137-146, 2006.

ÁVILA, Adriana, et al. *Revista Brasileira de Hipertensão*, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Diabetes Mellitus.** n. 16. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a, Seção 1.

BRASIL. **Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/1996.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, E.P. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 33-86.

CAMPOS, C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** *Ciênc. Saúde Colet.*, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CARVALHO FILHO, Érico T.; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría.** Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L. **Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa?** In: **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.34-35, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_6_notas.pdf> Acesso: 26 maio 2012.

COSTA, Maria F. F. de L, et al. **Comportamento em saúde entre idosos hipertensos.** *Revista de Saúde Pública* vol.43 supl.2 São Paulo, nº 2009.

CIPULLO, José Paulo, et al. **Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.94. nº4, São Paulo, abr.2010.

CRUZ NETO, Otávio. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DAVIDSON, B. M. **DIABETES MELLITUS: Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 4, ed., 2001.

DIAS, D.G., SANTANA, M.G., SANTOS, E. Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado. Revista Brasileira de Enfermagem, Pelotas, v. 59, n. 2, p. 168-171, mar/abr, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

LYRA, R. et al. Prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2. In: Arq. Bras. Endocrino. L. Metab. São Paulo/SP, v. 50, n. 2, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302006000200010> Acesso: 14 de mar. 2012.

MAGALHÃES, Roberta, V. **Os desafios da prática do enfermeiro inserido no programa saúde da família**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2416.pdf>> Acesso em: 08 maio. 2012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: comunic., saúde, educ.**, Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MIRANZI, S. et al. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. In: **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2012.

NASCIMENTO, A. B.; CHAVES, Eliane Corrêa; GROSSI, S. A. A. Depressão, cortisol urinário e perfil sócio-demográfico de portadores de diabetes mellitus tipo 2. In: **Rev. Esc. Enferm. USP**2009; 43(Esp2), p. 1272-1276. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a22v43s2.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2012.

NASCENTE, Flávia Miquetichuc Nogueira. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Epub 27 – Ago - 2010.

NERY, Tito César S. Saneamento: ação de inclusão social. In: **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 18, n. 50, p. 313-321, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n50/a28v1850.pdf>> Acesso: 14 de maio. 2012.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

SELLTIZ et al. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1974.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologias*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

SILVA, I. et al. Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. **Análise Psicológica**, Porto, v. 2, n. 23, p. 185-194, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a05.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2012.

Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. **São 12 milhões de diabéticos no Brasil**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>> Acesso em: 05 maio. 2012.

ISMAEL, S.M.C. A doença do paciente em UTI. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (org.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 250-257.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. O paciente e sua doença. In: _____. *Manual de Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Masson Josef, 1982, p. 267-289.

JARDIM, Paulo César B. Veiga. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. v.88 n.4, p.452-457. 2007.

SANTOS, E.C.B., ZANETTI, M.L., OTERO, L.M., SANTOS, M.A. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n.3, p. 397-406, mai./jun, 2005.

TOLEDO, Melina Mafra. **Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial**: Uma nova Ótica Para um velho Problema. *Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial*. v.16 n.2, p.233-228, Abr- jun. 2007.

PEIXOTO, et al. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. vol.87 n.4 São Paulo out. 2006.

VINICOR, F. The public health burden of diabetes and the reality of limits. *Diabetes Care*, v.21, supl.3, p.C15-C18, 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Study Group on Diabetes Mellitus*. Second report. Geneva, 1985. 113p. (WHO Technical Report Series, 727).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. *Redes Integradas de Servicios de Salud*. Conceptos, Opiciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, out. 2008.