

DOI: 10.35621/23587490.v10.n1.p68-84

ESTRATÉGIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENFRENTAMENTO DA DIABETES MELLITUS

STRATEGIES IN PRIMARY CARE IN DEALING WITH DIABETES MELLITUS

Bruna Karoline de Freitas Silva¹
Michaele Abrantes de Oliveira Lima²
Ingrid Barbosa Duete Xefonte³
Kassandra Lins Braga⁴
Cícera Amanda Mota Seabra⁵
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁶

RESUMO: A Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia crônica relacionada a disfunção de produção, secreção ou utilização de insulina que pode ser segmentada clinicamente em dois tipos de maior importância, o tipo I e o II. O Brasil ocupa o quarto lugar dentre os casos de diagnóstico de algum tipo de DM, ficando atrás dos EUA, Índia e China. Devido a suas características crônicas, limitante e que atinge a população em ampla escala, a DM se enquadra como uma condição sensível à atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS). As evidências embasam as estratégias para enfrentamento desse agravo na atenção básica (AB) de saúde pública para que haja atuação integrada tanto na prevenção quanto no tratamento da doença. Além disso, tais estratégias tendem a diminuir o fluxo de encaminhamentos para níveis secundários e terciários da assistência. O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura no qual foram utilizados como descritores os termos: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus e estudos brasileiros, em português e *Primary Health Care, Diabetes Mellitus e brazilian*, em inglês. Os estudos selecionados foram identificados com base em sua acessibilidade e destaque na prática do cuidado prestado aos pacientes com diabetes que seguem os mais recentes protocolos de abordagem para este público. Oito estudos foram identificados, obedecendo o período de publicação compreendido de 2009 a 2020. Os resultados mostram que ainda existe grande interesse por parte dos

¹ Médica, Residente em Medicina de Família e Comunidade pela ESP PB
brunakarolinefreitas@hotmail.com.

² Docente do Centro Universitário Santa Maria.

³ Docente do Centro Universitário Santa Maria.

⁴ Mestranda em Educação em saúde, Docente do Centro Universitário Santa Maria.

⁵ Médica, Docente do Centro Universitário Santa Maria.

⁶ Enfermeira, Pós-doutora em Pós Doutorado em Pesquisa Agroindústrias. ankilmar@hotmail.com.

pesquisadores sobre a presente temática, inclusive tais estudos focam principalmente na visão dos profissionais de saúde e como estes enxergam o seu papel diante do controle da doença. É necessária uma reestruturação da Rede de Atenção à saúde (RAS) local para que facilite a comunicação entre os diferentes níveis do sistema. Investimentos setoriais para capacitação dos profissionais e gestores devem ser mantidos com o propósito de garantir que a responsabilização dos casos atendidos esteja em consonância com os princípios do SUS e obtenha avanços no cuidado da pessoa com diabetes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus e estudos brasileiros.

ABSTRACT: *Diabetes Mellitus (DM) is a chronic pathology related to insulin production, secretion or use dysfunction that can be clinically segmented into two types of major importance, type I and type II. Brazil ranks fourth among cases of diagnosis of some type of DM, behind the USA, India and China. Due to its chronic, limiting characteristics and that it affects the population on a large scale, DM is classified as a condition sensitive to the Primary Care of the Unified Health System (SUS). Evidence supports the strategies for coping with this problem in primary public health care (PC) so that there is integrated action in both prevention and treatment of the disease. Furthermore, such strategies tend to reduce the flow of referrals to secondary and tertiary levels of care. The present study is an integrative literature review in which the terms were used as descriptors: Primary Health Care, Diabetes Mellitus and Brazilian studies, in Portuguese and Primary Health Care, Diabetes Mellitus and Brazilian, in English. The selected studies were identified based on their accessibility and emphasis on the practice of care provided to patients with diabetes that follow the most recent protocols for approaching this public. Eight studies were identified, obeying the publication period from 2009 to 2020. The results show that there is still great interest on the part of researchers on this topic, including such studies mainly focus on the vision of health professionals and how they see their role in disease control. A restructuring of the local Health Care Network (RAS) is needed to facilitate communication between the different levels of the system. Sectoral investments to train professionals and managers must be maintained in order to ensure that the accountability of the cases treated is in line with the principles of the SUS and achieve advances in the care of people with diabetes.*

Keywords: Primary Health Care, Diabetes Mellitus and Brazilian studies.

INTRODUÇÃO

As elevadas taxas de sedentarismo e obesidade relacionadas ao envelhecimento populacional relacionadas ao processo de urbanização e são apontados como fatores determinantes no aumento da incidência e prevalência da Diabetes Mellitus (DM). A Federação Internacional de Diabetes considera que a cada onze pessoas, uma desenvolve DM perfazendo um total de 425 milhões de pessoas acometidas numa ampla faixa etária de 20 a 79 anos (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

Devido as características que a enquadram como doença crônica, limitante e que atinge a população em ampla escala, a DM se caracteriza como uma condição sensível à atenção Primária (CSAP) do Sistema Único de saúde (SUS) brasileiro. Evidências embasam o manejo desse agravo na atenção básica (AB) para atuar tanto na prevenção dos danos, quanto limitando os riscos da doença, principalmente àqueles relacionados a sua evolução ou relação com mortes por complicações cardíaco e cerebrovasculares. Além disso, tal estratégia tende a diminuir o fluxo de encaminhamentos para níveis terciários de Atenção à saúde (ALFRADIQUE *et al.* 2009).

Transições sociodemográficas e nutricionais mudaram o perfil das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Tais condições apresentam um período de latência longo, assintomático, e manifestações clínicas com características crônicas e diversificadas. Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser resolutiva para acompanhar os diferentes ciclos da vida da população, bem como as condições de saúde mais afetadas em cada ciclo referido (MENDES, 2011).

As equipes multidisciplinares podem desenvolver intervenções com enfoque coletivo e individual dentro das estratégias da saúde da família, com aproximação ao usuário com base no modelo da determinação social da doença para superar o modelo biomédico (BRASIL, 2012). O modelo da determinação social da doença gerou avanços e revolucionou os cuidados à saúde da população, ampliando o

conhecimento dos profissionais a respeito da situação de saúde da população adscrita, como, por exemplo, a evolução da DM em um determinado paciente (BRASIL, 2011).

A AB atua como porta de entrada para o sistema único de saúde e assim garante a eficácia das ações para o controle da DM. Neste cenário, as ações de referência e contra referência devem ser colocadas em exercício levando em consideração o fluxo de acesso aos demais pontos de atenção. Além disso os déficits de formação das equipes precisam ser superados através do cumprimento das normas técnicas para gerar resultados. Problemas vinculados a relação quantitativa de equipe/população e a falta de equipamentos/insumos são citados como um dos fatores que interferem no pleno desenvolvimento deste serviço de atenção à saúde (GONÇALVES *et al.* 2014; FERTONANI *et al.*, 2015).

Como visto a DM é considerada uma CSAP que produz complicações agudas e crônicas que podem gerar limitações, invalidez e diminuição da qualidade de vida e sobrevida do paciente acometido. Inúmeras repercussões sistêmicas da doença como alterações renais, cardiovasculares, circulatórias e neurológicas são a causa de grande preocupação dos serviços assistenciais (WHO, 2016). Considerado também uma DCNT, a DM consiste em uma epidemia de níveis globais com estimativas de aumento da taxa de prevalência de 8,8% em 2015 para 10,4% em 2040, o que representará 642 milhões de casos entre 20 e 79 anos (OGURTSOVA *et al.*, 2017).

Devido ao caráter crônico da DM que impulsiona a cuidados diferenciados e assistência continuada dentro da AP e em razão do agravo está inserido como um dos focos de atenção em saúde pública, advoga-se a análise e discussão de recentes embasamentos científicos que abordem o manejo e os atuais protocolos utilizados pelos médicos inseridos na Estratégia de saúde da Família. Nesta perspectiva, a presente Revisão busca avaliar como se dá o manejo do paciente com diabetes mellitus inserido da Atenção a doenças crônicas dentro a Atenção primária de Saúde do SUS.

METODOLOGIA

O presente estudo foi baseado na metodologia proposta por SOUZA *et al.* (2010) com pesquisa de dados que compreendeu uma Revisão integrativa da literatura considerando os resultados esperados, os impactos previstos e os determinantes do estudo. Inicialmente, foi realizada análise documental e revisão de fontes para delimitar o tema e definir os descritores que seriam utilizados nas buscas literárias, que são: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus e estudos brasileiros em português e *Primary Health Care, Diabetes Mellitus* e *brazilian* em inglês.

Oito estudos foram identificados e selecionados com base em sua acessibilidade e destaque na prática de cuidados a paciente com diabetes que seguem os mais recentes protocolos de abordagem para este público. Esses documentos fornecem orientações para diferentes intervenções e abordagens para diabetes mellitus tipo 2. Os estudos foram identificados pela primeira vez pelos autores a partir de seus conhecimentos sobre esta área temática e, posteriormente, por meio de citações sistematizadas. As pesquisas foram feitas no PubMed e na Scielo usando o filtro de métodos de descritores realizada no período de agosto de 2019. Esses resultados foram analisados por relevância utilizando simples critérios de uma árvore de decisão. Os estudos foram primeiro selecionados por título e resumo, em seguida foram apreciados os dados seguindo os critérios desenvolvidos pelo documento de orientação estabelecido por Souza *et al.* 2010. Após determinar os estágios principais e os estudos contemplados na pesquisa bibliográfica, lemos e releamos as informações extraíndo detalhes específicos relacionados ao processo metodológico da pesquisa bibliográfica em cada estágio principal.

Os termos (descritores) foram utilizados em várias combinações, aplicando operadores booleanos, principalmente o “AND”. Os critérios de inclusão foram: ter relação ou ser estudo realizado na atenção básica de saúde do Brasil; apresentar abordagem quantitativa, qualitativa ou de método misto; ser estudo realizado com seres humanos publicados no período de 2009 a 2019 (últimos dez anos). Os critérios de exclusão foram publicações estrangeiras, fora da rede básica de saúde e

que apresentassem distanciamento do tema já no resumo. Os estudos que não eram claros quanto aos conflitos de interesse, como ganhos financeiros, pessoais com potencial de influência sobre a pesquisa, também foram eliminados. Títulos, resumos e textos completos foram selecionados após atenderem aos critérios de elegibilidade. Dados significativos dos estudos incluídos foram extraídos com o uso de um modelo padronizado por Souza *et al* (2010), como anteriormente já mencionado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As elevadas taxas de sedentarismo e obesidade relacionadas ao envelhecimento populacional relacionadas ao processo de urbanização e são apontados como fatores determinantes no aumento da incidência e prevalência da Diabetes Mellitus (DM). O Brasil ocupa o quarto lugar dentre os casos de diagnóstico de algum tipo de DM, ficando atrás dos EUA, Índia e China. Estes números estão diretamente relacionados ao aumento da expectativa de vida e ao crescimento populacional. (OLIVEIRA *et al.*, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Torna-se importante citar que a DM é contemplada como uma das linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde por meio de recomendações sistematicamente desenvolvidas e orientadas por diretrizes clínicas com diferentes atuações nos pontos de fluxo da atenção (primário, secundário e terciário) (MENDES, 2011; BORGES; LACERDA, 2018). Desta forma, por ser uma doença crônica sensível à abordagem da AB, torna-se importante avaliar atuação da AB no cuidado à DM por meio de evidências científicas que caracterizem o atual cenário do cuidado, prevenção e controle da doença.

Realizada a remoção das duplicatas, a pesquisa no PubMed demonstrou 40 registros, sendo excluídos 34 estudos após apreciação dos títulos. No Scielo a subsequente avaliação de 70 resumos para elegibilidade excluiu-se 56 restando 14 estudos. 20 estudos relevantes foram submetidos à triagem de texto completo. No

total, os 8 artigos restantes possuem dados que potencialmente podem ser utilizados para caracterizar o estudo e responder a pergunta norteadora. O presente estudo se deleita sobre os mais recentes protocolos e manejos na abordagem do DM.

Quadro 1. Caracterização dos estudos de acordo com autor, periódico, local e tipo de estudo, apresentados por ordem crescente do ano de publicação.

Título do artigo	Autor/Ano	Periódico	Local	Tipo de Estudo
IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040	Ogurtsova <i>et al.</i> (2017)	Diabetes Research and Clinical Practice	-	Estudo quantitativo
Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas	Salci, Meirelles e Silva (2017)	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Maringá-SC	Estudo Qualitativo
Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes	Gama, Guimarães e Rocha (2018)	Pesquisas e Práticas Psicossociais	Divinópolis-MG	Estudo Exploratório qualitativo.
[Structure of primary healthcare units for treating persons with diabetes: Cycles I and II of the Brazilian National Program to Improve Access and Quality].	Neves <i>et al.</i> (2018)	Cadernos de Saúde Pública	Municípios brasileiros que foram abordados pelo Ciclos I e II do PMAQ, realizados em 2012 e 2014	Estudo descritivo com base em dados secundários do PMAQ.
Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo	Borges e Lacerda (2018)	Saúde Debate em	-	Análise documental
Efeitos da descentralização da atenção primária à saúde no diabetes mellitus no Brasil.	Nishijima <i>et al.</i> (2019)	Saúde Pública	Municípios brasileiros - Brasil.	Estudo retrospectivo, com base em um painel de dados anuais
Intervenção	Marques <i>et</i>	Revista da	Fortaleza -	Estudo

educacional para promover o autocuidado em idosos com diabetes mellitus.	al (2019)	escola de enfermagem da USO.	CE	quase-experimental
Competences for self-care and self-control in diabetes mellitus type 2 in primary health care	Amorim, Souza e Coelho (2019)	World Journal Diabetes	Belo Horizonte - MG	Revisão Crítica

Fonte: Do autor.

O estudo de Ogurtsova *et al.* (2017) cita que as taxas de mortalidade/morbidade atribuíveis ao diabetes e os respectivos gastos com saúde continuam aumentando e gerando implicações sociais e financeiras para o sistema de saúde. Este estudo demonstrou dados sobre a prevalência de diabetes na Literatura que corroboram as informações contidas no manual de diretrizes para DM da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2018. Com um modelo de regressão logística, gerou-se estimativas suavizadas específicas da idade, que foram aplicadas às estimativas da população da ONU. Em 2015, estimou-se que havia 415 milhões de pessoas com diabetes entre 20 e 79 anos, 5 milhões de mortes atribuíveis e um custo global estimado em 673 bilhões de dólares. Três quartos (75%) das pessoas com diabetes estavam vivendo em países de baixa e média renda. O estudo sugere que em 2040, a prevalência da enfermidade atinja 642 milhões de pessoas.

No que se refere a avaliação da viabilidade das ações voltadas ao controle do DM na AB, Borges e Lacerda (2018) apresenta uma proposta de modelo avaliativo constituída por: modelo teórico, modelo lógico e uma matriz de análise e julgamento, visto que as ações voltadas ao controle do DM na AB são passíveis de avaliação. A aplicação do modelo avaliativo proposto permitirá ampliar o conhecimento dos mecanismos e processos implicados na operacionalização das ações, contribuindo para seu aperfeiçoamento.

O texto enfatiza que as ações voltadas para o controle do DM não estão estruturadas como ações sistematizadas para controle dentro de um programa específico, como por exemplo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Na sequencial análise de documentos utilizados para elaboração dos modelos teóricos e lógicos das ações voltadas ao controle do DM na AB, foi possível identificar os objetivos, o público-alvo, as atividades propostas e os recursos físicos/ infraestrutura

para o controle, no entanto as metas a serem alcançadas dependem da realidade local (BORGES; LACERDA, 2018).

Com relação a percepção profissional, a maioria dos profissionais da AB tendem a compreender que seu papel encontra-se limitado a uma intervenção técnica, na qual o processo de educação em saúde é reduzido à transmissão de informações corretas que devem ser assimiladas e seguidas pelos usuários. As ações profissionais ainda encontram-se centradas ou com fundamentos de concepção de saúde abstrata e tradicional, alicerçada no modelo biomédico. Assim, percebe-se a necessidade de uma reestruturação da compreensão do papel dos profissionais e os planos de ação da Rede de Atenção local de modo a facilitar a comunicação entre os diferentes níveis do sistema. Investir na capacitação dos profissionais torna-se urgente para mudar o perfil profissional na busca de uma postura mais ativa no intuito de superar os diversos problemas apontados relacionados à comunicação e medidas de educação para o público (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Em outro estudo, quase-experimental, controlado com dois grupos de idosos vivendo com DM, atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza-CE, Marques *et al.* (2018) buscaram avaliar a eficácia de uma intervenção educacional no autocuidado para tal afecção. A intervenção promoveu orientações sobre o tratamento do diabetes e cuidados com os pés destes pacientes. Como método avaliado, utilizaram-se a versão brasileira do questionário de avaliação do Auto-Cuidado a DM, o *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA) que mede a aderência às atividades de autocuidado no paciente diabético. O estudo, que contou com 103 idosos, demonstrou haver aumento no autocuidado para o diabetes após a intervenção educativa relacionada aos aspectos: dieta saudável ($p = 0,027$), instrução alimentar ($p = 0,013$) e exame do pé ($p = 0,012$). Sendo assim, pode-se perceber que a intervenção realizada promoveu mudanças comportamentais positivas, ou seja, é cabível que AB e os profissionais envolvidos realizem ações educativas de promoção a saúde e prevenção específica, pois isso favorece quanto a adoção de hábitos saudáveis repercutindo no autocuidado em idosos com Diabetes Mellitus.

Atenção Primária, Secundária e Terciária constituem uma rede integrada dos níveis de atenção à saúde. Nesta rede, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas ou MACC (Chronic Care Model - principal referência para a construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas), desenvolvido por Mendes (2012), estratifica em cinco níveis de complexidade as intervenções de promoção da saúde até a gestão das condições crônicas. O nível 1 deste modelo diz respeito a relação com a população total da rede de assistência à saúde com foco nos determinantes sociais intermediário como condições de vida e de trabalho ou o acesso aos serviços essenciais. O nível 2 está relacionado a subpopulações estratificadas por fatores de risco por meio de intervenções de prevenção de doenças ligadas a fatores de risco comportamentais. A partir do nível 3, trabalha-se com subpopulações que já apresentam aquela doença crônica estabelecida, como a diabetes, com as ações de autocuidado e atenção clínica (BRASIL, 2013).

O quarto nível lida com subpopulações com condição crônica de alto ou muito alto risco, e no nível 5, a assistência é prestada às subpopulações que apresentam condições de saúde muito complexas e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. A relação e a integralidade entre as equipes da Atenção Primária e da Atenção Secundária consiste em um dos pilares do MACC, por estarem em estreito vínculo e pelo fato de um usuário com doença crônica transitar entre estes dois níveis corriqueiramente (BRASIL, 2013).

O estudo qualitativo de Salci, Meirelles e Silva (2017) utilizou como referencial teórico o Pensamento Complexo e o referido MACC para realizar uma avaliação com 38 profissionais de saúde inseridos na atenção à saúde de pessoas com diabetes na APS; 29 integrantes de cinco Equipes de Saúde da Família (EqSF) - cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem e 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); seis integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - dois farmacêuticos, um educador físico, um psicólogo, um assistente social, um nutricionista e três gestores - dois de Unidade Básica de Saúde (UBS) e um vinculado ao município. O estudo buscou unidades que apresentavam maiores números de pessoas cadastradas com diabetes. As técnicas de coleta de dados incluíram entrevista, observação e consulta a prontuários, duração total de seis

meses (dezembro de 2013 a maio de 2014) e foi finalizada respeitando os critérios de saturação de informações.

Para Salci, Meirelles e Silva (2017) atenção às pessoas com diabetes demonstrou ser oferecida coletivamente para os usuários que estavam cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. A dinâmica de atendimento contempla a consulta médica prescritiva e, por vezes, solicitações e exames laboratoriais. Com praticamente nenhum planejamento das atividades profissionais, os atendimentos aconteciam em um curto espaço de tempo, acarretando na restrição de atividades importantes, como o exame físico. Esta conjuntura de abordagem implica na falta de acolhimento e vínculo, e consequente detecção precoce da doença e de suas complicações.

A falta de integração dos profissionais com a família das pessoas com diabetes em contexto social demonstra-se ser uma dificuldade a mais, visto que os profissionais da equipe multidisciplinar, que não ACS, demonstram escasso envolvimento e direcionamento em suas ações assistenciais. A dificuldade de atuação em atividades educativas para a prevenção e sobre a repercussão clínica do agravo se dá porque nem todos os profissionais, especialmente os do NASF e os de nível técnico, têm conhecimento clínico sobre o diabetes e suas complicações (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Inúmeras barreiras para a implementação, ou consolidação, das políticas públicas referentes ao diabetes ainda são encontradas. No atual cenário de assistência, os profissionais e gestores referem que adotam condutas particulares e não desenvolvem suas práticas clínicas de acordo com o preconizado pelos manuais e protocolos do Ministério da Saúde. O programa de manejo e condutas é exercido de acordo com sua formação e experiência profissional, adquiridas a partir das suas relações e interações às práxis históricas. Tais práxis podem ser controversas, pois em muitos casos não há atualização nem acompanhamento das mudanças nas políticas. A implantação das propostas do Ministério da Saúde ou das Secretarias de Estado por meio de protocolos, manuais tornou-se uma decisão individual de cada profissional da saúde e conhecimento sobre o conteúdo do material ficava a critério de cada qual (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Já Gama, Guimarães e Rocha (2018) buscaram avaliar como os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Divinópolis-MG percebiam e lidavam com os problemas relacionados aos cuidados oferecidos às pessoas com diabetes. O estudo discorreu com Grupos Focais com os profissionais da AB e utilizou-se a hermenêutica para análise do material. Como visto no estudo de Salci, Meirelles e Silva (2017) os profissionais da equipe multidisciplinar afirmaram também que o sistema de saúde não é integrado, e que ações para o tratamento da DM não ocorre de acordo com a integralidade, pois falta comunicação, falta de recursos humanos e baixa cobertura do serviço. Corroborando o estudo de 2017, os autores enfatizaram que os profissionais da saúde não tinham como referência e apoio do serviço especializado/secundário, o que gera prejuízo nos encaminhamentos aos especialistas necessários para uma atenção adequada.

O modelo biomédico ainda esteve em vigência e os profissionais culpavam os usuários pela baixa adesão aos programas e os insatisfatórios resultados no controle da doença. Os entrevistados não consideraram elementos de representatividade estatística da população de pessoas com diabetes do município pesquisado. A visão destes profissionais esteve centrada numa concepção de saúde abstrata e tradicional (GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2018).

Urge uma reestruturação da Rede de Atenção local para que facilite a comunicação entre os diferentes níveis do sistema. A comunicação e a integralidade devem ser colocadas em prática, uma vez que o paciente com doença crônica muitas vezes é atendido nos diversos serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde. Investimentos gestores para capacitação dos profissionais devem ser mantidos para garantir a responsabilização/implicação dos casos atendidos estejam em consonância com os princípios do SUS e atinjam avanços no cuidado das pessoas com diabetes (GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2018).

Em um estudo retrospectivo baseado em dados anuais de 5560 municípios brasileiros no período de 2000 a 2011, Nishijima *et al.* (2019) avaliaram os efeitos da descentralização da atenção primária à saúde na mortalidade e morbidade por diabetes mellitus tipo 2. Condições prévias para a descentralização da saúde primária como grandes instalações de saúde estão associadas a baixo custo por tratamento, falta de recursos humanos, físico e problemas de gestão. Ao se avaliar

os efeitos da descentralização da atenção primária à saúde nas taxas de mortes e hospitalizações por diabetes, as evidências sugerem melhorias no acesso universal aos cuidados primários e progresso nos resultados médios de saúde relacionados à mortalidade por diabetes, com redução de 30%, e hospitalização, redução de 2,3%.

Neves *et al.* (2018) descreveram a estrutura necessária para o tratamento de pacientes com diabetes no sistema de atenção básica, avaliada nos Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) em 2012 e 2014, segundo dados municipais brasileiros. O estudo utilizou variáveis do Módulo I, que aborda a estrutura das unidades de atenção básica, e consiste no instrumento usado para realizar a avaliação externa do PMAQ.

O citado estudo demonstrou que houve aumento e melhoria com relação ao serviço de oferta de medicamentos e na sala de recepção/espera, ou seja, os dados aumentaram de 2012 a 2014. Houve benefícios estruturais demonstrados por melhores números relativos a materiais, medicamentos e espaço físico nas unidades básicas de saúde em 2014. O aumento numérico de 2012 para 2014 se deu da seguinte forma: para materiais 3,9%, para medicamentos 7,8%, e para espaço físico de 15,3% para 23,3%. Municípios com mais de 300.000 habitantes, maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e menor cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentaram maiores taxas de prevalência para unidades básicas de saúde adequadas. No entanto, de forma geral houve baixa prevalência de unidades de atenção básica com estruturas adequadas.

No que se refere a relação paciente-profissional, partindo-se da premissa existem estratégias para impulsionar o autocuidado. O objetivo das diretrizes de autocuidado do DM tipo 2, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, é fortalecer e qualificar usuários e profissionais de saúde, e suas relações, por meio de práticas integrais com delineamento da longitudinalidade do cuidado para com este agravo. Seguindo esta temática, Amorim, Souza e Coelho (2019) apresentaram protocolos de o autocuidado e o autocontrole da DM em termos objetivos, levando em consideração as recomendações atuais baseadas em evidências científicas. Além disso, o trabalho se baseia na visão subjetiva do usuário no que se refere a sua experiência de autocuidado.

O Estudo cita que para atingir os objetivos traçados pela Estratégia de Atenção às Pessoas com Diabetes Mellitus publicada no Livro de Atenção Básica número 36 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), propõe-se práticas profissionais de atenção primária centrada na pessoa com DM2, que incluem anamnese, exame físico, exames laboratoriais, e análise subjetiva de sentimentos, ideias, repercussão e expectativas de tratamento (McWILLIAN *et al.* 2010). A estratégia engloba também os parâmetros psicossociais por meio de comunicação, escuta, compreensão e negociação com a equipe. Além disso, os usuários acometidos devem desenvolver habilidades e autonomia para assumir o autocuidado e o autocontrole da doença (AMORIM; SOUZA; COLEHO, 2019).

O autogerenciamento e autocontrole buscam o manejo metabólico e incluem testes para glicemia em jejum e hemoglobina glicada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). A hemoglobina glicada fornece um índice de controle glicêmico por 6 a 12 semanas. Neste teste o paciente visa atingir valores menores ou iguais a 6,5 (BRASIL, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018). Complementando tais ações, faz-se necessário o monitoramento do perfil lipídico (triglicerídeos, colesterol total e suas frações) pelo menos de forma anual, pois tais indicadores e marcadores podem sugerir a associação com outras doenças crônicas como alterações cardiovasculares, obesidade e hipertensão arterial, que podem acarretar resistência à insulina e síndrome metabólica (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Para o autocuidado e o autogerenciamento do DM2 é recomendado que o paciente passe periodicamente por consultas médicas com monitoramento da saúde dos cuidados, incluindo testes bioquímicos, aferição de pressão arterial, medidas de peso e circunferência abdominal, além de avaliação medicamentosa, dietética e de atividade física. O supracitado estudo de Amorin, Souza e Coelho (2010) atenta ainda para o controle da pressão arterial, parâmetro que deve ser avaliado durante consulta, com metas ideais para pressão sistólica e diastólica <130 mmHg e <80 mmHg respectivamente. Outras avaliações podem ser importantes para fechar diagnóstico ou acompanhar o desenvolver da DM, devendo serem feitas avaliações oftalmológicas, da função renal - excreção urinária de albumina - e exame abrangente dos pés. Sabe-se que o número de usuários que comparecem

regulamente às consultas é baixo e isso gera empecilhos para a adesão ao autocuidado e ao autocontrole, que começa com a incorporação de práticas alimentares e atividade física orientadas pelos profissionais da atenção primária à saúde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que o autocuidado e o autocontrole são ações estratégicas que estão centradas no tratamento atual. Além disso, devido ao caráter crônico e aspecto de pandemia, a DM torna-se sensível a AB, tendo papel central na luta e controle do agravo. Os estudos buscam avaliar o exercício das políticas voltadas para o controle da DM, e se estas estão sendo colocadas em prática pela equipe multidisciplinar. Erroneamente o processo de educação em saúde é limitado à transmissão de inúmeras informações corretas a serem assimiladas e colocadas em prática pelos usuários. A literatura demonstrou que existe pouca comunicação e integração entre os níveis primários e secundários, o que se torna um agravante, pois usuários com doenças crônicas como a diabetes fazem uso corriqueiramente destes serviços. Os profissionais de saúde consideraram que as dificuldades de adesão ao tratamento são exclusivamente atribuídas ao usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. D. F.; DOURADO, I. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cad. Saúde Pública**. v.25, n.6, p.1337-49, 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Abridged for Primary Care Providers. **Clin Diabetes**, v.37, n.1, p.11-34, 2019.

AMORIM, M.; DE SOUZA, A. H.; COELHO, A. K. Competences for self-care and self-control in diabetes mellitus type 2 in primary health care. **World journal of diabetes**, v.10, n.8, p.454-462, 2019.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus [Strategy for the Care of the Person with Diabetes Mellitus], 2013. de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diabetes mellitus. 2016. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. D.; BIFF, D. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.20, p.1869-78, 2015.

GAMA, C. A. P.; GUIMARAES, D. A.; ROCHA, G. N. G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v.13, n.1, p.1-16, 2018.

GONÇALVES, C. R.; CRUZ, M. T.; OLIVEIRA, M. P. *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**, v.38, p.26-34, 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**, 8th ed. Brussels, Belgium:International Diabetes Federation, 2017.

MARQUES, M. B.; COUTINHO, J. F. V.; MARTINS, M. C *et al.* Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, v.2, n.53, e03517, 2019.

MCWILLIAM CL, FREEMAN TR. In: Stewart, M., Brown, JB., Weston, McWhinney, IR, McWilliam, C. L. (Org). Medicina centrada na pessoa - transformando o método clínico; 2010. O quarto componente: incorporando prevenção e promoção da saúde [The fourth component: incorporating prevention and health promotion] pp. 119-130.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,

2011. <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NEVES RG, DURO SMS, MUÑIZ J. *et al.* [Structure of primary healthcare units for treating persons with diabetes: Cycles I and II of the Brazilian National Program to Improve Access and Quality]. **Cad Saude Publica**, V.34, n.4, e00072317, 2018.

NISHIJIMA, M.; SARTI, F. M.; VODENSKA, I. *et al.* Effects of decentralization of primary health care on diabetes mellitus in Brazil. **Public Health**, v.166, p.108-120, 2019.

OGURTSOVA, K.; DA ROCHA FERNANDES, J. D.; HUANG, Y *et al.* IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. **Diabetes Res Clin Pract.** v.128, p.40-50, 2017.

OLIVEIRA, J.E.P.; JUNIOR, R.M.M.; VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018, 2017.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H.; SILVA, D. M. G. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, e2882, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Gomer BM, Leraio AC. Oliveria JEP, Montenegro Junior, RM, Venicio S. (Org.) Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017-2018 [Guidelines of the Brazilian Diabetes Society, 2017-2018] <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010.

WHO. World Health Organization (2016). *Global report on diabetes*. Geneva: World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf].