

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS COM DIABETES

Karyne da Silva do Carmo*

Marcelo Medeiros**

Onislene Alves Evangelista de Almeida***

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem****

Margareth dos Santos Zanchetta*****

Walterlânia Silva Santos*****

RESUMO

Objetivo: Compreender as perspectivas de usuários do SUS com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) sobre seu atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Método:** Trata-se de estudo qualitativo de caráter descritivo, desenvolvido por meio de entrevistas gravadas digitalmente, individual, posteriormente transcritas e aplicada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** Entrevistou-se 12 pessoas com DM2, predominando mulheres, de ensino fundamental completo, com média de tempo do referido diagnóstico de seis anos. Essas características reforçaram o uso de diferentes pontos da RAS. Emergiram quatro categorias: Fragilidade da UBS como porta de entrada à RAS, (Des) acolhimento nos diferentes pontos da RAS, Educação em Saúde e Serviços de saúde em RAS, que sumarizaram as percepções desses usuários sobre seu percurso assistencial dentro da RAS, e destacaram dificuldades na comunicação entre os pontos de atenção, na gestão de recursos materiais e humanos. **Considerações finais:** Conclui-se a importância do monitoramento e avaliação das RAS com vistas à qualificação dos processos de trabalho e fortalecimento dos serviços a partir da reflexão crítica das ações, tendo o usuário como protagonista do sistema, além da possibilidade de sensibilizar gestores e profissionais de saúde sobre as articulações dos serviços na composição das RAS.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Assistência à saúde. Integralidade em saúde. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A prevalência da Diabetes Mellitus (DM) no mundo é crescente. Em 1980 essa doença atingia 108 milhões da população mundial. Em 2014 impetrou aproximadamente 422 milhões e pode alcançar 471 milhões de pessoas até 2035. Em 2013 foi estimado que no Brasil 6,3% da sua população maior de 18 anos foi diagnosticada com diabetes, sendo que 7% eram mulheres e 5,4% homens; 9,6% sem instrução ou tinham apenas o ensino fundamental incompleto; 0,6% tinham idade de 18 a 29 anos e 19,9% com 65 a 74 anos. Ainda, estimou-se que em 2014 no Brasil existiam 11,9 milhões de pessoas entre 20 a 79 anos com essa doença e que em 2035 pode chegar a uma margem de 19,2 milhões⁽¹⁻²⁾.

A DM2 se trata de condição crônica que pode trazer complicações micro e macrovasculares: problemas cardiovasculares, retinopatia, lesão renal, neuropatia, amputação de membros. Para diagnóstico ou resolução dessas complicações, a

pessoa que vive com DM2 precisa ser encaminhada para especialistas e/ou diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽³⁾.

No Brasil, em 2014, a diabetes esteve relacionada com a morte de mais de 48 mil pessoas entre 20 e 60 anos. A declaração mundial de 2011, sobre Prevenção e Controle de Doenças Crônicas não transmissíveis (DNCT), coloca a DM2 como uma das quatro condições prioritárias, pois traz impactos na qualidade de vida da pessoa, família e sociedade⁽⁴⁻⁵⁾. Para minimizá-los, necessita-se do envolvimento do indivíduo e de sua rede social no tratamento, assim como a garantia do acesso aos diferentes serviços de saúde, seja na APS ou em outro ponto da RAS.

Os protocolos de atendimento à pessoa com diabetes sinalizam as condutas adequadas, desde a prevenção do agravamento à reabilitação, que são transversais na RAS⁽³⁾. Porém, estudo destacou enfermeiros com dificuldades para reconhecer os elementos constitutivos da RAS⁽⁶⁾, isso pode repercutir no atendimento à pessoa com DM2, já

*Enfermeira. Universidade de Brasília. Brasília, Brasil. E-mail: karynecarmo95@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5070-4434>.

**Enfermeiro. Doutor. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: Marcelo@ufg.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6979-3211>.

***Enfermeira. Mestre. Hospital Universitário de Brasília. Brasília, Brasil. E-mail: onislene@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3878-3699>.

****Enfermeira. Doutora. Universidade de Brasília. Brasília, Brasil. E-mail: taniarehem@unb.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4491-1661>.

*****Enfermeira. Doutora. Ryerson University, Canadá, Toronto. E-mail: margareth.zanchetta@yahoo.ca ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2321-9438>.

*****Enfermeira. Doutora. Universidade de Brasília. Brasília, Brasil. E-mail: walterlania@unb.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6266-8901>.

que esse profissional é um dos principais responsáveis pela classificação de risco na APS⁽³⁾.

Ainda nos serviços de saúde se prioriza o trabalho de modo fragmentado e focado em condições agudas e/ou crônicas agudizadas, pautados no modelo flexneriano. Por sua vez, este modelo fragiliza o atendimento às necessidades de saúde revertendo em baixa resolutividade aos problemas oriundos do contexto que permeia as DCNT⁽⁶⁾. A (re) organização dos serviços nos moldes das RAS⁽³⁾ visa qualificar à assistência prestada e garantir cuidado longitudinal, abrangendo todos os níveis de atenção, desde a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Nesse sentido, a Atenção Primária de Saúde (APS) possui três funções essenciais: resolução, ordenação e responsabilização. A primeira função consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a segunda, em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e tecnologias pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e por fim, corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários, em quaisquer pontos de atenção em que sejam atendidos^(7,8). As RAS visam atender as reais necessidades da população, as doenças crônicas, com destaque a DM2, que vem apresentando crescimento exponencial na população mundial⁽⁹⁾.

Dessa forma, a incidência de DM2 ainda é crescente e sua morbimortalidade impacta de modo incalculável sobre a sociedade. Tal cenário urge um modelo de organização da prestação de saúde que possa efetivamente reverter, senão amenizar, a busca dispendiosa de pessoas com diabetes por serviços assistenciais. Nessa perspectiva este estudo foi conduzido a fim de se apreender a experiência do usuário atendido pela Rede de atenção em saúde.

Assim, na literatura identificou-se estudo sobre avaliação, por meio de indicadores, da RAS ao portador de DM2 (10), no entanto não se encontrou estudo acerca da experiência dos usuários que utiliza os diferentes pontos da RAS, justificando este estudo, com o propósito de subsidiar melhorias e fomentar a reflexão crítica sobre os serviços prestados.

A partir disso, esta investigação objetiva compreender as perspectivas de usuários do SUS com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre seu atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo⁽¹¹⁾, de caráter descritivo⁽¹²⁾, realizada em Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal, localizada em cidade satélite com maior densidade populacional.

Inicialmente, a partir de contato com profissional responsável na referida UBS, e com autorização do gestor da Região Administrativa, acessou-se planilha com a listagem dos usuários com diabetes da área adscrita. Posteriormente, selecionou-se todos os que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: usuários do serviço com idade igual ou superior a 60 anos, sem distinção de sexo, com diagnóstico prévio de DM2, independente do tempo, cadastrados e acompanhados pelos profissionais da equipe de saúde.

Progressivamente, convidou-se aos usuários selecionados, esclarecendo-os sobre riscos/benefícios em participar da pesquisa, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desse modo, após o aceite ao convite para participação deste estudo, agendou-se dia e horário conforme disponibilidade do usuário, e em ambiente reservado, com garantia da confidencialidade e sigilo, iniciou-se a entrevista individual.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2016, por meio de entrevista semiestruturada individual, em média com 30 minutos de duração, fundamentada na questão norteadora “como tem sido o seu atendimento nos diferentes serviços de saúde, inclusive na unidade básica de saúde?”.

Após doze entrevistas, identificou-se a saturação dos dados⁽¹³⁾, e, portanto, encerrou-se o trabalho de campo. Os participantes autorizaram, por meio da assinatura do termo específico, a gravação digital das entrevistas, que após transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo as etapas operacionais propostas por Bardin⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, isto é, a) organização da análise (leitura flutuante); b) codificação (identificação dos núcleos de sentido); c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

Todos os convidados concordaram em participar da pesquisa, e foram designados como E1, E2, E3 ... E12, sendo "E" de entrevistado, seguido do número de ordem de ocorrência da entrevista. O Comitê de Ética de Pesquisa da Fundação de Ensino em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) aprovou o

projeto, CAAE 50367215.5.0000.5553, com o parecer nº 1.355.211.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao sexo, a amostra se constituiu de um homem e onze mulheres. Todos naturais do Nordeste brasileiro. O nível de escolaridade predominou até o fundamental completo, tendo alguns, ensino médio incompleto. A maioria de aposentados, empregados domésticos e autônomos. O tempo de diagnóstico da DM2 relatados pelos participantes, em média, de seis anos. Estes aspectos de caracterização dos participantes, além de refletir a população com DM2 pontuados na introdução deste artigo, também sinalizam pessoas com maior chance de precisar de referências para níveis secundários e terciários da RAS.

Da análise emergiram quatro categorias denominadas: “Fragilidade da UBS como porta de entrada à RAS”, “(Des) acolhimento nos diferentes pontos da RAS”, “Educação em saúde” e “Serviços de saúde em RAS” apresentadas a seguir e posteriormente discutidas com base na literatura pertinente.

Fragilidade da UBS como porta de entrada à RAS

Os entrevistados relataram que a descoberta do diagnóstico de DM2 não se originou de atividades de rastreamento pela APS, mas que ao apresentarem sintomas de descompensação da saúde, os mesmos buscaram atendimento em serviço privado ou em UBS, conforme sinalizado pelas falas a seguir:

“Desconfiei que eu estava com diabetes, vim {na UBS}, fazer o teste e ‘tava’ mais de 500. Aí o médico já mandou eu ir para o hospital, e fiquei lá tomando insulina até controlar a glicemia” (E2).

“[...] a primeira vez que eu fui, foi no médico lá no hospital {privado}, aí fiz aquele exame e ele falou assim: “olha, por enquanto você não vai tomar remédio não. Faz dieta de açúcar, de massas e essas coisas”. Aí depois eu passei pelo cardiologista {de clínica particular} e ele me falou que queria ver a minha glicose de novo, mandou eu fazer o exame e já passou o remédio pra mim tomar” (E5).

[...] ah, eu descobri essa diabetes em uma consulta com o cardiologista, no hospital particular. Aqui, eu só participo do grupo por causa da ginástica (E8).

Desse modo, o diagnóstico da DM2 com

especialista da rede complementar à saúde ou quando manifestou sintomas, diverge da proposta de que a APS funciona como o centro de comunicação da RAS, ou seja, coordenadora do cuidado, e para tanto, porta de entrada preferencial da população na RAS. O cadastramento da população pelos profissionais da UBS se torna fundamental estratégia para investigação de hábitos de vida e conhecer as necessidades da área adscrita, com possibilidade de prevenção de agravos e promoção da saúde^(1,16).

Além disso, a RAS se organiza como um conjunto de pontos de atenção à saúde, os quais se comunicam para ofertar cuidado contínuo e integral aos usuários do Sistema Único de Saúde, sendo que o atendimento por especialistas deveria ser referenciado, quando necessário, pela UBS^(1,16).

A partir destes resultados, o não atendimento inicial para escuta qualificada e realização de exames, correlacionando-os com estratificação de risco, na APS, impulsiona o indivíduo para atendimento em serviços de saúde suplementar, reforçando a fragmentação do cuidado. Outrossim, a resolução de problemas de saúde com especialistas também pode ter impacto negativo na visão da população sobre os serviços oferecidos pela APS.

(Des) acolhimento nos diferentes pontos da RAS

Observou-se nos relatos dos entrevistados que os mesmos não se sentem acolhidos nos pontos da RAS, no sentido de que os processos de trabalho são confusos e o atendimento descortês, a exemplo do distanciamento entre o profissional e o usuário, apontado pela dificuldade de diálogo nos serviços. Aspectos ilustrados pelas falas a seguir:

“Outro dia eu vim pegar meu remédio da diabete e pressão, aí me deu só esse aqui e virou as costas” (E6).

“Hoje em dia está difícil, as pessoas mal olha para o nosso rosto, conversa é difícil a pessoa olhar no olho” (E7).

“[...] Né todo mundo não, mas tem uma parte, esse pessoal da farmácia... Outro dia eu vim pegar meu remédio da diabete,, aí só me deu com ignorância e virou as costas” (E10).

Para garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade do serviço, os profissionais que constituem a RAS precisam identificar e dar respostas efetivas às reais necessidades de saúde dos indivíduos. O acolhimento, diretriz da Política

Nacional de Humanização, trata-se de ferramenta de grande valia para viabilizar os princípios do SUS e os objetivos da RAS. Por meio do acolhimento se constrói a relação de confiança do usuário com o serviço de saúde, promove-se o compromisso, tanto do profissional como do usuário do SUS, e oportuniza-se a resolução dos problemas no próprio contexto^(8,10,16,17).

Dessa maneira, considerando as características do acolhimento, todos os trabalhadores na saúde têm a responsabilidade, direta ou indiretamente, de proporcionar ambiente favorável ao bem-estar do usuário nos serviços de saúde. Por meio dessa prática efetiva também se pode garantir a (re) organização dos processos de trabalho, visto que o acolhimento não se refere apenas a ser educado ou apresentar uma postura polida, mas se colocar à disposição para uma escuta sensível e verdadeiramente interessada ao problema de quem demanda o atendimento, incluindo mostrar-se empenhado no desenvolvimento de suas atividades, quer seja na farmácia ou no fornecimento de informações.

Educação em saúde

Os entrevistados mostraram-se satisfeitos com as explicações sobre alimentação, ao referirem adquirir mais conhecimento e controle sobre a dieta, apesar de também considerarem os assuntos das palestras repetitivos ou entendê-las como acesso às consultas individuais. Ainda, segundo os participantes, as consultas médicas e de enfermeiros, geralmente são realizadas por demandas administrativas, como a troca de receita.

“Aprendo muita coisa, toda vez eu não como mais [algum alimento inadequado], não faço mais as coisas que eu fazia. As palestras dele são muito boas. Antigamente eu falava, ah o que tem eu comer isso, eu não sabia de nada, aí no curso a gente aprende as coisas” (E3).

“O problema das palestras que só fala da alimentação, e eu já sei, mas tem que vir, né?” (E9).

“As palestras e a ginástica é a nossa chance para conseguir consulta [...] porque nas consultas a gente pode trocar as receitas” (E11).

A educação em saúde na APS tem a finalidade de promoção de hábitos saudáveis que minimizem riscos e, assim prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida. Por isto, por meio da educação em saúde se tem a possibilidade de propiciar o

autocuidado de cada indivíduo, incentivando reflexões que acarrete em modificações nos comportamentos e mudanças de práticas dos usuários, mas que seja construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Os usuários com diabetes relataram participar de atividades em grupo, tais como, palestras sobre alimentação apropriada e atividade física. Logo, percebeu-se palestras ministradas com intercurso unilateral e verticalizadas, em que o profissional detém o conhecimento e o disponibiliza aos que o assistem. Nesse sentido, a partir das falas dos participantes, pode-se articular novas práticas educativas, como: dispor as cadeiras em círculos, estimular debates, dar oportunidade para troca de saberes entre todos os envolvidos. Além disso, fundamentados nas críticas relatadas de único conteúdo para as palestras, poder-se-ia englobar temas diversos, incluindo complicações da diabetes, medicamentos (farmacológicos e não-farmacológicos), gestão de sinais e sintomas, entre outros.

Os exercícios físicos, como a ginástica aeróbica, trazem inúmeros benefícios à saúde: melhoram a mobilidade, impede a atrofia muscular e consequentemente prolongam o bem-estar⁽¹⁹⁾. Aliás, as atividades realizadas em grupo também fortalecem os laços de amizade, e de certo modo, diminuem o sofrimento, e o estresse^(18,20-21).

As consultas de enfermagem⁽²²⁾, também se trata de outra oportunidade para trocas de saberes contextualizadas com assuntos que os usuários preferem tratar sob sigilo, direcionam o cuidado singular, compactuando as intervenções com a realidade da pessoa. Essas consultas possuem um grande potencial de melhorar a dinâmica organizacional, principalmente quando se utiliza atendimento com demanda programada, extinguindo solicitação demasiada por consultas com especialistas, e, portanto, não pode se reduzir em troca de receitas.

Serviços de saúde em RAS

A lentidão para agendar consultas com médicos especialistas e agendar exames ou obter seus resultados foi considerada um entrave à capacidade de resolutividade da RAS, segundo os entrevistados, sendo este o motivo que os levam muitas vezes a buscar atendimento na rede privada (consultas e exames com custo direto). Alguns referiram

períodos em que a distribuição de medicamentos ocorre de forma insuficiente à necessidade e demanda de todos os usuários diabéticos, ocorrendo inclusive o desabastecimento de fármacos e insumos, como fita de glicemia. Dessa forma, o usuário/família vê-se obrigado a custear o tratamento, ou mesmo, casos que buscou atendimento por meio da judicialização.

“Os que eu paguei vou fazer ainda que é... acho que é do coração que a menina aqui diz que não faz. [...] cuidando do olho no Hospital de Base porque a minha filha foi lá na Defensoria Pública da Saúde lá no Venâncio 2000 pra conseguir e ela disse que é muito caro, né? [...]. Aí o juiz deu a liminar que precisava” (E1).

“Às vezes eles dão um papel muito cheio de exames né? Aí eu... como aqui muitas vezes demora muito e a gente quer saber logo o que a gente tem, a gente vai esperar por aqui demora demais? aí vai ter de pagar, chega 400, 300 [...] eu que tomo remédio pra diabetes não tem, tem que comprar, tudo que falta tem que comprar, porque você quer tomar né, entendeu? Agora mesmo esse mês faltou, parece que foi 4 remédios ou foi 3, aí eu vou ter de comprar, [...] quando sobra meu dinheiro eu vou lá e compro” (E3).

“O médico me passou uma bateria de exames, “eletro” do coração, do sangue... perto do retorno alguns exames ainda eu não tinha porque não me chamaram pra fazer, então corri e paguei... porque tava perto da consulta. Aí no dia da consulta o médico não apareceu” (E12).

A APS se comunica com várias estruturas operacionais da RAS com o objetivo de ordenar e coordenar o cuidado do paciente, assim permite uma atenção aos usuários que deve ocorrer no tempo, lugar, custo e qualidade certa. A APS encaminha o usuário às consultas com especialistas, quando detecta necessidade, garantindo a continuidade do cuidado. A contrarreferência e o retorno desses encaminhamentos, torna-se essencial para o exercício da coordenação da atenção pela APS^(10,17).

Além disso, a estruturação do SUS estabelece a garantia à assistência terapêutica integral da população, incluindo a assistência farmacêutica. Os medicamentos possuem grande importância no processo saúde-doença, uma vez que aumentam a expectativa e qualidade de vida daqueles que os utilizam⁽²²⁻²³⁾.

Por isso, a aplicação dos recursos financeiros na saúde deve ser racional e eficiente, exigindo um diagnóstico quali e quantitativo das demandas versus ofertas de

serviços no processo de produção da saúde, que permeiem toda a rede articulada da RAS.

O usuário do SUS por vezes sente-se perdido para decidir qual primeiro ponto de atenção procurar diante da sua necessidade, assim é importante divulgar cada vez mais o funcionamento da RAS, mas que de fato o indivíduo e sua família possam confiar. Dessa forma, em geral, os participantes relataram deslocamentos entre serviços desnecessariamente, uma vez que não são esclarecidos sobre o processo de trabalho. Para melhor comunicação entre os pontos é interessante o investimento em tecnologias, que facilite a referência e contrarreferência.

Quanto ao sistema de referência e contrarreferência é de responsabilidade do serviço dar resposta às demandas e necessidades de saúde da sua população, para tanto, é imprescindível investimento, gestão qualificada, profissionais empenhados e usuários empoderados pelo conhecimento.

Dessa maneira, os entrevistados reafirmam a complexidade de viver com DM2, e sinalizam para novos casos dessa condição sejam diagnosticados, uma vez que o olhar desses usuários apontou entraves a partir da porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde, portanto, também com dificuldades do despertar da autonomia do usuário para o envolvimento em seus próprios cuidados, com o intuito de prevenir complicações.

Diante disso, as implicações na prática destes resultados dizem respeito à necessidade de fortalecimento da APS, cujo potencial existe para a prevenção de agravos, mas que ainda apresenta fragilidades. Por isso que o monitoramento avaliativo contínuo, de modo a fortalecer pontos positivos e corrigir falhas, promove uma RAS fortalecida e alinhada aos princípios do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo foi alcançado, ou seja, compreenderam-se quais os caminhos percorridos pelos usuários que vivem com DM2 na rede de atenção à saúde para ter suas necessidades atendidas, desde o diagnóstico, uma vez que as categorias temáticas que emergiram das falas dos entrevistados sumarizam as percepções desses usuários sobre seu percurso assistencial dentro da RAS.

Os resultados mostram que embora a proposta

de atendimento em RAS seja adequada, os participantes do estudo sinalizaram aspectos que versam sobre fragilidades na recepção de suas necessidades na APS, e desta na busca ativa de pessoas com predisposição a desenvolver diabetes, assim como na comunicação entre os pontos de atenção, gestão de recursos materiais e humanos.

Ao compreender a perspectiva exclusiva do usuário com diabetes, ao mesmo tempo em que identificamos como limitação do estudo, nos impulsiona para outras investigações, com a proposta de objeto de pesquisa em diferentes pontos de atenção à saúde da RAS, tanto quanto dos outros agentes do processo de trabalho (gestores e profissionais de saúde).

HEALTH CARE NETWORK IN THE PERSPECTIVE OF USERS WITH DIABETES

ABSTRACT

Objective: To understand the perspectives of SUS users with Diabetes Mellitus Type 2(DM2) about their care in the Health Care Network (RAS). **Method:** This is a qualitative study of descriptive nature, developed through digital individually recorded interviews, later transcribed and applied to the technique of content analysis, thematic modality. **Results:** Twelve people with DM2 were interviewed, predominantly women, with complete elementary education, with a mean time diagnosis of six years. These characteristics reinforced the use of different points of RAS. Four categories emerged: Fragility of UBS as a gateway to RAS, (Un) hosting in the different points of RAS, Health Education and Health Services in RAS, which summarized the perceptions of these users about their care path within the RAS, and highlighted difficulties in communication between the points of care, in the management of material and human resources. **Final considerations:** It is concluded the importance of the monitoring and evaluation of RAS with a view to the qualification of work processes and strengthening of services based on the critical reflection of the actions, having the user as protagonist of the system, besides the possibility of sensitizing managers and professionals on the articulation of services in the composition of RAS.

Keywords: Diabetes mellitus. Delivery of health care. Integrality in health. Primary Health Care.

RED DE ATENCIÓN A LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DE USUARIOS CON DIABETES

RESUMEN

Objetivo: comprender las perspectivas de usuarios del SUS (Sistema Único de Salud) con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) sobre su atención en la Red de Atención a la Salud (RAS). **Método:** se trata de estudio cualitativo de carácter descriptivo, desarrollado por medio de entrevistas grabadas digitalmente, individuales, posteriormente transcritas y aplicada la técnica de análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados:** fueron entrevistadas 12 personas con DM2, predominando mujeres, con enseñanza primaria completa, con promedio de tiempo del referido diagnóstico de seis años. Estas características reforzaron el uso de diferentes características de la RAS. Surgieron cuatro categorías: Fragilidad de la UBS como puerta de entrada a la RAS; Falta, o no, de acogida en los diferentes puntos de la RAS; Educación en Salud; y Servicios de salud en la RAS, que sintetizaron las percepciones de estos usuarios sobre su recorrido asistencial dentro de la RAS, y señalaron dificultades en la comunicación entre los puntos de atención, en la gestión de recursos materiales y humanos. **Consideraciones finales:** se concluye que es importante la supervisión y evaluación de las RAS con el objetivo de calificar los procesos de trabajo y el fortalecimiento de los servicios a partir de la reflexión crítica de las acciones, teniendo el usuario como protagonista del sistema, además de la posibilidad de sensibilizar a gestores y profesionales de salud sobre los trámites de los servicios en la composición de las RAS.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Atención a la salud. Integralidad en salud. Atención Primaria de Salud.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization, 2016. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=069AD99931AA91E00B301DD6448F925C?sequence=1.
2. World Health Organization. Informe mundial sobre La diabetes: resumen de orientación. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16_3_spa.pdf?sequence=1.
3. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica-Diabetes Mellitus. Cadernos de atenção Básica nº 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf.
4. Oliveira JEP, Junior RMM, Vencio S (orgs). Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.
5. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Saúde debate. 2015; 39(104):114-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040563>.
6. Moll MF, Goulart MB, Caprio AP, Ventura CAA, Ogoshi AACM. The knowledge of nurses on health care networks. Rev. enferm. UFPE on line. 2016; 11(1):86-93. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11881p86-93-2017>.
7. Silva KAB, Juliani CMC, Spagnuolo RS, Mori NLR, Baptista SCPD, Martin LB. Challenges in the process of referral of users in health care networks: multiprofessional perspective. Ciênc. cuid. saúde. 2018; 17(3). doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i3.43568>.
8. Marques-Ferreira MLS, Barreira-Penques RMV, Sanches-Marin MJ. Efectividad de una intervención para reducir el miedo a caer en las personas mayores. Aquichan. 2014; 14(2):216-25. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.8>.

9. Santos AR, Carvalho MS, Santos RMM, Anjos SDS, Andrade CS. Production of care in primary health care: a theoretical philosophical understanding. *Ciênc. cuid. saúde*. 2018; 17(3). doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i3.39945>.
10. Santos RSAF, Bezerra LCA, Carvalho EF, Fontbonne A, Cesse EAP. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). *Saúde debate* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 May 14]; 39(spe):268-282. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005368>.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucite, 2012.
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.
13. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with school children. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 May 14]; 71(1): 228-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. 6ª ed. Lisboa: edições 70, 2011.
15. Urquiza MA, Marques DB. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entre textos*. 2016; 16(1):115-144. doi: <http://dx.doi.org/10.5433/1519-5392.2016v16n1p115>.
16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção primária e as redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>.
17. Daniel E. Mais Médicos no Paraná-Acolhimento e o processo de Trabalho na Atenção Básica. *Rev. Med. UFPR* (impr.). 2017; 4(1):5-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i1.52144>.
18. Bomfim ES, Araújo IB, Santos AGBS, Silva APS, Vilela ABA, Yárid SD. Nurse activity on educational practices in the family health strategy. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2017; 11(Suppl)3:1398-402. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i3a13982p1398-1402-2017>.
19. Arutselvi D. Coping with diabetes as an everyday experience: A study from urban Chennai. *Natl. med. j. India*. 2018; 31(1):35-8. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30348924>.
20. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizausus>.
21. Warshaw H, Edelman D. Building bridges through collaboration and consensus: expanding awareness and use of peer support and peer support communities among people with diabetes, caregivers, and health care providers. *J diabetes scitechnol* (Online). 2018. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1932296818807689>.
22. Encarnação PPS, Santos ESA, Heliotério MC. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. *Rev. APS*. 2018; 20(2):273-8. Disponível em: <http://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15998>.
23. Costa KS, Tavares NUL, Mengue SS, Pereira MA, Malta DC, Silva Júnior JBS. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. serv. saúde*. 2016; 25(1):33-44. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000100004>.

Endereço para correspondência: Karyne da Silva do Carmo. Campus Universitário - Centro Metropolitano, Ceilândia Sul Brasília - DF. CEP: 72220-275. E-mail: karynecarmo95@gmail.com

Data de recebimento: 09/12/2018

Data de aprovação: 29/05/2019