



INSUFICIÊNCIAS NA APLICABILIDADE DAS POLÍTICAS DIRECIONADAS AO DIABETES MELLITUS E A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA¹

Maria Aparecida Salci*

Marcelle Paiano**

Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic***

Graziele Adrieli Rodrigues Pires****

Betina Hörner Schlindwein Meirelles*****

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva*****

RESUMO

Objetivo: Avaliar como os profissionais das equipes de saúde da família aplicam as políticas públicas destinadas à assistência ao diabetes mellitus e humanização às pessoas usuárias de insulina. **Método:** Pesquisa qualitativa avaliativa, tendo como base conceitual a Política Nacional de Humanização e o Caderno de Atenção Básica. Participação de 29 profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas e observação das atividades no período de janeiro a maio de 2014 e na análise dos dados, as etapas analíticas da *Grounded Theory*. **Resultados:** Emergiram duas categorias: “Insuficiências na atenção à saúde às pessoas que usam insulina” apresenta as limitações da atenção relacionadas especialmente à educação em saúde; e “A humanização às pessoas que usam insulina na prática cotidiana” é representativa das ausências dos profissionais de saúde relacionadas com a humanização da atenção nesse contexto. **Considerações Finais:** A atenção às pessoas usuárias de insulina apresentou fragilidades, sem uma abordagem que prevenisse os riscos inerentes a esta terapêutica, além de dificuldades no acompanhamento e orientações por parte dos profissionais, com vistas à totalidade e integralidade da atenção em saúde a essa população.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Humanização da assistência. Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, o número de pessoas com diabetes mellitus (DM) mais que duplicou, principalmente em virtude do surgimento do DM tipo 2 em crianças, adolescentes e adultos jovens⁽¹⁾. Pesquisas de projeções estatísticas mundiais do DM estimam que em 2040, 642 milhões de pessoas terão a doença^(1,2).

No Brasil, cerca de 14,3 milhões de pessoas têm a doença e aproximadamente 500 novos casos são diagnosticados por dia⁽³⁾. O país está classificado como o quarto do mundo com a maior prevalência de DM⁽³⁻⁴⁾. Estima-se ainda que quase metade das pessoas com DM não tem conhecimento de seu diagnóstico e, entre as

previamente diagnosticadas, 22% não fazem nenhum tratamento⁽⁵⁾.

Os cuidados que envolvem o DM são considerados complexos; exigem políticas públicas eficientes e exequíveis e profissionais de saúde comprometidos e capacitados para atuar nesse contexto. Além disso, o autogerenciamento da pessoa acometida, que pode sofrer influências de vários fatores intervenientes para seu controle e necessitar uma gama de intervenções para melhorar os resultados e evitar as complicações da doença⁽⁴⁻⁶⁾.

Para tanto, desde 2001 o Ministério da Saúde (MS) vem aprovando políticas públicas para organizar a atenção às pessoas com DM na Atenção Primária à Saúde (APS). Os documentos

¹Extraído do banco de dados da tese, intitulada “Atenção Primária à Saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da complexidade”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no ano de 2015.

*Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: masalci@uem.br ORCID ID: 0000-0002-6386-1962.

**Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: marcellepaiano@hotmail.com ORCID ID: 0000-0002-7597-784.

***Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: catradovanovic@uem.br ORCID ID: 0000-0001-9825-3062.

****Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: graziele_rodriguespires@hotmail.com ORCID ID: 0000-0002-9673-9218

*****Doutora em Enfermagem. Professora titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista Produtividade CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: betina.hsm@ufsc.br ORCID ID: 0000-0003-1940-1608

*****Doutora em Enfermagem. Professora titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista produtividade CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: denise_guerreiro@hotmail.com ORCID ID: 0000-0002-9502-3242

oficiais que embasam a reorganização da assistência ao DM têm como finalidade subsidiar tecnicamente os profissionais da APS, principalmente os que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF). Estes profissionais são considerados os atores principais para reorganizar a atenção ao DM e asseguram às pessoas com DM o acesso gratuito a medicamentos, materiais e insumos necessários para o tratamento, controle e monitorização da doença⁽⁷⁾.

Apesar de direcionadas a uma população específica, as políticas destinadas ao DM comportam uma articulação com diversas outras políticas de atenção em saúde do MS. Nesse estudo, atenta-se para a Política Nacional de Humanização⁽⁸⁾ (PNH), que perpassa transversalmente todas as demais políticas públicas no contexto da saúde.

A PNH está assentada em três princípios fundamentais: a transversalidade; a indissociabilidade; e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos. A transversalidade busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e comunicação entre as pessoas e grupos. A indissociabilidade deve existir entre atenção e gestão, em que trabalhadores e usuários buscam conhecer o funcionamento da gestão dos serviços e da rede de saúde, e participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e ações de saúde coletiva. Na afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens e as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Isso porque, um serviço de saúde humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde⁽⁸⁾.

São consideradas as seguintes condições: necessidade de avaliações periódicas nos serviços de saúde para agregar melhorias na qualidade da assistência; o alto contingente de pessoas com DM atendidas na APS; as especificidades e necessidades frente ao uso da insulina; e o imperativo da implementação da PNH nessa atenção. Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: considerando a Política Nacional de Humanização, como os profissionais de saúde aplicam na atenção às pessoas com DM usuárias de insulina na APS? Para tanto, o objetivo desse

estudo foi avaliar como os profissionais das equipes de saúde da família (eSF) aplicam as políticas públicas destinadas à assistência ao diabetes mellitus e humanização às pessoas usuárias de insulina na APS.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa que teve como bases conceituais as políticas de saúde do Ministério da Saúde (MS) para a Atenção às pessoas com diabetes mellitus na APS⁽⁷⁾ e a Política Nacional de Humanização⁽⁸⁾, e como referencial metodológico, a pesquisa avaliativa.

O local escolhido para a pesquisa foi um município de médio porte localizado no Estado do Paraná. Os participantes do estudo foram profissionais de saúde da eSF que atendiam pessoas com DM na prática cotidiana. A seleção dos participantes ocorreu a partir dos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), com busca pelas eSF que tivessem maior número de pessoas com DM cadastradas na área de abrangência. O critério de inclusão englobou as equipes com os profissionais médicos e enfermeiros do quadro funcional. Pelo critério de exclusão, foram eliminados os profissionais em licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

O período da coleta de dados foi entre janeiro e maio de 2014, por meio de entrevista individual com todos os participantes e observação das atividades desenvolvidas pelos profissionais na atenção às pessoas com DM. Foi realizada uma entrevista com cada participante, com duração média de 90 minutos. Todas foram gravadas em áudio e realizadas no local de escolha dos participantes, que foi a Unidade Básica de Saúde onde exerciam a função profissional. As questões realizadas aos profissionais de saúde envolviam principalmente: como as pessoas com DM eram atendidas naquela UBS; como era o atendimento das pessoas que iniciavam o uso da insulina; como acontecia a educação em saúde a essas pessoas; e como era realizado e programado o acompanhamento longitudinal dessa população.

A técnica de observação das atividades desenvolvidas pelos profissionais na atenção às pessoas com DM subsidiou e confirmou os dados das entrevistas, forneceu suporte e originalidade à pesquisa avaliativa qualitativa e auxiliou a

interpretação dos dados resultantes das entrevistas. Foram realizadas 18 idas ao campo, em um total de 40 horas de atividade. Ao término da observação, ainda na UBS, os dados foram registrados em diários de campo contemplando: notas de observação (NO); registros das informações obtidas nas observações; notas técnicas (NT); registro das interpretações feitas pelo pesquisador; e notas metodológicas (NM); registro das estratégias utilizadas durante a coleta de dados⁽⁹⁾.

Após a transcrição das entrevistas, foi utilizado o *software* ATLAS.ti 7.1.7 - licença de número 58118222, como auxílio para análise. Foram aplicadas no *software* as etapas analíticas (codificação aberta e codificação axial) da *Grounded Theory*⁽¹⁰⁾. Na etapa da codificação aberta, as entrevistas foram codificadas e os códigos foram agrupados e reagrupados para avaliar como os integrantes das eSF atuavam na atenção às pessoas com DM usuárias de insulina frente às políticas públicas que constituíram as bases teóricas adotadas no estudo. Na etapa de codificação axial, os códigos foram reunidos em torno do eixo investigado e organizados nas categorias apresentadas no estudo.

O trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com parecer de número 466.855 e obtida autorização da Secretaria de Saúde do município onde foi realizada a pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para uma segura preservação de suas identificações, os depoimentos foram descritos utilizando a profissão que ocupavam, seguidos da letra P e um número correspondente à inclusão da sua entrevista no *software* utilizado.

Trata-se de um recorte do banco de dados da tese intitulada “Atenção Primária à Saúde e a prevenção das complicações crônicas às pessoas com diabetes mellitus à luz da complexidade”, defendida em 2015 no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que teve apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio de uma bolsa de doutorado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa foram 29 integrantes de cinco eSF, sendo cinco enfermeiros,

cinco médicos, quatro auxiliares de enfermagem e 15 agentes comunitários de saúde (ACS). Apenas dois médicos eram do sexo masculino. A idade variou de 24 a 59 anos; a categoria profissional de maior idade foi a dos ACS e a de menor idade foi a dos médicos. Quanto ao tempo de atuação na eSF, houve uma variação de quatro meses a 14 anos. Apenas dois participantes estavam inseridos nesse modelo de atenção havia menos de um ano.

Com relação à escolaridade, a categoria das enfermeiras havia cursado especialização, com exceção de uma que possuía mestrado; dentre os médicos, somente um ainda era graduado, os demais eram especialistas. Todas as auxiliares de enfermagem possuíam ensino médio e curso Técnico em Enfermagem, e uma delas era graduada em Serviço Social. Entre as ACS, apenas uma possuía o ensino médio incompleto, as demais tinham concluído esse ensino.

Foram constatadas várias insuficiências na atenção às pessoas com DM usuárias de insulina no contexto avaliado, apontando um distanciamento entre os profissionais de saúde e os direcionamentos das políticas específicas para a atenção ao DM, e na política de humanização. Os resultados estão apresentados em duas categorias.

A primeira categoria “Insuficiências na atenção à saúde às pessoas que usam insulina” apresenta as limitações da atenção relacionadas especialmente com a educação em saúde, tendo como referência as políticas públicas voltadas à atenção às pessoas com DM na APS. A segunda categoria, “A humanização às pessoas que usam insulina na prática cotidiana”, é representativa das ausências dos profissionais de saúde no que se refere à humanização da atenção nesse contexto.

Insuficiências na atenção à saúde às pessoas que usam insulina

A atenção oferecida às pessoas que usam insulina no cenário avaliado mostrou seu acesso ao tratamento e o recebimento dos materiais e insumos necessários para o Auto Monitoramento da Glicemia Capilar (AMGC) no domicílio, apesar da entrega ocorrer sem acompanhamento sistematizado, com vistas à totalidade das pessoas com DM.

Para iniciar o uso de insulina, primeiramente era realizado um cadastro na Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de receber o aparelho para AMGC. Feito isso, a pessoa se deslocava ao

serviço de saúde que distribuía a insulina uma vez por mês para recebê-la e frequentava o grupo HIPERDIA, destinado ao atendimento das pessoas com DM e hipertensão arterial, que ocorria a cada dois ou três meses, dependendo a agenda da eSF.

Em todas as UBS, havia uma lista com o nome das pessoas que faziam uso de insulina, o que facilitava seu acompanhamento sistemático, com uma supervisão direta dos cuidados envolvidos no uso correto dessa medicação. Os resultados do estudo apontaram que o modo de operacionalização da prática cotidiana pelos profissionais de saúde não era suficiente para a atenção integral e ocasionava insuficiências no acompanhamento a essa população.

O paciente pega o aparelho aqui. Por isso, seria mais fácil acompanhar. Você sabe quem é o paciente que você está dando o aparelho, você sabe quem é o paciente que toma insulina. É assim, quem faz uso de insulina, eu sei quem faz uso, mas eu não faço acompanhamento dessa pessoa que usa insulina. Porque ela vem no grupo, pega a insulina e vai embora. Então, eu não sei como ela usa essa insulina. Eu nem sei o quanto de insulina ele toma, se administra corretamente, eu não sei **(Enfermeira-P1)**.

Apesar da entrega do aparelho para a AMGC ocorrer na UBS de referência do usuário, a distribuição da insulina era centralizada em algumas UBS de referência, fato mencionado como insuficiente tanto para as pessoas se locomoverem em busca da medicação, como para o profissional desenvolver uma atenção mais participativa.

A insulina, ele não pega aqui, porque esse posto não distribui insulina, ele vai pegar na UBS X ou na UBS Y, e é isso, acabou. É esse o atendimento... só entrega da medicação **(Enfermeira-P2)**.

A insulina tem papel fundamental para o controle dos níveis glicêmicos. Ademais, para os demais tipos de DM, exceto para as pessoas com DM tipo 1, esse tratamento não é a primeira escolha. Este fato deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde para o sucesso da pessoa com essa terapêutica⁽³⁾.

Em nenhuma das eSF entrevistadas havia uma atenção direcionada especificamente às pessoas com DM usuárias de insulina. Em alguns momentos esporádicos, havia um profissional que passava uma orientação mais geral sobre o transporte e o condicionamento dessa medicação.

Entretanto, os participantes do estudo não relataram um momento de educação em saúde mais sistematizado, com troca de informações entre os profissionais e os usuários e investigações sobre a administração correta dessa medicação. Havia o reconhecimento dos participantes, embora sem ações direcionadas ao estímulo da mudança comportamental e o empoderamento do usuário para cumprir o preconizado pelas políticas estabelecidas.

[...] esse é um ponto que precisamos arrumar. Porque não tem uma direção certa, não tem certinho quem vai ter essa função de dar orientação ao paciente. Geralmente, é quando ele vai pegar a insulina na farmácia, mas nós não sabemos como estão sendo passadas essas informações e, às vezes, mesmo com orientação, os pacientes usam errado. É algo que precisamos ver como melhorar. Às vezes, eles não entenderam, mas não falam porque têm vergonha [...] **(Médica-P31)**.

Conforme instituído pelas políticas públicas para o DM, a condição para o recebimento gratuito de todo o tratamento, incluindo a insulina, é que a pessoa esteja inscrita em programas de educação especial para esta condição⁽⁷⁻⁹⁾. Diante disso, é necessário que os profissionais de saúde utilizem esses espaços para trabalhar efetivamente a complexidade da terapêutica, no sentido de o paciente apresentar uma resposta positiva para prevenir as complicações provocadas pelo DM, já que vários estudos mencionam a prevenção como prática mais efetiva para evitar complicações^(5,11).

Ainda é preconizado o acompanhamento dos programas de educação em saúde por uma equipe multidisciplinar após a definição do tratamento medicamentoso, para avaliar a evolução da doença, a adesão às orientações, o empoderamento da pessoa e sua autonomia para autogerir a doença⁽⁷⁾.

As políticas públicas do MS destinadas às pessoas com DM também preveem seu atendimento em conjunto com as pessoas portadoras de hipertensão arterial (HA). No entanto, muitas vezes, os profissionais de saúde acabavam direcionando o atendimento mais às pessoas com HA do que àquelas com DM, sem diferenciar as que usavam insulina nesse grupo, e dessa forma, se eximindo das responsabilidades exigidas por essa condição crônica, como ausência de uma avaliação longitudinal sobre o uso correto ou não dessa medicação pelas pessoas.

[...] no grupo, é vista a pressão, altura, peso,

circunferência abdominal e se ela faz uso de insulina, nós fazemos a glicemia, que foi um avanço. Porque até um ano atrás eu falei: “pessoal, quem é diabético nesse grupo?” Aí eu lembrei! Porque nem a glicemia era vista. Eu perguntei quem era diabético e eles levantaram a mão. Eu falei para a minha equipe: “pessoal, dentro desse grupo vamos assinalar quem é diabético, porque precisamos saber”. E elas não sabiam, só chamavam os hipertensos. E percebemos que os diabéticos estavam esquecidos dentro do grupo. Então, começamos a ver a glicemia, e não faz muito tempo [...] **(Enfermeira-P1)**.

[...] O paciente que usa insulina, ele é apenas mais um. Porque, o que acontece: quando o doutor passa insulina, ele orienta para a pessoa ir buscar e voltar aqui para a gente passar instrução, para ela ou para a pessoa que vai aplicar em casa. Então, aqui a gente passa orientação e fala, se tiver alguma dúvida, é para voltar, mas não se tem aquela coisa de ficar atrás do paciente, só no dia do grupo mesmo. É, mas não basta eu orientar, é preciso ir lá ver como ela está fazendo em casa, e isso a gente não faz [...] **(Auxiliar de Enfermagem-P8)**.

Estudo revela que a insulina está entre os cinco medicamentos que mais causam danos aos pacientes. Assim, um dos maiores problemas da utilização de insulina tem relação com a dificuldade de as pessoas administrarem corretamente a medicação, principalmente as mais idosas⁽³⁾. Um dos erros mais comuns é com relação à dose, que, além de expor o paciente ao risco de usar quantidades excessivas ou subdoses, compromete o alcance do controle glicêmico desejável⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Na literatura, é consenso que com o tratamento inadequado de DM e frequentes oscilações na glicemia, a ocorrência de complicações crônicas é praticamente inevitável. Este fato pode levar a consequências graves como cegueira irreversível, nefropatias, acidentes cardiovasculares, impotência sexual, possibilidades de infecções frequentes e amputações de membros, gerando incapacidades e alto grau de limitações nas atividades de trabalho e lazer, perda da qualidade de vida, morte súbita, entre outras^(7,15).

Na primeira abordagem para início do tratamento terapêutico com insulina, além de todos os cuidados técnicos para transporte, acondicionamento, preparo, administração e descarte correto dos resíduos e lixo, os profissionais de saúde também devem investigar sobre a acuidade visual. Em estudo realizado com

pessoas que usam insulina, foi identificada diminuição da acuidade visual para perto em um número expressivo de pacientes com DM e nos cuidadores informais que preparavam doses de insulina, ocasionando aumento de risco na administração dessa medicação⁽¹²⁾.

As insuficiências na atenção às pessoas com DM que utilizavam insulina ocasionam uma lacuna nessa atenção. O estudo também revelou a existência de vários momentos oportunos para o acompanhamento sistemático, que poderia ocorrer tanto no âmbito individual como coletivo, configurando a aplicabilidade de ações de educação em saúde às pessoas com DM usuárias de insulina, conforme estabelecido pelas políticas públicas destinadas a esse público.

A humanização às pessoas que usam insulina na prática cotidiana

Essa categoria aborda as insuficiências na prática cotidiana da aplicabilidade da política de humanização na atenção às pessoas que usam insulina, relacionadas com a ausência de estratégias no atendimento a essa população. Seu atendimento era centrado na consulta médica, com entrega de receitas, sem planejamento para a realização de visita domiciliar e flexibilidade dos profissionais para um atendimento diferenciado, com demora nos atendimentos dentro da UBS e ausência de privacidade no atendimento, o que interferia no diálogo e na realização do exame físico.

Os participantes do estudo revelaram não conseguir colocar em prática as políticas de humanização na APS e reconheceram que essa falta ocasionava um atendimento vago e superficial.

[...] falta um pouco a pessoa deixar de ver o paciente só pelo lado profissional, entende? Às vezes, temos que nos colocar no lugar do paciente. Se fizesse isso, as coisas seriam melhores. Por exemplo, um paciente que tem mais dificuldade para vir aqui na UBS e está com o diabetes alterado, o atendimento poderia ser de outra forma, entendeu? Poderia ser realizada visita domiciliar para ver a realidade dele e fazer as orientações necessárias [...] **(ACS-P12)**.

[...] eu não consigo realizar o exame físico. Com o tempo que eu tenho para atendimento, isso fica inviável, eu não consigo [...] **(Médico-P9)**.

Os apontamentos com relação às insuficiências

na política da humanização tinham relação com: ausência de visita domiciliar para as pessoas com dificuldade de controle do DM e em uso de insulina; pouco conhecimento das ACS para orientar as pessoas com DM, principalmente os usuários de insulina; demora na realização de atendimentos dentro da UBS sem justificativas aparentes; atendimento apenas dentro do limite mínimo estipulado para consultas, sem flexibilidade dos profissionais para resolução de alguns casos eventuais.

Só tem um dia de visita domiciliar, e nesse dia vamos aos acamados. Mas eu acho que poderíamos fazer mais! Nos dias que está mais tranquilo, poderíamos ir nos pacientes que não estão conseguindo fazer o controle da glicemia, para fazer orientação. [...] eu acho que falta um pouco mais de humanidade, vamos dizer assim, um pouco de amor. E também, a gente ter um pouco mais de informação para passar para esses pacientes, para orientarmos certo [...] (ACS-P12).

Eu fico revoltada com algumas coisas.... Eu não consigo entender por que, como o profissional consegue ver uma pessoa precisando dele e dar as costas, as pessoas não vêm aqui porque querem, é porque precisam. Se os médicos cuidassem mais disso, o SUS no Brasil não seria tão ruim. Aqui é assim: acabaram as consultas do dia, eles nem ficam, vão embora, não querem saber se vai chegar uma pessoa precisando (ACS-P18).

Em estudo que avaliou a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da APS às pessoas com DM na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, foi identificada uma assistência centrada no modelo biomédico, com desarticulação entre os profissionais da ESF e usuários, família e comunidade, e a ausência de estratégias diretivas para implementação das políticas públicas para o DM na prática assistencial⁽¹⁶⁾.

Outra insuficiência para a política da humanização relatada pelos participantes foi a ausência de privacidade das pessoas com DM durante os atendimentos coletivos. Além de inibir os relatos dos problemas pelos usuários, isto limitava a assistência pela ausência de exame físico nessa avaliação. Este fato pode prejudicar as pessoas com DM, por não terem os pés, nem os locais de administração da insulina avaliados na busca de alterações que possam influenciar a absorção do medicamento.

Exame físico, nem sonha acontecer. Nem do diabético e nem de ninguém. Se alguém falou que faz, é mentira! [...] a sala de atendimento fica aberta, e você viu que o atendimento não demora. E em grupo também não tem. No grupo não dá. A consulta de enfermagem que eu faço é da criança e da gestante, quando eu abro o pré-natal. Agora do diabético e hipertenso, o exame físico mesmo, não fazemos, não olhamos nada [...] (Enfermeira-P1).

Em relação à estrutura do Posto, eu acho que atendimento daquele jeito, todo mundo junto nos grupos do HIPERDIA, acho que não dá certo, porque o paciente quer falar as coisas para o doutor e fica com vergonha, porque todo mundo está ouvindo. Eu não concordo com o grupo daquele jeito, com o horário, porque eles têm que chegar muito cedo. O doutor quer chegar e estar tudo pronto para ele passar a receita. E, se não está pronto, ele atende mal os pacientes (ACS-P13).

É importante considerar que a PNH, como uma política pública transversa e atuante nos eixos norteadores em todas as esferas do SUS, conjectura a atuação dos profissionais de saúde a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho⁽⁸⁾ e requer a integração dos profissionais na assistência às pessoas com DM usuárias de insulina na APS.

Assim, a PNH, além do respeito ao direito das pessoas usuárias, apoia processos de mudanças nos serviços para torná-los mais acolhedores, atender as necessidades objetivas e subjetivas das pessoas e promover uma gestão participativa, ampliando o diálogo entre os gestores dos serviços, os profissionais de saúde e a população. Dentre as diretrizes da PNH estão o acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos do usuário⁽⁸⁾.

Em estudo realizado na África do Sul junto a pessoas com DM tipo 2 atendidas no nível primário, foi identificado que a falta de informações e a dificuldade de os profissionais de saúde desenvolverem a educação em saúde gerou insatisfação nas pessoas com o serviço⁽¹⁷⁾. A prática acolhedora e integral, que expressa compromisso com as pessoas, é imprescindível para qualificar o serviço, promover resolutividade e benefícios a saúde dos usuários⁽⁶⁾.

Como a APS é o nível de maior abrangência à população e a porta de entrada para o sistema de saúde, espera-se o resgate de seus princípios, principalmente o da integralidade do cuidado, com

vistas ao autocuidado seguro, preparando as pessoas para serem atuantes, proativas e partícipes na gestão de seus processos saúde/doença como seres empoderados e autônomos nessa atenção⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar como os profissionais das eSF aplicam as políticas públicas destinadas à assistência ao DM e humanização às pessoas usuárias de insulina na APS revelou um cenário muito aquém do estabelecido no arsenal teórico dessas políticas. As insuficiências apontadas evidenciaram uma atenção fragilizada às pessoas que usam insulina, sem uma abordagem que previna os riscos inerentes a esta terapêutica. Na avaliação, além dessas pessoas não serem acompanhadas e orientadas adequadamente, a humanização da atenção também foi comprometida, com insuficiências nas atitudes dos profissionais de saúde no que tange a valorização das pessoas em sua totalidade e integralidade.

Para promover a reestruturação e ampliação do atendimento humanizado, resolutivo e de qualidade para as pessoas com DM, é necessária uma atuação dos profissionais de saúde e gestores para promover múltiplas intervenções capazes de evitar complicações crônicas. Aos profissionais de

saúde, em especial da enfermagem, é dada tal responsabilidade por serem compreendidos como os sujeitos encarregados pela aplicação das políticas públicas ou partes delas, na prática cotidiana de um coletivo.

Como limitações, o estudo foi realizado em um único município e teve profissionais de saúde de cinco eSF como participantes. Sugere-se a realização de novas pesquisas em outras localidades, para proporcionar discussões abrangentes, capazes de promover mudanças, pois os dados aqui apresentados foram indicativos de que a atenção às pessoas com DM usuárias de insulina não contempla a assistência prevista nas políticas públicas estabelecidas a esse público.

Como contribuição para a assistência, espera-se sensibilizar profissionais de saúde e gestores para mudanças de atitudes que promovam melhorias nessa atenção. Para o ensino, espera-se que o processo de formação sensibilize os alunos que serão os futuros profissionais de saúde, para sua atuação de maneira a abranger a totalidade das pessoas com DM usuárias de insulina. Para a pesquisa, que esse estudo desperte novos olhares e novas buscas na intenção de realizar intervenções capazes de contribuir com as necessidades do serviço e dos profissionais de saúde para novas atuações com essa população.

DEFICIENCIES IN THE APPLICABILITY OF POLICIES DIRECTED TO DIABETES MELLITUS AND HUMANIZATION IN PRIMARY CARE

ABSTRACT

Objective: To evaluate how the professionals of the family health teams conduct public policies aimed at assisting diabetes mellitus and humanization to people using insulin. **Method:** Qualitative evaluative research, based on the National Humanization Policy and the Primary Care Plan as a conceptual basis. Participants were 29 professionals working in the Family Health Strategy. For data collection, interviews and observation of activities from January to May 2014 were used and, the analytical steps of Grounded Theory were used in the data analysis. **Results:** Two categories emerged: "Deficiencies in health care for people who use insulin" presenting the limitations of care related especially to health education; and "The humanization of people who use insulin in daily practice" illustrative of the absences of health professionals related to the humanization of care in this context. **Final Considerations:** Care for people using insulin showed weaknesses, without an approach that would prevent the risks inherent in this therapy, in addition to difficulties in monitoring and guidance by professionals, with a view to the totality and comprehensiveness of health care for this population.

Keywords: Diabetes mellitus. Humanization of Assistance. Primary Health Care. Health Services Research.

INSUFICIENCIAS EN LA APLICABILIDAD DE LAS POLÍTICAS DIRIGIDAS A LA DIABETES MELLITUS Y LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN

Objetivo: Evaluar cómo los profesionales de los equipos de salud de la familia aplican las políticas públicas dirigidas a la atención a la diabetes mellitus y humanización a las personas usuarias de insulina. **Método:** investigación cualitativa evaluativa, teniendo como base conceptual la Política Nacional de Humanización y el Cuaderno de Atención Básica. Participación de 29 profesionales que actúan en la Estrategia Salud de la Familia. Para la recolección de datos, fueron

utilizadas entrevistas y observación de las actividades en el periodo de enero a mayo de 2014 y en el análisis de los datos, las etapas analíticas de la *Grounded Theory*. **Resultados:** surgieron dos categorías: "Insuficiencias en la atención a la salud a las personas que usan insulina" presenta las limitaciones de la atención relacionadas especialmente a la educación en salud; y "La humanización a las personas que usan insulina en la práctica cotidiana" es representativa de las ausencias de los profesionales de salud relacionadas con la humanización de la atención en este contexto. **Consideraciones Finales:** la atención a las personas usuarias de insulina presentó fragilidades, sin un abordaje que previniera los riesgos inherentes a esta terapéutica, además de dificultades en el acompañamiento y las orientaciones por parte de los profesionales, con objeto de la totalidad e integralidad de la atención en salud a esta población.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Humanización de la atención. Atención primaria de salud. Evaluación de servicios de salud.

REFERÊNCIAS

- Zimmet PZ. Diabetes and its drivers: the largest epidemic in human history? *Clinical Diabetes and Endocrinology*. 2017; 3(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40842-016-0039-3>
- International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes ATLAS*. [on-line]. 2015. [citado em 26 abr 2017]. Disponível em: file:///C:/Users/Sony/Downloads/IDF_Atlas%202015_UK.pdf
- Oliveira JEP, Vencio S. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes. São Paulo: A.C. Farmacêutica. [on-line]. 2016. [citado em 17 set 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/den/Downloads/DIRETRIZES-SBD-2015-2016-2.pdf>
- Teston EF, Serafim D, Cubas MR, Haddad MCL, Marcon SS. Fatores associados ao conhecimento e à atitude em relação ao diabetes mellitus. *Cogitare enferm*. 2017; 22(4): e50850. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.50850>
- American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in Diabetes - 2016. *Diabetes Care*. [on-line]. 2016. [citado em jun 20 2017]; 39(S1):1-19. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc16-S003>
- Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMVG. An insight to prevention of chronic complications of diabetes in the light of complexity. *Texto & contexto enferm*. 2018;27(1): e2370016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018002370016>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus. Brasília; [on-line]. 2013. [citado em 17 set 2017]. 1(36):160. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização-PNH. Brasília; [on-line]. 2013. [citado em 17 set 2017]. 2(1): 256. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/acervo/cadernos-humanizausus-volume-2-atenc%cc%a7a%cc%83o-basica/>
- Prado ML, Del Valle AMQ, Ortiz LGC, González ER. El diseño en la investigación cualitativa. In: Prado ML, Souza ML, Carraro TE. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Washington: Paltext; 2008. P. 87-100. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51581>
- Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Moreschi C, Rempel C, Backes DS, Pombo CNF, Siqueira DF, Pissai LF. Ações das equipes da ESF para a qualidade de vida das pessoas com diabetes. *Cienc Cuid Saude*. 2018; 17(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i2.41000>
- Carvalho GC, Freitas RW, Araújo MF, Zanetti ML, Damasceno MM. Visual acuity in the management of diabetes mellitus: preparation of the insulin dose. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(1):25-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700005>
- Cunha GH, Barbosa RVA, Fontenele MSM, Lima MAC, Franco KB, Fechine FV. Insulin therapy waste produced in the households of people with diabetes monitored in Primary Care. *Rev. Bras. Enferm*. 2017; 70(3):618-625. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0406>
- Souza JD, Baptista MHB, Gomides DS, Pace AE. Adherence to diabetes mellitus care at three levels of health care. *Esc. Anna Nery*. 2017; 21(4): e20170045. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0045>
- American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes 2015: summary of revisions diabetes care. *Diabetes Care*. [on-line]. 2015 [citado em jun 20 2017];38(S1):S4. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc15-S003>
- Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2017; 25:e2882. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
- Steyl T. Satisfaction with quality of healthcare at primary healthcare settings: perspectives of patients with type 2 diabetes mellitus. *S Afr J Physiother*. 2020; 76(1):1321. DOI: 0.4102/sajp.v76i1.1321.
- Araújo LO, Souza ES, Mariano JO, Moreira RC, Prezotto KH, Fernandes CAM, et al. Risk of developing diabetes mellitus in primary care health users: a cross-sectional study. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(4):77-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.50195>
- Mendes EV. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(2):431-435. DOI: 10.1590/1413-81232018232.16152017

Endereço para correspondência: Maria Aparecida Salci. Universidade Estadual de Maringá. Avenida Colombo, 5790, sala 03, bloco 01, CEP: 87020-900. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: masalci@uem.br

Data de recebimento: 25/06/2019

Data de aprovação: 24/04/2020

Apoio Financeiro:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Concessão de bolsa de doutorado à primeira autora.