

BUSCANDO A INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO DIABÉTICO: DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

Aline Corrêa de Souza*
Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha**
Andréa Márian Veronese***

RESUMO

O presente artigo se constitui de uma reflexão sobre o atendimento ao indivíduo diabético em dois serviços de saúde de níveis de complexidade diferentes, buscando propor ações que possam promover um atendimento integral a essa população. A justificativa de se discutir essa população se deve ao crescimento da expectativa de vida dos brasileiros, do qual resulta o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes *mellitus*, no quadro de prioridades em saúde pública nacional. O princípio da integralidade previsto no Sistema Único de Saúde pode ser traduzido como um atendimento em que ocorra interação entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, tendo o indivíduo acesso aos serviços de que necessita para resolver as suas necessidades de saúde. Este artigo baseia-se nas experiências das autoras em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e em Unidades do Programa de Saúde da Família, bem como na literatura científica. Consta-se ainda que, em ambos os serviços, é possível ampliar a perspectiva da prática assistencial, havendo possibilidade de enfermeiros tornarem visível seu saber específico prestando uma assistência integral à saúde do portador de diabetes *mellitus*.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Assistência Integral à Saúde. Enfermagem em Emergência. Atenção Primária à Saúde.

ATENDIMENTO INTEGRAL AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

De acordo com a Constituição de 1988, o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser integral, priorizando as ações preventivas sem prejuízo aos outros serviços assistenciais⁽¹⁾. Dessa forma, o princípio da integralidade pode ser traduzido como um atendimento em que ocorra interação entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, tendo o indivíduo acesso aos serviços de que necessita para resolver as suas necessidades de saúde⁽²⁾. Consta-se a existência de muitos obstáculos que dificultam a realização desse princípio nas ações dos profissionais, e, principalmente, na identificação das necessidades de saúde dos usuários.

As necessidades de saúde englobam quatro aspectos: o reconhecimento das boas condições de vida, a necessidade de se ter acesso e de se

poder consumir toda a tecnologia de saúde necessária para melhorar e prolongar a vida, a criação de vínculos afetivos entre usuários e uma equipe ou profissional de saúde e a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida⁽³⁾. A identificação das necessidades de saúde dos usuários visa à produção de um cuidado integral.

A proposta é refletir, com base na literatura científica, sobre o atendimento ao portador de diabetes *mellitus* (PDM), buscando propor ações que possam promover um atendimento integral a essa população. Para ilustrar esta reflexão será apresentada também uma discussão sobre as experiências das autoras em dois serviços de saúde de níveis de complexidade diferentes: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e unidades do Programa de Saúde da Família (PSF).

A justificativa de se discutir essa população se deve ao crescimento da expectativa de vida

¹Artigo elaborado na Disciplina Fundamentos e Práticas de Enfermagem do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE/UFRGS).

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da EE/UFRGS.

**Enfermeira. Doutora. Professora da EE/UFRGS – Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da EE/UFRGS.

***Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da EE/UFRGS. Enfermeira do SAMU – Porto Alegre.

dos brasileiros, cujo resultado é o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes *mellitus* (DM), no quadro de prioridades em saúde pública nacional. Estudos de prevalência do DM no Brasil⁽⁴⁾ mostram uma média geral de 7,6%; já no município de Porto Alegre este número é ainda maior, chegando a 8,89% da população. Estima-se que existem no Brasil cerca de 4 milhões e 500 mil PDMs, dos quais cerca de 2 milhões desconhecem sua condição de diabético⁽⁴⁾ e muitos serão identificados apenas quando apresentarem uma complicação crônica e irreversível da doença.

Esses dados mostram a necessidade de pensar sobre esta situação com vista a propor políticas de saúde que promovam a saúde e previnam os danos causados pelas complicações do DM, promovendo a qualidade de vida da população.

Neste contexto, o profissional enfermeiro tem um importante papel, podendo trabalhar de forma a articular o atendimento e a equipe de saúde. Concorde-se com autores que referem que os profissionais de saúde podem desenvolver práticas inovadoras de acordo com o contexto de sua população, buscando a integralidade no seu atendimento⁽²⁾.

Considerando os desafios acima mencionados, descrevemos, a seguir, como ocorre o atendimento de um indivíduo PDM em um SAMU, analisando se o princípio da integralidade é desenvolvido. A mesma análise foi realizada tendo como base alguns serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Também serão discutidas algumas possibilidades de conduta do enfermeiro nestes atendimentos, propondo alternativas para se alcançar a integralidade.

COMPARTILHANDO OS SABERES NO MODELO CLÍNICO DE ATENDIMENTO

A experiência de uma das autoras como enfermeira em ambulâncias do SAMU é a de atender portadores de DM em risco de vida por hipoglicemia (níveis glicêmicos séricos abaixo dos parâmetros considerados normais) na via pública ou em suas residências. Para acionar o SAMU, os solicitantes usam o número telefônico 192. A regulação deste serviço é composta por telefonistas que atendem as ligações e médicos reguladores que conversam com os solicitantes.

De acordo com a gravidade do caso, explicada por quem solicita o serviço, o regulador envia ou não ambulâncias de Suporte Básico (equipe composta por um condutor e um auxiliar ou técnico de enfermagem) ou de Suporte Avançado (equipe composta por um enfermeiro(a), um médico e um condutor)⁽⁵⁾.

Na prática, o atendimento dá-se em um fluxo que inicia com algumas “palavras-chave” que evidenciam o risco de vida (inconsciente, confuso, sudorético) ditas pelos solicitantes que presenciam a cena aos médicos reguladores. Também informam a história pregressa do usuário quando a conhecem: se é PDM ou não. Estes médicos passam os casos aos profissionais das ambulâncias. A manutenção da vida do cliente é o objetivo da promoção da saúde desejada pelo solicitante. É nesta meta que se desenvolve e se sintoniza o trabalho da equipe que vai prestar cuidados ao indivíduo. Quanto melhor a sintonia da equipe, cada um com as suas competências, dentro do modelo clínico⁽⁶⁾, mais eficiente será seu trabalho técnico.

Sabe-se que o atendimento dentro deste modelo, que é centrado na doença⁽⁶⁾, não é o suficiente para estes casos - por exemplo: há reincidência de casos de hipoglicemia nas mesmas pessoas e os serviços de saúde de referência dos usuários não são informados de que essas pessoas receberam um atendimento de urgência. Quando os usuários são encaminhados a outros serviços de saúde, a ambulância encaminha as pessoas ao serviço mais próximo do local do atendimento, que muitas vezes não faz parte da região distrital à qual o usuário pertence.

Além de os pacientes serem encaminhados a serviços distantes do seu domicílio, durante atendimentos como este, o enfermeiro identifica outras particularidades - por exemplo, que o indivíduo, muitas vezes um idoso que mora sozinho, não realiza a prática de uma alimentação balanceada, mesmo que já tenha recebido orientações sobre os seus benefícios, e também desconhece os princípios de ação da insulina subcutânea. A falta de compreensão sobre o uso de medicamentos antidiabéticos prescritos também foi observada em pesquisa realizada com pacientes que eram internados em unidades de atendimento clínico⁽⁷⁾. Dos 31 pacientes entrevistados que utilizavam

antidiabéticos orais prescritos, 32,2% não sabiam o nome da medicação utilizada, 51,5% tomavam o medicamento em horário inadequado e a maioria tinha apenas a noção do mecanismo de ação dos antidiabéticos prescritos para o tratamento⁽⁷⁾.

Diante destas situações, reconhece-se que a organização do serviço se dá em função da demanda do serviço, e não da escuta das necessidades de saúde dos usuários.

PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA APS

Uma das estratégias elaboradas para atender ao princípio da integralidade no sistema de saúde do Brasil foi a criação, em 1994, do PSF. Esse programa prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios e doentes, de forma integral e contínua⁽⁸⁾.

A equipe de saúde do PSF é formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Esta equipe é responsável por uma área de abrangência delimitada, onde todos os usuários são cadastrados. As ações de saúde são organizadas segundo o modelo da vigilância em saúde, em que são desenvolvidos programas do Ministério da Saúde (MS) e das secretarias estaduais e municipais de saúde. Cada equipe tem liberdade de desenvolver ações específicas de acordo com o contexto de sua comunidade.

Com relação ao DM, O MS desenvolveu, no ano de 2001, o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM, que teve por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no SUS, com investimento na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico, proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento e promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores⁽⁹⁾.

A partir desse plano foram realizados programas de capacitação para os profissionais da saúde e campanhas nacionais, além da elaboração de manuais e protocolos de atendimento. Ademais, foi implantado um

sistema de cadastro e acompanhamento (HIPERDIA) dos indivíduos hipertensos e diabéticos.

As vivências em unidades do PSF de uma das autoras demonstra que, muitas vezes, o enfermeiro não desenvolve ações direcionadas aos portadores de DM, como consultas de enfermagem, visitas domiciliares ou formação de grupos de educação. Este fato pode ter vários fatores envolvidos, como, por exemplo, a sobrecarga das atividades administrativas da unidade, a priorização, por parte do enfermeiro, de outros programas - como o de mulheres ou crianças, entre outros. O atendimento aos diabéticos fica freqüentemente restrito à consulta médica, à visita domiciliar de ACS e à retirada de medicamentos.

Não obstante, como já afirmado anteriormente, o atendimento dentro deste modelo de atenção não dá conta das necessidades de saúde desses indivíduos, visto que, devido a esta lacuna na assistência, eles podem seguidamente necessitar de atendimento de serviços de alta complexidade, como o SAMU. Este fato é constatado quando observamos diabéticos que retornam muitas vezes aos serviços de saúde sempre com as mesmas queixas e sem conseguirem realizar um controle adequado de sua doença. Questiona-se, então: como podem os enfermeiros promover a saúde e um atendimento integral aos portadores de DM?

A resposta para esta questão passa essencialmente pelo trabalho em equipe. A integralidade no atendimento é fruto da relação dos vários saberes e do esforço de uma equipe multiprofissional, no espaço de cada serviço de saúde⁽³⁾. Cada profissional precisa ter o compromisso de atender com a maior integralidade possível, e ser capaz de estabelecer um vínculo com estes indivíduos. É preciso ter consciência, porém, de que essas atitudes no âmbito individual do atendimento não irão garantir um atendimento integral, sendo também necessário que o sistema de saúde como um todo funcione sob esta ótica.

O SABER DOS ENFERMEIROS – EM BUSCA DA INTEGRALIDADE

A partir dessas reflexões entende-se que

compreender as atividades envolvidas no atendimento ao PDM envolve outros indicativos, que vão além dos indicativos clínicos e epidemiológicos. O saber dos enfermeiros se centra na descoberta do cliente como ser cultural, e sempre que as condições o permitam, a prática não se centra só em uma tarefa ou no tratamento de um risco clínico⁽⁹⁾. É da natureza do saber específico dos enfermeiros a incorporação de uma prática de enfermagem para além da clínica.

Acredita-se que na APS a inovação que pode ser implementada para a realização de um atendimento integral é a organização do serviço centrada nas necessidades de saúde do PDM. Considerando-se que a ação integral em saúde se dá na “entre-relação” de dois sujeitos⁽¹⁰⁾, é preciso haver uma comunicação eficiente entre ambos, mediante a qual o usuário consiga expressar suas necessidades de forma que o profissional as compreenda, e também que este tenha a capacidade de comunicar e negociar a terapêutica com o primeiro. O enfermeiro pode desenvolver esta comunicação de vários modos - como consultas de enfermagem, formação de grupos educacionais e de auto-ajuda, visitas domiciliares -, mas para isso é necessário que a equipe de saúde estabeleça uma organização de funcionamento a fim de atender às necessidades da comunidade local.

Para que os usuários tenham suas necessidades de saúde contempladas, concordamos que é necessário os profissionais de saúde tornarem-se capazes de captá-las⁽³⁾. Dessa forma, a escuta ativa é fundamental para que o atendimento seja considerado integral. Refletindo sobre nossa realidade, deduzimos que quando a assistência não é integral, não se constituindo em práticas eficazes, a causa é termos apenas uma voz, uma parte, um lado, um sem o outro, um apenas com o poder de decidir acerca da saúde que se quer ou que se deseja ter⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, pode-se questionar, por exemplo, o tipo de acompanhamento ambulatorial que os portadores de DM, entrevistados no estudo citado anteriormente⁽⁷⁾, tiveram nas unidades de saúde. Como os profissionais de saúde estão apreendendo as necessidades dos indivíduos e realizando suas orientações? Quantas internações poderiam ser

evitadas com a mudança do modelo de atenção? Neste caso, a proposta seria que estes pacientes saíssem com orientações das enfermarias clínicas, cadastrados nos PSFs de sua região domiciliar e com visitas domiciliares agendadas. A visita domiciliar contínua pode propiciar o conhecimento do cotidiano e as crenças dos indivíduos, o que pode embasar uma orientação congruente com o seu modo de vida.

Em outro nível de complexidade de atendimento, o enfermeiro que atua no SAMU pode, após a realização do atendimento ao PDM, providenciar o agendamento de uma visita domiciliar ou de uma consulta no PSF da região da residência do usuário. Esta ação enlaçaria os dois níveis de complexidade do SUS, possivelmente reduzindo os atendimentos de casos reincidentes de hipoglicemia no SAMU. Durante este atendimento são fornecidas orientações, mas sem um acompanhamento sistemático possivelmente elas não são efetivas, fato constatado pela reincidência de casos de hipoglicemia. Também, nos atendimentos, observa-se que pessoas portadoras de DM não são cadastradas em nenhum PSF. Acredita-se que o aumento da efetivação da APS, no caso da intensificação das ações para a população portadora de DM, a partir de uma reorganização do sistema, contribuirá para a diminuição dos atendimentos da área da emergência, e conseqüentemente, dos riscos provocados pela doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar nas unidades básicas de saúde referenciais para a promoção da saúde que vão além daqueles que consideram os paradigmas biomédicos pode satisfazer as necessidades de saúde que, mesmo a pessoa se encontrando em situação de saúde desfavorável, “não seriam casos para o SAMU resolver”, ou seja, não contemplados na atenção à urgência. Reconhece-se que as práticas e os saberes dos(as) enfermeiros(as) têm papel fundamental nas equipes multidisciplinares, cabendo a esses profissionais a articulação do atendimento integral ao portador de diabetes *mellitus* tanto em enfermarias clínicas e nos serviços de urgência quanto no atendimento a uma comunidade na atenção primária à saúde. Dessa

forma, ressalta-se que a busca pelo atendimento integral ao portador de diabetes mellitus é um caminho que pode ser percorrido de diversas maneiras, pois não existe uma fórmula única que forneça todas as respostas.

Acredita-se que a realização de práticas e de pesquisas que comprovem a possibilidade de se realizar esta mudança de foco na atenção à saúde poderá influenciar os gestores de saúde e, principalmente, os profissionais de saúde; mas

para isso precisamos superar os problemas das pesquisas em saúde no país, as quais ocorrem de maneira fragmentada e desarticulada, não atendendo às prioridades de saúde do Brasil. Concorde-se que os registros de práticas de saúde inovadoras e pesquisas nesta linha darão visibilidade ao saber que é específico dos(as) enfermeiros(as), pois muitas vezes, quando realizados, deixam de ser divulgados.

SEARCHING FOR INTEGRALITY IN THE CARE TO THE DIABETIC SUBJECT: FROM THE EMERGENCY MOBILE CARE SERVICE TO THE HEALTH PRIMARY CARE

ABSTRACT

The present article is about a reflection on the care to the diabetic subject at two health care services of different complexity levels, searching at proposing actions that may promote an integral care to this population. The reason for discussing this clientele is due to the increasing life expectancy of the Brazilian people. The result of this factor is the up-spring of non-transmissible chronic diseases like *Diabetes mellitus* within the set of priorities of the national public health. The principle of integrality foreseen in the *Sistema Único de Saúde – SUS* (Public Health System) may be translated as the care where an interaction occurs among different levels of complexity of the health system whereby the subject has access to the services that he needs to solve his health needs. This article is based on the experiences of the authors in an Emergency Mobile Care Service and in Units of the Family Health Program as well as on scientific literature. The practice of the nurse(s) is shared in the team of an Ambulance of Advanced Support according to biomedical paradigms. It is found out, yet, that in both services it is possible to enlarge the perspective of the care practice with possibilities for the nurses to make their specific knowledge becoming visible by rendering an integral care to the health of the bearer of diabetes mellitus.

Key words: Diabetes Mellitus. Comprehensive Health Care. Emergency Nursing. Primary Health Care.

BUSCANDO LA INTEGRALIDAD EN EL CUIDADO AL INDIVIDUO DIABÉTICO: DEL SERVICIO DE CUIDADO MÓVIL DE URGENCIA A LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

RESUMEN

Se trata de una reflexión acerca del cuidado al individuo diabético en dos servicios de salud de niveles de complejidad distintos, buscando proponer acciones que puedan promover un cuidado integral a esa población. La justificativa de discutirse esa población, se debe al crecimiento de la expectativa de vida de los brasileños. El resultado de este hecho es el surgimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes *mellitus*, en el cuadro de prioridades en salud pública nacional. El principio de la integridad previsto en el Sistema Único de Salud – SUS - puede ser traducido como un cuidado en lo cual ocurre interacción entre los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud, teniendo el individuo acceso a los servicios que necesita para resolver sus necesidades de salud. Este artículo se basa en las experiencias de las autoras en un Servicio de Cuidado Móvil de Urgencia y en Unidades del Programa de Salud de la Familia, así como en la literatura científica. Se constata aún que, en ambos servicios, es posible ampliar la perspectiva de la práctica asistencial, habiendo posibilidades de que enfermeros(as) tornen visible su saber específico, prestando un cuidado integral a la salud del portador de diabetes *mellitus*.

Palabras clave: Diabetes *Mellitus*. Atención Integral de Salud. Enfermería de Urgencia. Atención Primaria de salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. [cited 2007 Ago 20]. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/con/1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm.

2. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*. 2005;9(17): 287-301.
3. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Relatório Técnico. Rev. Saúde Pública. 2001;35(6):585-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência [cited 2006 Abr 03]. Brasília (DF); 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/downloads/port2048.pdf>.
6. Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Gutiérrez MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. Rev. Esc. Enf USP. 2006;40(2):292-8.
7. Gimenes H, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira, CRS. O conhecimento do paciente diabético Tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. Ciênc Cuid e Saúde. 2006;5(3): 317-25.
8. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília (DF): 1994.
9. Lima-Basto M. Que fazem os Enfermeiros para promover a saúde da população? Análise preliminar. Acta Paul Enf. 2001;14(2):19-23.
10. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas do Cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO; 2004. p. 21-36.

Endereço para correspondência: Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha. Rua São Manoel, 963. Bairro Santa Cecília, 90620-110, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: bonilha@enf.ufrgs.br

Recebido em: 20/09/2007

Aprovado em: 30/03/2008