

O CONTROLE DO *DIABETES MELLITUS* EM USUÁRIOS DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, CAMPINAS, SP

Talita Carlos Rodrigues *
Maria Helena Melo Lima **
Márcia Regina Nozawa **

RESUMO

O controle do *Diabetes mellitus* nos serviços básicos é fundamental em virtude de sua magnitude crescente, transcendência e complexa vulnerabilidade. Este estudo descritivo, objetivou caracterizar os portadores de *Diabetes mellitus* e as ações de controle a eles dirigidas em uma unidade básica de saúde de Campinas, SP. Os dados de pesquisa foram obtidos em entrevistas com integrantes da equipe e consultas a registros disponíveis. O serviço realiza ações essencialmente dirigidas ao atendimento clínico individual não-sistemático, com participação de agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos. O encaminhamento a grupos educativos e a participação dos usuários é realizada de forma não-sistemática. A equipe não segue protocolo comum de tratamento da doença e não mantém banco de dados que lhe permita avaliar, no plano individual ou coletivo, o impacto das ações de controle desenvolvidas. Os registros em prontuário são insuficientes do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

Palavras-chave: *Diabetes mellitus*. Doença crônica. Atenção primária.

INTRODUÇÃO

O *Diabetes mellitus* (DM), como síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos (SOCIEDADE..., 2003), exige toda uma vida de comportamentos especiais de auto-cuidado para que a glicemia seja mantida o mais próximo possível da normalidade (SMELTZER; BARE, 2005).

O controle inadequado da doença ao longo dos anos representa ameaça à vida do portador em virtude da possibilidade de alterações micro e macrovasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos (SOCIEDADE..., 2003).

Entre as alterações microvasculares, encontram-se a retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, a nefropatia, que pode evoluir para insuficiência renal, a artropatia de Charcot e as manifestações de

disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual. As alterações macrovasculares incluem a doença vascular aterosclerótica, com possível evolução para infarto do miocárdio, a doença cérebro vascular associada a acidentes cerebrais hemorrágicos e a doença vascular periférica que favorece o desenvolvimento de úlcera nos pés e eventuais necessidades de amputação (SOCIEDADE..., 2003).

O *Diabetes mellitus* atinge em todo o mundo grande número de pessoas de qualquer condição social, configurando-se como problema, individual e de saúde pública, de alta relevância, visto que sua incidência e prevalência têm aumentado nos últimos anos e já alcança proporções epidêmicas (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Há estimativas de que o número de indivíduos com diabetes nas Américas seria de 35 milhões para o ano 2000 e de 64 milhões para 2025. Nos países desenvolvidos, esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais

* Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. E-mail: talitrodrigues@yahoo.com.br

** Enfermeira. Professor Doutor. Departamento de Enfermagem, FCM, Unicamp. E-mail de Maria Helena Melo Lima: melolima@fcm.unicamp.br. E-mail de Márcia Regina Nozawa: nozawa@unicamp.br

avançadas em decorrência da elevação da expectativa de vida e do aumento populacional. Nos países em desenvolvimento, o aumento será observado em todas as faixas etárias, principalmente no grupo de 45-64 anos, cuja prevalência possivelmente triplicará (KING et al., 1998).

O Censo Nacional de Diabetes, concluído em 1988, avaliando a frequência da doença em nove capitais brasileiras identificou uma prevalência geral de 7,6% na faixa etária de 30 a 69 anos (SÃO PAULO, 2001). O mesmo documento indica que metade dos diabéticos desconhecia o fato de apresentar a doença, e entre aqueles com diagnóstico prévio da doença, 22% não faziam nenhum tratamento. Para a população acima de 70 anos, a prevalência situava-se em valores próximos a 20%. Estimava-se também mais de cinco milhões de diabéticos na população brasileira.

A importância do controle do diabetes acentua-se pelo fato de constituir-se como a sexta causa básica de morte no Brasil, a principal causa de cegueira adquirida e de amputação de membros inferiores. Além disso, os pacientes diabéticos representam 30% das internações em unidades coronarianas intensivas com dor precordial. A chance de os portadores de diabetes sofrerem um derrame cerebral é duas vezes maior em relação aos não-diabéticos (SÃO PAULO, 2001).

Vale ressaltar que o diabetes, como causa básica de morte, ainda tem sido significativamente subnotificado devido ao inadequado preenchimento da declaração de óbito. No Estado de São Paulo, no ano de 1992, o diabetes apresentou-se como causa básica em 4% dos óbitos e como causa mencionada em 10,1% dos atestados de óbito (SARTORELI; FRANCO, 2003).

Frente a dados como esses que implicam gastos elevados em saúde, prejuízo à qualidade de vida, diminuição da capacidade de trabalho e da expectativa de vida, justifica-se a prioridade do programa de controle desse agravo que se volte ao desenvolvimento de uma assistência singular aos usuários diabéticos bem como a identificação precoce da população com riscos de desenvolvê-la.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde 01/01- NOASSUS (BRASIL, 2001) define, entre as áreas de

atuações estratégicas mínimas para habilitação de municípios na condição de gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, o controle do *Diabetes mellitus*. Estabelece que o acesso, o acompanhamento e a responsabilização pela doença devam ser garantidos aos cidadãos pelas unidades básicas de saúde.

Para tanto, as ações estratégicas assumidas pelos serviços básicos de atenção à saúde compreendem a investigação de usuários com fatores de risco; o cadastramento de portadores visando alimentar o sistema de informação; a busca ativa de casos mediante visita domiciliária; a instituição de tratamento através de acompanhamento ambulatorial e domiciliário, com base na educação terapêutica, fornecimento de medicamentos e realização de curativos; o monitoramento dos níveis de glicose pelo exame de glicemia capilar; o diagnóstico precoce das complicações; o atendimento de urgência nas intercorrências agudas; o encaminhamento oportuno de casos a serviços de referência; investimento nas medidas preventivas e de promoção à saúde para reduzir as complicações crônicas, através de ações educativas dirigidas às condições de risco, tais como obesidade, vida sedentária, prevenção de complicações em membros inferiores, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo, controle da pressão arterial, dislipidemias e, ainda, ações educativas para a auto-aplicação de insulina (BRASIL, 2001).

A sistematização teórica, conceitual e metodológica da Vigilância da Saúde realizada por Teixeira; Paim; Vilasbôas (1998), abrangendo concepções, métodos e técnicas para a reorganização das práticas de saúde em âmbito municipal tem significativo potencial na configuração de elementos para a análise do programa de controle do *Diabetes mellitus* desenvolvido pela rede básica de atenção à saúde. Neste sentido, os fatores de risco do agravo, tais como idade maior ou igual a 40 anos; história familiar de DM (pai, filhos, irmãos); excesso de peso; sedentarismo; HDL baixo ou LDL elevado; hipertensão arterial e doença coronariana antes dos 50 anos (SÃO PAULO, 2001) seriam alvo de investigação pelas equipes das unidades básicas de saúde.

Esse conhecimento permitiria o desenvolvimento de medidas de prevenção com

foco no estímulo à prática de atividade física regular, à adoção de dieta saudável e ao controle da hipertensão arterial e do peso. Em relação aos portadores do agravo, o controle sistemático da glicemia, o monitoramento da adesão ao tratamento recomendado, a supervisão da dieta e a realização de exames complementares de controle, aliados à educação em saúde constituem-se medidas essenciais à preservação da máxima qualidade de vida e, conseqüentemente, à prevenção de complicações.

Aos usuários que já apresentam alguma complicação decorrente do insuficiente controle do agravo há que se implementar um plano diferenciado de acompanhamento que permita a adoção de práticas compatíveis com as diferentes necessidades identificadas. A articulação das ações promocionais, preventivas e curativas é desejável e necessária para o efetivo cumprimento das finalidades de cada serviço de saúde dentro do Sistema Único de Saúde, tendo por orientação os seus princípios e diretrizes.

Considerando o relevante papel da rede de serviços de atenção básica de saúde no controle do diabetes e a ausência de dados que permitissem a análise das ações desenvolvidas, o campo de estudo constituiu-se em uma unidade básica de saúde, que é um dos campos de aprendizado prático de disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Este estudo teve por objetivo compreender o programa de controle de diabetes pela caracterização dos portadores de *Diabetes mellitus*, usuários desse serviço, e das ações realizadas pela equipe de saúde e a eles dirigidas.

Tem-se por finalidade apresentar subsídios à equipe multiprofissional de saúde com o intuito de contribuir para a avaliação do trabalho realizado com vistas à qualificação da atenção desenvolvida, tomando por referência as recomendações da política de saúde relativas ao controle desse agravo.

METODOLOGIA

Diante dos objetivos almejados, este estudo teve caráter descritivo, de acordo com as delimitações desenvolvidas por Triviños (1995), tomando por campo empírico uma das 48

unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, SP.

Campinas, com seus 230 anos de emancipação política, é pólo industrial e tecnológico do Estado de São Paulo, apresentando forte atividade comercial e expressivo número de estabelecimentos de prestação de serviços. Com uma população estimada em 2005 de 1.045.706 (BRASIL, 2006), a cidade detém grau de urbanização de 98,3%, esperança de vida ao nascer de 72,2 anos, Coeficiente de Mortalidade Infantil de 14,05 por mil nascidos vivos, Índice de Desenvolvimento Humano de 0,852 e renda *per capita* de R\$ 614,86 (BRASIL, 2006).

O município iniciou a instalação de unidades básicas de saúde em meados da década de 1970, juntamente com Londrina, Montes Claros e Niterói, com base no modelo de organização de serviços de atenção primária à saúde ou medicina comunitária (NASCIMENTO; NOZAWA, 2004). É gestor pleno da atenção básica e do sistema de saúde, possui uma rede de saúde constituída por 47 centros de saúde; 13 módulos de saúde da família; três policlínicas; 14 centros de referência; um Sistema de Urgência e Emergência composto por três serviços de pronto atendimento e um Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); um laboratório de patologia clínica; um Serviço de Atendimento Domiciliar e um Ambulatório nas Centrais de Abastecimento de Campinas SA (CEASA). No que tange à assistência hospitalar, além do hospital municipal, o sistema de saúde abrange sete instituições, privadas ou filantrópicas (CAMPINAS, 2006c).

O centro de saúde, campo de pesquisa, responde por uma população aproximada de 24 mil habitantes cuja concentração na faixa etária de 40 anos e mais atinge a cifra de 30%, situado no grupo de melhor condição de vida no município (CAMPINAS, 2006a; CAMPINAS, 2006b). A equipe de saúde é composta de enfermeiras, médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, psiquiatra, odontólogas, psicóloga, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e técnica de higiene bucal, agentes comunitários de saúde e uma educadora de saúde pública, totalizando 56 profissionais e três equipes de saúde da família (CAMPINAS, 2006c).

Similarmente à realidade nacional, o controle do *Diabetes mellitus* figura entre o conjunto de prioridades de saúde estabelecido pelo Projeto Paidéia de Saúde da Família, versão municipal do Programa de Saúde da Família, cujas ações respectivas encontram-se descritas em protocolo específico (CAMPINAS, 2001).

Os dados empíricos foram colhidos mediante entrevista com integrantes da equipe multiprofissional que desenvolviam ações direta ou indiretamente dirigidas aos usuários portadores de diabetes e consulta a prontuários médicos buscando caracterizar tanto os usuários portadores do agravo quanto a assistência desenvolvida. Requeria-se de cada entrevistado a indicação de outros membros da equipe que também desenvolvessem atividades com os usuários diabéticos. A partir do momento em que as indicações começaram a se repetir e todos os profissionais indicados foram entrevistados essa fase de coleta de dados foi encerrada.

Paralelamente e com base nas informações obtidas com os profissionais entrevistados, elaborou-se uma listagem de portadores de diabetes, usuários da unidade de saúde. Procedeu-se, a partir dessa listagem, à pesquisa em prontuários médicos de usuários diabéticos, vinculados às três equipes de saúde da família que integram o serviço. A consolidação desses dados efetivou-se com o *software* Epi Info 2002. A coleta de dados foi efetuada em duas etapas, de outubro de 2004 a fevereiro de 2005 e de maio a junho de 2005, em virtude da não localização de vários prontuários na primeira etapa.

Para ambos os procedimentos de coleta de dados foram elaborados e previamente testados os instrumentos específicos, um roteiro de questões e uma planilha de registro de casos.

Em atendimento aos dispositivos das Resoluções CNS 196/96 e 251/97, o presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM, Unicamp, em 19 de outubro de 2004, mediante Parecer nº 401/2004. Durante as entrevistas, os profissionais tomaram ciência e manifestaram concordância em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O subconjunto de sujeitos da pesquisa foi composto de 16 profissionais (28,5%) do total

de membros integrantes da respectiva equipe de saúde. Dentre esses, seis agentes comunitários de saúde (ACS); três auxiliares de enfermagem; a educadora em saúde pública; três enfermeiras; dois médicos generalistas, uma cirurgiã dentista.

Pôde-se verificar que, de modo geral, todos desenvolvem as atividades previstas dentro de cada núcleo profissional que compõem e complementam, de modo geral, o elenco de ações previstas em documentos oficiais (BRASIL, 2001; CAMPINAS, 2001), ou seja, as consultas individuais, de enfermagem ou médicas, programadas ou eventuais; a atenção domiciliar para convocação usuários faltosos ou com quadro clínico não compensado; a mensuração de glicemia capilar; o agendamento de consultas médicas; a realização de curativos e as orientações sobre dieta.

Apenas quatro integrantes da equipe apontaram o desenvolvimento de atividade de grupo educativa, uma enfermeira, dois ACS e a educadora de saúde pública, que realiza exclusivamente ações educativas grupais e foi a única profissional a criticar a ausência de integração entre os profissionais com base no fato de a equipe não ter por hábito encaminhá-los os usuários diabéticos. A grande maioria dos profissionais focaliza e se concentra em atendimentos individuais, com ênfase nos parâmetros da abordagem da clínica médica. Observa-se também insuficiente uniformidade nas ações desenvolvidas pelos profissionais da mesma categoria.

O tempo de trabalho dos profissionais entrevistados apresentou grande variação, de 50 dias a 12 anos de atividade. Para 11 entrevistados (68,7%), essa unidade básica era o primeiro serviço por meio do qual se inseriram na rede municipal de saúde de Campinas.

No que diz respeito ao preparo ou treinamento prévio em relação ao tratamento de usuários diabéticos, 11 profissionais (68,7%) relataram ter tido esse conteúdo, principalmente durante sua formação profissional. Os demais entrevistados, 31,3%, em sua maioria ACS, indicaram ausência de contato anterior prévio com o tema. Sete integrantes da equipe (43,7%) afirmaram ter ciência e utilizarem algum protocolo de controle do diabetes como instrumento de trabalho, enquanto nove (56,2%) mencionaram desconhecimento desse recurso.

Entre a totalidade dos entrevistados, 10 (62,5%) mantinham algum tipo de registro dos usuários diabéticos que foram disponibilizados para os propósitos desta pesquisa. Esses registros corresponderam ao relatório que alimenta o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), planilha de atendimento do Sistema de Informação e Gerência da Atenção Básica (SIGAB), sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, os prontuários, as fichas de cadastro Hipertensão do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, a agenda da enfermagem, os cadastros particulares de alguns profissionais, principalmente dos médicos, das equipes de saúde da família e anotações dos ACS.

A consolidação dessas diversas fontes de dados permitiu compor um conjunto de apenas 198 usuários portadores do agravo que tinham

algum grau de dependência da atenção oferecida pela unidade básica de saúde (Tabela 1).

Dessa totalidade, não houve possibilidade de caracterizar 23 usuários (11,6%), uma vez que seus respectivos prontuários não foram localizados. Dentre os prontuários encontrados, 29 (14,6%) não continham qualquer informação relativa à patologia investigada. Assim, para 52 usuários (27%) indicados de alguma forma por algum entrevistado como portadores de diabetes, essa informação preliminar não pode ser confirmada ou refutada.

Em virtude do fato de não haver outra fonte de dados acerca do acompanhamento clínico dos usuários com diabetes, a ausência de informação de aproximadamente um quarto dos portadores revela-se altamente comprometedor, tendo em vista a perda ou a não disponibilidade de condições mínimas de seu adequado monitoramento.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual de usuários portadores de DM, segundo faixa etária. Campinas, SP, 2005.

Faixa Etária	Nº	%
Até 10 anos	2	1,0
11 a 20 anos	2	1,0
21 a 30 anos	3	1,5
31 a 40 anos	8	4,0
41 a 50 anos	19	9,6
51 a 60 anos	43	21,7
61 a 70 anos	45	22,7
71 a 80 anos	40	20,2
81 a 90 anos	11	5,6
Maior que 91	2	1,0
Prontuário não encontrado	23	11,6
Total	198	100,0

Pode-se verificar que a frequência de usuários diabéticos aumenta consideravelmente após os 40 anos de idade e o pico máximo ocorre na faixa de 61 a 70 anos. Embora não se trate de estudo de prevalência, esses achados convergem com os obtidos em estudo multicêntrico, realizado em 1986 e coordenado pelo Ministério da Saúde (SOCIEDADE..., 2005). A queda da frequência de usuários diabéticos a partir de 80 anos pode estar relacionada tanto ao menor predomínio

populacional dessa faixa etária quanto à maior dificuldade de acesso desses idosos ao serviço.

A frequência no grupo feminino, 58,6%, foi maior do que no masculino, e coincide com dados de literatura, muito embora neste estudo possa indicar tão somente a maior frequência de procura ao serviço por parte da população feminina em relação à masculina (SOCIEDADE..., 2005).

Notou-se maior frequência do *Diabetes mellitus* tipo 2 (39,6%) em relação ao tipo 1.

Entretanto, os registros disponíveis não permitiram discriminar o tipo de manifestação do agravo para aproximadamente 53,8% dos usuários. Segundo Sartorelli e Franco (2003), a incidência do diabetes tipo 2 acomete 80% a 85% da população diabética e sua prevalência aumenta de forma exponencial. O aumento das taxas de sobrepeso e obesidade, associado às alterações do estilo de vida e ao envelhecimento populacional são os principais fatores que explicam tal crescimento. Apesar de existirem três equipes de Saúde da Família, os usuários identificados fazem parte, predominantemente, da população adscrita a duas das três equipes, 42,9% e 37,9%. A desigualdade de distribuição pode ser explicada pelo fato de a outra equipe responder por uma área marcadamente rural, com baixa densidade populacional e com difícil acesso geográfico ao serviço, além de incluir os moradores de condomínios de classe média e média-alta, freqüentemente pouco aderidos à unidade básica de saúde, ou ainda pela maior capacidade de atuação daquelas equipes na identificação e controle dos usuários diabéticos.

Muito embora a ênfase no tratamento do DM deva ser conferida às estratégias

educativas visando a modificações do estilo de vida que incluem a suspensão do fumo, o aumento da atividade física e a reorganização dos hábitos alimentares e secundariamente a prescrição de hipoglicemiantes orais e insulino terapia (SOCIEDADE..., 2003), para 56% dos usuários do serviço o tratamento indicado restringiu-se à prescrição de medicamentos. A dieta, de forma isolada ou associada a outras medidas, estava registrada em 48% dos prontuários, no entanto, o registro de sua recomendação estava ausente em 37 dos prontuários (19%). O registro da associação de dieta com atividade física, aqui considerada como atividade de grupo, esteve presente em apenas três prontuários (1,6%). Em 20,6% dos prontuários não havia registros acerca do tipo de tratamento instituído.

Os hipoglicemiantes receberam, no total, 47,5% de indicações, a insulina correspondeu a 23,7% e os grupos educativos a 11,3%. Estudo realizado por Assunção; Santos e Gigante (2001) em 32 unidades básicas de saúde no Sul do Brasil identificou que aproximadamente 85% dos médicos prescreviam dieta e 72% exercício físico, indicando perfil bastante distinto na conduta terapêutica instituída.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual de usuários de acordo com o tempo de diagnóstico e a data de início do tratamento do *Diabetes mellitus*. Campinas, SP, 2005.

Data de diagnóstico	Nº	%	Data de início do tratamento	Nº	%
<1 ano	3	1,5	< 1 ano	1	0,5
1 ano	5	2,5	1 ano	3	1,5
2 anos	7	3,6	2 anos	6	3,0
3 anos	16	8,1	3 anos	14	7,1
4 anos	7	3,6	4 anos	6	3,0
5 a 9	34	17,3	5 a 9 anos	29	14,7
10 a 14	31	15,7	10 a 14 anos	24	12,2
15 a 19	10	5,1	15 a 19 anos	6	3,0
20 e mais	8	4,1	20 e mais	2	1,0
Prontuário não encontrado	23	11,6	Prontuário não encontrado	23	11,6
Prontuário sem informação	54	27,2	Prontuário sem informação	84	42,4
Total	198	100,0	Total	198	100,0

De acordo com as informações disponíveis, pode-se observar que o tempo mais freqüente de diagnóstico do DM situou-

se na faixa de 5 a 9 anos, encontrado em 34 prontuários pesquisados (17,3%), seguido da faixa de 10 a 14 anos, com 15,7%. Ressalta-se,

também para essa variável, que em aproximadamente 39% não havia registro dessa informação. Quanto ao número de usuários com diagnóstico inferior a um ano nota-se apenas três, o que equivale a 1,5% (Tabela 2). Esses dados podem indicar a baixa detecção precoce do agravo entre os usuários do serviço. Diante desses dados reforça-se a importância de se investigar precocemente os fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes, bem como a importância do estabelecimento e fortalecimento de vínculo entre os portadores dessa afecção e a unidade

básica como elementos imprescindíveis para a prevenção e controle desse agravo.

Durante a coleta de dados, foi possível observar que o início do tratamento ocorria simultaneamente à data de diagnóstico na maioria dos prontuários em que foi possível obter tal informação, visto que em 107 (54%) dos prontuários médicos essas informações encontravam-se incompletas. Deve-se considerar o fato de que uma parte dos usuários, nove (4,5%), utilizava, concomitantemente, a unidade básica de saúde e as clínicas privadas pela mediação de convênios médicos.

Tabela 3. Intervalo entre a data do último atendimento no centro de saúde e a data em que foi realizada a coleta de dados. Campinas, 2005.

Intervalo entre última consulta e a data da coleta	Nº	%
< 1 mês	12	6,1
1 mês	10	5,1
2 meses	18	9,1
3 meses	14	7,1
4 meses	1	0,5
5 meses ou mais	73	36,8
Prontuário não encontrado	23	11,6
Prontuário sem informação	47	23,7
Total	198	100,0

Conforme o Consenso Brasileiro sobre Diabetes de 2002 (SOCIEDADE..., 2003), o acompanhamento dos pacientes estáveis e com controle satisfatório pode ser realizado pela equipe multidisciplinar a cada 3 ou 4 meses, com aferição do peso, da pressão arterial e avaliação dos membros inferiores. Laboratorialmente, deve ser realizada a medida da glicose plasmática e da glicohemoglobina. Recomenda-se, ainda, avaliação anual do perfil lipídico, bem como a pesquisa de complicações crônicas. Pacientes instáveis e com controle inadequado devem ser avaliados mais freqüentemente, de acordo com a necessidade.

Na pesquisa em prontuários, tomou-se como base o último atendimento realizado por qualquer integrante da equipe que tivesse como alvo a patologia em questão, uma vez que a restrição exclusiva à consulta médica resultaria em intervalos muito mais extensos.

Observou-se que em 73 prontuários (38,2%) o último atendimento ocorrera com intervalo igual ou superior a 5 meses em relação à data de coleta de dados, extrapolando o intervalo máximo recomendado para os usuários que se mantêm em controle satisfatório. Entre os prontuários analisados, 47 (23,7%) não dispunham dessa informação, acrescido dos demais 23 prontuários (11,6%) que não puderam ser localizados (Tabela 3). Foi possível identificar que, dentre os usuários, alguns já apresentavam complicações decorrentes do diabetes, entre elas complicações vasculares que evoluíram para feridas, perda da sensibilidade e amputação de membros inferiores. Essas complicações, na perspectiva de vigilância da saúde, seriam passíveis de prevenção através de adequado monitoramento do usuário e de pronta detecção de sinais precoces de alteração para alcançar-se a redução de danos.

CONSIDERAÇÕES

Considerando as recomendações acerca das formas privilegiadas de intervenção sobre o DM é possível evidenciar que o tratamento instituído no serviço não corresponde ao preconizado ou que a qualidade dos registros não permite a realização de uma análise fidedigna acerca do efetivo controle de dano entre os usuários.

Observa-se que o percentual de diagnósticos recentes de DM é mínimo (2%), fato que pode indicar a insuficiência de busca ativa de casos novos por parte da equipe que, assim, parece focalizar sua atenção nos usuários já portadores crônicos da doença.

No que diz respeito ao calendário de acompanhamento, os usuários estão permanecendo um tempo acima do esperado para o retorno à unidade. Embora o número de médicos seja reduzido para a demanda local, é necessária a adoção de estratégias que permitam a continuidade de desenvolvimento das ações

programáticas, com o intuito de evitar ou retardar as complicações crônicas do diabetes.

Não se identifica a adoção de protocolos que cumpram a função de constituir-se como referência para a uniformização de práticas de controle do agravo, seja no âmbito da atenção individual seja coletiva. Na mesma direção, os membros da equipe apontam lacunas de conhecimento acerca do significado do agravo e de medidas de controle.

O serviço não dispõe de banco de dados unificado dos usuários portadores de diabetes, o que inviabiliza qualquer iniciativa de avaliação do impacto das medidas de controle adotadas.

As insuficiências qualitativas e quantitativas dos registros disponíveis representaram obstáculos relevantes à avaliação apurada das medidas de controle do agravo conduzidas pelo serviço.

Em âmbito geral, considera-se que há diversas insuficiências que caracterizam uma atenção não-sistematizada aos usuários portadores de diabetes, ou seja, o conjunto de ações desenvolvidas pela equipe não compõe um programa de controle do diabetes.

CONTROL OF DIABETES MELLITUS IN USERS OF PUBLIC HEALTH UNIT OF THE CITY OF CAMPINAS, SÃO PAULO STATE

ABSTRACT

The control of *Diabetes mellitus* in a public health unit is fundamental, taking into account its increasing importance, transcendence and complex vulnerability. This is a descriptive study with the purpose of characterize the individual with *Diabetes mellitus* and the control actions regarding their illness, in a public health unit of the city of Campinas - São Paulo state. Data were obtained in interviews with members of the team and researches in available records. The unit carries out actions essentially related to the non systematic individual clinic assistance, with the participation of communitarian agents, nursing assistants, nurses and physicians. The referral to educative groups and the participation of users is performed in a non systematic way. The team does not follow a common protocol of treatment of the disease and does not maintain a database that allows them to evaluate, in an individual or collective level, the impact of the control actions developed. The records in reports are not sufficient, under the qualitative and quantitative point of view.

Key words: *Diabetes mellitus*. Chronic illness. Primary care.

EL CONTROL DEL DIABETES MELLITUS EN USUARIOS DE UNIDAD BÁSICA DE SALUD, CAMPINAS, SP

RESUMEN

El control del *Diabetes mellitus* en los servicios básicos es fundamental en virtud de su magnitud creciente, trascendencia y compleja vulnerabilidad. Este estudio es descriptivo, y buscó caracterizar los portadores de *Diabetes mellitus* y las acciones de control a ellos dirigidas en una unidad básica de salud de Campinas, SP. Los datos de investigación fueron obtenidos en entrevistas con integrantes del equipo y consultas a registros disponibles. El servicio realiza acciones esencialmente dirigidas a la atención clínica individual no sistemático, con participación de agentes comunitarios, auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos. El encaminamiento a grupos educativos y la participación de los usuarios es realizado de forma no sistemática. El equipo no sigue protocolo común de tratamiento de la enfermedad y no mantiene banco de datos que le permita evaluar, en el plan individual o colectivo, el impacto de las acciones de control desarrolladas. Los registros en prontuario son insuficientes del punto de vista cualitativo y cuantitativo.

Palabras Clave: *Diabetes mellitas*. Enfermedad crónica. Atención primaria.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, Maria Cecília F; SANTOS, Iná da Silva; GIGANTE, Denise P. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 88-95, fev. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: norma operacional da assistência à saúde - NOAS-SUS 01/10. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes e hipertensão**: plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e aos diabetes *mellitus*. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/portaria_conjunta_02.php>. Acesso em: 3 jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 4 jul. 2005.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**: estimativas de população. 2005. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_2005>. Acesso em: 3 jul. 2006.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Indicadores sociais**: instituto de pesquisa econômica aplicada. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/ipeadata?20402984>>. Acesso em: 3 jun. 2006.
- CAMPINAS (SP). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Informação e Informática. **Sistema de informação Tab-net**. Disponível em: <<http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pop/pop.def>>. Acesso em: 3 jun. 2006a.
- CAMPINAS (SP). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Vigilância e saúde Ambiental. **Índice de condição de vida**. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude>>. Acesso em: 3 jun. 2006b.
- CAMPINAS (SP). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Estrutura do SUS Campinas**. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm>. Acesso em: 3 jun. 2006.
- CAMPINAS (SP). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Protocolo de diabetes mellitus**. Campinas, 2001. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm>. Acesso em: 8 jul. 2006.
- GROSSI, Sônia Aurora Alves. Educação para o controle do diabetes *mellitus*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**. São Paulo, 2002.
- KING, Hilary; AUBERT, Ronald E.; HERMAN, William H. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 21, no. 9, p.1414-1431, Sept.1998.
- NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; NOZAWA, Márcia Regina. O trabalho das enfermeiras no SUS de Campinas nas décadas e 70 e 80. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 57, n. 2, p.133-138, mar./abr. 2004.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de normas e recomendações para o tratamento do diabetes**. São Paulo, 2001.
- SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO Laércio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, p. 29-36, 2003. Suplemento 1.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Histórico e tratamento de pacientes com *Diabetes mellitus*. In: BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 41, p.1215-1273.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre diabetes 2002**: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003. p.72.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sucessos/estudomulticentrico-conclusoes.php>>. Acesso em: 18 jan. 2005.
- TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistências e vigilância da saúde. **IESUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 8-28, abr./jun.1998.
- TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

Endereço para correspondência: Talita Carlos Rodrigues. Rua Manoel Carvalho Paes de Andrade, 95 – Jardim Campos Elíseos – CEP: 13060-022 – Campinas – SP. E-mail: talirodrigues@yahoo.com.br .

Recebido em: 28/10/2005

Aprovado em: 17/04/2006