

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018002630014>

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES NO HIPERDIA: POTENCIALIDADES E LIMITES NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS¹

Aliny de Lima Santos², Elza Monteiro da Silva³, Sonia Silva Marcon⁴

¹ Extraído da tese - Avaliação da qualidade da assistência prestada às pessoas com Diabetes *Mellitus* no âmbito da atenção primária em Maringá-PR, que integra uma pesquisa maior intitulada - Assistência às pessoas com Diabetes *Mellitus* na Atenção Básica: avaliação do serviço, condições de saúde e enfrentamento da doença para implementação de estratégias de cuidado, financiada pelo CNPq - Edital Universal 487109/2013.

² em Enfermagem Professora colaboradora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: aliny.lima.santos@gmail.com

³ Enfermeira. Aluna não regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: elzamonteirodasilva@gmail.com

⁴ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

RESUMO

Objetivo: apreender como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família percebem as potencialidades e limitações da assistência às pessoas com Diabetes na Atenção Básica do município de Maringá.

Método: estudo qualitativo do tipo estudo de caso, realizada com 63 enfermeiros, em Maringá, Paraná. Os dados foram coletados entre novembro de 2013 e maio de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, realizadas nas unidades de saúde, e analisados segundo matriz *SWOT*.

Resultados: adesão dos usuários aos serviços oferecidos, vínculo com a equipe, envolvimento dos profissionais e oferta de atividades educativas, foram citados como potencialidades. Por sua vez, as limitações foram: reduzida adesão ao tratamento, lacunas no processo de trabalho da equipe e reduzida disponibilidade de recursos.

Conclusão: observa-se que as limitações foram predominantes na assistência prestada aos usuários com Diabetes, o que sinaliza a necessidade de um olhar mais atento sobre a implementação e avaliação deste serviço.

DESCRIPTORIOS: Avaliação em saúde. Programa saúde da família. Atenção primária à saúde. Diabetes Mellitus.

ASSISTANCE FOR PEOPLE WITH DIABETES IN PRIMARE CARE: CAPABILITIES AND LIMITS THE PERSPECTIVE OF NURSES

ABSTRACT

Objective: the aim of the study was to understand how nurses of the Family Health Strategy perceive the potentials and limitations of care for people with diabetes in primary healthcare of Maringá, Paraná.

Method: Qualitative case study conducted with 63 nurses. Data were collected between November 2013 and May 2014 through semi-structured interviews performed in health facilities, which were recorded and analyzed using *SWOT*.

Results: Adherence of the user to the services provided, bond with the team, involvement of the professionals and providing educational activities, were cited as potentials. In turn, the limitations mentioned were reduced treatment adherence, gaps in the work process of the team and lack of resources.

Conclusion: it was observed that the limitations were prevalent in the care for users with Diabetes which indicates the need for a close look at the implementation and evaluation of this service.

DESCRIPTORS: Health evaluation. Family health strategy. Primary healthcare. Diabetes Mellitus.

ASISTENCIA PARA PERSONAS CON DIABETES EN CUIDADO PRIMARIO: CAPACIDADES Y LIMITA LA PERSPECTIVA DE ENFERMERAS

RESUMEN

Objetivo: el objetivo del estudio era entender como las enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia se dan cuenta del potencial y las limitaciones de la atención para las personas con Diabetes en la atención primaria de Maringá, Paraná.

Método: realizado con 63 enfermeras. Los datos fueron recolectados entre noviembre 2013 y mayo 2014 a través de entrevistas semi-estructuradas, grabado, y se analizaron utilizando *SWOT*.

Resultados: servicios de adopción del usuario, que ofrece enlace con el equipo, la participación de profesionales y ofreciendo actividades educativas, fueron citados como potencial.

Conclusión: A su vez, las limitaciones se reducen la adherencia al tratamiento, las lagunas en el proceso de trabajo en equipo y la reducción de la disponibilidad de recursos. Se observa que las limitaciones eran frecuentes en la asistencia a los usuarios con la Diabetes, que señala la necesidad de una mirada cercana de este servicio.

DESCRIPTORES: Evaluación de la salud. Programa de salud familiar. Atención primaria de salud. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica de incidência mundial, que tem sua prevalência aumentada concomitante ao envelhecimento populacional.¹ É ainda um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo categorizado como uma das condições crônicas mais sensíveis à Atenção Primária à saúde (APS), tendo cerca de 60 a 80% dos casos passíveis de controle e assistência neste nível de atenção à saúde.² Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e atingir o acompanhamento e tratamento adequados na APS, e por sua vez na Estratégia Saúde da Família (ESF), diversas estratégias e ações vêm sendo elaboradas, dentre elas, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao DM, criado em 2001,³ que visa o cadastramento de usuários no sistema informatizado disponibilizado pelo DATASUS - HIPERDIA, além de investigação de fatores de risco para complicações, monitoramento das taxas glicêmicas e demais comorbidades, e fornecimento de medicamentos quando necessário.⁴

Para atender aos objetivos propostos pelo programa, as equipes da ESF são fundamentais, onde a maior parte das ações do programa ainda se concentra no desenvolvimento de grupos voltados para ações educativas em saúde e, consultas médicas.⁴ Neste cenário, o enfermeiro se destaca como um dos principais responsáveis pela assistência ao usuário com Diabetes, além de contribuir nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação deste e de outros programas de saúde.⁵

Nesse contexto, a busca pela melhoria dos efeitos dos serviços na saúde oferecidos à população, enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas.⁶ Estudos têm enfatizado

o papel da avaliação de desempenho das ações e dos programas de saúde, com o objetivo de subsidiar decisões que atendam às necessidades da população, proporcionando alternativas cabíveis à melhor adequação do mesmo.⁶⁻⁷ Entre as diferentes formas de avaliar a assistência em saúde oferecida às pessoas com Diabetes, a busca pela opinião dos enfermeiros atuantes nas equipes da ESF a respeito de tais serviços, é de grande importância, levando em consideração a sua relevância e participação ativa nesse contexto.⁸ Entretanto, cabe destacar que poucos são os estudos que buscam apreender a percepção do enfermeiro acerca desta temática, mesmo sendo ele um dos maiores responsáveis pelo desempenho dos serviços na APS e parte essencial do processo de cuidado às pessoas com DM.⁹

A assistência de enfermagem possibilita avaliar as necessidades do usuário com Diabetes, assim como as variáveis que interferem na sua adesão terapêutica, favorecendo uma abordagem mais precisa e próxima da realidade. Por sua vez, a qualidade dessa assistência pode ser influenciada por fatores que incluem dificuldades pessoais, estruturais e organizacionais.¹⁰ Isso nos leva a questionar: como tem se dado a assistência à pessoa com Diabetes na ESF, na perspectiva do enfermeiro? Quais aspectos atuam favorecendo ou dificultando a qualidade e efetividade desta assistência?

Destarte, o presente estudo se embasa na prerrogativa de que a avaliação da assistência prestada às pessoas com Diabetes, sob a perspectiva dos enfermeiros atuantes nas equipes da ESF, é valiosa para a organização e adequação dos serviços prestados na APS, uma vez que suas concepções, valores e projeções em torno desta assistência, sugerem o modo como ela vem concretizando-se e indicam perspectivas que a direcionam.¹¹ Assim, o objetivo deste estudo foi apreender como os enfermeiros da ESF percebem as potencialidades e limitações da

assistência às pessoas com DM na Atenção Básica do município de Maringá, Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso. Os informantes foram 63 dos 66 enfermeiros das equipes da ESF atuantes no município de Maringá-PR. O critério de inclusão considerado foi trabalhar como enfermeiro da equipe da ESF há pelo menos seis meses, e os de exclusão ser enfermeiro da equipe rural e estar em afastamento durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a maio de 2014, por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no local de trabalho das equipes da ESF. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram previamente agendadas por contato telefônico. O roteiro utilizado durante as entrevistas foi constituído de duas partes: uma abordando dados de caracterização, formação profissional e tempo de atuação na equipe, e a outra constituída por duas questões norteadoras: fale-me sobre a assistência às pessoas com Diabetes prestada pela sua equipe. O que você considera que dificulta ou facilita esta assistência?

Após consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas em mídia digital e, posteriormente transcritas na íntegra. Na análise, foram adotados pressupostos do planejamento estratégico, utilizando para tanto, uma ferramenta gerencial: a Matriz SWOT. SWOT é o acrônimo das palavras *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), conhecida no Brasil como matriz FOFA, e se configura como uma ferramenta que permite analisar as condições internas e externas de uma determinada situação.¹² Trata-se de uma das práticas mais comuns voltadas para o pensamento estratégico e organização de empresas. Por meio dela, é possível ter uma visão clara e objetiva sobre quais são, bem como dando subsídio para potencializar as forças e fraquezas no ambiente interno, e corrigir ou minimizar as oportunidades e ameaças no ambiente externo.¹²

As forças, ou pontos fortes, são as variáveis internas que proporcionam condições favoráveis para o desenvolvimento e aprimoramento de um serviço em relação ao seu ambiente, já fraquezas são deficiências que inibem a capacidade de desempenho. Ambas podem ser controladas pelos atores envolvidos. Oportunidades, por sua vez, são situações externas que podem contribuir para a concretização dos objetivos de um determinado serviço e podem criar as

condições favoráveis, desde que a mesma tenha condições ou interesse de utilizá-las. Já as ameaças, diz respeito a situações externas que podem prejudicar a execução de objetivos estratégicos. Oportunidades e ameaças, portanto, são fatores do ambiente externo que impactam diretamente no serviço e não podem ser controlados pelos atores envolvidos.¹²

O desenvolvimento do estudo seguiu os preceitos éticos disciplinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde no Brasil; e seu projeto foi aprovado Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer n. 448.162/2013). Os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Os enfermeiros estão identificados no estudo com a letra E, seguido por um número indicativo da sequência de realização das entrevistas, letras M e F, referindo-se ao sexo masculino e feminino respectivamente e o tempo de atuação no serviço, em anos (ex: E1-F10).

RESULTADOS

Os 63 participantes do estudo tinham idade variando de 25 a 58 anos, a grande maioria era do sexo feminino (58) e seis tinham dois vínculos empregatícios. O tempo de formação variou de três a 33 anos, seis possuíam pós-graduação e 57, alguma especialização, sendo que 27 era em saúde da família e seis possuíam pós-graduação *stricto sensu*.

A atuação na ESF variou de seis meses a 14 anos. Em relação às equipes da ESF, 43 delas não possuíam saúde bucal e 28 estavam incompletas e os profissionais de saúde mais ausentes eram o Agente Comunitário de Saúde (20 equipes) e o médico (quatro equipes).

As respostas às questões norteadoras permitiram identificar, na perspectiva do enfermeiro, as potencialidades e limitações vivenciadas pela equipe da ESF no cuidado/assistência às pessoas com Diabetes, as quais foram classificadas como pertencentes ao ambiente interno e externo da equipe. Assim, foi construída uma matriz SWOT adaptada para o estudo, como forma de demonstrar, de maneira mais didática, tais aspectos, subdividindo-os nas quatro vertentes.

Potencialidades e limitações na assistência às pessoas com Diabetes

Na construção da matriz, mais especificamente da vertente ambiente interno, foram consideradas

fortalezas todos os aspectos apontados pelos enfermeiros como favoráveis à assistência às pessoas com Diabetes pela equipe da ESF, e, fragilidades todos aqueles que inibem ou atrapalham uma assistência eficiente e de qualidade, sendo que ambos são passíveis de governabilidade. Já na vertente ambiente

externo, foram consideradas oportunidades os aspectos que contribuem e favorecem a assistência; e as ameaças, toda e qualquer situação que não pode ser controlada, mas que prejudica ou dificulta a assistência, causando impacto direto sobre a mesma, e seus respectivos resultados (Quadro 1).

Quadro 1 - Matriz SWOT da assistência às pessoas com Diabetes acompanhadas na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva do enfermeiro. Maringá, PR, Brasil, 2014

	Fortalezas	Fragilidades
Ambiente interno	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da estratificação do Usuários com Diabetes (UD) cadastrados, segundo risco para complicações e forma de adesão ao tratamento. - Oferta de atividades de educação em saúde e grupos de caminhada/atividade física, específicas para UD*. - Estabelecimento de vínculo entre UD e profissionais atuantes na ESF. - Realização de busca ativa a UD que não comparecem às reuniões de Hipertensão e/ou que não aderem ao tratamento. - Oferta de orientações à família do UD sobre a doença, durante visitas domiciliares. Participação de toda a equipe da ESF e do NASF[†] durante os grupos de HIPERTENSÃO. - Participação ativa dos ACS[‡] nas buscas domiciliares. - Satisfação dos UD com o serviço oferecido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de atividades educativas e de promoção da saúde exclusivas/específicas para UD. - Pouco envolvimento dos profissionais da equipe no planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações junto aos UD. - Ausência de consultas médicas durante as reuniões de HIPERTENSÃO. - Limitações dos UD na compreensão das orientações recebidas. - Tempo de duração dos grupos de HIPERTENSÃO insuficiente para triagem e oferta de orientações a cerca da doença. - Grupo de HIPERTENSÃO voltado majoritariamente para dispensação de medicamentos. - Descrença dos UD nas atividades educativas/palestras. - Resistência do UD em aderir ao uso da insulina.
Ambiente externo	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência nas capacitações em Diabetes oferecidas pela SMS[§]. - Quantidade suficiente de exames específicos para os UD. - ATI[¶] localizada ao lado da UBS. - Disponibilidade de material e insumos educativos para as reuniões. - Adesão dos UD aos grupos e serviços oferecidos. - Vínculo entre UD e profissionais da equipe da ESF. - Avaliação pelo PMAQ[¶]. - Reconhecimento da importância da equipe da ESF por parte dos UD. - Disponibilidade dos Sistemas de Informação. - Disponibilidade de medicamentos, insumos e equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzida disponibilidade de carga horária do enfermeiro para atuação exclusiva na ESF. - Reduzida disponibilidade de recursos físicos, humanos e materiais. - Pouca adesão ao tratamento por parte dos UD, levando a frustração dos profissionais. - Reduzida disponibilidade de transporte para visitas domiciliares. - Reduzida participação do NASF nos grupos de HIPERTENSÃO. - Reduzida participação da família nas consultas e no controle da doença. - Demanda elevada de usuários e de serviços. - Reduzido número de consultas especializadas disponíveis. - Necessidade de cumprir metas estabelecidas pela SMS. - Pouca compreensão dos UD acerca das limitações do serviço. - Sobrecarga do profissional enfermeiro. - Supervalorização da consulta médica pelo UD. - Grupo de HIPERTENSÃO voltado para dispensação de medicamentos. - Desperdício de antidiabéticos orais. - Descrença nas atividades educativas/palestras. - Reduzida variedade de antidiabéticos. - Necessidade de troca de experiências entre os profissionais da rede.

*Usuário com Diabetes *Mellitus*; [†]Núcleo de Apoio à Saúde da Família; [‡]Agente Comunitário de Saúde; [§]Secretaria Municipal de Saúde; [¶]Academia da Terceira Idade. [¶]Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Salienta-se que, para a construção da matriz, os tópicos levantados foram alocados, conforme apontados pelos enfermeiros, não havendo inferências das pesquisadoras, sendo delimitado com potencialidade e/ou limitação, segundo o modo como a assistência é percebida (pelos enfermeiros em estudo). Ademais, com intuito de ilustrar os pontos identificados em sua construção, utilizaram-se alguns trechos de relatos dos enfermeiros, que foram divididos em unidades temáticas, segundo cada vertente da matriz.

Fortalezas do cuidado

A disponibilidade de medicamentos e insumos, a oferta de atividades de promoção da saúde, bem como a busca ativa a usuários que não aderem ao tratamento e que faltam às reuniões do Hiperdia, foram citadas como fortalezas no cuidado prestado pela equipe: *a gente consegue catar um ou outro paciente que é mais rebelde [...] Consegue ir na casa deles e fazer busca ativa quando eles não vem na reunião, ou então aqueles que não tomam o remédio certinho [...] (E45-F4); Vamos nas casas deles e aproveitamos e falamos também com a família sobre a doença e tudo. A ACS tem o controle de quando tem que voltar novamente, porque tem pacientes que precisam desse cuidado para estar repondo os comprimidos... e remédio não falta. Nem remédio e nem essas coisas básicas sabe? (E8-F1); tem as 'palestrinhas' que fazemos só para os diabéticos, especialmente os 'insulino'. Tem o grupo de caminhada e alongamento com o professor de educação física da prefeitura (E18-F6).*

Ademais, a participação dos usuários nos grupos de HIPERDIA, a presença de vínculo entre eles e os profissionais atuantes nas equipes da ESF e a participação efetiva destes profissionais nas reuniões dos grupos, também são observadas nos depoimentos: *quando você está há muito tempo na equipe, acaba tendo a confiança da população, os conhece pelo nome e, sabe quais são os problemas deles. Daí, o usuário se sente de casa, e sabe que pode chegar aqui e vai encontrar a gente. Aí penso que isso afeta até na adesão deles, viu [...]. Eles acabam fazendo certinho pra não nos decepcionar (E15-F8); com a adesão no grupo, a gente não tem problema. Eles vêm nas reuniões e participam de tudo que a gente faz. Claro que tem aqueles que não aderem bem, mas ao menos a vinda à reunião, isso eles não deixam. Até por que eles sabem que no grupo vai ter orientação, vai ter o medicamento, o doutor, as meninas do NASF [...] (E53-F3); o médico, a equipe toda e até o NASF também. Os ACSs, difícil eles não estarem presente, pelo menos um ou dois está. Ainda tem a psicóloga da unidade, ela sempre está presente nas reuniões de Hiperdia. Isso ajuda a conduzir melhor não é? O envolvimento da*

equipe. Sem falar que ajuda a estimular eles [os UD] a virem também. (E23-F4).

Fragilidades do cuidado

Reduzido envolvimento da equipe com as atividades do HIPERDIA, a ausência de consultas médicas durante os grupos, duração insuficiente das reuniões dos mesmos e a sobrecarga do enfermeiro, foram destacadas pelos enfermeiros: *o HIPERDIA é complicado, é muita gente [...] e para piorar eles brigam porque demora, querem ir embora. [...] daí você junta isso com o médico que não participa, porque ele já deixa as prescrições prontas e nem aparece. Sobra tudo para mim, e eu não dou conta de verificar glicemia, pesar, ver pressão e tudo mais, e ainda dar orientação em tão pouco tempo, e sozinha. [...] não dá para gente fazer tudo (E21-F3); O ACS é dureza menina! Olha aí, quase 10 horas e eles ainda aqui (na UBS) e se eu chegar lá e reclamar, aí que eles não fazem mesmo. Já fiquei sabendo de vezes que encontram a pessoa na rua e pede para assinar [ficha do SIAB], sem nem ter ido à casa dela. Daí no que eles podiam estar me ajudando, não estão não é? (E6-F3).*

Outra fragilidade referida foi à ausência e/ou descrença nas atividades educativas por parte dos profissionais e dos usuários com Diabetes: *atividade educativa e palestra mesmo não estamos fazendo, porque não dá tempo. E outra, já fizemos muitas palestra e tudo mais, mas isso não resolve mesmo, eles nem ao menos vem. Eles gostam é da consulta com o médico, de ver a pressão, a glicemia, pegar o remédio e ir embora rapidinho, aí eles ficam felizes (E26-M4).*

Oportunidades do cuidado

A disponibilidade de ATIs, oportunidade para capacitação/atualização, a realização de avaliações do PMAQ e, especialmente, a valorização da equipe e dos serviços oferecidos por parte dos usuários, estiveram presentes nas oportunidades vivenciadas na assistência: *eles chamam de 'estica velho' [risos], mas essa academia aí do lado [ATI] ajuda bastante, porque eles gostam de ficar aí fazendo o exercícios e ainda mais se uma de nós aqui for lá ver eles. Às vezes a menina da educação física do NASF vai lá e fica um pouco com eles e eles adoram (E47-F6); tem bastante curso e capacitação da secretaria, daí se não fizer certinho é porque não quer, por que base e orientação agente tem. Outra coisa que ajudou foi essa avaliação do PMAQ. [...] fez a gente repensar muita coisa que estava fazendo e melhorar também (E60-F7); eles vêm em tudo que a gente faz aqui. Até porquê eles sabem que estamos aqui para eles, e eles valorizam viu? Cada pouco chega um aqui com um pão caseiro, com um doce. Eles sabem que não*

precisam, mas gostam de agradar a gente. E eu brigo por eles. Ligo na secretaria e não deixo faltar, tanto que não falta remédio e nem exame aqui. Graças a Deus acho que eles não têm do que reclamar daqui (E12-F11).

Ameaças à qualidade da assistência

As ameaças referidas com maior frequência pelos enfermeiros estão relacionadas à sobrecarga, decorrente da reduzida participação dos outros membros da equipe da ESF e do NASF nas atividades do Hiperdia, e do acúmulo de funções, visto que muitos enfermeiros além de integrarem a equipe da ESF também dedicam quatro horas diárias para a realização de atividades gerais da UBS: *isso de estratificação é uma coisa muito difícil viu [...]. Porque não depende só de nós da enfermagem. Tem que o médico querer fazer também, e ainda tem a questão dos exames que demoram. Escrever as regras é fácil! Quero ver vir aqui e ver o tanto que a gente pena para dar conta de tanto papel, trabalho, paciente, relatório e ainda ter que lidar com médico que acha que a função dele é só vir aqui, atender e ir embora, sem nenhum compromisso com os problemas da equipe [...]* (E58-F12); *tá difícil de contar com o NASF, porque eles batem o pé que é só apoio, só que para virem dar esse apoio a gente monta tudo, organiza tudo. Daí eles só vem às vezes para dar palestra nas reuniões, e algumas necessidades eles fazem visitas, mas é só isso, mais nada [...]* (E11-F4); *isso de fazer quatro horas de ESF e quatro de UBS é muito difícil. Como que a gente vai fazer uma assistência mais direcionada com grupos, se as poucas horas que a gente tem no PSF ainda temos que alimentar o sistema, cumprir metas e resolver pepino da equipe? O que isso causa é uma baita sobrecarga no enfermeiro [...]* (E53-F3).

A reduzida adesão dos usuários ao tratamento, do número de consultas especializadas e de disponibilidade de recursos físicos, materiais, além de pouca variedade de antidiabéticos orais, e ainda o desperdício dos mesmos, também foram referidos como ameaça: *o problema é que eles não aderem ao tratamento, não tem jeito! Eles vêm aqui, a gente fala e fala, mas parece que eles não escutam. Sem dúvida o nosso maior problema aqui é a falta de adesão deles. [...] dá até um desânimo de fazer as coisas, por que a gente sabe que não vai adiantar nada* (E26-F3); *sem as consultas especializadas, fica difícil de a gente controlar os diabéticos. São poucos médicos pra atender as especialidades, e daí, fica essa fila imensa esperando uma consulta no endócrino.* (E32-M2); *tem que ver que precisa de mais variedade de medicação. Só tem dois. Seria bom ter mais opções de medicamento para aqueles pacientes que não se deram muito bem com nenhum dos dois. E a gente vê assim, eles têm muita resistência a usar Metformina®, porque*

dá diarreia e dor no estômago, daí eles param de tomar e nem falam para gente. Aí é aquele desperdício de remédio (E42-M1); *a gente até tenta fazer as orientações, mas não tem espaço para isso. O que tem é esse corredor aí, que eu boto todo mundo sentado e fico falando, aí aparece alguém que precisa passar e eu perco toda a linha de raciocínio do que eu estava falando. TV, DVD, essas coisas até tem. Mas onde vou colocar?* (E18-F6).

A participação insuficiente da família nas atividades do Hiperdia também foi citada, pois, é percebida como um indicativo de que isto também ocorre no cotidiano do cuidado: *eu percebo que a família não se envolve e não participa. De que adianta eu orientar um idoso a como aplicar a insulina se quem vai fazer é a filha dele? A família é fundamental para essa adesão e eles não participam, e acaba que o paciente não adere mesmo, porque é ele sozinho fazendo.* (E26-M4).

DISCUSSÃO

Na perspectiva dos enfermeiros atuantes na ESF, aspectos positivos e negativos influenciam a assistência prestada às pessoas com DM na APS de Maringá, Paraná. Entre os aspectos negativos, a participação insuficiente de outros membros da equipe nas atividades do HIPERDIA foi o mais referido. Isto realmente é preocupante, pois a ESF tem como um dos principais eixos organizativos, o trabalho em equipe, somado à adscrição de clientela, o estabelecimento de vínculos, a oferta de assistência de qualidade e a família como foco da atenção, com vistas às ações abrangentes de promoção da saúde e prevenção de agravos.⁷ Isto também é reforçado, pelo fato de que a participação dos demais membros da equipe, quando efetiva, no planejamento e desenvolvimento dos grupos de HIPERDIA, foi referida como um dos aspectos que favorecem a assistência.

Deste modo, o processo de trabalho da ESF é determinado, entre outras características, pela cooperação no âmbito interdisciplinar, valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva da abordagem integral e resolutiva, pelo acompanhamento e pela análise sistemática das atividades implementadas, almejando a oferta da melhor assistência possível.¹³ Logo, o trabalho em equipe, de modo engajado e focado no bem-estar e melhor atendimento possível ao usuário, é fundamental para viabilização do processo de trabalho na ESF.¹⁴

A não participação de outros profissionais poderá refletir na assistência, pois conseqüentemente, haverá sobrecarga de atividade para outro profissional, no caso o enfermeiro. Esta sobrecarga pode ainda levar a uma deficiência na qualidade ou

mesmo na ausência de atividades de promoção da saúde, o que por sua vez pode prejudicar a adesão ao tratamento.⁵ A responsabilização pelas atividades do HIPERDIA, de forma desigual, é percebida como um problema que interfere no resultado do que entendem ser o trabalho específico do enfermeiro, particularmente pela sobrecarga de trabalho que provoca.⁹ Esta sobrecarga é decorrente da elevada demanda de usuários, mas principalmente das múltiplas funções, pois é comum no município em estudo, que o enfermeiro assuma as atribuições de coordenador da equipe de ESF e de enfermeiro assistencial, especialmente no acolhimento à demanda, além da obrigatoriedade de cumprir metas pactuadas pela SMS, o que interfere sobremaneira em uma assistência individualizada e integral.

Deveras, a sobreposição de tarefas, associada à falta de reconhecimento de seu papel por parte do gestor e da população, mostra quanto ainda se está preso ao modelo avaliado pelo mérito da produção em detrimento da qualidade.⁶ Ademais, leva também à dificuldade de comunicação com os demais membros da equipe, conforme foi explicitamente referido pelos enfermeiros, acarretando, por exemplo, falha na supervisão dos ACSs e o estabelecimento de uma relação por vezes conflituosa e de condescendência, quanto ao cumprimento de horário das atividades programadas.

A valorização social diferenciada entre os trabalhadores em saúde, direciona as relações de subordinação, podendo levar a falhas no processo de trabalho, inadequação na organização e indefinições de papéis dos profissionais, além da valorização do modelo biomédico.¹⁴ Isto é observado quando os enfermeiros apontam a supervalorização das consultas médicas pelos usuários, em detrimento das atividades de promoção da saúde oferecidas. Neste contexto, as reuniões do HIPERDIA são reduzidas/resumidas à entrega de medicamentos, aferição da pressão arterial e da glicemia capilar, o que por sua vez, desencadeia a descontinuidade e fragmentação da assistência.¹⁵

Sabe-se que, dentre os objetivos do programa HIPERDIA, a oferta de tratamento farmacológico se configura como um dos mais importantes. Entretanto, os profissionais da equipe da ESF precisam identificar fatores e comportamentos de risco e habilitar as pessoas não apenas para uma boa adesão a este tipo de tratamento, mas também para o autocuidado por meio de orientações e informações, tendo como finalidade qualificar a convivência com a doença e assim, minimizar suas complicações;⁴ e as reuniões do HIPERDIA podem favorecer que isso ocorra.¹⁶

Não obstante, percebe-se em alguns discursos que a distribuição de medicamentos foi considerada como fator relevante para a adesão ao HIPERDIA, ao estimular a participação nas reuniões e, assim, garantir a continuidade no tratamento. De modo geral, verifica-se um sentimento de satisfação por ter o medicamento para oferecer ao usuário, mas também um descontentamento em ter apenas dois tipos de antidiabéticos orais que, muitas vezes, causam reações desconfortáveis, levando ao abandono do tratamento e ainda ao desperdício de medicamentos, pois, para não serem repreendidos pelos profissionais, os usuários pegam a mesma quantidade a cada nova reunião, mesmo ainda tendo medicamentos em casa.

A baixa adesão ao tratamento, conforme apontado pela maioria dos enfermeiros entrevistados não pode ser identificado apenas a partir do cumprimento de determinações dos profissionais de saúde. Alguns fatores influentes devem ser considerados, dentre eles: respostas corporais como diminuição dos episódios de hiperglicemia/hipoglicemia e dos níveis de glicemia, variáveis socioeconômicas, relação custo-benefício do tratamento, efeitos e interações medicamentosas, concepções e conhecimentos a respeito da própria doença, participação da família e interação entre profissionais de saúde e pacientes. Deste modo, a satisfação do usuário com os serviços saúde, e por sua vez, o vínculo com os profissionais atuantes, também são partes importantes desse processo.¹⁷

No que diz respeito à participação do NASF, a presença de profissionais de apoio foi considerada um aspecto que facilita a adesão dos usuários às reuniões, favorece o vínculo e o desenvolvimento de práticas de educação em saúde durante as reuniões do HIPERDIA. Entretanto, essa mesma participação foi considerada inadequada por alguns enfermeiros, pois em alguns casos os profissionais apenas proferem palestras durante as reuniões sem se preocuparem em providenciar o tema das mesmas e o material necessário, como TV, DVD, impressos e insumos, o que é feito pela equipe da ESF. Os enfermeiros, portanto, consideram que os profissionais do NASF também deveriam atuar de forma mais direta junto aos usuários, inclusive participando das visitas domiciliares.

Não é incomum que profissionais de apoio assumam o atendimento de grupos específicos, comprometendo a integralidade da atenção. A estratégia de fortalecer os processos de coparticipação destes profissionais de modo mais voltados à discussão de casos clínicos, atendimentos individuais, intervenções diretas com participação dos profissionais da

equipe e visitas domiciliares, pode qualificar a APS e aumentar sua resolutividade sem comprometer o vínculo e a integralidade.¹³

Outro aspecto relevante nos achados refere-se à associação entre a ausência de recursos físicos, humanos e materiais, e a assistência. A ausência de médicos e de ACSs foi relatada pelos enfermeiros de algumas equipes, bem como a inexistência de espaços adequados para consulta de enfermagem, reuniões dos grupos e das equipes, e de materiais básicos, como esfigmomanômetro, tensiômetro, balanças, computadores e até macas. A inexistência ou inadequação dos aspectos essenciais da estrutura, seja no que tange a recursos humanos, físicos ou materiais, pode dificultar o desempenho do processo de assistência e, conseqüentemente, o alcance dos resultados.¹⁰ Destarte, há de se considerar a validade e influência da disponibilidade de recursos e insumos na qualidade da assistência prestada, pois, as melhores estruturas e disposição de recursos podem ser mal utilizadas; enquanto práticas assistenciais de qualidade e eficazes podem ocorrer, mesmo em condições adversas.¹⁸

A exemplo disso, durante as entrevistas, verificou-se relatos de boa adesão às práticas de educação à saúde, de adesão ao tratamento e de estabelecimento de vínculo e satisfação de usuários com o atendimento e com os profissionais, em equipes com recursos reduzidos; bem como verbalizações de inexistência de tais aspectos mesmo em equipes completas, bem equipadas e localizadas em UBSs amplas. A barreira de acesso a APS mais importante é a disponibilidade e a presença física de serviços e recursos humanos, que representa condição fundamental à utilização e eficiência. Por mais acesso que se possa ter aos serviços, por mais que se possa planejar e organizar a saúde e por mais modelos de assistência que se implemente, a execução direta do atendimento vai além da técnica, ou seja, a sinergia do corpo a corpo entre profissionais e as pessoas que buscam o serviço se coloca como um dos determinantes desse processo.¹¹

Não obstante, entre os aspectos que favorecem a assistência, uma boa relação interpessoal entre usuários e profissionais, foi relatada como estando associada à adesão por parte da pessoa com Diabetes aos grupos e serviços oferecidos pela equipe. Deste modo, entende-se que a satisfação do usuário com o serviço e com os profissionais atuantes, facilitada pela boa comunicação e o vínculo entre eles, possibilita o reconhecimento da importância da equipe como instituição de saúde, além de estar relacionada positivamente com a adesão ao tratamento e melhor controle da doença.¹⁹

Outro aspecto relevante foi a oferta de atividades de promoção da saúde e de educação para o autocuidado, especialmente quanto aos grupos de caminhada e alongamento, reforçada pela disponibilidade das ATIs ao lado das UBSs; bem como a realização de palestras e discussões em grupo. A promoção da saúde visando o autocuidado favorece o tratamento da pessoa com Diabetes. Portanto, reconhecer as atividades de promoção da saúde como complemento da assistência clínica, assim como seu potencial enquanto facilitadora de mudanças no estilo de vida, constitui aspecto fundamental para implementação de tais práticas, visto que a motivação, o entusiasmo e a crença nas mesmas, por parte dos profissionais, pode transpor as barreiras e dificuldades vivenciadas em sua implementação e condução.²⁰

A disponibilidade e a frequência com que as capacitações em Diabetes são oferecidas pela SMS, também foram apontadas como promotores da qualidade da assistência. A educação permanente, bem como as capacitações e aperfeiçoamentos no contexto da ESF são fundamentais para que haja uma compreensão da gestão do cuidado em saúde e a apreensão de instrumentos adequados para intervir nas necessidades de saúde dos indivíduos, e ainda em um bom desenvolvimento do trabalho em equipe.¹³

Por sua vez, a importância da participação familiar na adesão ao tratamento pelos usuários com Diabetes foi citada por muitos enfermeiros, seja exaltando sua presença ou lamentando sua ausência. A família tem um importante papel no processo de tratamento e cuidados adotados pela pessoa com Diabetes, à medida que participa de uma parcela considerável de seu cotidiano. Neste sentido, o apoio da família no processo de cuidado a estes indivíduos configura-se como um importante recurso no controle da patologia.²¹ Contudo, mesmo reconhecendo a importância do apoio familiar para melhor aceitação e adaptação à doença e, queixando-se de sua ausência no cuidado, os profissionais pouco inserem esse recurso em sua prática assistencial. Prova disto é que foram escassos os relatos de inserção familiar nos encontros de HIPERDIA ou de discussão com a família sobre aspectos relacionados à doença durante a visita domiciliar.

Na perspectiva do referencial utilizado, sob a ótica dos enfermeiros atuantes nas equipes da ESF, observa-se que as fragilidades e ameaças são predominantes na assistência prestada aos usuários com DM, quando comparados às fortalezas e oportunidades, o que sinaliza a necessidade de um novo olhar sobre a forma como este serviço está sendo implementado, desenvolvido

e avaliado, seja pelos profissionais atuantes no serviço ou ainda pelos gestores. As limitações do serviço foram levantadas, contudo, ressalta-se que os aspectos apontados como fragilidades poderiam ser facilmente resolvidos mediante um maior envolvimento dos profissionais atuantes nas equipes, bem como melhor organização do processo de trabalho da equipe.

É importante ressaltar que, para se prestar um atendimento de qualidade ao usuário com DM, mesmo frente às limitações existentes no serviço, é preciso uma boa relação de respeito entre os profissionais e usuário, de forma que haja o melhor acolhimento e assistência possível. Esta relação de empenho, respeito, compreensão e escuta faz a diferença entre as práticas de saúde. Por sua vez, o acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio matricial podem contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes da ESF para atender às diversas necessidades de saúde da população e para ampliar a resolutividade dos serviços.¹¹

O estudo apresenta algumas limitações, quais sejam: o tratamento dos resultados mediante a construção da Matriz *SWOT* somente após a finalização da coleta de dados, sem a validação pelos enfermeiros respondentes, além de ser constituído apenas da perspectiva dos mesmos. Entretanto, identificar aspectos positivos e negativos da assistência às pessoas com Diabetes, sob o prisma de um dos profissionais mais envolvidos com a mesma, ressalta a relevância do presente estudo. Por sua vez, desenvolver mecanismos de avaliação da capacidade de desempenho da ESF, especialmente sob o olhar daqueles que a constroem cotidianamente, faz-se importante, tanto para a consolidação das ações implementadas, quanto para fomentar o processo de discussão crítico-reflexivo sobre a melhor proposta para organizar a assistência oferecida, tornando-a cada vez mais eficiente e eficaz.¹³

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam diversas potencialidades e limitações na assistência prestada às pessoas com Diabetes, na perspectiva dos enfermeiros. Perceberam-se, sobremaneira, lacunas na organização do processo de trabalho da equipe, especialmente quanto ao envolvimento de todos os profissionais no planejamento e implementação das ações do programa HIPERDIA, além da fragilidade dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis para tais ações e pouco envolvimento da família nos cuidados com a doença, o que para os enfermeiros, está diretamente associado

à reduzida adesão dos usuários com Diabetes ao tratamento e controle da doença.

Por sua vez, aspectos positivos como o envolvimento e comprometimento dos profissionais e do NASF nas ações do programa HIPERDIA, a oferta de atividades de promoção da saúde, a busca ativa a usuários que não aderem ao tratamento, bem como o vínculo e a satisfação destes com os profissionais da equipe, também foram citados por alguns enfermeiros como aspectos relevantes para a adesão dos usuários com Diabetes às atividades e serviços oferecidos pelas equipes. Destarte, a fala dos enfermeiros mostra que a qualidade dos serviços prestados a usuários com Diabetes, de modo geral, está vinculada à capacidade de gestão, comprometimento profissional, disponibilidade de recursos, planejamento, organização, implementação e avaliação do serviço. Deste modo, para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade é necessário estrutura, recursos e, mais que tudo, o reconhecimento da potencialidade que a ESF tem nessa assistência, desde que garantida a integralidade e a longitudinalidade, facilitando o acesso aos serviços e às tecnologias para saúde, impactando diretamente na qualidade de vida das pessoas.

REFERENCIAS

1. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Diabetes mellitus prevalence and associated factors in adults in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2006: OBEDIARP Project. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):929-41.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adherence to drug treatment among registered users in the "HIPERDIA" Program in Teresina in the State of Piauí. *Cien Saude Coletiva*. 2012; 17(7):1885-92.
4. Filha FSSC; Nogueira LT; Viana LMM. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Rene*. 2011; 12(esp):930-6.
5. Spagnuolo RS, Juliani CMCM, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(2):226-34.
6. Araceli MM. Fontenele SMAA; Joseneide T. Câmara. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e Diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias-MA. *Cad Pesq [Internet]*. 2012 [cited 2014 Dec 05]; 19(1). Available form: <http://www.periodicos.eletronicos>.

- ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/936/624
7. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Access to and use of the services of the family health strategy from the perspective of managers, professionals and users. *Cienc Saude Coletiva*. 2013; 18(11):3321-31.
 8. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011; 21(2):629-46.
 9. Souza MG, Mandu ENT, Elias NA. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 05]; 22(3):772-9. Available form: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300025>.
 10. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em Diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(3):512-8.
 11. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. The perspective of health professional on access to Primary Health Care. *Cienc Saude Coletiva*. 2013; 18(8):2347-57.
 12. Souza LPS, Souza AMV, Pereira KG, Figueiredo T, Bretas TCS, Mendes MAF, et al. Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. *Rev Eletr Gestão Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 05]; 4(1):1911-21. Available form: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23016/16538>
 13. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84-95.
 14. Silva LMS, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Torres RAM. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(esp.2):784-8.
 15. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(3):379-89.
 16. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? *Cienc Saude Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1533-41.
 17. Pontieri FM, Bachion MM. Beliefs of diabetic patients about nutritional therapy and its influence on their compliance with treatment. *Cienc Saude Coletiva*. 2010; 15(1):151-60.
 18. Moura BLA, Cunha EC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010; 10(1):69-81.
 19. Ribeiro KSQS, Farias DAA, Lucena EMF, Paes NA, Moraes RM. Avaliação da adesão e vínculo aos serviços de Saúde de hipertensos acometidos por acidente vascular cerebral em municípios da Paraíba. *Rev Bras Ciênc Saude*. 2012; 16(s2):25-34.
 20. Santos L, Torres HC. Educational practices in diabetes mellitus: understanding the skills of health professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2012 [cited 2014 Dec 05]; 21(3):574-80. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 21. Santos AL, Marcon SS. Como pessoas com Diabetes avaliam a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(2):260-9.