

# INDIVÍDUOS COM DIABETES E A BUSCA NO ATENDIMENTO EM SAÚDE NO PARANÁ

Simone Cristina Baggio<sup>1</sup>

Sonia Silva Marcon<sup>2</sup>

BAGGIO, S. C.; MARCON, S. S. Indivíduos com diabetes e a busca no atendimento em saúde no paraná. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 16, n. 1, p. 9-15, jan./abr. 2012.

**RESUMO:** Este estudo tem como objetivo identificar os recursos de saúde utilizados por diabéticos e familiares diante do descontrole glicêmico e conhecer a percepção desses sobre o atendimento recebido. Para tanto, realizou-se este estudo de natureza descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em 2010, por meio de entrevista semiestruturada e submetida à análise de conteúdo. Participaram deste estudo oito diabéticos e sete familiares. Os resultados evidenciam práticas domiciliares compatíveis diante da hiperglicemia e hipoglicemia. Sendo que, imediatamente após a estabilização glicêmica, diabéticos e familiares procuram atendimento de saúde, demonstrando-se satisfeitos com o atendimento recebido, porém, foram incapazes de identificar o enfermeiro durante a assistência. Conclui-se que, é necessário estratégias que visem a sistematização do cuidado ao indivíduo diabético, bem como o envolvimento e capacitação do enfermeiro para o planejamento de ações afim de, desenvolver um cuidado contínuo e efetivo no controle metabólico dentro da singularidade de cada diabético e núcleo familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes *Mellitus*. Assistência de enfermagem. Atendimento. Educação em saúde.

## INDIVIDUALS WITH DIABETES AND THE SEARCH FOR HEALTH CARE IN PARANÁ STATE

**ABSTRACT:** This study aims to identify the resources of health used by diabetics and their family toward the glycemic alterations and to know the perception of those about the received attendance. Therefore, this study took place in nature descriptive, exploratory nature study with qualitative approach. The collection of data was accomplished in 2010, through semi-structured interview and submitted to the content analysis. Eight diabetics and seven family members took part in this study. The results evidence domicile practice adapted toward the hyperglycemic and hypoglycemic. Since, immediately after the glycemic control, diabetics and relatives seek for health attendance, satisfied with the service, but, they were unable to identify the nurse during the attendance. It is necessary strategies that angle for the systematization of the care to the diabetic person, as well as the involvement and the nurse training for the planning of actions, to develop a continuous and effective care in the metabolic control within the singularity of each diabetic and family nucleus.

**KEYWORDS:** Diabetes Mellitus. Nursing Care. Treatment. Health education.

### Introdução

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica em ascensão na atualidade, envolvendo elevados custos humanos, sociais e econômicos ao doente e à família. Dados epidemiológicos atuais evidenciam o aumento mundial da patologia, falando-se até mesmo em uma pandemia.

É previsto pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) que no Brasil, exista 12 milhões de pessoas com DM e a metade delas desconhece o diagnóstico, o que beneficia o desenvolvimento das complicações agudas e crônicas da doença. Nos Estados Unidos da América, esta síndrome tornou-se a principal causa de doença renal terminal, de amputações não traumáticas em membros inferiores, cegueira em adultos, além de predisposição para doenças vasculares (HARRISON, 2009).

Essa inclinação tem sido mais evidente em países pobres e em desenvolvimento, estando relacionado com o crescente número de casos de obesidade, a ignorada prática de atividade física e o fácil acesso a materiais e alimentos industrializados (SILVEIRA et al., 2010).

Perante o exposto, visando a um melhor atendimento em saúde, diversas mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vêm ocorrendo desde 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF). Pelo fato do

programa ter um caráter estruturante é que tem provocado importante movimento de reordenação das ações de saúde, visando o melhoramento da qualidade e do acesso à atenção primária (ALFRADIQUE; SAMPAIO, 2009).

Adicionado a isso, foi instituída pelo Ministério da Saúde (2008) a lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde, pela Portaria n. 221, de 17 de abril, o estabelecimento das internações por condições crônicas como parâmetros para avaliação da resolutividade da atenção primária, destacando-se, nessa lista, o DM com ou sem complicações.

Neste sentido, uma atenção primária oportuna e de boa qualidade para as condições crônicas pode evitar hospitalizações ou reduzir a sua frequência. Já a atenção secundária uma atuação adequada junto ao diabético e a sua família durante a internação pode contribuir para um melhor controle da doença e prevenir a re-hospitalização (SILVEIRA et al., 2010).

Isso significa que o cuidado precisa ser resolutivo e abrangente, de forma que a internação resultante do descontrole glicêmico se dê somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolaram sua competência da atenção primária. Sendo responsabilidade dos profissionais da saúde, em especial do enfermeiro, que sempre está à frente dos programas de saúde, a coordenação do cuidado daqueles que utilizam os serviços de saúde nos diferentes níveis de aten-

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em enfermagem pela UEM/PR. Coordenadora do Curso Bacharelado em Enfermagem e Professora do Departamento de Enfermagem da UNIPAR/PR. Paranavai. Paraná. Brasil. Endereço para correspondência: Rua MiljutinCogei, nº165, Jardim Curitiba. Paranavai/PR. CEP 87701-090. Telefones para contato: (44)3045-6312, (44)8848-2501, (44)3421-4000. Email: simonezerbato@unipar.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora Professora Associada B da Universidade Estadual de Maringá/PR e Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da UEM/PR e Professora do Mestrado do Centro de Ciência da Saúde da UEM/PR. Maringá. Paraná. Brasil. email:soniasilva.marcon@gmail.com

ção, tornando-os integrados e competentes.

Portanto, o estudo justifica-se por ser o DM uma situação crônica de saúde em ascensão. Para tanto, é fundamental no processo de acompanhamento e prevenção das complicações do DM estudos que apontam a necessidade do comprometimento e envolvimento da equipe de saúde, no sentido de buscar a integralidade e resolutividade da assistência à saúde prestada a essa população, contribuindo para o controle da doença, prevenindo complicações e consequente segurança do doente e da família no convívio com a doença. Além de, a participação efetiva do profissional da saúde no processo de tratamento e controle da doença crônica coopera com a sua educação continuada, aprimorando conhecimentos técnico-científicos no exercício profissional diário.

Diante do exposto, o estudo objetivou identificar os recursos de saúde utilizados pelos indivíduos diabéticos e familiares diante do descontrole metabólico e conhecer a percepção dessa população sobre o atendimento recebido.

## Material e Método

Trata-se de um estudo do tipo descritivo/exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória caracteriza-se pela busca de uma aproximação do fenômeno a ser investigado com o que já existe sobre o assunto a ser abordado. Já a pesquisa descritiva é utilizada para descrever as características de uma população, fato ou fenômeno, por meio de um levantamento das características conhecidas. Assim, esta modalidade de estudo permite ao pesquisador coletar descrições detalhadas de variáveis existentes e usar os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O critério de inclusão dos participantes foi o de ter sido internado duas vezes num intervalo de 12 meses entre uma internação e outra, com os códigos E10 (Não insulino-dependente) e E11 (insulino-dependente) do Código Internacional de Doença (CID10), no período de 2008 e 2009, e em um dos três hospitais (Hospital Santa Casa, Hospital Regional do Noroeste do Paraná e Hospital Unimed), localizados no município de Paranavaí-PR.

Em 2008 incidiram 49 internações e em 2009, 52 internações. Das 101 internações ocorridas entre os três hospitais, 88 pessoas residiam no município de Paranavaí-PR, e destas 13 tinham sido internadas duas vezes em um intervalo de 12 meses, ocorrendo este achado apenas no Hospital Santa Casa. Inicialmente, foi extraído dos cadastros de internações informatizados na recepção do Hospital Santa Casa o nome completo do diabético, endereço(s) e telefone(s) para contato. Ante a dificuldade de contato por telefone para o agendamento da entrevista com os 13 diabéticos e familiares realizamos uma visita domiciliar, na qual constatou-se que três diabéticos tinham falecido e dois tinham retornado para os municípios de origem, participando da pesquisa oito diabéticos e sete familiares, pois um diabético era responsável pelo seu próprio cuidado.

Os dados foram coletados de maio a julho de 2010, nos respectivos domicílios dos indivíduos diabéticos e seus familiares, e por meio de entrevista semiestruturada. O roteiro foi elaborado pelos pesquisadores e foi constituído de três partes: a primeira com 11 questões referentes a identifica-

ção dos participantes, a segunda e a terceira partes com duas questões abertas cada voltadas para os recursos de saúde utilizados pelos indivíduos diabéticos e familiares diante do descontrole metabólico e sobre a percepção dos participantes a respeito do atendimento recebido.

Todas as falas dos entrevistados foram gravadas e transcritas na íntegra. Para análise, utilizou-se o referencial metodológico de Bardin, por se tratar de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2008).

Para análise dos dados transcritos, realizou-se uma leitura detalhada de todas as falas. A pré-análise dos dados possibilitou a identificação dos componentes para as interpretações. Após a exploração do material realizou-se o tratamento dos dados, organizando de forma sistemática em unidades temáticas, e submetidas a inferências e interpretação das categorias significativas, e a discussão foi baseada em publicações científicas existentes sobre a temática.

O desenvolvimento do estudo atendeu as exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº. 670/2009). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, suas falas foram identificadas pelas letras "D" de doente ou "C" de familiar mais envolvido no cuidado, seguidas da letra "M" para o gênero masculino e "F" para o gênero feminino e do número concernente à idade do entrevistado.

## Resultados

### Conhecendo os informantes do estudo

Dos oito diabéticos em estudo, cinco eram do gênero masculino com idade entre 47 e 71 anos e três eram mulheres na faixa etária de 18 e 36 anos. Quanto ao nível de escolaridade, dois eram analfabetos e os demais tinham de quatro a 11 anos de estudo.

No que diz respeito à ocupação, quatro eram aposentados, dois não tinham nenhuma ocupação, uma era babá e outro tratorista.

Com relação ao tempo da doença, constatou-se uma variação de dois a 21 anos de diagnóstico. Todos eram insulino-dependentes e seis faziam uso de outras medicações para problemas diversos. Apenas duas mulheres com 18 e 22 anos não apresentavam outras doenças associadas.

Dos diabéticos, apenas um era dependente de cuidados (53 anos), portador de síndrome de Down, não falava, caminhava com dificuldade, apresentava déficit cognitivo importante, cegueira, obesidade e permaneceu sonolento durante toda a entrevista.

Quanto ao familiar cuidador, apenas um era do gênero masculino, (esposo com 27). Seis cuidadoras tinham idade entre 46 e 73 anos, sendo que, em três casos, era a mãe, em dois, a irmã mais velha e em um, a esposa. Um doente era responsável por seu autocuidado.

Os familiares em estudo tinham entre dois a 11 anos de estudo, e independentemente do tempo que frequentaram a escola, todos sabiam ler e escrever.

No que tange à ocupação/profissão dos familiares dois eram aposentados, dois do lar, uma empregada doméstica, uma zeladora e um auxiliar de lavanderia hospitalar.

Considerando os depoimentos dos participantes do estudo sobre os cuidados adotados para o controle da doença e os responsáveis pela condução do cuidado, emergiram três categorias empíricas: “*Situações em que procuram ajuda*”, “*Percepção do atendimento recebido*” e “*(Des)Reconhecendo o responsável pelo atendimento*”.

### Situações em que procuram ajuda

Doente e familiar revelaram que são capazes de identificar alterações inesperadas ou previstas do diabetes e que, a priori, a prática efetiva adotada no âmbito domiciliar para o rápido controle das complicações é a administração de insulina e, a posteriori, busca no auxílio do profissional da saúde:

*[...] de imediato quando o diabetes altera, eu vou direto na insulina, quando ele sobe eu sinto sonera, dor no corpo, começa sumir tudo, quando percebo isso já levanto correndo e tomo a insulina nessa hora, tomo e fico deitado até voltar o normal, aí [...] vou no postinho primeiro, se precisar vou para o PA e de lá se precisar internar vai para o Hospital Santa Casa. (DM53)*

*Se o diabete subir de repente, eu aplico mais um pouco de insulina [...]. Quando está alta eu percebo por que ele fica rodando a cabeça, fica com o olho muito vermelho, fica chamando assim mãe, mãe aí pode medir que está alta [...], então para controlar mais rápido as alterações do diabetes eu aplico mais 1cc de insulina que a médica explicou, conforme o grau da diabete né. (CF62).*

Ao serem questionados sobre as situações em que normalmente buscam atendimento em saúde, observou-se que esta busca se dá principalmente pelo diabetes:

*“Fora o diabetes, não vou ao médico para mais nada [...], mas o diabetes me faz ir ao médico direto, às vezes mais de uma vez por mês, [...]” (DM53).*  
*“Ele fica ruim a diabete sobe para 600 aí procura o médico sempre por causa da diabete, por que ele não tem mais nada” (CF46).*

Durante a entrevista, DM53 se mostrou muito desanimado em relação à doença, referindo que sente “*a mesma coisa de uma pessoa que não vale nada, inutilizado*”, deixando evidente ao longo da entrevista que a responsabilidade maior pelo controle metabólico é de sua mãe apesar da condição de idosa (73 anos).

Durante a entrevista, uma cuidadora manifestou extrema preocupação e, ao mesmo tempo, insegurança diante das alterações do diabetes:

*“Quando ele está assim com qualquer deficiência-*

*zinha [...] percebo por que quando ele tem alguma dor ele começa bater naquele local, ou quando ele começa a ter diarreia, ou se ele tem alguma gripe, uma febre [...] já levo ou ligo para a médica da família” (CF62).*

A atenção e preocupação do familiar se devem ao fato deste doente, além de ser diabético, também ter síndrome de Down e já apresentar algumas sequelas como: dificuldade para falar e caminhar, déficit motor e cognitivo, ser obeso, cego e letárgico. Por essas razões e por ele não conseguir expressar suas queixas verbalmente, toda e qualquer alteração constitui motivo para a cuidadora buscar atendimento à saúde, pois a familiar teme que o diabetes possa estar alterado.

Ao investigar o tipo de serviço de saúde que os diabéticos e familiares buscam diante das complicações da doença, observou-se um predomínio (seis relatos) da procura da Unidade Básica de Saúde (UBS) como primeira opção, seguido do Hospital Santa Casa (um relato) e do Pronto Atendimento Municipal (PAM) (um relato):

*“Primeiro procuro o postinho, se precisar eles mandam para o PAM e de lá se precisar vai para Santa Casa para internar” (DM53).*

*“A gente leva no PAM, lá faz exames, dá remédio, aí eles mandam depois de lá passar no postinho” (CF49).*

### Percepção do atendimento recebido

De forma geral, os doentes demonstraram satisfação com a assistência recebida na Unidade Básica de Saúde (UBS):

*“É um bom atendimento no postinho, eles atende a gente na hora, quando chega ali a gente é bem atendido. Elas são muito boas, atende direitinho, sou bem recebido” (DM53).*

Por outro lado, também encontram-se relatos que explicitam a insatisfação com o atendimento recebido:

*[...] no postinho eu não gosto de ir, a gente é muito, muito mal atendido no postinho os diabéticos [...], eu que nem posso andar com feridas embaixo dos pés ir lá de madrugada em fila, em pé, sem nem lugar para sentar, a gente não agüenta [...], e se não chegar lá desmaiando mesmo você fica lá de um dia para o outro. (DF36)*

A fala supracitada nos leva a considerar que, nesta UBS específica, a triagem pode estar apresentando deficiência e que a condição de diabético não está sendo levada em consideração, inferindo certa imprudência e negligência dos profissionais de enfermagem com o atendimento, pois são os responsáveis pela realização destas atividades. Mostra-se falhas no atendimento e a exposição do doente à situações de risco, como a hipoglicemia:

*“[...] e sempre que eu ia de manhã eu ia sem comer nada para poder fazer o exame do dedo [...] algu-*

*mas vezes eu passei mal, esperando sem comer e dor nas feridas embaixo dos pés”(DF36).*

Emergiu também o desagrado com o atendimento recebido em outro serviço de saúde:

*“No PAM eles não atende nem que a gente esteja morrendo”(DF36).*

*“Ah lá no PAM é ruim, a gente chega lá e se não tiver para acabar de morrer, não vai atender direi- to”(DM71).*

Porém, quando questionados sobre o atendimento recebido durante a hospitalização, foram unânimes em afirmar que receberam um bom atendimento:

*“Na Santa Casa o atendimento é melhor ainda do que no postinho”(DM53).*

*“O atendimento da Santa Casa é bom, os enfermei- ros já não são mais meus enfermeiros, são meus amigos, são uns amor, eu adoro o pessoal da Santa Casa”(DF36).*

### **(Des) Reconhecendo o responsável pelo atendimento**

O atendimento à saúde de um indivíduo com doença crônica deve abranger uma relação de afeto, respeito, dedicação e comprometimento, contribuindo na identificação dos profissionais envolvidos em seu tratamento, fazendo com que os doentes e familiares tenham maior referência no momento da procura pela ajuda profissional.

Diante disso, buscou-se investigar se eles sabiam identificar os profissionais envolvidos no cuidado:

*“No postinho são as atendentes ali da frente, aí elas pas- sam a gente lá pra Dra, tenho contato com aquelas enfer- meiras que faz os remédios quando a gente precisa, que faz o exame do dedo”(DM53).*

*“As enfermeiras né, as meninas que ficam ali na frente aí depois a médica [...]. Ali no postinho tem tantas enfer- meiras que eu nem guardo o nome delas todas”(CF62).*

As falas, expressões faciais e gestos dos entrevista- dos explicitam a importância que dão ao profissional médico, que é tão necessário e importante dentro da equipe multi- profissional no atendimento do indivíduo diabético como o enfermeiro.

*“Ah qualquer alteraçãozinha eu ligo para a médica da família, a Dra L.C.G. [...]”(CF62).*

As falas a seguir remetem à insatisfação dos diabéti- cos com a participação do enfermeiro nos cuidados prestados durante o período de hospitalização:

*“O clínico geral que atende primeiro, com o enfer- meiro na hora que entra assim não, eles vem depois no quarto ver se está precisando de alguma coisa, quando vem [...], entra no quarto fala um oi, mas não quer saber de muita coisa não”(DF36).*

*“Não sei quem é o enfermeiro responsável não, só sei que uma hora é uma, outra hora é outra, eles*

*conversam quando vem dar remédio, aplicar insu- lina”(DM71).*

### **Discussão**

Os discursos revelam que as principais alterações do DM, no âmbito domiciliar é a hiperglicemia e a hipoglicemia e que saber identificar estas alterações por meio das manifestações clínicas e agir rápida e corretamente diante das constitui um importante fator protetor e preventivo de maiores complicações, levando-nos também a inferência de conhecimento por parte dos indivíduos sobre o descontrole glicêmico.

Contudo, mais importante do que saber reconhe- cer e agir diante de alterações é saber como prevenir que as mesmas apareçam. Assim, o controle diário da doença pelo diabético e familiares é fator protetor na convivência com a doença crônica. Estudo realizado com 212 diabéticos submetidos à consulta de enfermagem em dois centros de saúde e em um hospital, da área do Grande Porto em Portugal, mos- trou que a cordialidade e empatia no momento do atendimen- to contribuem para que o diabético refira com mais facilidade suas principais dificuldades e alterações percebidas com a doença, favorecendo o ajustamento do regime terapêutico para o controle do DM às condições dos doentes (SOUSA; PEIXOTO; MARTINS, 2008).

Outro estudo realizado no Sul do Brasil mostra que o princípio geral do tratamento do DM é a reeducação do paciente, com modificação de seu estilo de vida, sendo a pro- cura pelo atendimento de saúde mesmo que numa situação de urgência pelo descontrole glicêmico oportuna para orientar o diabético (SILVEIRA et al., 2010).

Corroborando com o exposto, estudos mostram que a educação em saúde é um aspecto fundamental do tra- tamento ao diabético, pois quando acompanhados de forma sistemática por equipe multiprofissional de saúde, os doentes conseguem prevenir e/ou protelar as complicações agudas e crônicas que acompanham a evolução do DM (OTERO; ZA- NETTI; OGRIZIO, 2008).

Contudo, chama-nos a atenção a explícita e fre- quente necessidade da busca por atendimento médico devido o descontrole da doença, deixando emergir a dificuldade que doentes e familiares enfrentam para o controle do DM, refle- tindo, ainda, a qualidade da assistência recebida.

Estudiosos entendem que o tratamento do diabe- tes deve protelar complicações mediante adoção de ações preventivas e a manutenção dos níveis glicêmicos em taxas consideradas normais. Assim, adaptando seu cotidiano, o diabético poderá manter uma vida saudável e digna (TAVA- RES; DRUMOND; PEREIRA, 2008).

Outro estudo realizado com 2.924 idosos diabéticos da zona urbana de Uberaba-MG ressalta a necessidade de se propor ações efetivas em saúde, especialmente ações de enfermagem e, para isso, é necessário conhecer as condições de saúde desta população, bem como suas especificidades a fim de traçar um plano de assistência sistemático, objetivando a autonomia e o controle da doença (TAVARES; DRUMOND; PEREIRA, 2008).

A educação em saúde nos aspectos específicos ou mais complexos, isolados ou associados ao diabetes, torna-se um dos pilares do tratamento do indivíduo como um todo. Os

objetivos dessa ação são a capacitação pessoal e o encorajamento das pessoas para manterem atitudes sadias, melhorar sua qualidade de vida, usar o serviço de saúde com cautela e por reais necessidades. Além disso, cabe ao profissional da saúde com a ação educativa, ver e tratar o indivíduo de maneira integral e não só as complicações do DM (FAEDA; PONCE DE LEON, 2006).

Ainda destaca-se a importância da relação profissional-cliente, sendo a comunicação um dos aspectos que o enfermeiro deve atentar visando à construção do conhecimento e maior capacidade de cuidado do familiar, diante das situações mais inusitadas (TAVARES; DRUMOND; PEREIRA, 2008).

Estar habilitado profissionalmente independente do tipo de atenção à saúde prestada é imprescindível, pois se observou que os usuários buscam os profissionais e serviços de saúde que estão mais próximos. Com esta atitude, indiretamente deixam elucidar a confiança e segurança que depositam no profissional que os atende na UBS, pois a maioria (cinco relatos) ressaltou a capacidade dos profissionais desta instituição identificarem a necessidade de um atendimento diferenciado, encaminhando-os ao PAM ou para o Hospital Santa Casa.

Tais resultados corroboram que o acesso, o acompanhamento e a responsabilização pela doença devem ser garantidos aos cidadãos pelas unidades básicas de saúde, assim como o atendimento de urgência nas intercorrências agudas e o encaminhamento oportuno de casos a serviços de referência (RODRIGUES; LIMA; NOZAWA, 2006).

O atendimento oportuno reflete na confiança que os usuários adquirem em relação ao serviço e à assistência em saúde recebida e que provavelmente é construída quando o profissional oferece uma assistência humanizada, com acolhimento, que consiste na base fundamental do processo de criação de vínculo e da terapêutica (TRENTINI; BELTRAME, 2004).

O Conselho Internacional de Enfermagem (2005) ressalta que a adesão ao tratamento deve ser estimulada mesmo durante uma situação de urgência e tem como uma das variáveis a qualidade da relação entre o profissional de saúde e o doente.

Por outro lado, a insatisfação com o atendimento de saúde recebido pode causar resistência ao que é proposto pela equipe de saúde além de desencadear sentimentos de insegurança, desconfiança e descredibilidade, desfavorecendo, assim, a continuidade do cuidado.

Em contrapartida, a satisfação é importante e remete a uma assistência de saúde de qualidade e oportuna, estimulando a procura do serviço de saúde com frequência e regularidade, gerando um maior conhecimento e, consequentemente, um manejo mais adequado de sua própria doença.

Cabe salientar que é recomendado que de 60 a 80% dos casos de DM sejam tratados na rede básica municipal, porém para que isto ocorra é necessário que o atendimento seja resolutivo e de qualidade, tendo como resultado final a satisfação do usuário (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

Contudo, é imprescindível, no tratamento do DM, o atrelamento do doente aos serviços de saúde e a assistência por profissionais atualizados, contribuindo com o diagnóstico e controle da doença, evitando complicações ou, ao menos,

protelando a progressão das já existentes. Ressalta-se, também, que o maior contato com o serviço de saúde e uma assistência de enfermagem sistematizada promove maior adesão ao tratamento (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Os relatos mostram a dificuldade dos usuários identificarem os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, considerando todos como enfermeiros e ainda desprende a inferência da ausência do profissional enfermeiro no atendimento de ponta do indivíduo diabético, sendo muitas vezes difícil de ser identificado durante o atendimento prestado pela equipe de saúde.

Em compensação, relato expressa a confiança, segurança e o respeito que o cuidador tem com o profissional médico, permitindo refletir sobre a posição e importância profissional do enfermeiro dentro dos estabelecimentos de saúde e que aqui não foi identificado pelo usuário. Ficando explícito que os usuários podem não estar tendo muito contato com o profissional enfermeiro que na sua essência tem o cuidado como principal ação durante a assistência de enfermagem.

No entanto, o enfermeiro encontra-se inserido nas instituições de saúde como o profissional do cuidado e, neste cenário, deve desenvolver atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade e procurar nas suas ações contribuir para a adesão do paciente ao tratamento (FAEDA; PONCE DE LEON, 2006).

A literatura também aponta que o enfermeiro precisa manter-se atento às mudanças que estão ocorrendo no país e no mundo, para que possa adequar seu conhecimento teórico-prático às reais necessidades de saúde da população (FAEDA; PONCE DE LEON, 2006).

Estar constantemente preparado para o exercício profissional no âmbito da saúde reflete na satisfação do usuário. Sendo evidenciado nos relatos dos entrevistados com o atendimento recebido durante a hospitalização, tal satisfação pode estar relacionada à assistência de enfermagem, pois esses profissionais estão mais próximos e constantemente em contato com o diabético e a família durante a realização de cuidados e procedimentos específicos.

Frequentemente, o doente que é estimulado a participar efetivamente das atividades desenvolvidas durante a internação tende a aceitar mais facilmente a modificação do seu estilo de vida, melhorando sua autoestima, adquirindo conhecimento sobre a doença e melhor aceitação da doença no contexto familiar e social (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

Assim, o relacionamento enfermeiro-diabético pode influenciar e contribuir ativamente no desenvolvimento de capacidades e habilidades pelo doente conduzindo-o a uma vida mais independente com autocontrole (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

Neste processo de cuidado a educação em saúde é favorecida e caracterizada como um dos pilares do tratamento do DM, sendo fundamental o enfermeiro conhecer a história clínica e de vida do doente e para isso dispõe de uma importante ferramenta que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A internação é uma das oportunidades que o enfermeiro tem para atuar e capacitar essas pessoas mediante fases da SAE para a alta hospitalar, dando-lhes subsídios para melhor controlarem o DM no domicílio.

Desprende-se das falas que a identificação do pro-

fissional enfermeiro ocorre quando este realiza breve visita ao quarto do doente durante a hospitalização. Devendo-se destacar que o primeiro contato com o doente, além de importante, é necessário para o (re) conhecimento do diabético não se limitando a visualização do doente, pois desfavorece a sistematização do atendimento de maneira holística e humanizada.

Em presença disso, é necessário refletir sobre a necessidade de o enfermeiro tornar-se um profissional mais ativo e criativo, superando a visão biomédica e curativista com a clientela a quem presta assistência (FAEDA; PONCE DE LEON, 2006).

O enfermeiro envolvido no cuidado do indivíduo diabético necessita de um conhecimento amplo que o torne capaz de realizar uma avaliação clínica eficiente, não só na identificação de problemas que estejam afetando as necessidades humanas básicas relacionadas ao DM, mas também na escolha de intervenções adequadas que contribuam com a recuperação e reabilitação do indivíduo, amenizando sofrimentos não só do doente como da sua família (BECKERI; TEIXEIRA; ZANETTI, 2008).

### Considerações Finais

Os resultados deste estudo revelaram que os diabéticos realizam prática domiciliar efetiva e correta, quando percebem sinais e sintomas de hiperglicemia ou hipoglicemia e que, logo após, buscam atendimento nos serviços de saúde, sendo o descontrole glicêmico a principal causa do atendimento. A maioria utiliza, *a priori*, os serviços profissionais das Unidades Básicas de Saúde seguido do Pronto Atendimento Municipal e/ou e do Hospital Santa Casa.

Diabéticos e familiares demonstraram satisfação com o atendimento recebido nas UBS quando apresentam descontrole metabólico, havendo apenas um doente insatisfeito e isso foi associado à falhas na triagem. Ainda evidenciou-se insatisfação pelos diabéticos com o atendimento de saúde recebido no PAM.

Durante o atendimento recebido nas UBS, no PAM e na hospitalização, os entrevistados não foram capazes de identificar o profissional enfermeiro, como protagonista do processo da assistência à saúde. Entretanto, foram unânimes em dizer que receberam um bom atendimento no decorrer da internação.

Isto indica a necessidade de reorganização das atividades diárias do enfermeiro visando à assistência sistematizada e, ao mesmo tempo, a necessidade de buscar capacitação e atualização profissional para prestar um cuidado planejado e eficiente no controle da doença daqueles submetidos à sua assistência.

Conclui-se que os profissionais da saúde, e especialmente o enfermeiro por ser o profissional diretamente envolvido com o cuidado, precisam investir incansavelmente na sua atualização profissional e consequentemente em ações de saúde diferenciadas na abordagem e no cuidado do indivíduo diabético e de sua família. É necessário que os enfermeiros elaborem planos de cuidados que extrapolem os conceitos biológicos que permeiam a assistência à saúde, investindo na educação em saúde ao assistirem os diabéticos e seus familiares, dando subsídios e estimulando o próprio doente e a família a controlar a doença.

Ainda é fundamental que os serviços de saúde, por meio dos seus dirigentes, busquem capacitar e atualizar seus profissionais para que sejam capazes de prestar uma assistência voltada à comunidade diabética e seus familiares, considerando as necessidades individuais e coletivas desse grupo de pessoas, prestando um cuidado mais responsável e efetivo, além de ter caráter holístico, humanizado, resolutivo e de qualidade.

Portanto, o enfermeiro precisa despertar para a sua autoavaliação sobre o cuidado prestado e a necessidade de capacitação e atualização profissional em áreas específicas para educar em saúde, desenvolvendo um trabalho responsável, planejado, sistematizado, executado e avaliado no cotidiano da práxis profissional. As instituições de saúde, por sua vez, precisam dar condições, por meio da reorganização do seu quadro funcional, traçar propostas de capacitação profissional e um meio próprio de avaliar a prática do enfermeiro, a fim de minimizar as falhas ocorridas durante a assistência de enfermagem.

### Referências

- ALFRADIQUE, M. E.; SAMPAIO, L. F. R. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BECKERI, T. A. C.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. *Ver Bras Enferm*. v. 61, n. 6, p. 847-852, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 221 de 17 abril de 2008: Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, 2008.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): versão 1.0*. Geneva: International Council of Nurses, 2005.
- FAEDA, A.; PONCE DE LEON, C. G. R. M. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. *Ver Bras Enferm*. v. 59, n. 6, p. 818-821, 2006.
- HARRISSON, T. R. *Medicina interna*. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2009.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. O toque de despertar para parar a epidemia global de diabetes. *Diabetes clínica*, v. 10, n. 3, p. 183-184, 2006.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D.

Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev latino-am enfermagem*, v. 16, n. 2, 2008.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. *Ciênc. cuid e saúde*, v. 5, n. 1, p. 41-49, 2006.

SILVEIRA, J. A. A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 43-49, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2006. Disponível em: <[www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf](http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2010.

SOUSA, M. R.; PEIXOTO, M. J.; MARTINS, T. Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência II.ª Série*, v. 8, p. 59-67, 2008.

TAVARES, D. M. S.; DRUMOND, F. R. D.; PEREIRA, G. A. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm.* v. 17, n. 2, p. 342-349, 2008.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes Mellitus. *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, v. 26, n. 2, p. 261-269, 2004.