

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

ROSIMERE PAZOS MAREQUE ESPINHO

**Participação do Agente Comunitário
de Saúde na Atenção ao Diabetes Mellitus
na Estratégia de Saúde da Família.**

Rio de Janeiro

2011

ROSIMERE PAZOS MAREQUE ESPINHO

**Participação do Agente Comunitário
de Saúde na Atenção ao Diabetes Mellitus
na Estratégia de Saúde da Família.**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio
de Sá, como requisito parcial para a obtenção do
grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientadora: Prof. Dra. Adriana Aguiar

Rio de Janeiro
2011

E77 Espinho, Rosimere Pazos Mareque
Participação do agente comunitário de saúde na
atenção ao Diabetes Mellitus na estratégia de saúde
da família / Rosimere Pazos Marque Espinho. – Rio
de Janeiro, 2011.
107 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)–
Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Diabetes
3. Promoção da saúde. I. Título

CDD 613

Aos meus pais, Celso e Ângela.
Ao meu marido, Carlos.
Pelo amor dedicado.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde, em especial ao Dr. Daniel Sorans, pelo apoio dado aos servidores municipais no sentido de se qualificarem para o exercício funcional e por tornar possível a conclusão deste Mestrado.

Aos professores do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, pela disponibilidade e pelo apoio sempre dispensado.

À Prof. Dra. Marilene Nascimento, pela ajuda na fase inicial deste percurso.

À minha orientadora, Prof. Dra. Adriana Aguiar, pela disponibilidade a me orientar no meio do percurso. Por suas inúmeras lições, paciência e bom humor.

Aos meus colegas de turma, pelos momentos vividos em conjunto, em especial à enfermeira Márcia Reis, sempre disponível a dividir sua experiência com a ESF e a ajudar na solução do impasse gerado em relação às bolsas de estudo.

À minha família, pela compreensão dos momentos em que estive ausente.

Aos companheiros da CAP 2.2, especialmente Denise e Elani, por sua amizade e pelo apoio dispensado em vários momentos, sempre com palavras carregadas de carinho e motivação.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, por disponibilizarem seu tempo para contribuir com a elaboração deste trabalho, apesar de todas as dificuldades que enfrentaram na área.

À todos que contribuem para fazer uma Saúde Pública de qualidade.

RESUMO

Este estudo teve como objeto a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na promoção da saúde, na detecção precoce do Diabetes Mellitus tipo 2 e no acompanhamento de diabéticos adscritos a Unidades de Saúde da Família de uma área programática do Município do Rio de Janeiro. A escolha deste tema foi motivada pela grande morbidade e mortalidade provocada pela doença e também pelos baixos valores de prevalência da doença até 2007, nas comunidades do estudo, quando comparado com a média nacional de 1988.

O trabalho apresenta uma revisão em relação ao tema Diabetes Mellitus, e, a seguir, uma discussão sobre os modelos assistenciais, as políticas públicas incluindo a Estratégia de Saúde da Família e o enfrentamento do Diabetes Mellitus. A prevenção e a detecção precoce da doença são apresentadas sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, e a metodologia utilizada para análise é baseada na Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados são divididos nos seguintes temas: Percepções em relação à doença e aos pacientes; Processo de trabalho para o enfrentamento do problema e Fatores que interferem na adesão ao tratamento.

Palavras chave: Diabetes Mellitus, Agente Comunitário de Saúde, Promoção da Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The subject of this study was the work of the Community Health Agent concerning the promotion of health, prevention of Diabetes mellitus type 2 and the addition of many diabetics to the Unity of Family Health in a specific area of Rio de Janeiro. This choice of subject was motivated by high illness and mortality rates caused by the disease and by its low rates of prevalence until 2007 in the aforementioned communities in comparison to the national average of 1988.

This work represents a revision of the subject of Diabetes mellitus and a discussion about the models of care, public politics, and Family Health Strategies with the Diabetes Mellitus. Prevention and detection of the disease are presented under the optics of the Community Health Agent.

This study is concerned with the qualitative nature and the methodology used is based on the Analysis of Content of Bardin. The results are divided by: Perceptions regarding disease and the patients; Process of work to combat the problem and factors that interfere with the benefits of the treatment.

Key Words: Diabetes Mellitus, Community Health Agent, Health Promotion, Family Health Strategy

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de amputações em 5 capitais em 2009-2010.....	17
Gráfico 2: Prevalência de sobrepeso Brasil, França e EEUU.....	24
Gráfico 3: Prevalência de obesidade Brasil, França e EEUU.....	25
Gráfico 4: Prevalência de DM em 2010 por Microáreas da Eq1.....	66
Gráfico 5: Prevalência de DM em 2010 por Microáreas da Eq2.....	66
Gráfico 6: Causas de DM relacionadas pelos pacientes diabéticos aos ACS.....	68
Gráfico 7: Queixas dos pacientes diabéticos apresentadas para os ACS.....	71
Gráfico 8: Processo de trabalho em relação ao DM.....	72
Gráfico 9: Fatores que facilitam a adesão ao tratamento do DM.....	83
Gráfico10:Fatores que dificultam a adesão ao tratamento do DM.....	85
Gráfico11: Sugestões para melhorar a adesão ao tratamento do DM.....	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Deformidades e área de maior pressão plantar	34
Figura 2: Mapa do Município do Rio de Janeiro dividido por APs	59
Figura 3: Mapa da AP 2.2 dividida por bairros	60
Figura 4: Mapa da AP 2.2 dividida por comunidades	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de prevalência de Diabetes Mellitus estimada por 100 habitantes	13
Tabela 2: Prevalência de Diabetes e Tolerância Reduzida à Glicose, de acordo com o sexo e a faixa etária em Ribeirão Preto	14
Tabela 3: Mortalidade específica por Diabetes Mellitus por Unidade da Federação e Ano, por 100.000 habitantes	15
Tabela 4: Mortalidade na AP 2.2 e no Município do Rio de Janeiro.....	16
Tabela 5: Número de amputações realizadas no SUS por qualquer causa no período de janeiro de 2009 a novembro de 2010.....	17
Tabela 6: Classificação etiológica do Diabetes Mellitus.....	22
Tabela 7: Valores de glicose plasmática por diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus estágios.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Análise de Conteúdo
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ADA – Associação Americana de Diabetes
AHA – American Heart Association
AP - Área Programática
CAP – Coordenação de Área Programática
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Centro Municipal de Saúde
DAC - Doença Arterial Coronariana
DCCT - Diabetes Control and Complication Trial
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DE – Disfunção Erétil
DM – Diabetes Mellitus
DM1 - Diabetes Mellitus tipo 1
DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2
DPP - Diabetes Prevention Program
EC – Educação Continuada
EP – Educação Permanente
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FDPS - Finnish Diabetes Preventio Study
FNS – Fundação Nacional de Saúde
GIL – Gerenciador de Informações Locais
GJA- Glicemia de Jejum Alterada
HA - Hipertensão Arterial
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMC - Índice de Massa Corporal
MA - Microárea

MIRFIT – Multiple Risk Factor Intervention Trial
MMII – Membros Inferiores
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OS – Organização Social
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PS - Promoção da Saúde
PSE – Programa de Saúde do Escolar
PSF - Programa de Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes
SISREG – Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro
SM - Síndrome Metabólica
SMSDC RIO - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUS - Sistema Único de Saúde
TOTG - Teste Oral de Tolerância à Glicose
TRG - Tolerância Reduzida a Glicose
UKPDS - United Kingdom Prospective Diabetes Study
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
1.1	<i>Objetivo Geral</i>	31
1.2	<i>Objetivos Específicos</i>	31
2	DIABETES MELLITUS	31
2.1	<i>Definição</i>	32
2.2	<i>Fisiopatologia</i>	32
2.3	<i>Classificação</i>	33
2.4	<i>Fatores de Risco</i>	35
2.5	<i>Diagnóstico</i>	38
2.6	<i>Complicações</i>	39
2.7	<i>Prevenção e Detecção Precoce do DM2</i>	47
2.8	<i>Justificativa do Trabalho</i>	51
3	POLÍTICAS DE SAÚDE, MODELOS ASSISTENCIAIS E O ENFRENTAMENTO DO DM2	52
3.1	<i>A Estratégia de Saúde da Família e as recentes Políticas Públicas</i>	56
3.2	<i>Formação e Atribuições do ACS e Conseqüências para o Trabalho em Equipe</i>	58
3.3	<i>A ESF no Município do Rio de Janeiro e na AP 2.2: conseqüências para o controle do DM2</i>	65
4	METODOLOGIA	69
4.1	<i>Cenário da Pesquisa</i>	70
4.2	<i>População da Pesquisa, Instrumentos de Coleta de Dados e Procedimentos Éticos</i>	73
4.3	<i>Análise de Dados</i>	74
5	RESULTADOS	76
5.1	<i>Percepções dos ACS em relação ao DM2 e aos pacientes</i>	79
5.2	<i>O Processo de Trabalho do ACS em relação ao DM2</i>	84
5.3	<i>Fatores que interferem no Trabalho do ACS para adesão ao tratamento</i>	93
6	DISCUSSÃO	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICE A	117
	APÊNDICE B	118

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) na promoção da saúde, na detecção precoce do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e no acompanhamento de diabéticos adscritos a unidades de Saúde da Família de uma área programática (AP) do Município do Rio de Janeiro

Por ser uma doença “silenciosa”, o DM2 muitas vezes só é diagnosticado quando o paciente apresenta sérias complicações e tem sua qualidade de vida severamente afetada. Existem vários fatores de risco associados à doença, alguns sem possibilidade de intervenção, como a idade e a predisposição genética. Outros, entretanto, são modificáveis, pois estão relacionados ao estilo de vida (hábitos alimentares, sedentarismo, álcool e outras drogas).

A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) na população adulta no Brasil, em 1980, foi estimada em 7,6% (SBD, 2007). A tabela 1 apresenta os valores da taxa de prevalência de Diabetes encontrados em algumas capitais brasileiras, referentes ao estudo multicêntrico realizado em 1988 (BRASIL 1, 1992).

Tabela 1: Taxa de prevalência de Diabetes Mellitus (estimada por 100 habitantes, ajustada por idade, 1988).

CAPITAL	Taxa (%)
Belém	7,16
Fortaleza	6,48
João Pessoa	7,95
Recife	6,42
Salvador	7,87
Rio de Janeiro	7,47
São Paulo	9,66
Porto Alegre	8,89
Brasília	5,22
BRASIL	7,6

Fonte: Ministério da Saúde/Estudo multicêntrico

No entanto, dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 12,1% em estudo realizado em Ribeirão Preto, SP (TORQUATO et al, 2003), no período de setembro de 1996 até novembro de 1997. Este estudo utilizou metodologia similar ao Estudo Multicêntrico Brasileiro e avaliou a prevalência de DM2 em 1.473 pessoas entre 30 e 69 anos. A taxa de prevalência de diabetes nesta cidade se mostrou comparável à observada em países desenvolvidos.

Table 2. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance according to age group and sex in Ribeirão Preto												
Age group (years)	Women				Men				Total			
	Diabetes		Impaired glucose tolerance		Diabetes		Impaired glucose tolerance		Diabetes		Impaired glucose tolerance	
	Raw data	Age adjusted	Raw data	Age adjusted	Raw data	Age adjusted	Raw data	Age adjusted	Raw data	Age adjusted	Raw data	Age adjusted
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
30-39	2.6	3.0	3.0	3.5	3.4	3.9	0.8	0.9	2.8	3.3	2.2	2.6
40-49	6.4	6.4	6.0	6.0	8.5	8.5	7.7	7.7	7.1	7.1	6.6	6.6
50-59	15.1	13.5	11.4	10.2	15.4	13.9	6.5	5.8	15.2	13.6	9.8	8.8
60-69	25.1	23.1	11.2	10.3	20.6	19.2	14.0	13.0	23.5	21.7	12.2	11.3
Total	12.1	12.1	7.9	7.9	12.0	12.0	7.3	7.3	12.1	12.1	7.7	7.7

*Statistical differences between age groups in the same column ($p < 0.05$).

Fonte: Torquato et al, São Paulo Med. J 2003: 121(6): p 226.

Comparando este estudo com o Estudo Multicêntrico Brasileiro, verificamos em seus resultados uma taxa de prevalência de diabetes maior. Estes achados podem refletir o impacto dos fatores ambientais e de estilo de vida, em cidades brasileiras como Ribeirão Preto, de bom padrão sócio-econômico, principalmente nas taxas crescentes de sedentarismo e obesidade (TORQUATO et al, 2003).

Em 2008 dados da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC RIO), estimavam cerca de 250.000 pacientes diabéticos neste município, sendo 190.000 mil usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (SMSDC RIO 2, 2008).

No Brasil, a taxa de mortalidade específica por diabetes, de 2000 a 2007, foi em média 24,5 por 100.000 habitantes, como se pode ver na Tabela 3. A análise das capitais revela o maior valor no Rio de Janeiro com 38,8 óbitos por 100.000 habitantes, seguido por Aracaju com 35,8 óbitos por 100.000 habitantes. São Paulo fica em 16º lugar, com uma média próxima à nacional. Observa-se também um crescimento significativo da mortalidade por diabetes no Rio de Janeiro em 2007.

Recente estudo do Ministério da Saúde (SAÚDE BRASIL, 2009) aponta queda de 17% nas mortes causadas por doenças crônicas não transmissíveis entre 1996 e 2007. Entretanto no mesmo período as mortes por diabetes cresceram 10%.

Tabela 3: Taxa de mortalidade específica por diabetes mellitus, por capital e ano, por 100.000 habitantes

Capital	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Rio de Janeiro	39,5	38,6	39,4	39,2	37,0	34,9	39,4	42,6	38,8
Aracaju	41,2	33,7	36,1	34,2	33,9	35,5	34,6	37,3	35,8
Porto Alegre	27,3	27,2	31,4	32,6	43,2	42,7	37,6	35,9	34,9
Recife	32,6	32,0	32,1	35,5	41,4	36,5	36,1	28,9	34,4
João Pessoa	30,3	36,2	32,3	31,6	32,5	28,0	31,7	35,4	32,3
Maceió	29,1	37,3	33,0	26,6	28,9	27,1	37,1	38,8	32,3
Natal	26,4	26,2	29,4	26,3	27,0	31,1	27,9	34,7	28,7
São Luís	21,0	26,2	23,6	29,6	26,8	26,2	29,5	38,3	27,9
Porto Velho	27,8	27,8	35,1	28,8	27,5	24,9	13,4	20,4	25,5
Salvador	24,0	26,8	27,6	24,6	24,9	25,0	26,5	23,6	25,4
Teresina	27,0	21,4	25,7	23,0	24,5	24,0	25,2	28,3	24,9
Vitória	27,0	27,0	26,4	15,2	21,3	23,6	27,8	25,2	24,2
Rio Branco	13,0	15,3	22,8	26,2	19,5	31,1	27,4	27,0	23,2
Cuiabá	26,3	20,3	24,4	21,5	24,0	22,5	17,9	22,7	22,4
Curitiba	21,9	20,1	22,3	22,6	22,3	21,6	20,1	24,5	21,9
São Paulo	23,9	22,0	21,2	21,2	21,4	18,6	19,5	20,5	21,0
Goiânia	19,4	17,9	21,3	18,3	21,2	15,8	22,8	19,5	19,5
Belém	20,5	21,9	18,4	18,6	17,7	16,6	19,1	21,2	19,2
Boa Vista	13,5	19,2	23,3	21,3	27,3	15,7	16,4	16,7	19,1
Fortaleza	18,0	20,1	20,7	18,6	14,4	14,2	16,7	17,6	17,5
Campo Grande	18,4	20,2	16,3	17,0	14,7	19,2	16,6	17,9	17,5
Brasília	16,6	17,0	18,3	17,8	17,6	17,6	15,7	17,6	17,3
Belo Horizonte	15,9	15,8	14,1	15,7	14,9	15,5	17,1	17,5	15,9
Manaus	15,6	15,2	16,5	14,5	15,3	13,9	14,0	16,3	15,1
Florianópolis	21,6	17,0	16,4	12,2	14,2	12,3	14,3	14,2	15,1
Palmas	10,9	8,6	6,2	8,7	5,6	13,5	12,7	11,1	9,9
Macapá	8,1	9,1	14,7	11,6	9,6	8,7	8,1	7,3	9,6
TOTAL	25,0	24,7	24,9	24,4	24,4	23,1	24,2	25,4	24,5

Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS.

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS- SIA/SUS.

Este estudo foi realizado na Área Programática 2.2 (AP 2.2) do município do Rio de Janeiro. A análise da mortalidade da AP 2.2 e do município do Rio de Janeiro em 2008 (tabela 4) mostra predomínio das causas cardiovasculares, sendo o coeficiente da AP 2.2 superior a média encontrada no Município (SMSDC RIO 2, 2008). O coeficiente de mortalidade específico para o DM é um pouco inferior ao da média municipal; entretanto, sabemos que esta doença é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (principal causa), e provavelmente um grande número de óbitos deste grupo seja de pacientes diabéticos.

Tabela 4 Mortalidade na AP 2.2 e no Município do Rio de Janeiro 2008

MORTALIDADE	AP 2.2		MRJ	
	n°	Coef.*	n°	Coef.*
N° Total de óbitos	3.720		52.130	
Doença cardiovascular	1.063	298.6	14.244	226.4
Neoplasias	721	202.5	8.485	134.9
Causa Externa	303	85.1	5.734	91.1
Mal definidas	170	47.7	4.537	72.1
Doenças respiratórias	532	149.4	5.572	88.6
Doenças infecto parasitárias	244	68.5	2.923	46.5
Doenças endocrino nutric. Metab.	172	48.3	3.239	51.5
Diabetes	124	34.8	2.495	39.7

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

(*) Coeficientes por 100.000 habitantes

A linha de n° TOTAL, inclui dados de AP ignorada

Dados de população - projeção populacional a partir do censo 2000/IBGE- IPP/SMU

Acessado em: 15/12/2010

Além de contribuir para a taxa de mortalidade, o DM é importante componente da morbidade destas populações, a partir das suas várias complicações. De acordo com Powers (2006), o DM é, nos Estados Unidos, a principal causa de doença renal terminal, amputações não traumáticas de membros inferiores e cegueira no adulto. Os dados apresentados no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde referentes ao DM apontam que esta doença é uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares (BRASIL 5, 2006). Estes dados corroboram os da SMSDC RIO, que apresentam as lesões dos pés dos pacientes diabéticos como responsáveis por 50 a 70% das amputações não-traumáticas, 15 vezes mais frequentes do que entre indivíduos não diabéticos, respondendo por 50% das internações hospitalares por diabetes. A prevalência de amputações entre indivíduos com mais de 20 anos de doença é de 15% (SMSDC RIO 2, 2008).

Nas capitais do Brasil, o número de pacientes que submetidos a amputações considerando todas as causas, nos anos de 2009 e 2010 (sem os dados referentes ao mês de dezembro), foi respectivamente 7.474 e 6.930 (DATASUS). Não foi possível diferenciar quantas destas amputações foram traumáticas e quantas foram realizadas em pacientes diabéticos. Estas capitais foram classificadas em relação ao número de procedimentos realizados e só serão apresentadas as cinco principais capitais (Tabela 5 e Gráfico 1) que lideram em relação ao número total.

Estes dados revelam que São Paulo e Rio de Janeiro assumem a primeira e segunda posição, respectivamente, em relação ao número de procedimentos comparado com as demais capitais. Na tabela abaixo podemos verificar que no Rio de Janeiro o número de amputações

ao nível do pé é bem menor quando comparados com aquelas realizadas ao nível de membros inferiores (MMII). Neste contexto se considerarmos a proporção entre os níveis de amputação, verificamos que corresponde a aproximadamente metade dos casos da de MMII. Apesar de ainda ser elevada a proporção de amputações altas, quando observamos as outras capitais, o Rio de Janeiro é o que tem a menor proporção de amputações altas nos dois anos analisados. Isto pode significar maior atenção para o problema e maior agilidade para conseguir deter o processo. Percebe-se que apesar do Rio de Janeiro ser o segundo colocado em número de amputações há uma estabilização no número de casos. Convém lembrar que os dados de dezembro de 2010 ainda não foram computados.

Tabela 5 Número de amputações realizadas no SUS por qualquer causa

Capitais	2009		2010	
	Amputações pé e tarso	Amputações MMII	Amputações pé e tarso	Amputações MMII
São Paulo	325	1150	334	1179
Rio de Janeiro	313	719	309	738
Recife	7	588	94	471
Belo Horizonte	11	526	114	474
Salvador	15	466	147	494

Fonte: DATASUS - Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil
 Amputação/Desarticulação de pé, tarso e membros inferiores Período:Jan/2009-Nov/2010.

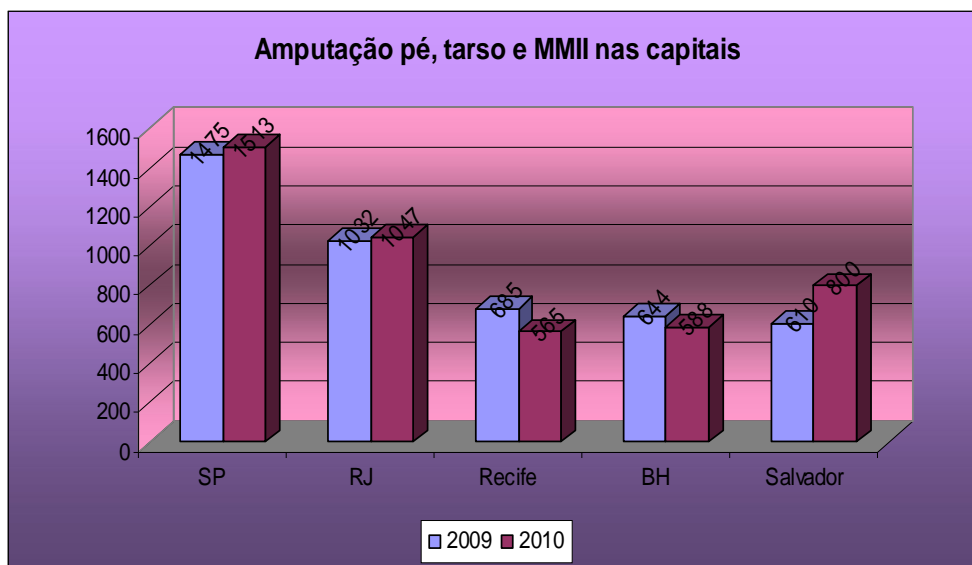


Gráfico 1: Número de amputações de pé, tarso e MMII em cinco capitais, nos anos de 2009 e 2010.

Não é de hoje que existem políticas para tentar enfrentar a doença. A SMSDC RIO implantou o "Programa de Diabetes" em 1987. Em janeiro de 2011 o programa está presente em 83 unidades de saúde tradicionais, em 90 unidades da ESF com 343 equipes, além de ter 23 "Pólos de Insulina" (SMSDC RIO 1, 2009 e dados da Coordenação de Saúde da Família fornecidos em 11 de janeiro de 2011). O programa visa oferecer meios para que o paciente consiga controlar a doença. Para isso as unidades de atenção primária, oferecem consultas agendadas com médicos, enfermeiros e nutricionistas, ações educativas realizadas por equipe multiprofissional, medicamentos distribuídos nas farmácias das próprias unidades, além de acesso a exames laboratoriais. Aqueles que precisem de avaliação médica especializada ou de serviços de apoio diagnóstico são referenciados para unidades de maior complexidade.

O Município do Rio de Janeiro vive um momento de expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e vem enfrentando sérios desafios no processo de implantação. Por se tratar de uma grande metrópole tem uma grande densidade populacional, favorecendo situações de pobreza e de violência urbana. Além disso, a formação profissional na saúde apresenta limitações na preparação para atuar na ESF. Esta estratégia se propõe a trabalhar sob a perspectiva da vigilância em saúde, com atuação no território, foco nas famílias e nos problemas mais prevalentes que afetam a saúde da população, e com ações intersetoriais.

A ESF tem no ACS o principal elo entre a equipe de saúde e a comunidade. O ACS é ao mesmo tempo morador na comunidade e membro da equipe de saúde, o que favorece suas possibilidades de interagir com a comunidade e, desta forma, contribuir nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O conhecimento do território e seu potencial de comunicação com a comunidade fazem do ACS um ator fundamental na sensibilização e motivação para mudanças do estilo de vida. Mais do que apenas "traduzir" o conhecimento científico para possibilitar sua compreensão pela população, o ACS pode ser um fomentador de ações coletivas locais de comunicação (ARAÚJO, 2007). Entretanto, fatores como o nível de informação e preparo técnico deste profissional, a forma de interação com os demais membros da equipe e com os moradores da comunidade, além de inúmeros outros aspectos que conformam seu processo de trabalho podem facilitar, ou não, o desempenho de tais atividades.

Diariamente o ACS se depara com uma série de situações para as quais a área de saúde ainda não desenvolveu um conhecimento sistematizado que englobe a abordagem da família, o contato com situações de vida precárias que determinam as condições de saúde, o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. O ACS tem um grande desafio que é conseguir agregar a real dimensão social convivendo com a dimensão técnica.

Além disso, a promoção da saúde é um campo recente de atuação cujo conhecimento e prática ainda não estão sedimentados no Brasil, havendo necessidade de articular ações que ultrapassem o campo da assistência a saúde (SILVA E DALMASO, 2002).

Muitas são as expectativas em relação à atuação dos ACS, o que fica explícito na portaria nº 648 que lista 33 atribuições para este profissional. Entre elas aparece o desenvolvimento de atividades de vigilância da saúde, promoção da saúde, de prevenção das doenças como, por exemplo, o DM2. Diante das competências técnicas enfatizadas pelo Ministério da Saúde para o trabalho do ACS, no contexto da prevenção e monitoramento das doenças prevalentes, o presente estudo enfoca sua atuação frente ao DM2. O crescente número de casos desta doença, além de suas complicações, tem sido um grande desafio a ser enfrentado por profissionais de saúde e gestores. Quantificar a prevalência de DM2 no presente e no futuro é fundamental para racionalizar no planejamento e na alocação de recursos, considerando que as medidas voltadas para a prevenção primária e secundária são bem menos onerosas do que aquelas para a prevenção terciária (WHO, 2005), sem falar no ônus para indivíduos e familiares.

Esta pesquisa buscou responder à seguinte questão norteadora: Como se dá a prática dos ACS nas equipes de Saúde da Família para a promoção da saúde, detecção precoce do DM2 e acompanhamento dos pacientes diabéticos?

1.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas dos ACS no controle do Diabetes Mellitus tipo 2 na AP 2.2 do Município do Rio de Janeiro.

1.2 Objetivos Específicos

Mapear as ações dos ACS em seu território para a promoção da saúde e detecção precoce do DM2.

Identificar a percepção de ACS sobre as dificuldades no acompanhamento do tratamento de pacientes diabéticos atendidos nas USF estudadas.

2 DIABETES MELLITUS

2.1 Definição

O Diabetes Mellitus (DM) abrange um grupo de distúrbios metabólicos que se apresentam com hiperglicemia, ou seja, aumento da taxa de açúcar no sangue. Existem diversos tipos, causados por uma complexa interação de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. De acordo com a etiologia da doença, pode haver redução da secreção de insulina (hormônio secretado pelo pâncreas, com importante função no metabolismo dos açúcares no organismo), diminuição da utilização e aumento da produção de glicose (POWERS, 2006).

É uma doença de evolução crônica e silenciosa, e a falta de regulação metabólica da glicemia pode acarretar graves complicações afetando vários sistemas orgânicos. As principais complicações, apresentadas no item 2.6 deste estudo, são: retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença arterial coronariana, doença cérebro vascular e doença vascular periférica (SMSDC RIO 2, 2008).

2.2 Fisiopatologia

O DM2 se caracteriza por três anormalidades fisiológicas: secreção reduzida de insulina, resistência periférica à insulina e produção hepática excessiva de glicose. Apesar das controvérsias sobre o defeito primário, a maioria dos estudos sustenta que a resistência à insulina é uma etapa que precede os defeitos de secreção desta, e que o diabetes surge apenas se a secreção de insulina se tornar inadequada (POWERS, 2006). A resistência insulínica é quando ocorre redução da sensibilidade ao hormônio insulina pelos tecidos musculares e hepáticos inibindo assim a captação da glicose por estes (SBD, 2007).

Outro conceito importante na fisiopatologia da doença é o de Síndrome Metabólica (SM). A SM inclui alterações da tolerância à glicose e/ou resistência à insulina, obesidade, hipertensão arterial (HA) e dislipidemia (SBD, 2007). A obesidade, principalmente a central (evidenciada pela relação entre cintura e quadril) é muito comum no paciente com DM2. As células gordurosas (adipócitos) secretam vários produtos biológicos (leptina, TNF- α , ácidos graxos livres, resistina e adiponectina). Estas substâncias modulam a produção e a ação da insulina assim como o peso corporal, além de contribuir para a resistência à insulina.

Nos estágios iniciais da doença, a glicose mantém níveis normais apesar da resistência à insulina, isto por que as células β do pâncreas, produtoras de insulina, aumentam o débito

deste hormônio para compensar o excesso de glicose no sangue (hiperglicemia). À medida que aumenta a resistência à insulina pelos tecidos hepático e muscular, ocorre um acúmulo de insulina no sangue periférico. Com este estado de hiperinsulinemia avançando, em alguns indivíduos, as células pancreáticas já não são capazes de sustentar os níveis do hormônio elevados, o que resulta em um aumento dos níveis de glicose acima do normal, quadro este conhecido por Tolerância Reduzida à Glicose (TRG) ou Glicemia de Jejum Alterada (GJA). Quando isto ocorre, o fígado “entende” que não está havendo entrada suficiente de glicose na célula e aumenta então a sua produção. O declínio da produção de insulina e o aumento da secreção hepática de glicose levam a hiperglicemia de jejum, caracterizando o quadro franco de DM2 (POWERS, 2006).

2.3 Classificação

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 16 (BRASIL 5, 2006), há duas formas de se classificar o diabetes: em estágios de desenvolvimento e em tipos, de acordo com a etiologia. Os estágios de desenvolvimento incluem as fases em que a glicemia está alterada, mas ainda não atingiu níveis que caracterizam a doença, até as fases mais avançadas em que o uso de insulina é necessário para o controle da glicemia ou para a sobrevivência do doente.

A classificação atual é baseada na etiologia, ou seja, na causa (e não no tipo de tratamento ou na idade). Portanto, critérios antigos como tipo de tratamento utilizado (insulino-dependente e não insulino dependente, infante juvenil e do adulto) não são mais utilizados (SBD, 2007). Isto ocorre por duas razões, primeiro porque muitos casos classificados anteriormente de DM não insulino dependente, em fases mais avançadas da doença necessitavam de tratamento com insulina; segundo porque embora o DM tipo 1 se desenvolva com maior frequência antes dos 30 anos, o processo destrutivo contra as células β pode ocorrer em qualquer idade (POWERS, 2006).

A classificação atualmente utilizada (Tabela 6), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), é a recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Ela apresenta duas categorias gerais de DM, o tipo 1 e tipo 2. O DM1 corresponde a 5 a 10% do total de casos, resulta principalmente da destruição auto-imune das células beta pancreáticas (produtoras da insulina), e em poucos casos, é idiopático, ou seja, não se sabe a causa. Este tipo tem a forma rapidamente progressiva,

comumente observada em crianças e adolescentes (mas presente também em adultos) e a forma lentamente progressiva, que ocorre geralmente em adultos e é referida como diabetes latente auto-imune do adulto (POWERS, 2006).

O DM2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina, deficiência relativa de sua secreção e produção aumentada de glicose. A maioria dos pacientes tem excesso de peso (sobrepeso ou obesidade). Esta doença é precedida por um período com níveis de glicose anormal, conhecido como TRG ou GJA. O diagnóstico, na maioria dos casos, é feito a partir dos 40 anos de idade, embora possa ocorrer mais cedo e, mais raramente, em crianças e adolescentes. O DM2 abrange a grande maioria dos casos, 90% a 95% (SBD, 2007). É importante ressaltar que, nos últimos anos, a incidência de DM2 vem crescendo entre crianças e jovens, em associação ao aumento da obesidade (BRASIL 5, 2006)

A categoria outros tipos de DM é menos comum, contém várias formas desta doença decorrentes de defeitos genéticos na função das células β , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas, associados a outras doenças ou ao uso de fármacos (ADA, 2000 e SBD,2007).

Tabela 6 Classificação etiológica do DM	
DM1	<ul style="list-style-type: none">• Auto-imune• Idiopático
DM2	
Outros tipos específicos de DM	
Diabetes <i>mellitus</i> gestacional	

Fonte: Diretrizes SBD 2007

No DM gestacional ocorre diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange tanto os casos de DM, como os de TRG detectados na gravidez (SBD, 2007). Segundo Powers (2006), é decorrente de alterações metabólicas do final da gravidez que aumentam as necessidades de insulina. A maioria das mulheres retorna ao normal após o parto, mas apresenta risco elevado para DM em fase posterior da vida.

O tema deste estudo será o DM2, onde se encontra o maior número de casos e também onde as ações de promoção e prevenção podem ter grande impacto.

2.4 Fatores de Risco

A OMS define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o DM. A OMS também inclui aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. (BRASIL 4, 2008).

As doenças crônicas têm etiologia múltipla, portanto, não permitem que tenham suas causas claramente definidas. Entretanto, é possível a identificação de vários fatores de risco (sendo muitos deles potencializados por fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais): sexo, idade, genética, tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas (BRASIL 4, 2008).

As transformações da sociedade moderna sejam políticas, econômicas, sociais e culturais, interferem no modo de viver dos sujeitos e da sociedade. Tais mudanças podem facilitar ou dificultar o acesso das populações a condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, interferir no processo saúde-doença-cuidado. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), atualmente consideradas epidemia, constituem um sério problema de saúde pública atingindo tanto países ricos como países de baixa e média renda, com maior impacto nestes últimos, por não possuírem políticas públicas para modificar positivamente os seus determinantes sociais (BRASIL 4, 2008).

No Brasil, observam-se processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, principalmente a partir da década de 1960. A transição demográfica, com reflexos na expectativa de vida, levou a um aumento de 45,9% da população idosa acima de 65 anos entre 1980 e 2000 (BRASIL 4, 2008). O envelhecimento da população brasileira apresenta vários fatores envolvidos neste processo como a queda da mortalidade geral e infantil com conseqüente aumento da expectativa de vida e principalmente a queda da fecundidade levando a diminuição gradativa das faixas mais jovens e conseqüentemente ao envelhecimento populacional (PONTES et al, 2009).

A transição epidemiológica mudou o perfil de morbi-mortalidade da população brasileira, variável de acordo com as condições sócio-econômicas e de acesso aos serviços de saúde das regiões, com progressiva diminuição das mortes por doenças infecto-contagiosas (46% em 1930 para 5,3% em 2005) e aumento daquelas provocadas por doenças crônicas (10% de mortes por doenças do aparelho circulatório em 1930 para cerca de 30% em 2005).

Enquanto nos países desenvolvidos a transição se deu de forma gradativa, nos países em desenvolvimento se deu de forma rápida, encontrando os serviços de saúde despreparados para as necessidades da nova realidade (BRASIL-4, 2008). Quando os principais agentes infecciosos pareciam ter sido identificados e as doenças transmissíveis não mais dominavam o quadro de doenças letais, tem-se em 1980 a epidemia de AIDS com reversão desta expectativa. O reconhecimento de novos agentes infecciosos e o ressurgimento de doenças que se pensava controladas passaram a recompor este novo cenário. Abre-se assim o caminho para a construção de dois novos conceitos: o das doenças infecciosas e parasitárias emergentes e reemergentes (PONTES et al, 2009).

Outro fenômeno observado foi a transição nutricional. Como resultado verifica-se que o sobrepeso entre homens (IMC $\geq 25\text{Kg/m}^2$) passou de 18,6% (ESTUDO NACIONAL DA DESPESA FAMILIAR, 1975) para 47,3% (VIGITEL, 2006), e entre mulheres de 28,6% para 38,8%, no mesmo período. A obesidade (IMC $\geq 30\text{Kg/m}^2$) passou de 2,2% (ESTUDO NACIONAL DA DESPESA FAMILIAR, 1975) para 11,3% (VIGITEL, 2006), e de 7,8% para 11,5% respectivamente.

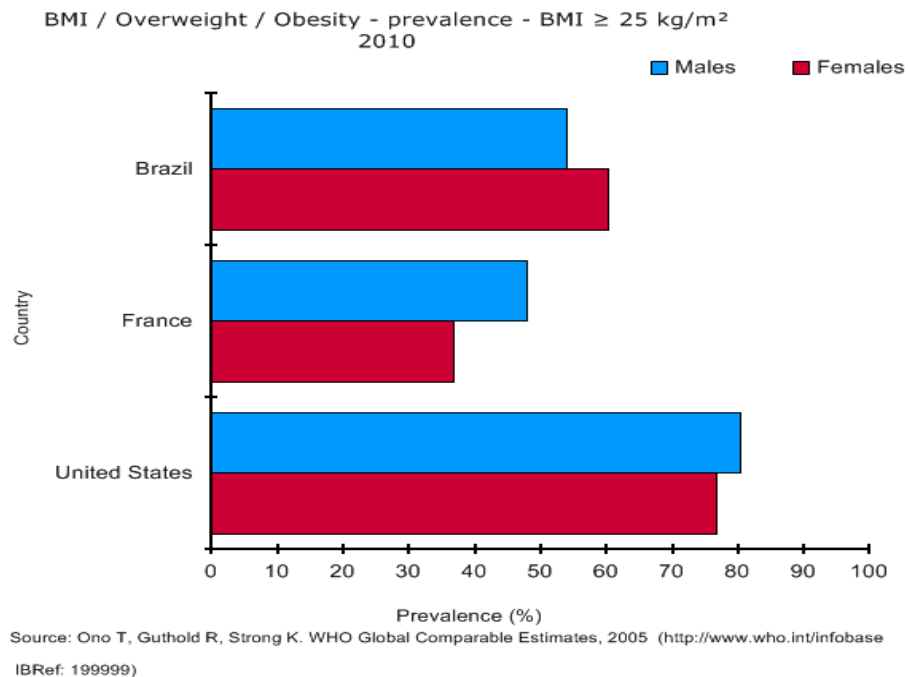


Gráfico 2: Comparação de prevalência de sobrepeso em homens e mulheres, entre Brasil, França e Estados Unidos em 2010.

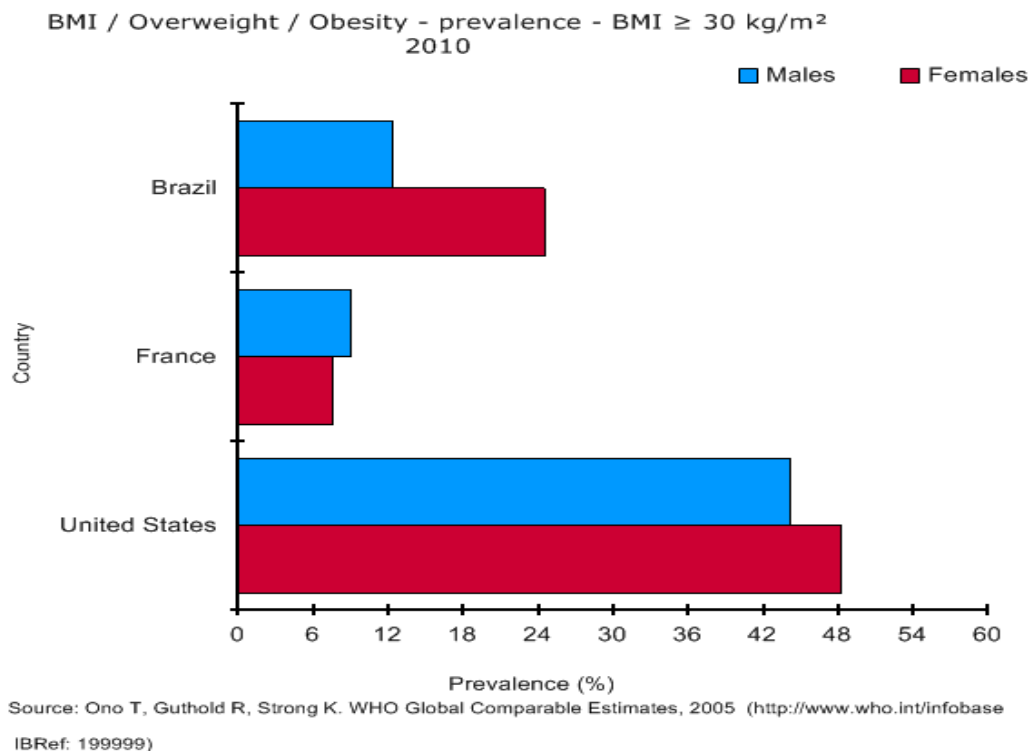


Gráfico 3: Comparação de prevalência de obesidade em homens e mulheres, entre Brasil, França e Estados Unidos em 2010.

A transição nutricional é mundial, decorrente da urbanização e globalização, associada a mudanças no padrão de alimentação pela crescente oferta de produtos industrializados. Em consequência, observamos uma redução da prevalência de desnutrição e aumento do sobrepeso e da obesidade. Ela exige análise de como se constituem os padrões de alimentação e de atividade física, e as evidências disponíveis apontam para um baixo gasto energético e aumento do sedentarismo (PONTES et al, 2009).

Dados da OMS mostram que a estimativa para 2010 da prevalência de sobrepeso é de 54% para homens e 60.3% para as mulheres. Já a prevalência de obesidade é de 12.4% para homens e 24.5% para mulheres. A estimativa para sobrepeso e obesidade apresentada nos gráficos 1 e 2 acima, comparando 3 países incluindo o Brasil, mostra que os níveis são preocupantes.

De acordo com Powers (2006), o DM2 exibe um forte componente genético, sendo aceito que é uma doença poligênica e multifatorial, apesar dos genes ainda não terem sido identificados. Sua ocorrência em gêmeos idênticos varia entre 70 e 90%. Indivíduos com um dos pais com DM2 possuem maior risco para diabetes; se ambos os pais tiverem, o risco é próximo a 40%. Fatores ambientais também modulam a expressão fenotípica da doença. A

definição da susceptibilidade genética é ainda um desafio já que o defeito genético da secreção ou da ação da insulina pode não se manifestar, a menos que um evento ambiental ou outro defeito genético, como a obesidade, se superponha.

Os fatores indicativos de maior risco são listados a seguir:

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso: Índice de Massa Corporal IMC >25.
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial sistêmica (HAS) (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL < 35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL.
- História de macrosomia fetal ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

A caracterização do grau de risco ainda não está padronizada e para se colocar um paciente assintomático sob suspeita alguns autores sugerem a presença de vários dos fatores de risco acima relacionados (BRASIL 5, 2006).

Vale ressaltar, entretanto, que o DM2 é uma DCNT. Doenças deste grupo levam muito tempo para se manifestar na vida de uma pessoa, podendo ter origem em idades muito jovens, e sua emergência é resultado, ou bastante influenciada, pelas condições de vida e não apenas por condições genéticas e escolhas individuais. Por apresentarem essa longa duração até sua manifestação, têm também muitas oportunidades de prevenção.

As equipes de saúde devem estar atentas aos índices de prevalência de sobrepeso e obesidade nas comunidades, não só para identificar uma população com maior risco para adoecer, como também para realizar um trabalho intersetorial, tentando reverter tendências desfavoráveis à saúde da população.

2.5 Diagnóstico

A instalação do DM2 é precedida por estágios intermediários denominados GJA ou TRG, que podem ocorrer em período de tempo variável. Estes estágios seriam decorrentes de uma combinação de resistência à insulina e disfunção da célula pancreática (SBD, 2007).

A TRG é o estágio onde os níveis de glicose no sangue, medidos em jejum, se encontram acima da taxa considerada normal (100 mg/dl), porém inferior ao nível de diagnóstico da doença (126mg/dl). Este diagnóstico pode ser avaliado pelo Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG), exame onde o paciente ingere uma carga de 75g de glicose e tem a sua glicemia plasmática medida 2h após. É considerado alterado o resultado entre 140 e 200 mg/dl. Pacientes com GJA ou TRG apresentam risco para desenvolver DM2 e doença cardiovascular (SHAAN et al, 2004; POWERS, 2006).

Atualmente são aceitos três critérios para o diagnóstico de DM:

- Sintomas de poliúria (urinar excessivamente), polidipsia (sede intensa); polifagia (fome excessiva) e perda ponderal (emagrecimento), acrescidos de glicemia casual acima de 200 mg/dl;
- Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl;
- Glicemia acima de 200 mg/dl medida 2h após ingestão de 75 g de glicose.

Categoria	Jejum*	2 h após 75 g de glicose	Casual**
Glicemia Normal	<100	<140	
Tolerância diminuída a glicose	>100 e < 126	>=140 a<200	
Diabetes Mellitus	>= 126	>=200	>=200 com sintomas clássicos***

Fonte: Diretrizes SBD 2007

*O jejum é definido como falta de ingestão calórica por no mínimo 8h;** Glicemia casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição; ***os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e emagrecimento não explicado.

2.6 Complicações

O DM é uma doença que possui várias complicações sistêmicas, que podem ser agudas ou crônicas.

Complicações Agudas

O controle glicêmico satisfatório pressupõe variações ao longo do dia na faixa de 80 a 160 mg/dl. Pequenos desvios podem ocorrer para mais ou para menos, sendo facilmente controlados com ajustes de dieta, atividade física ou medicações. No entanto, em algumas situações esses desvios são mais acentuados, e requerem a atenção da equipe de saúde para impedir um quadro mais grave. A descompensação aguda hiperglicêmica pode ser de dois tipos: cetoacidose diabética e estado hiperosmolar hiperglicêmico. A cetoacidose é uma complicação potencialmente letal, com índices de mortalidade entre 5% e 15%. Ocorre principalmente no DM1, sendo algumas vezes a primeira manifestação da doença. Estima-se que 50% dos casos possam ser evitados com medidas simples de atenção para a saúde. Os principais fatores precipitantes são: infecção, omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar, uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves, como acidente vascular cerebral, infarto ou trauma. Os indivíduos com mau controle – hiperglicêmicos ou instáveis – são particularmente vulneráveis a essa complicação. Embora a maioria dos pacientes com DM1 seja acompanhada por especialista, a unidade básica poderá prestar pronto atendimento de intercorrências, evitando as descompensações agudas. Dentre as causas de descompensação destacam-se: infecções como tuberculose, infecção urinária, pé diabético, abscesso dentário, mais frequentes nos pacientes em mau controle glicêmico, assim como em condições higiênicas desfavoráveis (BRASIL 5, 2006).

Já o DM2, que mantém uma reserva pancreática de insulina, raramente desenvolve essa complicação, apenas ocorrendo nestes pacientes diabéticos quando associados a infarto, AVC ou infecção grave, em que há elevada produção de hormônios contra-reguladores. O quadro clínico consiste em polidipsia (sede excessiva), poliúria (produção excessiva de urina), enurese (incontinência urinária), hálito cetônico (hálito com odor de cetona), fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. Caso esse quadro se agrave, pode levar a complicações como choque, distúrbio hidro-eletrolítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração, síndrome de angústia respiratória do adulto e edema cerebral em crianças, necessitando tratamento imediato (BRASIL 5, 2006).

A síndrome hiperosmolar é um estado de hiperglicemia grave (> 600 a 800 mg/dl), desidratação e alteração do estado mental, que ocorre na ausência de cetose, tendo elevada mortalidade. Ocorre apenas no DM2 porque um mínimo de ação insulínica é necessária para prevenir a cetose. A prevenção da descompensação aguda que leva à síndrome hiperosmolar é semelhante à da cetoacidose diabética. No entanto, é importante ressaltar que, casos assintomáticos de DM2 não diagnosticados podem, frente às intercorrências acima, evoluir para a síndrome hiperosmolar. Os indivíduos de maior risco são os idosos (> 60 anos), cronicamente doentes, debilitados ou institucionalizados, com mecanismos de sede ou acesso à água prejudicado. Fatores precipitantes são doenças agudas (acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio ou infecções, particularmente pneumonia), uso de glicocorticóides ou diuréticos, cirurgia, ou elevadas doses de glicose (nutrição enteral ou parenteral ou, ainda, diálise peritoneal) (BRASIL 5, 2006).

A hipoglicemia é a complicação aguda inversa, ou seja, é a diminuição dos níveis glicêmicos para valores inferiores a 60 a 70 mg/dL. Geralmente essa queda leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor). Pode ocorrer em pacientes que utilizam hipoglicemiantes orais que estimulam a secreção de insulina ou pelo uso de insulina exógena. A busca crescente do controle metabólico estrito, leva ao aumento da ocorrência de hipoglicemia. Os indivíduos que variam muito seu padrão de dieta e exercício físico, que têm longa duração do diabetes, ou que apresentam neuropatia diabética grave têm um maior risco de hipoglicemia, além daqueles que apresentaram uma ou mais hipoglicemias graves recentemente. As situações de risco são: atraso ou omissão de refeições, exercício vigoroso, consumo excessivo de álcool e erro na administração de insulina ou de hipoglicemiante oral. A grande maioria das hipoglicemias é leve e facilmente tratável pelo próprio paciente, entretanto, pode ser grave quando ignorada pelo paciente ou tratada inadequadamente (BRASIL 5, 2006).

Complicações Crônicas

As complicações crônicas do DM2 acometem diversos sistemas orgânicos e são responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade associadas à doença. São

subdivididas em microvasculares e macrovasculares, de acordo com o tamanho da luz das artérias comprometidas. As complicações não vasculares incluem problemas como gastroparesia (paralisia parcial do estômago), infecções e alterações cutâneas.

As microvasculares englobam a retinopatia (comprometimento da retina), a nefropatia (comprometimento do rim) e a neuropatia (comprometimento do sistema nervoso periférico); e as macrovasculares são a doença arterial coronariana, a doença cérebro vascular e a doença vascular periférica. De acordo com Powers (2006), o risco de complicações crônicas aumenta com a duração da hiperglicemia, geralmente ocorrendo na segunda década da doença, e como a doença é muitas vezes assintomática, alguns indivíduos só farão o diagnóstico já na vigência destas. Estas complicações são responsáveis por elevada morbimortalidade cardiovascular e renal, amputação, cegueira, e perda da função e qualidade de vida (BRASIL 5, 2006). Estudos clínicos, randomizados, de indivíduos com diabetes tipo 1 e 2, demonstraram que a redução da hiperglicemia crônica previne ou adia a retinopatia, neuropatia e nefropatia. Por outro lado, outros fatores, não definidos completamente, podem modular o aparecimento dessas complicações, já que mesmo com DM de longa duração, alguns indivíduos jamais manifestam nefropatia ou retinopatia, mesmo com controle glicêmico semelhante àqueles pacientes com complicações. Isto sugere susceptibilidade genética para algumas complicações (POWERS, 2006).

As complicações macrovasculares têm evidência menos conclusiva em relação à hiperglicemia como causa, entretanto, a coronariopatia e a mortalidade decorrente, são duas a quatro vezes mais frequentes em pacientes com DM2. Estes eventos se correlacionam com níveis de glicemia em jejum e pós-prandial, além dos níveis de hemoglobina glicada, da presença de hipertensão arterial e dislipidemia (POWERS, 2006).

Doença cardiovascular

As doenças cardiovasculares incidem mais nos indivíduos com DM (tipos 1 ou 2). O estudo de Framingham demonstrou um aumento importante da doença arterial periférica, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), coronariopatia, infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte súbita. A American Heart Association (AHA) designou o DM como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, na mesma categoria do tabagismo, da Hipertensão Arterial (HA) e da dislipidemia (POWERS, 2006). É a complicação de maior morbimortalidade, demonstrada pelo ensaio clínico United Kingdom Prospective Diabetes

Study (UKPDS), que revelou que aproximadamente 70% dos desfechos clinicamente relevantes eram cardiovasculares (BRASIL 5, 2006). Este estudo também mostrou que a melhora do controle glicêmico não reduziu de modo significativo a mortalidade cardiovascular (POWERS, 2006). As doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos diabéticos em relação aos demais. Nas mulheres diabéticas, o efeito protetor reconhecido para o gênero desaparece (BRASIL 5, 2006).

Em relação ao cuidado do paciente diabético não se pode esquecer os fatores de risco cardiovasculares que juntamente com o DM compõem a Síndrome Metabólica: a HA e a dislipidemia, que com o tabagismo ganham gravidade adicional bem documentado no estudo MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) confirmado no estudo UKPDS (PONTES et al, 2009).

A HA afeta a maioria dos portadores de diabetes, e é um importante fator de risco para a doença coronariana e para as complicações microvasculares como a retinopatia e a nefropatia. Pacientes com DM2 têm uma prevalência aumentada de anormalidades lipídicas que contribuem para taxas mais elevadas de Doença Arterial Coronariana (DAC). É comum encontrar níveis elevados de triglicerídeos e baixos de colesterol HDL (colesterol bom) em indivíduos com diabetes (POWERS, 2006). A primeira medida deve ser afastar as causas secundárias das alterações dos lipídios, comuns nestes casos: hipotireoidismo, controle glicêmico insatisfatório, alimentação inadequada (excesso de consumo de açúcares e alimentos com carboidratos de rápida absorção), álcool em excesso.

O fato do controle glicêmico não mostrar grande impacto na redução da mortalidade cardiovascular, reforça ainda mais a relevância do trabalho das equipes de saúde para prevenir a ocorrência da doença.

Retinopatia diabética

A retinopatia diabética é a principal forma de cegueira irreversível no Brasil. Ela é assintomática nas suas fases iniciais, mas evolui ao longo do tempo, acometendo a maioria dos portadores de diabetes após 20 anos de doença. Os fatores de risco são semelhantes aos descritos para doença macrovascular, embora para complicações microvasculares, o controle da glicemia assume importância maior (BRASIL 5, 2006). Os indivíduos diabéticos têm 25 vezes maior chance de evoluírem com cegueira do que os não diabéticos (POWERS, 2006). A presença de nefropatia e gravidez também contribuem para sua evolução. A presença de

retinopatia é um marcador precoce de início das complicações microvasculares e do risco de comprometimento renal. Para estabelecimento de prognóstico e indicação terapêutica, a retinopatia é graduada em: não-proliferativa (leve, moderada, severa), proliferativa e presença de edema macular clinicamente significativo. A retinopatia não proliferativa nos graus severa, proliferativa e com edema macular clinicamente significativo são as de maior risco para cegueira; o rastreamento tem como objetivo o diagnóstico precoce para prevenção de cegueira através da fotocoagulação (BRASIL 5, 2006).

Nefropatia diabética

A nefropatia diabética é uma complicação comum e devastadora em pacientes com diabetes, com frequência pouco inferior a retinopatia (BRASIL 5, 2006). Se caracteriza por uma seqüência de eventos razoavelmente previsíveis definidos para pacientes com DM1, mas que parece ser semelhante no DM2 (POWERS, 2006). Tradicionalmente se inicia por um estágio de nefropatia incipiente, com aumento da excreção urinária de albumina, chamada de microalbuminúria, em geral, após cinco anos da doença. Em indivíduos propensos existe uma evolução da doença para proteinúria (perda de proteína pelo rim) clínica, geralmente acompanhada de hipertensão. Com o passar dos anos, em torno de cinco a dez, surge a síndrome nefrótica, com queda da função renal e evolução para insuficiência renal terminal. Situações que precisam ser descartadas antes do diagnóstico de nefropatia que podem elevar a excreção urinária de albumina incluem exercício físico intenso, febre, infecção, insuficiência cardíaca, piúria, hematuria, glicemia muito alta e aumento da pressão arterial. As medidas mais efetivas em reduzir o risco e retardar a progressão da nefropatia são o controle glicêmico e da pressão arterial (BRASIL 5, 2006). O que difere em relação a nefropatia do DM2 em relação ao DM1 é que ela geralmente é diagnosticada juntamente com o diagnóstico da doença, acompanhada de hipertensão e a microalbuminúria é menos preditiva de nefropatia diabética pois pode estar relacionada com outros fatores como HA, ICC, infecção, entre outros fatores (POWERS, 2006).

Neuropatia diabética

É a complicação mais comum do diabetes, compreendendo um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico. Este acometimento pode se dar de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se silenciosamente ou com quadros sintomáticos dramáticos. A forma mais comum é a neuropatia simétrica sensitivo-motora distal. Pode se manifestar por sensação de queimação, choques, agulhadas, formigamentos, dor a estímulos não-dolorosos, câimbras, fraqueza ou alteração de percepção da temperatura, pode ser em repouso, com exacerbação à noite e melhora com movimentos (BRASIL 5, 2006).

A neuropatia autonômica do diabético pode envolver múltiplos sistemas como o cardiovascular, gastrointestinal, genitourinário, sudomotor e metabólico, sendo responsável por uma série de sintomas como taquicardia em repouso, hipotensão ortostática, gastroparesias e alterações no esvaziamento da bexiga, hiperhidrose dos membros superiores e anidrose dos inferiores, dificuldade de perceber a hipoglicemia (POWERS, 2006).

Outras causas de neuropatia devem ser consideradas e excluídas com testes para vitamina B12, HIV, função tireoidiana e renal, e investigação de hanseníase, alcoolismo e para-efeitos de fármacos. O reconhecimento precoce e o manejo da neuropatia diabética são importantes, pois permitem o início de um tratamento específico em casos sintomáticos, reconhecimento e orientação adequada de pacientes em risco de lesões em membros inferiores não percebidas e acompanhamento da disautonomia autonômica relacionada com maior morbimortalidade (BRASIL, 2006).

Pé diabético

Úlceras de pés e necrose de extremidades são complicações muito graves nos pacientes diabéticos. A prevenção primária do acometimento do pé nestes pacientes visa prevenir neuropatia, vasculopatia e as conseqüentes ulcerações. O monitoramento de um conjunto de fatores que eleva o risco de úlcera e amputação de extremidades envolve avaliar os pés dos pacientes anualmente quanto à história de úlcera ou amputação prévia; deformidades dos pés (pé em martelo ou dedos em garra, proeminências ósseas); detecção de neuropatia por mono filamento de 10g; palpação de pulsos periféricos (artéria pediosa e tibial posterior); discutir a importância dos cuidados dos pés como parte de programa educativo para prevenção de úlcera e amputação (BRASIL 5, 2006).

Aproximadamente 15% dos indivíduos com DM apresentam uma úlcera de pé e um subgrupo significativo sofrerá amputação (14 a 24 % na primeira úlcera ou nas subseqüentes) (POWERS, 2006). O fator mais importante no surgimento das úlceras nos membros inferiores é a neuropatia diabética, responsável pela maior vulnerabilidade a traumas e levando a um maior risco de úlcera nos pés. O aumento da pressão plantar está relacionado à limitação da mobilidade articular e às deformidades provocadas pela neuropatia, como observado na figura abaixo. O trauma constitui outro fator importante para lesões nos pés, muitas vezes associado ao uso de calçado inadequado, quedas, micoses e cortes de unha errado. A doença arterial periférica acomete duas vezes mais o paciente diabético que o não diabético, é mais freqüente nos membros inferiores. As úlceras constituem a mais comum das complicações diabéticas e precedem 85% das amputações e se infectam em 50% dos casos, o que pode necessitar de internação prolongada (BRASIL 5, 2006).



Figura 1 – Deformidades e áreas de maior pressão plantar (Consenso Internacional, 2001)*

*International Consensus on the Diabetic Foot, versão brasileira, SES-DF, 2001, copiado das Diretrizes SBD-2007.

Doença Periodontal

No DM2 o risco de Doença Periodontal é três vezes maior do que na população geral (ALVES et al, 2006). A doença periodontal pode ser responsável pela resistência insulínica e o seu tratamento pode ajudar pacientes em relação ao controle metabólico (VERNILLO, 2003). A manifestação inicial é a gengivite que é uma infecção localizada da gengiva e dos tecidos de sustentação dos dentes, manifestando-se através de gengivas edemaciadas, hiperemiadas, dolorosas e sangrantes, como também halitose e “amolecimento” e perda dos dentes (BRASIL 5, 2006). Caso não seja tratada evolui para doença periodontal severa com formação de bolsas periodontais ativas, abscessos periodontais, osteoporose trabecular e destruição do suporte periodontal (SOUZA et al, 2003).

As medidas básicas para prevenir essa doença são: manutenção de controle glicêmico adequado, higiene oral por escovação e fio dental, ao menos duas vezes ao dia, acompanhamento constante para que não haja perda dental e hemorragias gengivais (BRASIL 5, 2006).

Disfunção Erétil

A disfunção erétil (DE) é mais elevada entre os homens que tem certas condições clínicas como Diabetes Mellitus, cardiopatia, hipertensão e níveis diminuídos de HDL colesterol. O tabagismo é outro fator de risco, assim como determinados medicamentos e o uso de álcool. Há ainda outras causas como lesão na medula espinhal, tratamento com radiação para câncer de próstata, além das causas psicológicas. De acordo com Powers (2006), a disfunção erétil ocorre em 35-75% dos homens com DM e os mecanismos estão relacionados com complicações vasculares e neurológicas presentes na doença. É necessário uma boa relação entre o médico e o paciente para revelar as possíveis causas de DE, pois requer a discussão de tópicos pessoais e muitas vezes constrangedores para o paciente.

Para Junior et al (2002) os médicos devem sempre perguntar sobre a saúde sexual e a presença de disfunção erétil nos pacientes diabéticos. Este grupo realizou um estudo na cidade de Santos em São Paulo com uma amostragem de 342 homens acima de 40 anos que responderam a um questionário auto administrado, encontrando uma prevalência de 45,9% com algum grau de disfunção erétil. O estudo deste grupo no Brasil corrobora os dados da literatura internacional.

2.7 Prevenção e Detecção Precoce do DM2

A experiência de outros países mostra que o sucesso das medidas de saúde pública, no que se refere à redução dos fatores de risco e da prevalência das DCNT, é maior à medida que são realizadas ações integradas de promoção da saúde e de prevenção de DCNT e seus fatores de risco. O trabalho deve incluir a produção de informações e análises da situação, com o planejamento de ações vinculadas a determinado território, implementação de estratégias setoriais e intersetoriais e sua avaliação, operando um cuidado integral (trabalho articulado de promoção, prevenção, vigilância e assistência) das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL 4, 2008).

Devido à alta prevalência do DM na população, a prevenção e o monitoramento desta doença têm grande relevância. A prevenção primária é aquela onde procuramos evitar o adoecimento da população susceptível, reduzindo sua exposição aos fatores de risco e reforçando sua resistência aos efeitos destes fatores. A prevenção secundária é para aqueles que já adoeceram, e se beneficiarão com o controle da doença, buscando-se evitar complicações, tanto agudas como crônicas.

Há muito trabalho a ser feito pela atenção primária, como por exemplo, em relação aos fatores de risco para DCNT como sedentarismo, tabagismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis, evitando-se assim um grande número de adoecimentos. Outra função da atenção primária é a identificação de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); a detecção precoce de diabéticos (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas. (BRASIL 5, 2006).

Em relação à prevenção do DM1 não há uma base racional que possa ser aplicada a toda a população. As proposições são teóricas e as mais aceitáveis baseiam-se no estímulo ao aleitamento materno e em evitar a introdução do leite de vaca nos primeiros meses de vida.

Já vimos que o DM2 é precedido por um estágio de TRG e neste estágio inúmeras modificações no estilo de vida, associadas ou não ao uso de agentes farmacológicos, impedem ou adiam o início da doença. O Diabetes Prevention Program demonstrou que alterações substanciais no estilo de vida (dieta e exercício durante 30 min/dia, 5x/sem) em indivíduos com TRG preveniram ou adiaram o início da doença em 58% dos casos em comparação com placebo, independente da idade, sexo ou etnia. Essas mudanças visavam apenas uma discreta redução de peso (5-7%) durante os três anos de estudo. As intervenções farmacológicas também se mostraram eficazes neste estudo, por exemplo, alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, reduziram em 31% a incidência de diabetes, sendo esse efeito mais acentuado em pacientes com IMC > 35 kg/m². Conclui-se que os indivíduos com predisposição genética acentuada, aqueles sob alto risco de DM, com TRG, devem ser incentivados a manter um Índice de massa corporal (IMC) normal e praticar atividade física regular (POWERS, 2006).

O Finnish Diabetes Preventio Study comprovou que uma redução do peso em torno de 3 a 4 Kg em quatro anos reduziu a incidência de DM em 58%. Outro estudo longitudinal com 84.941 enfermeiras, seguidas por dezesseis anos, mostrou que o controle de riscos modificáveis como dieta, atividade física, tabagismo e excesso de peso, foi associado à redução de 91% na incidência de DM e de 88% nos casos com história familiar. As

evidências do Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) e do UKPDS, também apontam que a prevenção secundária evita o surgimento ou progressão das complicações crônicas (SBD, 2007). Existem evidências de que o controle metabólico estrito tem impacto na prevenção secundária, e pode contribuir para evitar tanto o surgimento quanto a progressão de complicações crônicas, conforme ficou demonstrado pelo DCCT e pelo UKPDS (SBD, 2007).

A grande maioria dos pacientes apresenta também obesidade, HA, dislipidemia (alteração das taxas de lipídios no sangue) e aumento da insulina no sangue periférico. Nestes casos, há necessidade de intervenções capazes de agir em todas estas anormalidades do metabolismo. Existem evidências de que o estilo de vida, principalmente o descuido com a alimentação e redução da atividade física, está associado ao agravamento desses distúrbios. Sendo assim, além do controle dos riscos modificáveis, são medidas importantes, na prevenção secundária, o tratamento da HA e da dislipidemia e também a prevenção das ulcerações dos pés e amputações; rastreamento para diagnóstico precoce da retinopatia, nefropatia e controle do tabagismo (SBD, 2007).

Para o controle dos riscos modificáveis é fundamental o papel da Atenção Primária a Saúde. O envolvimento da comunicação, educação e informação com a saúde data do início do século XX. Entretanto os modelos de comunicação eram lineares e ignoravam os conhecimentos pertencentes à população. A resistência às mudanças nas práticas de comunicação e educação na saúde pode ser percebida na prática cotidiana dos trabalhadores da saúde. Estes automaticamente reproduzem modelos históricos, nos quais a comunicação é prerrogativa das instituições de saúde e a população é apenas a receptora desta comunicação, sem voz para expressar sua opinião (ARAUJO, 2007; ALVES, 2004).

Mais recentemente muitos serviços de saúde incorporaram modelos que permitem a participação popular, rompendo com a tradição autoritária (BRASIL 8, 2007), o que é fundamental para a consolidação da ESF. A existência de várias vozes, que representam múltiplos interesse e visões do mundo passa a ter mais visibilidade, apontando para o movimento de colocar as pessoas no centro da comunicação de forma que todos tenham vozes e sejam ouvidos (ARAUJO, 2007; ALVES, 2004).

Para Alves (2004) é possível delinear dois modelos para as práticas de educação em saúde, o modelo tradicional e o modelo dialógico. O modelo tradicional objetiva a mudança de atitudes e comportamentos individuais, seu foco é a doença e a intervenção curativa. Sua prática é baseada em informações verticais visando mudanças comportamentais para que se tenha saúde. A relação entre os profissionais de saúde (que detém o conhecimento técnico

científico) e a população (que precisa de suas informações) só tem um sentido. Seu efeito sobre a população é temporário dependente de estimulação, uma vez que esta cessa seu benefício desaparecerá. A principal crítica a este modelo é que não leva em conta a determinação social do processo saúde doença.

O modelo dialógico de educação em saúde tem o diálogo como instrumento fundamental. Sua proposta se refere a práticas educativas de acordo com as necessidades dos usuários, sendo essencial saber para quem se destina as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e modos de viver. Estas práticas visam o desenvolvimento da autonomia e a responsabilização dos sujeitos no cuidado com sua saúde, fazendo com que compreendam sua situação de saúde. Portanto, parte do princípio de que é necessário o envolvimento dos indivíduos nas ações e assim se conseguirá a sustentabilidade e efetividade das mesmas.

A comunicação em saúde tem uma forte dimensão de educação voltada para a saúde coletiva, pode fomentar o debate público sobre um determinado tema e dar informações suficientes para que a população possa tomar decisões e ampliar sua participação nas Políticas Públicas de Saúde. O ACS pode atuar na ampliação desse direito, já que é o canal de escuta e pode facilitar o acesso à comunicação, Ele é o ator capaz de melhor perceber as necessidades da população em relação à comunicação e informação. É também um importante dinamizador das vozes, capaz de converter receptores em interlocutores (ARAUJO, 2007).

Segundo Merhy (citado em Ferreira, 2009) o trabalho em saúde é um processo de relações a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. O trabalho em saúde utiliza tecnologias tipificadas como tecnologias duras que tem em sua estrutura uma característica dada a priori; leve-duras que apresentam uma parte estruturada, o conhecimento e outra leve relacionada ao modo de agir do trabalhador; e leves relativa aos aspectos inter-relacionais. O trabalho do ACS é baseado na utilização de tecnologias leves e está freqüentemente exposto a tensão histórica provocada pelo uso indiscriminado de tecnologias duras utilizadas no cuidado à saúde proposto pelos modelos médico assistencial e sanitário.

Outro ponto que merece discussão é em relação à apropriação da informação, ou seja, da incorporação da informação a sua própria vida. São as teorias e os modelos que orientam a nossa visão da realidade. A intervenção na realidade vai depender da forma como a comunicação vai ser entendida. Entretanto as pessoas são diferentes e tem condições diversas em relação a se apropriar de uma determinada informação. Quando um determinado modo de olhar e descrever algo passam a ser conhecido, pode passar a orientar vários outros olhares. O

ACS tem no seu trabalho cotidiano este desafio, converter a informação em algo significativo na vida das pessoas (ARAÚJO, 2007).

A detecção precoce do DM exige um rastreamento na população assintomática, pois cerca de 50% da população com a doença desconhece ser portadora da mesma, algumas vezes permanecendo sem o diagnóstico até a manifestação das complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco de adoecer, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante (BRASIL-5, 2006). Este rastreamento é feito através da glicemia de jejum ou do TOTG. Alguns casos serão confirmados com a alteração da glicemia de jejum acima de 126 mg/dl, ou demonstrarão um maior risco para a doença, no caso de elevação na glicemia de jejum acima de 100 mg/dl e inferior a 126/dl ou com o TOTG alterado. Caso o resultado seja negativo esse grupo de risco faria uma nova avaliação em três a sete anos dependendo do grau de suspeição (BRASIL 5, 2006). Este rastreamento implica na oferta do exame de glicemia para os membros da comunidade com maior risco de adoecer. A AP 2.2 oferece a logística necessária para a realização deste exame.

2.8 Justificativa do Trabalho

O cuidado integral da população e do paciente com diabetes e sua família em particular é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no que se relaciona a promover mudanças no seu modo de viver, diretamente relacionado à tradição, educação, renda, acesso a serviços de saúde, entre outros fatores sociais e culturais. O desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce e monitoramento das DCNT e do DM em particular constituem uma das áreas estratégicas na operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL 4, 2008).

A prevenção e o monitoramento das DCNT estão entre as prioridades das políticas públicas para a Atenção Primária dada a sua alta prevalência na população. Historicamente, o DM2 é o segundo diagnóstico mais comum encontrado na Clínica Médica das Unidades de Atenção Primária de Saúde do município do Rio de Janeiro. De acordo com dados do Ministério da Saúde, após a realização em 1988 de um estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes no Brasil por 100 habitantes, a taxa de prevalência média estimada encontrada foi 7,6. Na população acima de 40 anos este mesmo estudo encontrou taxa de 11%

(SMSDC RIO 1, 2009). Entretanto há estudos mais recentes que encontraram taxas mais elevadas (TORQUATO, 2003).

As DCNT, entre as quais se encontra o DM2, têm causado grande impacto nos países em desenvolvimento. Apesar do senso comum de que as DCNT afetam mais os países de alta renda, a realidade é diferente, pois cerca de 80% dos óbitos relacionados a estas patologias ocorrem nos países de baixa e média renda. Elas acarretam dificuldades socioeconômicas, pois de acordo com a OMS (2005) provocam mortes prematuras, gerando maior custo econômico para as famílias, para o sistema de saúde e para a sociedade. Estes custos podem ser diretos, relacionados com internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais; ou indiretos, relacionados com perda de produção por dias de afastamento do trabalho, aposentadorias precoces, entre outras questões. O aumento da prevalência do DM2 leva à maior número de intervenções efetivas na atenção primária visando conter este crescimento.

De acordo com o Ministério da Saúde, o rastreamento de DM na população assintomática é desejável, pois cerca de 50% da população com a doença desconhece ser portadora da mesma, algumas vezes permanecendo sem o diagnóstico até a manifestação das complicações (BRASIL 5, 2006).

No Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL 9, 2009), o cuidado integral ao portador de DM e sua família é apresentado como parte da rotina de trabalho do ACS. Para que sua ação seja efetiva, no entanto, o ACS deve contar com o apoio da equipe e participar de processos de Educação Continuada (EC) e Educação Permanente (EP) onde a temática da prevenção e promoção esteja privilegiada.

Como desdobramentos da pesquisa, espero possibilitar às equipes repensar seu processo de trabalho, de forma a favorecer a prevenção primária e a detecção mais precoce da doença, intensificar as ações de EP e Promoção da Saúde (PS) e ajudar na valorização das ações do ACS para o processo de trabalho da equipe.

3 POLÍTICAS DE SAÚDE, MODELOS ASSISTENCIAIS E O ENFRENTAMENTO DO DM2

O modelo de atenção a saúde legalmente instituído pela Lei 6229/75 e praticado até 1988 no Brasil, criava dicotomias entre cura e prevenção, atenção individual e coletiva, baseando-se principalmente em práticas assistenciais hospitalares e restritas aos contribuintes

previdenciários. A VIII Conferencia Nacional de Saúde realizada em 1986 foi um marco para a Saúde Pública no Brasil, pois nela foram deliberados os princípios e diretrizes incorporados na Política Nacional de Saúde e aprovados na Constituição de 1988 (SCHERER, 2005).

Em 1990 a Lei 8080 cria o SUS. Concebido nos anos finais da ditadura militar, refletiu a mobilização de diferentes setores da sociedade que culminaram com a chamada Reforma Sanitária. Nesta, o processo de construção do SUS foi marcado pela elaboração de instrumentos normativos, cujo objetivo era o financiamento e a gestão dos sistemas de saúde, estadual e municipal, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios. Incluiu a redefinição de funções e competências do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a reestruturação da Fundação Nacional de Saúde (FNS) e a redefinição das relações com o setor privado. Nos primeiros anos o debate da macropolítica não privilegiou o tema dos modelos assistenciais (TEIXEIRA, 1998).

Modelos Assistenciais são definidos como combinações de tecnologias usadas em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde de diferentes complexidades. Visam resolver problemas de saúde (danos e riscos) e atender as necessidades de saúde individuais e coletivas (PAIM, 2003).

O sistema de saúde no Brasil experimenta hoje uma disputa entre modelos assistenciais. O modelo médico assistencial privatista é o mais conhecido e prestigiado. Sua ênfase é na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. No modelo médico assistencial, aqueles que não se reconhecem com problemas de saúde ou que não estejam atentos para medidas de prevenção não serão alcançados. A demanda espontânea neste modelo é que leva a organização de recursos para a oferta.

O outro modelo é o modelo sanitarista que tem enfrentado os problemas de saúde mediante as campanhas e com os programas especiais, entre eles o de diabetes (TEIXEIRA, 1998). Este sistema deixa de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária, conseqüentemente não enfatiza a integralidade da assistência e não estimula a descentralização dos serviços (PAIM, 2003).

Segundo Teixeira (1998) ao nível micro, o SUS acumulou experiência no enfrentamento do modelo hegemônico (médico assistencial), avançando na construção de um modelo de atenção voltado para a qualidade de vida, como foi proposto na 10ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta, o debate sobre a Vigilância da Saúde foi intensificado e ela passou a ser entendida como um eixo do processo de reorientação do Modelo Assistencial do SUS.

De acordo com Monken (2005) a Vigilância em Saúde tem sido compreendida de três formas: como análise e monitoramento das situações de saúde; integrando as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária; como elemento para a organização tecnológica do trabalho de redefinição das práticas sanitárias. Nesta ultima forma tem-se um planejamento numa dimensão técnica e numa dimensão gerencial. Na dimensão técnica combinará tecnologias distintas a fim de controlar determinantes, riscos e danos. Na dimensão gerencial visaria à organização dos processos de trabalho em saúde, com operações visando confrontar os problemas num território delimitado.

Para Mendes (1996), a prática da Vigilância em Saúde se baseia em três pilares: o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade. O território, mais do que um espaço geográfico, é também um espaço simbólico em permanente construção, produto de uma dinâmica social em constante transformação, onde há vida, conflitos, projetos e sonhos. É neste território onde serão encontradas determinadas realidades de saúde. O problema de saúde é a representação social de necessidades sanitárias, oriunda de condições de vida dos sujeitos e baseados em suas percepções do que entendem por normal. O enfoque por problemas surge como alternativa a forma convencional de organização dos serviços de saúde que é o enfoque por programas. No enfoque por problemas é preciso levar em consideração duas ponderações: a distinção entre problema paisagem e a problematização. O problema paisagem é entendido como a realidade aparente do cotidiano das condições de vida dos sujeitos e está restrito a sua aparência, e, a problematização da realidade é a compreensão de toda a complexidade desse problema (MENDES, 1996).

Diferentemente do enfoque por programas verticalizados, de normatização rígida, e que desconhece a limitação de recursos e desconsidera a história dos diferentes territórios e de seus grupos sociais, o enfoque por problemas na vigilância da saúde parte do reconhecimento de um território. Neste, busca identificar, descrever e explicar os macros problemas que se apresentam, e que são referidos pelos sujeitos deste território (baseados em um projeto de saúde particular - o que os sujeitos entendem por saúde), para depois sim articular um conjunto de operações intersectoriais destinadas a resolvê-los, levando em conta os recursos existentes no território. Busca desenvolver, assim, a consciência sanitária dos sujeitos, que passam a compreender melhor os problemas que os atingem (MENDES, 1996). Neste enfoque, problemas complexos de um determinado território devem ser enfrentados numa perspectiva intersectorial, através de um conjunto articulado de ações. A intersectorialidade reconhece que a multiplicidade dos olhares sobre uma realidade potencializa uma ação mais

completa, quando consegue romper as barreiras de comunicação que impedem o diálogo entre os diferentes setores. (MENDES, 1996).

Para a superação de um modelo assistencial centrado na doença, vem sendo também reforçada no Brasil a discussão sobre a Promoção da Saúde. Este termo, cunhado por Winslow (EUA) em 1920, no contexto do final da Primeira Guerra Mundial, embasou-se no fortalecimento das organizações de trabalhadores para alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde e educação da população (ARANTES, 2008). De acordo com Buss (2000), Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a referir o termo, quando definiu as quatro tarefas da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e a reabilitação. Sigerist afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso.

Para Teixeira (2006) a noção de PS vem apresentando uma evolução conceitual ao longo dos anos. Após a II guerra mundial, inspirada no empenho de reconstrução nacional, a PS foi incorporada ao modelo da História Natural das doenças, sendo entendida como um conjunto de atividades desenvolvidas no nível de prevenção primária. Nos anos 70, com o relatório Lalonde (Canadá, 1974) seu significado passou a enfatizar as mudanças propostas nas ações sobre os estilos de vida de diversos grupos populacionais (TEIXEIRA, 2006).

O conceito PS vem sendo re-elaborado desde a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986 que teve como produto a Carta de Ottawa. Esta carta definia a PS como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo" (BUSS, 2000). De acordo com Arantes (2008) a idéia de um mundo em que todos tenham saúde é um potente norteador e agregador de organização e resistência política. Os movimentos sociais buscaram, a partir da metade do século XX, os direitos tais como educação, trabalho e saúde para reduzir as desigualdades sociais (ARANTES, 2008). Para Silva (2009) a PS visa à melhoria da qualidade de vida por meio de políticas públicas favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Buss (2000) citando Sutherland & Fulton, (1992) relata que os diversos conceitos de PS podem ser divididos em dois grupos. No primeiro grupo ela é associada à transformação de comportamentos dos indivíduos, sendo voltada principalmente para os estilos de vida e focando as ações para as famílias e para a comunidade. No segundo grupo encontramos o papel protagonista dos determinantes gerais sobre a saúde, dando sustentação ao entendimento de que saúde se relaciona com qualidade de vida, ou seja, abrange alimentação

adequada, habitação, trabalho, saneamento, educação, ambiente físico limpo, apoio social individual e para as famílias, além de um estilo de vida com responsabilidade. O segundo grupo estaria então direcionado ao coletivo de indivíduos e ao ambiente físico, social, político econômico cultural, através de políticas públicas e condições favoráveis para desenvolver saúde e reforçar a capacidade individual e comunitária (BUSS, 2000).

O enfoque por problemas da Vigilância em Saúde e a ênfase na PS devem informar o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). No nível local, com o apoio de ações intersetoriais e o efetivo compromisso dos gestores no enfrentamento dos problemas identificados no território, é possível avançar na promoção da saúde e da qualidade de vida nas comunidades. O potencial de contribuição do ACS é parte indissociável deste processo.

3.1 A Estratégia de Saúde da Família e as recentes Políticas Públicas

O Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 e atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) incorporou elementos de experiências bem sucedidas desenvolvidas em outros países e em alguns estados do Brasil. Propõe-se a reorganizar o nível primário de atenção à saúde, passando este a ser efetiva porta de entrada do sistema e centro ordenador das redes de atenção no SUS (RODRIGUES, 2009).

O processo de construção social desta reorientação do sistema de saúde exige algumas mudanças: o foco na saúde (e não na doença), na família e comunidade além do indivíduo; a mudança do modelo assistencial sanitário para a ênfase na produção social da saúde; o fortalecimento da Vigilância em Saúde como prática sanitária substituindo a assistência médica tradicional; e por fim, a mudança da ordem governativa de gestão médica para gestão social (MENDES, 1996). Neste novo modelo, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos têm lugar de destaque na busca de uma melhor qualidade de vida para a população.

Desde sua criação em 1994, legislação adicional foi criada para subsidiar o trabalho na ESF. Em 2006 o Ministério da Saúde (MS) propôs o fortalecimento do SUS através do Pacto pela Saúde (BRASIL 3, 2006) cujas Diretrizes Operacionais englobam três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Através destas diretrizes foi possível avançar no aprimoramento da pactuação intergestores. As três esferas de governo desenvolveram um processo de construção de consensos e de atribuições de

responsabilidades, sem deixar de observar as diferenças regionais, com a ratificação de autonomia dos estados federados.

O Pacto pela Vida se compõe de uma série de compromissos sanitários e das prioridades definidas nas três esferas de governo. As prioridades deste pacto em 2006 são implantar a Política Nacional de Saúde do Idoso, reduzir a mortalidade por Câncer do Colo de Útero e de Mama, diminuir a Mortalidade Infantil e Materna, dar resposta do Sistema de Saúde para as doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e por último consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção primária à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

A regulamentação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão foi realizada através da Portaria MS/GM nº 699 de 30 de março de 2006.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) via Portaria nº 648 do MS de 28 de março de 2006 (BRASIL 7, 2007). Esta estabelece as características do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, bem como as atribuições específicas das categorias profissionais que as compõem. Entre estas características, destacam-se o diagnóstico, programação e implementação de atividades segundo o critério de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; a prática do cuidado familiar ampliado; a promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, e o estímulo à participação da comunidade no controle social.

No contexto das políticas, destaca-se ainda a pactuação ocorrida em 30 de março de 2006, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) da PNPS, definindo suas prioridades iniciais para o biênio 2006-2007: alimentação saudável, atividade física/práticas corporais, prevenção de acidentes e violências e cultura da paz, prevenção do uso abusivo de álcool e drogas e ambientes sustentáveis.

No Pacto pela Vida e na PNPS o MS destaca a necessidade de atuar na promoção da saúde, nos seus determinantes e nos fatores de risco que atuam para as DCNT (BRASIL 4, 2008). O MS, compreendendo a importância do DM e de outras DCNT, avaliou a necessidade de uma organização que possibilite a vigilância das mesmas através de estratégias integrais. Com este objetivo, em 2008 apresentou as Diretrizes e recomendações para o Cuidado Integral de DCNT: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência (BRASIL 4, 2008).

O Plano Municipal de Saúde na Escola e Creche (PMSEC), criado em 2008, tem como objetivo consolidar e ampliar ações de saúde na escola e creche, através de atenção integral à saúde das crianças, adolescentes, jovens e adultos, incluindo os profissionais de educação, de acordo com os princípios do SUS.

As prioridades nacionais pactuadas representam os desafios a serem enfrentados pelos gestores, sejam demográficos, epidemiológicos e de gestão sanitária, que tanto o Brasil como outros países em desenvolvimento enfrentam na atualidade. Estas prioridades expressam a preocupação dos gestores com o envelhecimento da população; com a existência de um número considerável de doenças transmissíveis ao mesmo tempo em que ocorre um crescimento agudo de doenças não transmissíveis. Revelam ainda a conscientização da necessidade de organização do sistema de saúde com base na territorialização e, portanto mais próximo dos sujeitos e coletividade, propiciando um melhor conhecimento do território e uma intervenção mais resolutiva. (BRASIL 4, 2008). O protagonismo desta territorialização recai sobre a Equipe de Saúde da Família (EqSF). Nesta, com inúmeras incumbências que incluem a identificação de riscos e o estabelecimento de pontes entre unidades de saúde e comunidades, destaca-se o ACS, cujo trabalho será analisado a seguir.

3.2 Formação e Atribuições do ACS e Conseqüências para o Trabalho em Equipe.

Em 1987, no Estado do Ceará, ocorreu a primeira experiência estruturada de saúde pública com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Posteriormente este programa se estendeu para o Norte e Nordeste do Brasil (FERREIRA et al, 2009). Em 18 de dezembro de 1997 foram aprovadas as Normas e Diretrizes do PACS e do PSF, através da Portaria GM/MS nº1886. Nesta Portaria, o MS prioriza estes programas e estimula a sua expansão, além de reconhecê-los como importante estratégia para aprimorar e consolidar o SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

As diretrizes para o exercício das atividades dos ACS foram inicialmente fixadas pelo Decreto Federal nº 3189 de 4 de outubro de 1999. Neste decreto são consideradas atribuições dos ACS: as atividades de diagnóstico demográfico e sócio cultural, as atividades de educação para a saúde individual e coletiva, a realização de visitas domiciliares para monitorar as situações de risco, o estímulo à participação comunitária com as políticas públicas e a promoção de ações que fortaleçam os elos entre a saúde e outras políticas públicas. A

profissão foi regulamentada em 10 de julho de 2002, pela Lei nº 10.507, exigindo o ensino fundamental e o Curso de Qualificação Básica para a formação de ACS, cujo conteúdo ficava a cargo do Ministério da Saúde. Entretanto, aqueles que já estavam exercendo a função ficavam dispensados da exigência da escolaridade mínima.

A análise e re-interpretação das atribuições dos ACS constantes na portaria GM nº 1886, de 18 de dezembro de 1997, que aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, possibilitaram a identificação de eixos que estruturam o trabalho deste profissional. Estudo sobre as atribuições dos ACS foi realizado por consultores técnicos do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, por consultores representantes das áreas técnica do Ministério da Saúde, representantes dos ACS, Escolas Técnicas do SUS e Pólos de Capacitação do PSF. Foram identificados cinco eixos que deram origem a cinco competências, com suas respectivas habilidades e conhecimentos. Como resultado foi elaborado o documento Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde, que posteriormente foi colocado em site para consulta pública. Na redação da Competência 5 encontramos: “Desenvolver ações de prevenção e monitoramento definidas no plano de ação das equipes de saúde, dirigida a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos de saúde pública”(BRASIL 2, 2003).

Na descrição das habilidades encontram-se, entre outras, trabalharem junto a escolas e grupos organizados a estimulação de hábitos saudáveis, apoiarem a orientação das famílias sobre os riscos à saúde, identificarem indivíduos em situações de risco ou com sinais de risco e encaminhá-los às equipes de saúde, estimular junto à população a adoção de práticas e hábitos saudáveis, apoiar a orientação para indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças crônicas degenerativas e transmissíveis. O conhecimento requerido para estas habilidades acima descritas inclui conceitos, sinais, sintomas, fatores de risco, medidas de prevenção individual e coletiva das doenças crônicas degenerativas e transmissíveis; medidas de monitoramento das enfermidades segundo protocolos de saúde pública; saúde do idoso, cuidados preventivos em relação a acidentes e doenças prevalentes nesta fase, uso de medicamentos, situações e sinais de risco, suporte familiar e social ao idoso, legislação específica. Não é, como se pode observar, uma competência simples, assim como também não são simples as habilidades e conhecimentos requeridos, principalmente quando se considera que o nível de escolaridade exigido para a profissão é o ensino fundamental. Para Tomaz (2002), há necessidade de se refletir sobre o grau de escolaridade exigido para a profissão já que o papel do ACS foi ampliado, saiu do foco inicial do grupo materno infantil

para a família e a comunidade, além das competências preconizadas do campo político e social. Na falta de uma delimitação das atribuições dos ACS seu papel tem sido distorcido e seu trabalho sobrecarregado, pois qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao agente. Em decorrência dessas inúmeras atribuições os ACS recebem vários "micro-treinamentos" sem uma seqüência lógica (TOMAZ, 2002).

De acordo com orientações do Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus (BRASIL 5, 2006), destacamos algumas ações e condutas que devem fazer parte do trabalho dos ACS a fim de garantir o fortalecimento do vínculo, a garantia da efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do paciente:

- Esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.
- Identificar, na população adscrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico.
- Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família.
- Encorajar uma relação paciente-equipe, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular.
- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de auto-cuidado, entre outros.
- Questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado, e encaminhar para consulta extra.
- Verificar o comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos).

No Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL 9, 2009), o cuidado integral ao portador de DM e sua família é abordado como um desafio que deverá fazer parte

da rotina do trabalho visando qualidade de vida e autonomia. As orientações sobre o papel do ACS foram divididas: para aqueles que ainda não adoeceram, mas apresentam fatores de risco (com orientações sobre as medidas de prevenção) e para aqueles que já possuem o diagnóstico, tendo além do papel preventivo o acompanhamento com planejamento. Chama atenção, neste último as orientações para o cuidado corporal (especialmente com os pés e saúde bucal), estímulo a participação em grupos de ajuda mútua e de orientação.

A vigilância a situações de risco e assistência a doenças mais prevalentes deve ser realizada conjuntamente e em consonância com a de promoção da saúde e da qualidade de vida (TOMAZ, 2002). A territorialização facilita a identificação das situações de risco para a saúde, assim como o planejamento do trabalho das equipes, voltado a articular um conjunto de operações intersetoriais destinadas a resolvê-las ou pelo menos minimizá-las, tendo presente a disponibilidade real de recursos existentes no território (MENDES, 1996).

Os ACS necessitam de capacitação sobre os diferentes aspectos do processo saúde doença, não apenas do saber biomédico, mas também outros saberes que levem a compreender o processo em todas as suas dimensões, para ajudar na interação com as famílias. A maioria dos profissionais que atuam na ESF foi formada por currículos tradicionais e são estes profissionais que serão responsáveis pela capacitação dos ACS. O processo de formação e qualificação dos ACS representa um desafio, sendo fundamental ter clareza quanto ao perfil do profissional, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas (TOMAZ, 2002).

A preparação e gestão de recursos humanos (RH) vêm sendo objeto de crescente interesse no processo de educação para o trabalho em saúde, tendo como marco a criação no MS, da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGETES), em 2002. Esta Secretaria elaborou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com a finalidade de transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde. Esta política foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 e alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007.

Assim como a Educação Continuada (EC), a Educação Permanente (EP) visa à continuidade do processo educativo, apesar de metodologias bem diferentes. A EC está mais relacionada com o desenvolvimento técnico de grupos profissionais visando sua atualização científica. Não se propõe a contrapor-se fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho. Sua concepção pedagógica entende a prática como aplicação do conhecimento. Entretanto o que se observa é que nem sempre o que o profissional encontra no serviço permite aplicar o que ele adquiriu de conhecimento. Frequentemente não são criadas as

condições para que este profissional possa reelaborar seus conhecimentos frente a sua realidade cotidiana.

Já a EP tem como objetivo transformar o processo de trabalho das equipes, facilitando a identificação das necessidades dos serviços e cuidar adequadamente das necessidades dos usuários. O processo de trabalho passa a ser o centro da “aprendizagem”, buscam-se as lacunas de conhecimento e as atitudes que explicam em parte os problemas identificados nos serviços. Procura-se entender o que está acontecendo, ou seja, quais são os determinantes dos problemas encontrados. Isto envolve a esfera de organização, técnica e humana. A premissa é que não haverá aprendizagem se os profissionais não reconhecerem problemas comuns e não se reconhecerem neles.

Para que a EP atenda como processo educacional é necessário pensar em duas questões: a organização do trabalho e as representações sociais sobre o trabalho. A organização do trabalho se vê em constante mudança devido à complexidade que hoje as práticas vêm adquirindo e com a incorporação de novas tecnologias, incluídas as de promoção. Em relação às representações sociais, temos um cenário com diferentes profissionais que têm diferentes visões sobre o mundo e sobre o trabalho. Para que ocorra a transformação do processo de trabalho, necessário que haja uma abertura para o reconhecimento dessas diferenças e onde elas impedem as mudanças desejadas. Portanto a EP considera o trabalho além da dimensão técnica e instrumental. A EP mobiliza poder, pois, desloca saberes, acumula e desacumula conhecimentos. É recomendada onde haja coerência entre o projeto institucional e a proposta educativa em suas dimensões política, técnica e metodológica (RIBEIRO E MOTTA, 1996). As estratégias de EP interferem no processo de trabalho das equipes e especificamente no nível de integração dos ACS aos demais profissionais de saúde.

Esta discussão é relevante a partir da constatação que o atual processo de formação do ACS não parece ser suficiente para desenvolver as novas competências necessárias ao desempenho adequado das suas funções. Este consiste basicamente do treinamento Introdutório na Estratégia de Saúde da Família e nas capacitações temáticas desenvolvidas nas equipes. Para Silva e Dalmaso (2002) no trabalho do ACS há uma série de situações para as quais o sistema de saúde não detém o conhecimento sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência. Encontramos exemplos destas situações, na compreensão da abordagem das famílias, no contato com as situações de vida precária que determinam as condições de saúde, no posicionamento frente às desigualdades sociais e na busca da cidadania.

O questionamento que se faz é sobre que saberes seriam necessários para que esses profissionais pudessem atuar satisfatoriamente. Para Tomaz (2002) o desenvolvimento de algumas competências como a trabalho em equipe e a comunicação devem fazer parte dos objetivos em relação à educação do ACS e de outros profissionais de saúde. Para Silva e Dalmaso (2002) os desafios para a atuação dos ACS poderiam ser sistematizados em seis pontos: o contexto onde se implanta o programa, a finalidade do programa, o desenvolvimento de uma tecnologia de trabalho adequada as necessidades do território, a constituição de uma equipe integradora, a composição da identidade do agente entre os pólos institucional e comunitário e por último a formação dos profissionais para o saúde da família. Em relação à formação dos profissionais estas autoras referem que os maiores investimentos são para os profissionais de nível superior e que os ACS além do Curso Introdutório participam das discussões temáticas (quando acontecem) conduzidas por médicos e enfermeiros, e entendem que, nos espaços de EC, os conteúdos são os tradicionais da área de saúde.

A EP, por outro lado, pode ser um instrumento de potencialização do trabalho em equipe. Peduzzi (2001) estudou as características do trabalho em equipe de saúde, e destaca um denominador comum que é a comunicação. Esta pode restringir-se ao trabalho para otimização da técnica; pode ser de caráter pessoal apenas baseada no sentimento de amizade com sobreposição da técnica e pessoal; e por fim, pode ser intrínseca ao trabalho em equipe, ao permitir delinear objetivos comuns e propostas comuns. Neste ultimo tipo de comunicação pode-se encontrar um projeto assistencial coletivo, onde diferentes profissionais participam de sua construção.

Segundo Peduzzi (2001), é possível identificar dois tipos polares de equipe, aquela caracterizada pelo mero agrupamento de agentes, caracteristicamente fragmentada e aquela marcada pela integração de saberes, articulada à construção da integralidade das ações em saúde. Haveria então dois tipos de trabalho em equipe. O primeiro tipo seria Equipe Agrupamento onde ocorre justaposição de atividades e agrupamento de agentes; e o segundo tipo seria a Equipe Integração na qual as ações seriam articuladas e haveria interação entre os agentes. A observação em serviço dos profissionais e a identificação das características da atuação da equipe de Saúde da Família podem contribuir para evidenciar a superação da fragmentação, mediada pelas pontes realizadas pelos ACS entre o conhecimento biomédico e popular, e entre equipe e comunidade.

A atenção centrada no médico, caracteristicamente voltada para a doença e prescritiva, ainda está presente na prática de muitas equipes e também é o que muitas comunidades

esperam dos serviços de saúde. Com a PNEPS, a integração entre os serviços e as instituições formadoras dos profissionais de saúde, com envolvimento da comunidade, pode viabilizar uma maior interação entre os diversos profissionais na produção do cuidado. O trabalho em equipe não tem como objetivo abolir o que cada técnico, na sua área específica contribui para o serviço prestado. Os profissionais têm ações que são próprias de suas áreas, mas também ações que são comuns e onde são integrados saberes de diferentes campos. A contribuição do ACS no processo de trabalho está intimamente relacionada ao nível de integração entre o conjunto de profissionais da equipe de saúde.

O envolvimento dos ACS no processo de trabalho das equipes, passando pelo diagnóstico de situação, planejamento de ações e avaliação de resultados, e suas possibilidades de efetiva expressão nas diferentes etapas deste processo, podem ampliar o potencial de contribuição destes profissionais no trabalho em equipe.

Para o bom resultado do trabalho do ACS é preciso pensar, entre outros aspectos, na prática comunicativa desses profissionais. Para Duarte et al (2007), as atribuições dos ACS exigem deles uma liderança natural na comunidade, no entanto, esta liderança seria um pressuposto e não uma realidade. Para Araujo (2007), a comunicação pode ser percebida de diferentes modos e cada modo determina um entendimento da relação entre pessoas, logo, implicam em diferentes formas de entender e intervir na realidade. Os ACS são mediadores na ampla e dinâmica rede de comunicação sobre a saúde. Quando preparados para o trabalho podem agregar qualidade ao mesmo e fomentar comunicação com a comunidade, desde que não se limitem a repetir a fala técnica dos profissionais.

Os ACS enfrentam o desafio de converter a informação em saúde em algo relevante, interessante e compreensível pelas pessoas e que leve em consideração o que estas pessoas já sabem sobre o assunto em pauta. Assim a comunicação em saúde tem forte dimensão de educação e seu objetivo é estabelecer um debate sobre um determinado tema, oferecendo às pessoas informações suficientes para a tomada de decisões pessoais e ampliar sua participação nas políticas públicas de saúde. A comunicação deve garantir espaços para várias vozes, desenvolvendo uma escuta atenta ao que elas dizem. A possibilidade de falar e ser ouvido, de ter acesso à informação sobre sua saúde e sobre todos os aspectos determinantes da qualidade dessa saúde está muito relacionado com a possibilidade de ter saúde.

O ACS pode ser este canal de escuta ou um facilitador do acesso à comunicação, já que é ele que tem mais potencial para perceber as necessidades de comunicação e informação da sua comunidade. Entretanto desempenhar este papel de tradutor não é fácil. Para Aguiar e Martins (ano 2007) a compreensão de uma determinada mensagem depende da mesma ser

relacionada com outras mensagens. Não haverá compreensão sem cultura e sem interpretação. Ou seja, não basta pegar uma norma de saúde e querer que a mesma traduza um conhecimento indiscutível sobre um determinado problema de saúde. Também não adianta explicá-la dentro da lógica do conhecimento biomédico que nem sempre é acessível e compartilhado entre profissionais de saúde e usuários. Aos ACS (e demais profissionais de saúde) cabe compreender o que acontece em uma determinada comunidade, quais as falas que circulam e como elas se relacionam, para que o trabalho educativo em saúde aconteça, já sabendo que os discursos, as falas e as culturas nem sempre estão em harmonia.

A comunicação tradicional privilegia apenas a fala médico científica. O direito a comunicação é inseparável do direito a saúde, e esta comunicação precisa sair da prática de ensinar a população melhores hábitos a serem adotados, da perspectiva de que os problemas de saúde são devidos às condutas inadequadas das pessoas. É necessário mostrar a face oculta, ou seja, os determinantes sociais do processo saúde-doença, ampliando a capacidade de participação da população nas políticas de saúde, o controle social (ARAÚJO, 2007).

Espera-se do ACS uma contribuição para a mudança desse cenário. Seu papel de mediador na interlocução com a comunidade exigirá uma linguagem acessível. Entretanto, a produção da informação é o primeiro passo, seguida da circulação desta e também de sua apropriação, o que envolve a interação de bens simbólicos, opiniões, conhecimentos, sentimentos. Desta forma, e através de uma linguagem acessível à população, será possível trazer para o seu cotidiano a dimensão da comunicação como direito à saúde (ARAÚJO, 2007).

Como se não bastasse, os ACS têm ainda que conquistar um espaço simbólico de fala dentro das equipes, visando o reconhecimento de seus saberes e práticas, muitas vezes abafados pelo saber dos técnicos da área de saúde. É a partir desta conquista que a ESF caminhará rumo ao controle social e ao trabalho em equipe.

Na ESF existe insuficiente oferta de oportunidades de desenvolvimento profissional das equipes, incluindo os ACS, para o exercício da comunicação e educação em saúde. Assim a apropriação do conhecimento e seu compartilhamento sofrem constantes dificuldades, fato que possivelmente também ocorre para o controle do DM2 nesta AP.

3.3 A ESF no Município do Rio de Janeiro e na AP 2.2: conseqüências para o controle do DM2.

O município do Rio de Janeiro implantou o Programa de Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde em 1987. Hoje o programa está presente em 82 unidades de saúde tradicionais e em 90 unidades da ESF com 343 equipes, além de ter 23 Pólos de Insulina. A cobertura do programa nas unidades municipais em janeiro de 2011 era de 1.200.000 pessoas e a cada mês novas USF são inauguradas (dados fornecidos pela Coordenação de Saúde da Família em 11 de janeiro de 2011 e SMSDC RIO 1, 2009).

A partir de 1994, o Ministério da Saúde passou a definir políticas e diretrizes voltadas a implantar, consolidar e qualificar a ESF “como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL 6, 2009).

A ESF foi implantada inicialmente no município do Rio de Janeiro em 1995, na Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim (Ilha de Paquetá), e em 2009 apresentava uma cobertura de 8,9% da população do município (BRASIL 6, 2009). Cada equipe de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS. Pode ter agregada a equipe de saúde bucal composta por um dentista, um Técnico de Higiene Dental (THD) e um Auxiliar de Higiene Dental (AHD).

Entre as atribuições das equipes de Saúde da Família, relacionadas às doenças crônicas e ao DM2 está a de desenvolver ações no território, de acordo com a programação e planejamento em equipe, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção das doenças e de danos evitáveis (BRASIL 7, 2006), o que inclui o DM2. Segundo dados da SMSDC dois anos após a implantação das USF já se verificava redução do abandono dos programas de hipertensão e diabetes e redução de 60% dos atendimentos às crises hipertensivas, nas áreas atendidas, (SMSDC 4, 2010).

O planejamento e avaliação de ações em nível local, no entanto, enfrenta o desafio da falta de dados confiáveis, caracterizando um sistema de informações em constante modificação, gerando discontinuidades importantes. Este fato se deve a opção do Município do Rio de Janeiro mudar o sistema de informação SIAB do MS por outro com mais opções de dados.

Em 2005 as equipes passaram a se dedicar ao sistema de informação local contratado. Entretanto este sistema se mostrou falho, sendo substituído por outro desenvolvido por técnicos em informática da prefeitura. Este sistema planejado por técnicos de informática e da ESF era bem elaborado e atendia as necessidades de informação, porém necessitava de conexão de internet em tempo integral, já que as informações eram transmitidas "on line". Apesar de atender as necessidades de informação da ESF, apresentava problemas em relação

à agilidade na inserção dos dados que eram realizadas por conexões lentas, via modem, nas comunidades. Em 2008, com a mudança da coordenação de Saúde da Família e Comunidade, ocorre a opção pelo sistema Gerenciador de Informação Local (GIL) elaborado pelo DATASUS, já utilizado pela rede de atenção primária tradicional do Município do Rio de Janeiro. Vale lembrar que em todas as mudanças ocorridas não foi possível fazer a importação dos dados digitados, fato que levava a sucessivas digitações dos mesmos dados.

De 2005 até 2007, visando suprir a carência de informações, as equipes de Saúde da Família da AP 2.2 apresentavam mensalmente à CAP, de forma manuscrita, o cálculo de alguns indicadores por área, sendo a prevalência de diabetes um deles. Neste momento houve uma determinação do nível central de que as equipes investissem na informatização dos registros e ocorre a interrupção deste envio.

Na qualidade de médica e supervisora das EqSF da AP 2.2 do município do Rio de Janeiro desde 2003, acompanhei até 2007 os indicadores da AP observando dados de prevalência do DM2 inferiores à média nacional estimada de 7,6% (BRASIL 1, 1988). Em 2007, as equipes aumentaram a captação de DM2, porém até outubro (com exceção de uma equipe) ainda apresentavam valores aquém da média nacional (prevalências de outubro das sete EqSF da AP 2.2 = 5,48; 9,26; 7,67; 6,9; 4,7; 5,35; 4,65%). Ou seja, neste período, a prevalência por equipe variou de 4,65% a 9,26%, e a média do DM2 identificado nas comunidades adscritas da AP 2.2 foi de 6,3%. Após outubro de 2007, com a descontinuidade na coleta em meio impresso e não tendo o sistema atuando, não foi mais possível acompanhar os indicadores.

Portanto, o município do Rio de Janeiro ainda não dispõe de um sistema de informação onde se possa obter esse dado de forma oficial. Está em fase de implantação, na ESF, o sistema de informação utilizado na rede tradicional, que é o GIL. O dado da ficha A estão sendo progressivamente inseridos neste sistema, o qual ainda não possui um banco com base de dados completa.

Por ocasião da realização do trabalho de campo foi possível coletar dados de prevalência para outubro de 2010, por microárea, a partir dos registros dos ACS na Ficha A, como será apresentado e problematizado posteriormente.

As condições sócio-ambientais e sanitárias presentes na AP 2.2 (com expressiva presença de fatores de risco associados ao DM2 como obesidade, tabagismo e sedentarismo), sugerem que muitos casos da doença não estão sendo detectados precocemente, e o diagnóstico poderá ser feito já com as complicações que se quer evitar.

Os profissionais de saúde de nível superior da AP 2.2 vêm sendo convidados para cursos sobre DM oferecidos pela SMSDC e também para congressos relacionados com o tema. No entanto, para os profissionais de nível médio e os ACS não houve até o momento oferta de treinamento sobre DM2. Quando entendem como necessário, os ACS da área discutem os casos nas reuniões de equipe, onde aproveitam para tirar suas dúvidas. Os ACS durante as visitas domiciliares devem registrar o que é solicitado na ficha B¹ de DM, indagando os pacientes sobre o uso de medicamentos, sintomas, atividade física e dieta, consultas periódicas ao médico.

O presente estudo foi desenhado com a premissa de que as ações voltadas para promoção da saúde e detecção precoce do DM2 são pouco freqüentes na rotina de trabalho do ACS. Acredito que não haja preparo suficiente destes trabalhadores para a abordagem de uma doença com a complexidade do Diabetes Mellitus, ainda que detenham informações sobre a doença e alguns fatores de risco.

Cabe ressaltar que a falta de preparo dos ACS pode não ser exclusiva dos ACS. Em recente trabalho para analisar o grau de conhecimento de pacientes e profissionais da atenção primária sobre diabetes e identificar pontos críticos para o trabalho em rede, realizado na cidade de Sorocaba (SP) os resultados mostraram escassa apropriação do conhecimento sobre esta doença, e decorrentes erros nas referências a especialistas. Embora a maioria dos profissionais da saúde respondesse de forma adequada sobre o consumo de alimentos, em relação ao diagnóstico, metas de controle glicêmico e prevenção de complicações a resposta para 70-80% das questões foi considerada inadequada. Além disso, o estudo também evidenciou falhas de comunicação entre os profissionais e pacientes, demonstrada pelo fato de todos os pacientes referenciados desconhecerem o motivo pelos quais aguardavam atendimento na rede secundária (SENGER ET AL, 2008).

Em fevereiro de 2010, seguindo uma proposta do governo federal para diversos setores, através de medida provisória n° 1591/1997, o município passou a gestão das USF para as Organizações Sociais de Saúde (OSs). Este processo foi marcado por muita turbulência para o processo de trabalho dos ACS, devido aos freqüentes atrasos de pagamento do salário, gerando perda da produtividade e situações de conflito nas unidades e comunidades. O bom desempenho de suas funções depende também das condições de trabalho desses profissionais que muitas vezes tem um número excessivo de famílias cadastradas na sua microárea. Outro fato relevante é que a SMSDC e a CAP, sempre que

¹ Ficha utilizada pelos ACS no acompanhamento de determinados agravos e da gestação.

necessário, solicitam dados referentes aos cadastros das USF para cálculo de indicadores de saúde e planejamentos de ações. Como até o momento estes dados não estão informatizados os ACS têm que fazer o levantamento de suas fichas A ou do território, muitas vezes com prazos curtos para resposta.

Como o Mestrado Profissional em Saúde da Família é voltado para aprimorar as práticas profissionais, entendo que a contribuição dos ACS na prevenção e detecção precoce do DM2 merece um estudo, visando desenvolver um diagnóstico da situação local e refletir sobre seu processo de trabalho para poder propor alternativas de enfrentamento do problema.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa qualitativa se insere na linha de “Diagnósticos Locais e cuidados Básicos em Saúde”, do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá. A metodologia qualitativa busca entender o contexto onde um determinado fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos relacionados a ele. Uma das características da metodologia qualitativa é que ela busca a visão de dentro de um grupo pesquisado. É capaz de propiciar um conhecimento mais aprofundado, descrevendo e apoiando a explicação de um fenômeno.

Esta pesquisa busca estudar o processo de trabalho na ESF, na promoção da saúde e detecção precoce do DM2 com o foco na atuação do ACS. Partindo de um dado que é a baixa prevalência identificada em algumas áreas das comunidades da AP 2.2, ela procura entender o que contribui para o fato, através da análise do processo de trabalho do ACS comparando-o com as orientações do Ministério da Saúde sobre as ações e condutas do ACS frente aos casos de DM.

Apesar da flexibilidade, esta modalidade de estudo tem princípios e regras que devem ser observados durante todo o processo de investigação. Envolve as seguintes etapas: formulação e delimitação do problema, seleção da amostra, determinação dos procedimentos de coleta e análise dos dados e modelos para sua interpretação. Visa investigar o fenômeno em seu contexto de ocorrência, no caso, o processo de trabalho do ACS para a promoção da saúde e detecção precoce do DM2 em uma área da Cidade.

Foram realizadas entrevistas individuais, utilizando um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A) objetivando avaliar conhecimentos dos ACS para a identificação daqueles que apresentem fatores de risco, mapear as ações educativas, possíveis dificuldades na condução do trabalho e o processo de acompanhamento dos casos, necessidades de educação permanente e o trabalho em equipe. Foram também solicitados dados de prevalência do DM2 para todos ACS entrevistados, que informaram a situação em sua microárea, ainda não disponível em meio eletrônico, devido à dificuldade de migração das informações digitadas nas sucessivas tentativas de informatização.

A entrevista com roteiro semi-estruturado é um método muito empregado. Como trabalha com questões abertas, os grupos entrevistados em geral não são muito grandes, e a amostragem baseia-se em critérios definidos de acordo com os objetivos do estudo. Este tipo de pesquisa possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas e o significado por elas atribuído às vivências, para além de um mero levantamento sobre a vida de um grupo. Durante a pesquisa é possível fazer o registro do comportamento não verbal e captar informações não esperadas (VÍCTORA, 2000).

4.1 Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa escolhido foi a área programática (AP) 2.2 do Município do Rio de Janeiro-RJ, onde a autora trabalha na supervisão das Equipes de Saúde da Família desde 2003. Esta área é formada pelos bairros de Tijuca, Vila Isabel, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira e Alto da Boa Vista, compondo a VIII e IX Regiões Administrativas do Município do Rio de Janeiro.

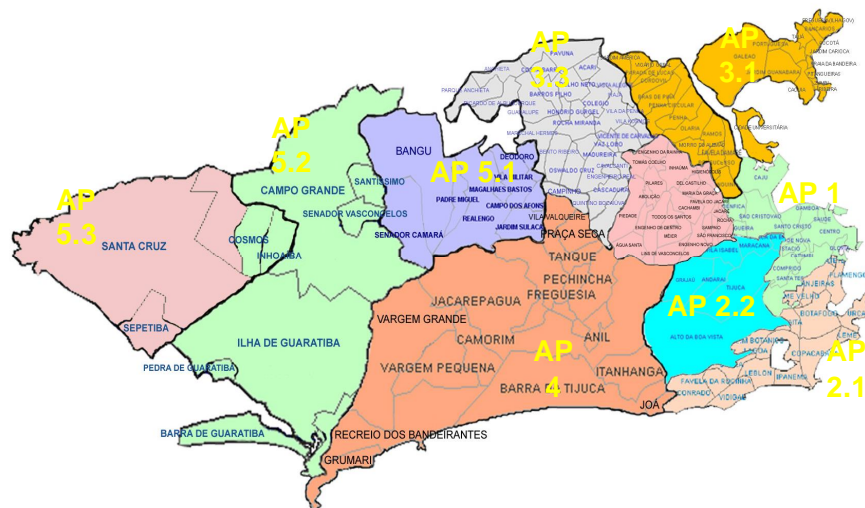


Figura 2: Mapa do Município do Rio de Janeiro dividido por APs.

A escolha da AP 2.2 como cenário de pesquisa foi reforçada pela situação da baixa prevalência da doença identificada nas comunidades da área quando comparada com a média nacional (dados de 2007).

A área contém várias comunidades, com a característica em comum de se localizarem nas regiões montanhosas. Apesar do elevado IDH dos bairros de Vila Isabel e Tijuca, 0,93 e 0,95 respectivamente (SMSDC 3, IBGE 2000), encontramos vários bolsões de pobreza e de vulnerabilidade social, localizados em suas comunidades.



Figura 3: Mapa da AP 2.2 dividida por bairros

A ESF teve início, na AP 2.2, em 1999, na Comunidade do Borel, bairro da Tijuca, inicialmente com duas EqSF. Em 2002 foram implantadas cinco equipes de PACS (ABV, Turano com duas, Formiga e Casa Branca). Em 2004 o programa foi ampliado na área com a transformação do PACS Casa Branca para ESF. Em 2005 a USF Borel ganhou mais uma equipe e foi inaugurado a USF do Parque Vila Isabel com três equipes. Este número equivale, na área, a uma cobertura pela ESF de 17% da população. Em 2010 o PACS ABV se transforma na USF Nicola Albano com duas equipes.



Figura 4: Mapa da AP 2.2 dividida por comunidades.

A população da área da AP 2.2 é de 367.005 habitantes, sendo que 245.494 (67%) estão nos bairros de Vila Isabel e Tijuca (SMSDC 3 - IBGE 2000). A população coberta pela estratégia na área, em 2010 é de 41.959 habitantes, sendo 27.441 pela ESF (8.839 na USF Borel, 3.325 USF Casa Branca, 8.001 USF Parque Vila Isabel e 7.276 USF Nicola Albano) e 14.518 pelo PACS (4.674 PACS Formiga e 9.844 PACS Turano). Também encontramos na área uma ampla oferta de serviços de saúde, compreendendo: dois Hospitais Universitários (HU Pedro Ernesto e HU Gafreé Guinle), um Hospital Geral (H. do Andaraí), um Hospital Infantil (H. Jesus), um Hospital Geriátrico (H. de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro), dois Hospitais de Oncologia (INCA III e INCA IV), um Centro Municipal de Reabilitação (Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark), duas Policlínicas (Policlínica Piquet Carneiro e Policlínica Helio Pellegrino), uma UPA Estadual na Tijuca, dois Centros Municipais de Saúde (CMS Maria Augusta Estrela e CMS Heitor Beltrão), dois Postos Saúde,

um em processo de conversão para ESF (PS Julio Barbosa) e um convertido em novembro de 2010 (PS Nicola Albano), um CAPSad (Centro de Atendimento Psicossocial Mané Guarrincha - álcool e drogas), quatro USF com nove EqSF e dois PACS com três equipes. Até a realização da pesquisa a rede de referência e contra-referência da área contava com um fluxo estabelecido com as unidades municipais, o Hospital Universitário Gafree Guinle e UPA. Para a demanda por serviços não suprida na área, contávamos com as marcações via Central de Regulação (SISREG). A partir de setembro de 2010 todos os encaminhamentos, exceto de ultrassonografia, passaram a ser feitos para a central de regulação. Apesar da amplitude da rede de referência, ela ainda necessita ser mais efetiva no tocante a contra-referência, pois com frequência os encaminhamentos voltam sem preenchimento. Até o momento da pesquisa, todos os encaminhamentos necessários para garantir a continuidade do tratamento dos diabéticos da área da AP 2.2, estavam sendo supridos por esta rede.

4.2 População da Pesquisa, Instrumentos de Coleta de Dados e Procedimentos Éticos.

Este estudo foi focado em duas equipes de Saúde da Família. A escolha das equipes baseou-se nas taxas de prevalência da doença, por equipe, segundo dados dos dois últimos meses disponíveis pelo registro manual (agosto e setembro de 2007). Foram selecionadas as equipes com maior e menor captação de pacientes, conforme apresentado no item 3.3. sendo uma localizada no bairro da Tijuca e outra em Vila Isabel.

Os dados foram coletados com todos os ACS das duas equipes selecionadas para o estudo, totalizando dez entrevistas. Em uma das equipes, um dos ACS havia se desligado da ESF em março de 2010, porém concordou em participar da pesquisa. Logo após a entrevista este ACS foi novamente incorporado a equipe na mesma área e microárea em que atuou. Outro ACS desta mesma equipe se encontrava em licença médica e foi entrevistado após o retorno da mesma. A segunda equipe do estudo era composta por cinco ACS, porém um havia se desligado em janeiro de 2010. Os quatro ACS restantes foram todos entrevistados. Todos os ACS receberam uma codificação por número sem relação com a área e microárea de atuação.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais semi-estruturadas (APÊNDICE A), realizadas nas respectivas unidades de saúde. As questões foram formuladas com intenção de evitar constrangimentos e reações defensivas. Antes de entrar no campo foi

apresentado o projeto para as equipes e na oportunidade feito o convite aos participantes. As entrevistas individuais foram realizadas durante o mês de setembro de 2010, com média de 30 minutos de duração cada e foram transcritas na íntegra.

Foi realizado um pré-teste do roteiro em uma terceira USF, também situada na AP 2.2. Foram entrevistados dois ACS e não houve dificuldade significativa para a compreensão das perguntas.

Por tratar-se de pesquisa com seres humanos o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em conformidade com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dá as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Recebeu a numeração 60/10, sendo apreciado e aprovado em 28/06/2010.

Os participantes foram previamente esclarecidos em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa, e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B).

Vale à pena esclarecer que, apesar de trabalhar no apoio e na supervisão das USF não atuou diretamente na supervisão dos ACS e sim na supervisão da equipe técnica principalmente dos médicos. Este dado é importante, pois minimiza possíveis constrangimentos decorrentes do exercício de supervisão direta dos informantes.

4.3 Análise de Dados

A estratégia de análise escolhida foi a Análise de Conteúdo (AC) com abordagem temática. A AC é um conjunto de instrumentos metodológicos, que se aplicam a discursos diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas é uma hermenêutica (originalmente a arte de interpretar textos sagrados ou misteriosos), controlada baseada na dedução, ou seja, na inferência. Ela exige uma atitude de vigilância crítica face ao que se procura analisar, sem deixar de lado a metodologia e as técnicas de ruptura. É um método empírico que depende do tipo de fala analisada e do tipo de interpretação que se pretende do objeto. O analista tenta entender o sentido do que está analisando, sem esquecer-se de entender os outros significados das mensagens presentes através delas ou ao seu lado. A experiência adquirida com seu uso

há cerca de 80 anos fornecem modelos que servem como exemplos inspiradores (BARDIN, 2007).

A análise de conteúdo segundo Bardin (2007) é:

"Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens."

Portanto, a intenção da AC é a inferência, ou seja, o raciocínio lógico, relacionado às condições de produção (ou de recepção), que recorre a indicadores quantitativos ou não.

O termo condições de produção permite inferências variadas: variáveis psicológicas do indivíduo emissor, variáveis sociológicas e culturais, variáveis relativas a situação de comunicação ou do contexto de produção da mensagem. Este termo leva apenas em consideração a produção, deixando de lado as possibilidades de inferência sobre a recepção da mensagem (BARDIN, 2007). Na AC procura-se uma relação entre as estruturas semânticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados: condutas, ideologias e atitudes.

A organização da AC se faz em torno de três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Foi feita uma primeira leitura do material após a transcrição. Esta leitura foi aberta a todas as idéias e reflexões. A transcrição das entrevistas nos forneceu temas significativos que foram separados de acordo com a frequência, quantidade e relevância para os objetivos do estudo.

Entre os temas escolhidos para análise, previamente selecionados para atender aos objetivos da pesquisa estão: trabalho em equipe, educação continuada e permanente e educação em saúde.

Após a transcrição das entrevistas os temas foram divididos em: percepções dos ACS em relação ao DM e aos pacientes, processo de trabalho em relação ao DM2; fatores que interferem no trabalho do ACS para adesão ao tratamento.

Os dados foram tratados de forma a possibilitar as inferências e interpretações válidas. O planejamento inicial era fazer uma comparação entre as equipes escolhidas pelo critério com maior e menor prevalência de DM na população acima de 30 anos, em 2007: 9,7 e 4,2. Após três anos de trabalho verificamos uma inversão dos valores, a equipe com prevalência de 9,7 passou para 5,7 enquanto a outra passou de 4,2 para 7,0. Foi então feita uma análise conjunta das duas equipes estudadas – considerando que as prevalências e índices de detecção corrigidos eram semelhantes, buscando o que há em comum nas práticas dos ACS e dando

atenção a possíveis particularidades. Na discussão os resultados foram confrontados com as ações preconizadas pelo MS.

5 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da análise do processo de trabalho dos ACS de duas equipes da ESF na AP 2.2. Está organizado pelos seguintes temas:

- Percepções dos ACS em relação ao DM e aos pacientes,
- Processo de trabalho do ACS em relação ao DM2
- Fatores que interferem no trabalho do ACS para adesão ao tratamento.

Para facilitar a descrição dos resultados, as equipes avaliadas passarão a ser denominadas por Equipe 1 (Eq1) e Equipe 2 (Eq2).

Inicialmente, cabe explicar que, ao coletar dados de prevalência de DM2 a partir do registro de pacientes acompanhados diretamente pelos entrevistados, foi observada significativa discrepância entre estes dados de 2010 e aqueles de 2007, que orientaram a

seleção destas duas equipes. A equipe cuja área, em 2007, apresentava maior prevalência, tinha reduzido significativamente esse valor, passando de uma taxa de 9,7 para 5,7%, ficando dessa forma abaixo da média nacional (Gráfico 4). A Eq.2 que em 2007 informou prevalência de 4,2 passou para 7,0 (Gráfico 5).

O que vemos, portanto é uma inversão de posição pela melhora importante no desempenho da Eq2 e uma piora da Eq1. A fragilidade da base de dados disponíveis para seleção das equipes já deixava clara a impossibilidade de comparar os processos de trabalho dos ACS em relação ao DM2. Foi feita uma tentativa de representar a heterogeneidade presente na área, porém o estudo não permite inferir de forma conclusiva as razões desta mudança de posição entre as equipes.

A Eq1 em grande parte destes três anos ficou sem médico e mesmo quando teve o profissional este não apresentava o perfil adequado para atuar na ESF, com episódios de conflito com a equipe e com a comunidade. Houve ainda a mudança do enfermeiro, que ficou com sobrecarga de trabalho em relação à assistência dos pacientes.

Na Eq.2 também houve mudanças em relação aos profissionais médicos e enfermeiros. Entretanto neste caso os novos profissionais se adequaram bem ao processo de trabalho da equipe, se integraram com os demais componentes e com a comunidade.

Na Eq. 2 a média de prevalência encontrada foi de 7,0% para a população acima de 30 anos, bem mais elevada em relação a media encontrada em setembro de 2007 de 4,2. Duas microáreas (MA) desta equipe apresentam baixa prevalência de DM e nas outras duas a prevalência é superior a média nacional de 1980.

Em relação aos ACS, um pediu demissão, encontrando-se uma MA da Eq. 2 sem cobertura desde janeiro de 2010.

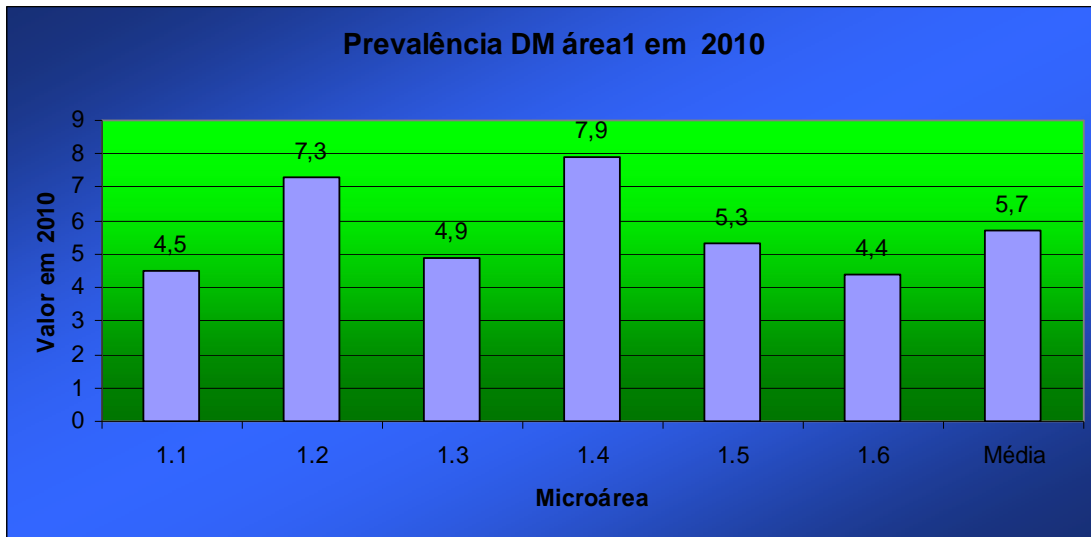


Gráfico 4: Prevalência de DM encontrada em 2010 nas seis MA da área de abrangência da Equipe 1.

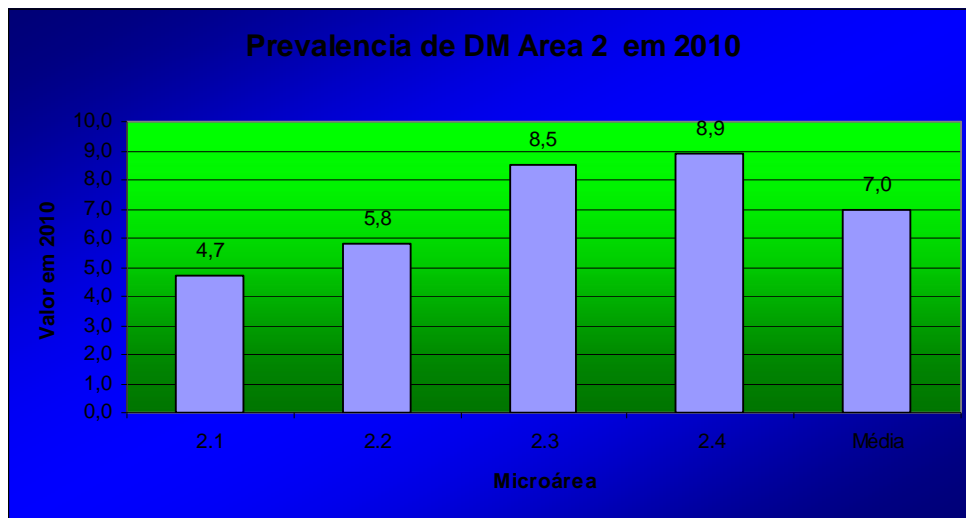


Gráfico 5: Prevalência de DM encontrada em 2010 nas quatro MA da área de abrangência da Equipe 2

A consulta ao Caderno de Atenção Básica, referente ao tema Diabetes Mellitus, revela que os ACS devem, entre outras atribuições, esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para diabetes e doenças cardiovasculares, através de ações individuais e ou coletivas. Além disso, devem orientar a população adscrita sobre a importância dos hábitos de vida saudáveis e identificar aqueles que têm maior risco de ter DM2.

Todos os ACS entrevistados referem acompanhar entre 149 a 200 famílias. Em cinco MA, o número de famílias acompanhadas excede a 150 e em duas chega próximo a 200,

acarretando sobrecarga de trabalho e possível queda da qualidade em relação às visitas mensais do ACS.

A única forma atualmente disponível de obter as informações sobre a situação local é através do cadastramento feito pelas equipes, através da ficha A e do boletim mensal de SSA2 e PMA2. O número de diabéticos referidos como acompanhados pelos ACS variou de 7 a 34².

5.1 Percepções dos ACS em relação ao DM2 e aos pacientes.

A resistência ao tratamento foi a característica dos pacientes diabéticos que mais chama a atenção, com cinco respostas. Esta resistência poderia ser agrupada com “acomodação” (2): o paciente não teria compromisso com o tratamento. Em seguida aparecem a faixa etária elevada (4) e o desejo por alimentos doces (3). Também chama atenção o relato de problemas sociais – falta de recursos financeiros (1) e idosos que assumem a criação de netos (1). Apareceram ainda a ausência de sintomas, a sensação de estar imune a futuras complicações e a dificuldade de cicatrização de feridas.

Quatro pessoas mencionaram como o apoio da família (ou a falta deste) chama a atenção, sendo duas respostas relativas à adaptação da dieta familiar às necessidades do paciente e duas que enfatizam o oposto: a família não demonstraria sensibilidade ao fato do paciente sofrer restrições alimentares: é o paciente que teria que se adequar ao cardápio da família. A escassez de recursos financeiros para alimentação adequada foi lembrada por dois ACS.

Esta questão da dieta é particularmente importante na percepção dos ACS uma vez que os entrevistados foram unânimes em citar a alimentação como fator de risco para DM2. Também apontaram a “genética” ou “história familiar” em todas as entrevistas, conforme apresentado no Gráfico 6.

Com relação à alimentação, alguns ACS apresentaram o problema melhor estruturado, referindo como causa a obesidade. A vida sedentária foi bem lembrada por sete ACS, um dos quais relacionou o sedentarismo à violência na comunidade (“*O que mais me chama atenção é que as pessoas são muito paradas, vivem muito dentro de casa*”. ACS 2.1), ou seja, - além

² Vale ressaltar que a informação obtida com o ACS 2.3 foi que o número de diabéticos acompanhados era entre 30 e 38, o que daria uma média de 34 pacientes. Entretanto, quando perguntada, a enfermeira supervisora do ACS informou 14.

da falta de recursos financeiros, o estresse de morar em uma comunidade violenta levaria as pessoas a ficarem enclausuradas em casa. Apareceram ainda como causas do DM2 o uso de álcool (2) e tabagismo (2), hipertensão arterial (2), falta de recursos (2) e ansiedade (2).

Má alimentação, ansiedade ou até mesmo problema genético [são possíveis causas]. Infelizmente a gente mora numa comunidade muito violenta, [...] não têm uma alimentação adequada, não fazem exercício físico, comem muito açúcar, comem muita gordura. Infelizmente as pessoas não têm condições de comprar um alimento adequado, legumes, verdura, fruta. Aí é sempre aquele alimento básico, muito arroz, muito feijão, de vez em quando uma carne e às vezes é aquela carne cheia de gordura. (ACS 2.1)

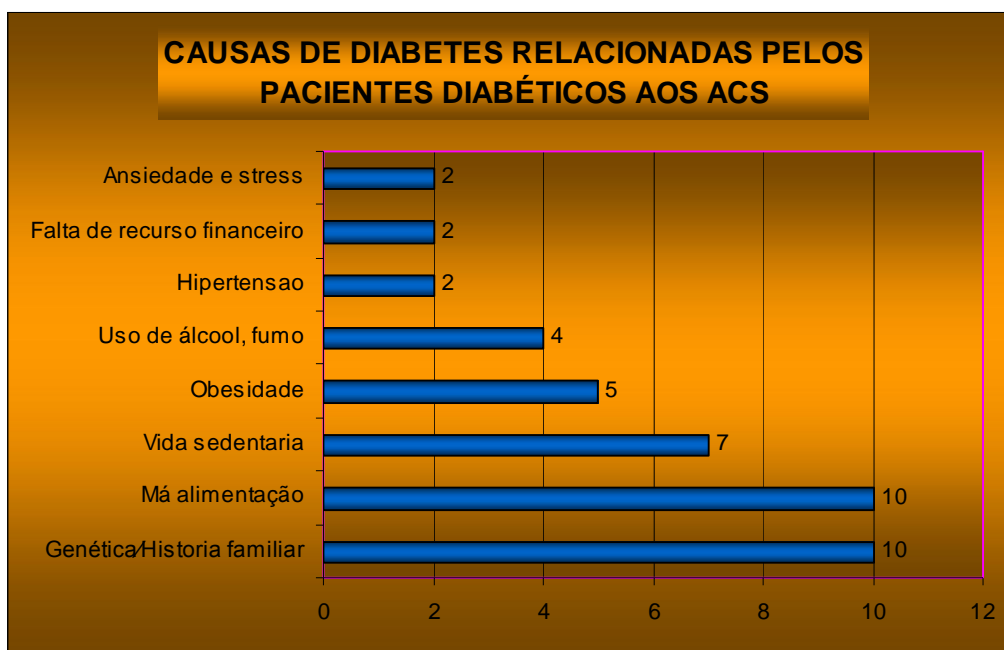


Gráfico 6: Causas de DM relacionadas pelos ACS das duas Equipes..

Observam-se nos relatos que os hábitos alimentares não saudáveis estão presentes na comunidade e inclusive na escola. A fala da ACS 2.2 quando discursa sobre as causas da doença, nos dá uma síntese do problema:

Na maioria das vezes por diagnóstico médico, disse que é o stress. Mas eu creio que a vida sedentária, alimentação totalmente errada, porque a pessoa acaba comendo muitas coisas fora da alimentação, que prejudica a saúde dela, ou seja, o chamado “fast-food,” muito hambúrguer, muito doce, muito refrigerante, aí acaba ficando diabético. Bom, alimentação, o stress, a vida sedentária e também tem a genética.

Em algumas entrevistas, o conhecimento dos ACS sobre “porque as pessoas ficam diabéticas” (fatores de risco) para DM2 aparece nas respostas a outros questionamentos. Um exemplo disso é o ACS 1.1 que apontou como causas de DM2 a HAS e o uso de álcool e drogas; porém, no curso da entrevista, relacionou a doença a outros fatores, sugerindo um conhecimento pouco estruturado.

Alimentação irregular e a vida totalmente sedentária... É até um senhor tem um corpo bacana, é magrinho e tal. Ele é magro, mas tem inchaço nas pernas, abaixo da canela, tem aquelas manchas escuras nos tornozelos, fuma muito cigarro e só fica parado. Fica sentado na tendinha, conversa com um, toma muito café, bem doce. Eu tenho quase certeza que ele é diabético, estou doido para que ele venha fazer o exame [...] Tem outro rapaz que é obeso. A maioria que vejo neles é tudo com peso acima do normal. ACS 1.1

Eu fiquei preocupado por pensar que ele [um homem que acompanha] também podia ser diabético pelo fato da mãe dele também ser. ACS 1.1

Saber o que causa DM2 é fundamental para identificar aqueles com maior risco de adoecer. A identificação de pessoas com fatores de risco e o seu encaminhamento para a unidade de saúde poderia melhorar a taxa de detecção precoce da doença, como bem exemplifica a experiência do ACS 2.4 em relação à hipertensão - esta se encaixaria perfeitamente para os casos de diabetes.

Vou dar um exemplo que não foi de diabetes, foi de hipertensão. [...] uma família, em que os dois pais eram hipertensos. Então quando eu fui a casa delas (filhas) eu já fui com outro olhar [...] A mãe era obesa, o pai era magro, mas as filhas já eram mais obesas. [...] todo mundo segue os mesmos hábitos de vida [...] fui, conversei, falei o que elas poderiam ter e pedi para marcar uma consulta. As duas vieram, uma já estava com a pressão alta, a outra ainda não, mas já dei as

orientações de prevenção. Infelizmente, tem uns dois anos, agora ela já está hipertensa, já teve picos. Mas a outra veio, aderiu ao tratamento, emagreceu bastante. Ela perdeu vinte quilos estava fazendo atividade física, toma sempre remédio e a pressão dela está ótima. Então eu sempre tento pesquisar a família (ACS 2.4).

O mesmo raciocínio em relação ao DM possibilitaria que os pacientes com maior risco de desenvolver ou ser portador da doença fossem identificados e avaliados. Assim, facilitaria um planejamento de ações de prevenção primária e detecção precoce evitando futuras complicações. Além disto, embora na descrição das características, quatro ACS tenham relatado que a maioria de seus cadastrados era idosa, não houve menção da idade como fator de risco. Além de não associarem idade acima de 45 anos com maior prevalência da doença, também não foi mencionada a associação entre DM2 e doença vascular nem a convergência dos fatores de risco.

E do que se queixam os diabéticos acompanhados por estes ACS? Como pode ser visto no Gráfico 7, as queixas mais predominantes, apresentadas pelos pacientes para os ACS foram referentes a neuropatia diabética (dores nas pernas, diminuição da sensibilidade nos MMII, feridas nas pernas, amputações), com oito respostas, e interdição à ingestão de doce (5). Três relatos sugerem retinopatia diabética (um de cegueira e dois de diminuição da acuidade visual). Houve apenas um relato referente à insuficiência renal. Um ACS durante sua fala menciona que uma paciente faz diálise, mas não associa diretamente ao DM. Este gráfico também mostra que o cansaço e as polis (polidipsia, poliúria, polifagia e emagrecimento), que traduzem quadros descompensados e conseqüentemente levam a maior risco de complicações, foram mencionados por dois ACS e se referem a casos recém descobertos.

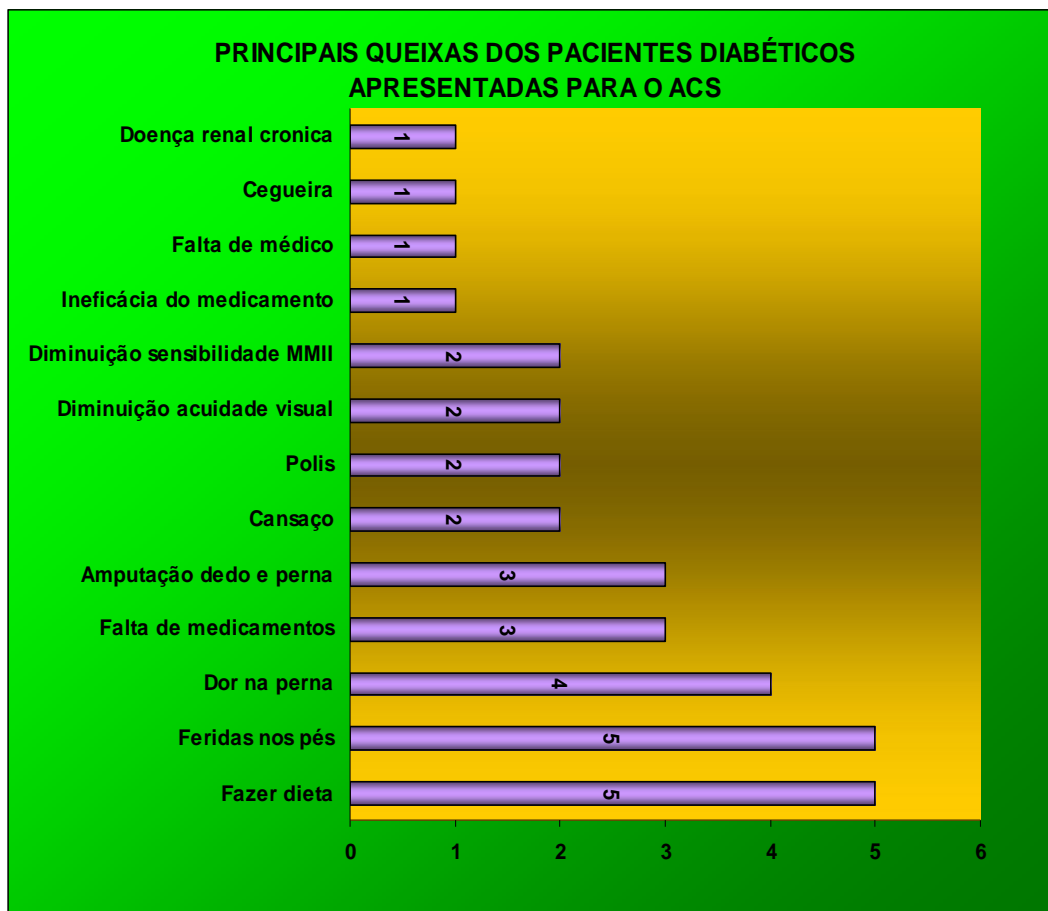


Gráfico 7: Principais queixas referidas pelos pacientes diabéticos aos ACS.

Dentre as falas uma se destaca quando o ACS faz a comparação entre as complicações atuais e passadas. Pela sua avaliação as complicações anteriormente encontradas, entre elas IAM e amputação, são raras na atualidade, mas não afirma como ausentes.

*No início você via pacientes diabéticos que rapidamente estavam tendo situações de amputação, diálise eu não vi muito, mas amputação e infarto tinham muitos casos. Atualmente eu vi que caiu bastante.
ACS 1.6*

Foram mencionadas ainda queixas referentes à falta de medicamentos (3), falta de médicos (1), ineficácia do tratamento (1). Deve ser levado em consideração que uma das equipes passou um longo período sem médico e em relação à medicação ocorreram períodos de desabastecimento no último ano.

5.2 O Processo de Trabalho do ACS em relação ao DM2

Os entrevistados foram questionados sobre sua prática com pacientes diabéticos e seus familiares, bem como sobre o tipo de apoio que recebem da EqSF para este trabalho.

O Gráfico 8 apresenta as ações que os ACS referiram como parte do processo de trabalho com os pacientes com DM2.

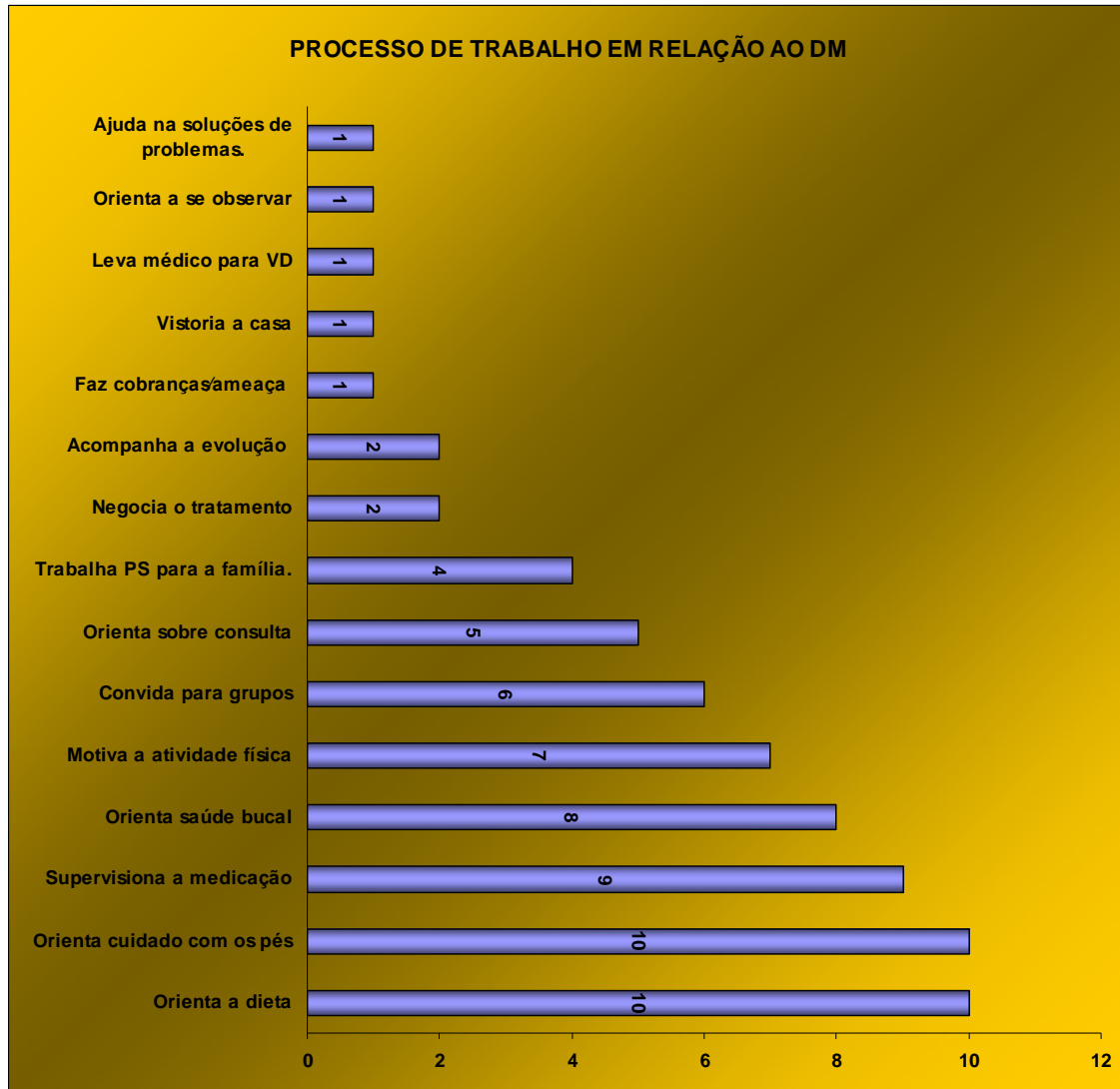


Gráfico 8: Ações que os ACS referiram como parte do processo de trabalho para os pacientes com DM.

Trabalhar hábitos alimentares saudáveis na comunidade

Com relação às atividades realizadas voltadas para os pacientes com diabetes, todos os agentes referiram que fazem orientações em relação à dieta.

Dois ACS além da orientação, mencionaram negociar a adesão à dieta através do acompanhamento em relação a quantidade e frequência do consumo de determinados alimentos.

Aí eu fui e convenci a mudar a dieta porque estava comendo isso (mingau de aveia que adorava). O diabetes dela estava alterado, todo dia de manha estava comendo mingau. Aí eu falei não pode todo dia mingau, vamos fazer um dia mingau, um dia chá. Já baixou em 20% o grau (da glicemia) dela. ACS 1.3

A dificuldade em relação à dieta fica bem evidente nas falas. O planejamento alimentar desses pacientes deve levar em consideração situação sócio-econômica, rotina de trabalho, estilo de vida e hábitos alimentares pré-existentes. A não interferência nos hábitos, sempre que possível, proporciona flexibilidade ao tratamento e permite a integração da família além do indivíduo.

No relato abaixo, percebe-se a sensibilidade do ACS para a dificuldade dos pacientes seguirem uma restrição alimentar.

Meu trabalho com eles é trabalhar a dieta. Eu pesquisei algumas receitas, com a enfermeira, de alternativos (alimentos). Tinha uma que fazia muito tempo não comia bolo. Então a gente conseguiu uma receita de um bolo “diet” para ela. Tentar dar um pouco de alternativa para eles porque deve ser complicado não poder comer o doce. Então eu estou sempre tentando trabalhar em cima da dieta, da importância. ACS 2.4

Entretanto, apenas dois ACS referiram que suas orientações levavam em consideração a situação econômica da família.

A gente não pode ficar mostrando tudo que eles comem porque nem todos têm condições de comprar, mas a gente procura, tenta inserir mais legume, fruta, é difícil mudar o hábito, mas vamos tentando devagarzinho. ACS 2.1

Em relação a motivar a família para encontrar soluções para problemas encontrados nas VDs, referida por apenas um ACS, percebe-se a sensibilidade do ACS com a situação de uma mãe tentando mostrar para a filha diabética, com severidade, que ela não pode comer o mesmo que seus irmãos comem.

Aí eu falei, “bom vamos montar uma estratégia”. [...] Aí sentei com ela, brincamos, rimos. Aí eu falei você vai levar a menina pra cozinha, você vai dar o iogurte dela e vai ficar conversando com ela enquanto os outros ficam lá no quarto com a porta fechada comendo biscoito. A idéia que eu peguei agora, porque ela não pode ficar nesse sofrimento todo, é essa. Vamos fazer isso, mas se eu tiver outra idéia, eu vou pedir orientação, eu vou te passar. ACS 2.3

Percebe-se em muitas falas que as orientações são voltadas para o paciente. Em relação à família elas visam o apoio nas cobranças ao seguimento das orientações e em alguns casos se eximir de responsabilidades. O trabalho de promoção da saúde, aqui englobando a dieta, hábitos de vida saudáveis, foi explicitado para toda a família por quatro ACS.

Eu gosto sempre de conversar com a família, pedir para a família ajudar no tratamento desses mais idosos e alerta também eles que existe uma possibilidade grande deles também terem ou desenvolverem a diabetes, porque tem um fundo hereditário. E pelos hábitos de vida, porque como vive todo mundo na mesma casa, todo mundo partilha do mesmo hábito. Então o que levou? Os hábitos de vida é que levaram a pessoa a ficar diabética. Os outros também têm, o risco é para todo mundo. ACS 2.4

Para a família a gente sempre informa quais são as coisas boas para o paciente, não quer dizer que seja boa para eles. Às vezes a gente acha que é o certo, mas eles não seguem. Então a gente orienta a família para a família estar ciente de que a gente já informou, para depois não dizer, nunca ninguém me falou nada. ACS 2.3

Motivar a Atividade Física

Motivar a realização de atividade física é parte do processo de trabalho de sete ACS. Entretanto as recusas são freqüentes e são apresentadas diversas justificativas, desde geografia montanhosa, até pertencer ao grupo de idosos associada a afazeres domésticos.

O pessoal faz caminhada mesmo. Atualmente está tendo ginástica aqui no Brizolão, com acompanhamento médico. ACS 2.2

Nem todos agüentam não, até porque essas senhoras já são pessoas de idade. Essas pessoas fazem o que, é ficar dentro de casa, tomar conta

de casa, fazer comida para filho que vai para a escola, o neto. A minha área pega uma ladeira extensa [...]. ACS 1.1

Orientar sobre Tabagismo

Nenhum dos ACS referiu espontaneamente orientações em relação ao tabagismo para os pacientes, apenas quando questionados referiram que encaminham para o grupo de tabagismo, realizado nas duas unidades. Pelo relato dos ACS há casos de sucesso no abandono do vício, após incentivo da equipe. Há relatos que são poucos os pacientes que fumam. Para a promoção da saúde é atividade indispensável na sua rotina de trabalho, não só para as doenças que atingem o sistema cardiovascular. Também se encontra entre os benefícios da abstenção do cigarro, a prevenção de doenças do sistema respiratório, de neoplasias e da disfunção erétil.

Orientar sobre Saúde Bucal

A orientação sobre saúde bucal também foi mencionada por sete agentes, após serem questionados em relação ao tema. Contudo, fica evidente que ela visa apenas o encaminhamento ou avaliação pela equipe de saúde bucal, e não ações preventivas em saúde bucal pelas equipes. Chama atenção o relato de um ACS descrevendo um quadro descompensado da glicemia, inviabilizando o tratamento que no caso infelizmente é a perda da dentição. Cabe ressaltar que a Eq2 só passou a contar com equipe de saúde bucal este ano, até então tinham que referenciar os pacientes para a rede tradicional.

Olha, alguns estão em tratamento, mas como a maioria são mais de idosos, alguns já não tem nenhum, usam dentadura mesmo. Mas a gente está sempre orientando para estar escovando direitinho. Agora nos temos dentista, os que eu vejo que a situação está muito complicada eu encaminhei, conversei. Eles sempre têm interesse, mas a maioria deles fala que não conseguem dar continuidade no tratamento por conta da glicose estar sempre alta, tem que arrancar, aí não pode arrancar. Aí eu digo, então é mais um motivo para a senhora seguir a dieta, tomar o remédio direitinho. Sempre mostrando que como eles tratarem da glicose, da diabetes, vai ser importante para outros seguimentos da vida. ACS 2.4

Saúde bucal a gente sempre que pode leva o THD, porque alguns pacientes usam prótese, para os que não usam, ele vai e leva alguma orientação. ACS 1.5

Incentivar participação nos grupos de educação em saúde

No processo de trabalho dos ACS entrevistados encontramos diversas atividades de educação em saúde: orientação da dieta, motivação da atividade física, combate ao tabagismo, orientação sobre a saúde bucal, trabalhar a promoção da saúde para a família, orientar o cuidado com os pés, entre outros. Estas orientações tanto podem ser feitas de forma individual como coletiva.

Apesar da sua importância os grupos foram lembrados por apenas seis ACS. Contudo, esta lembrança necessitou ser provocada e percebe-se uma carência de ações voltadas para prevenção de diabetes e suas complicações.

Grupos agora a gente tem poucos. Teve um grupo no mês passado, as pessoas foram convidadas, mas ainda não ficou legal por causa de alguns problemas que nós estamos passando aqui internamente (falta de pagamento do salário levando a paralisações do trabalho). Mas está de pé, parece que vai ter uma reunião agora neste mês, já foi comentado, já foi divulgado, vamos ver se quem não veio na primeira vem agora na segunda. Quem veio gostou bastante. ACS 1.1

Bom, nós aqui sugerimos o que tivesse, tanto de hipertensão como de diabetes, mas no momento, o que a gente tem é a referência para o CMS. Já indiquei alguns pra lá sim. Inclusive essas pessoas que eu indiquei (duas que foram) se sentiram muito bem, estão indo lá. ACS 2.2

A lembrança da existência de um grupo de caminhada na unidade é seguida de relato em relação a dificuldades de adesão ao grupo. A recusa a fazer atividade física tem justificativa como se pode ver nos relatos, desde geografia montanhosa, até pertencer ao grupo de idosos associada a afazeres domésticos.

Nem todos agüentam não, até porque essas senhoras já são pessoas de idade. Essas pessoas fazem o que, é ficar dentro de casa, tomar conta de casa, fazer comida para filho que vai para a escola, neto. A minha área pega uma ladeira extensa [...]. ACS 1.1

Muitas vezes a dificuldade (para adesão aos grupos) é mais geográfica. Tem os moradores da parte alta da comunidade, eles têm certa dificuldade em descer [...]. Do outro lado os que estão na parte

baixa tem resistência em subir. [...] Mas quando é num local que atende as necessidades de todos, eles aderem. ACS 1.2

Orientar sobre a medicação

A orientação da medicação é atividade exercida por nove ACS entrevistados, sendo que alguns referem utilizar formas alternativas para memorização, principalmente para aqueles que têm dificuldade de visão ou que não sabem ler. Recorrem assim, a uma tecnologia leve para que seus cadastrados entendam como devem usar os medicamentos.

Às vezes tem pessoas que tem problema de visão, justamente tem que ver, fazer a separação por horário para poder tomar o remédio. Tem pessoas que não sabem ler, vai mais pela cor do remédio “aquele remédio amarelinho, aquele remédio compridinho”. Então você tem que ajudá-los nesse sentido. ACS 2.1

Só essa senhora dona Maria, essa bem "leiguinha", que a gente faz, às vezes, o desenho do sol, da lua, de manhã e a tarde, a quantidade de medicamento que ela tem que tomar, a gente vai nos potezinhos, ou na cartela e cola, com a fita, um desenho. ACS 1.1

Orientar os cuidados com os pés

Com relação às atividades realizadas voltadas para os pacientes com diabetes, todos os agentes referiram que fazem orientações em relação aos cuidados com os pés e estas orientações são bem variáveis. Há casos em que o ACS usa o medo como aliado para a adesão ao tratamento

Isso aí eles tinham (cuidados com os pés), tinham porque eu botava medo. Olha como eu botava medo. Tinha um panfletinho aqui que mostrava pisar na pedra aí a pedra entrava (na pele) [...] ACS 1.3

Nem apelando para o medo foi possível evitar uma evolução insatisfatória de uma lesão no pé, causando sensação de insucesso e impotência.

Tanto que teve um caso de um senhor que faleceu ano passado, começou no dedinho, aí ele achou que era da frieira. Por conta desse dedo ele foi internado [...] tentaram de tudo [...] Deu gangrena [...] Só que não deu tempo e na noite ele faleceu. [...] Aí na semana seguinte eu fui lá na casa dele conversar com a esposa e ela me mostrou a caixa de remédio dele. Não tomava o remédio, porque “não precisava”. ACS 1.3

A dificuldade inicial para entender o desfecho foi seguida de constatação de que fazia seu trabalho certo, a família apoiava, mas o paciente fez a opção errada de não seguir a dieta e não tomar a medicação. Na busca de entender o que tinha acontecido vem a perplexidade com a escolha feita pelo paciente - não seguir o que havia recomendado.

Eu fiquei arrasada. Esse aí eu fiquei arrasada. Eu falei gente o que é que eu fiz, eu não fiz nada. Todo mês eu ia lá pegava a receita, chegava aqui falava fulano de tal, levava a quantidade de medicação tudo direitinho, conversava. [...] Ele sabia tudo direitinho, a esposa fazia a dieta dele. Só que ele não queria, ele queria comer torresmo, carne de porco, tudo que ele não podia. ACS 1.3

Há relatos sugestivos que o diabético já apresentava alterações neuropáticas importantes que podem ter passado despercebidas na equipe – um doente teve uma lesão no pé que culminou com uma amputação. Esta amputação possivelmente seria evitada caso a paciente entendesse a importância do tratamento, já que seu pé apresentava riscos pela presença de ferimento e comprometimento da sua sensibilidade. A fabricação de órteses para estes casos é uma intervenção muitas vezes necessária, tanto para prevenir como corrigir deformidades. Pelo relato, percebe-se que o ACS estava atento ao risco de lesão, mas culpando apenas o tipo de calçado sem entender o que estava acontecendo com aquele pé. Este tipo de situação precisa sinalizar para o ACS a necessidade de discutir o caso com sua equipe.

Para os pés eu dou sempre uma orientação para não usar chinelos havaianas, de dedo. Eu tenho uma paciente desde que eu entrei, ela me falou que era diabética, mas não cuidava. Eu sempre falava para não usar o chinelo de dedo [...] porque ela estava com machucado. Toda visita eu estava sempre insistindo. Só que infelizmente ela teve que amputar o dedo. Ela me falou “olha, quando estava internada lá eu só lembrava de você me falando para não usar o chinelinho de dedo”. Foi o chinelinho de dedo que machucou o pé dela. Ela sempre lembrava. Agora ela mudou depois que ela voltou da internação, tentou colocar um sapatinho mais confortável, não de dedo. ACS 2.4

Em outra fala em relação ao cuidado com os pés percebe-se que o ACS procura orientar o paciente já voltado mais para preservação da sensibilidade do pé e prevenção de complicações, enfatizando que em caso de alterações deve procurar sua equipe de saúde. Também chama atenção o detalhamento em relação a esses cuidados.

Em relação aos pés, eu sempre vejo [...] Expliquei para ela que tem que ter cuidado com os pés, procurar ver se os pés não estão ressecados, ver se tem algum machucadinho no pé, passar um hidratante só nos pés, não passar entre os dedos, procurar hidratar bem os pés, ver se tem algum corte, ver se tem sensibilidade nos pés. Se sentir alguma coisa para vir me procurar aqui, ou procurar qualquer pessoa da minha equipe, a enfermeira ou a auxiliar de enfermagem se eu não estiver. ACS 2.1

Cabe ressaltar a complexidade das ações que requer o cuidado ao pé diabético. Não é fácil para o ACS vivenciar as situações de gravidade dos relatos acima, evitáveis com o diagnóstico precoce e com o tratamento.

A ação dos ACS deve ser principalmente na prevenção primária e no diagnóstico precoce. Entretanto eles estão se deparando, no acompanhamento dos pacientes diabéticos, com pés já comprometidos e até com as mutilações provocadas pela doença. Isso deve também ser repensado no processo de educação permanente.

Orientar e acompanhar a adesão ao tratamento

A orientação sobre a importância da consulta para o controle da doença foi apresentada por quatro ACS. Dois referem acompanhar ativamente o tratamento através de questões sobre alimentação, realização de exercícios, e resultados de exames.

Normalmente nos levamos informações referentes ao hábito alimentar para mudança de hábito e indicamos o tratamento através de um profissional de saúde, o médico ou a enfermeira, para estar sendo acompanhado, para poder pegar medicamentos se for o caso e estar sempre fazendo aquela consulta periódica para saber como está o sangue, se está tudo bem, questão de laboratório mesmo. [...] ACS 2.1

Pergunto como esta, se já verificou a glicose, se ela está alta, se ela não está, vejo a diferença de um mês para o outro, a medicação se está tomando direitinho. [...] O pessoal faz caminhada mesmo. Atualmente está tendo ginástica aqui no Brizolão, com acompanhamento médico. ACS 2.2

Outras atividades

A maioria dos ACS sabe que a retinopatia é uma complicação da doença e o relato de um ACS sinaliza a possibilidade de cegueira, porém falta dar mais orientações sobre a prevenção da retinopatia diabética. O tratamento do problema ainda é demorado no SUS e o melhor para o paciente é a prevenção.

Um entrevistado valorizou no seu trabalho a mediação de problemas, como no caso do acompanhamento de uma criança diabética cuja mãe não sabia o que fazer para evitar o consumo de açúcar já que os irmãos não eram diabéticos. Este é um caso em que o ACS além de orientar procura entender o contexto do problema e apóia a família. É uma situação ilustrativa de que algo está mudando nesta relação.

Foi uma luta, porque chegava lá tinha duas crianças. Poxa como meu coração doía, como o da mãe. [...] Sentei com ela, vamos pensar num jeito da tua filha não ver os outros comendo o biscoito. Porque criança gosta de um biscoito, de vez em quando um biscoito recheado. Mas também, ela ficar vendo os irmãos comerem biscoito recheado e ela não poder comer, é muito triste. Um dia eu cheguei lá a mãe brigando com ela, eu senti vontade de chorar. Aí eu falei, “bom vamos montar uma estratégia”. (...)Vamos fazer isso, mas se eu tiver outra idéia, eu vou pedir orientação, eu vou te passar. ACS 2.3

Também foram citados por apenas um ACS: orientar a se observar, levar o médico para VD, fazer cobranças e vistoriar a casa.

Ele tem que ter esse cuidado consigo próprio de se perceber e saber identificar, é identificar em si próprio, “poxa, isso aqui não tá legal”, ACS 1.2

A gente orienta da melhor maneira possível, tudo que passa para a gente em relação a qualquer tipo de novidade que surja nós vamos sempre observar essas pessoas. Médico quando chega, nós vamos fazer VD, a prioridade que nós damos na visita médica é justamente nessas famílias. ACS 1.1

Ou então ele se prepara para receber aquela visita, para não ser cobrado. Eles não gostam muito de ser cobrado, tipo dar um “carão”. Fulano vai vir aqui, vai brigar comigo, mas brigar no bom sentido. Oi dona Maria, como a senhora não está fazendo as coisa direito então não vou vir mais aqui. A senhora é muito legal, mas vamos fazer as coisas direito para depois não ficar reclamando que está sentindo isso, está sentindo aquilo. ACS 1.1

E depois, como eu tenho intimidade com alguns, vou dando uma "vasculhadinha" (na casa) para ver como é que está,...ACS 2.2

5.3 Fatores que interferem no Trabalho do ACS para adesão ao tratamento

Ao apresentar os resultados desta pesquisa em relação a este tema cabe descrever, logo de início, a formação dos ACS e a capacitação recebida sobre o tema DM2. Dos dez ACS entrevistados nove apresentavam o nível médio completo e um nível superior em curso. Apenas um referiu que não fez nenhuma capacitação sobre o tema DM. Em relação aos locais onde foi feita a capacitação o que mais aparece é a própria Equipe, referido por quatro ACS e a CAP por três ACS. Três ACS referiram a capacitação sobre o tema no Introdutório. Um ACS referiu participar de grupos de diabetes no CMS e outro fez capacitação sobre o tema quando do treinamento do Programa Saúde do Escolar (PSE)³. Apenas um ACS descreveu como local de capacitação uma palestra em uma ONG da comunidade. Esta ONG fica localizada na parte alta da montanha e é uma parceria importante para a UBS na parte baixa. Ela foi referida nas falas de alguns ACS como apoio para procedimentos de saúde (principalmente curativos) para pacientes que têm dificuldade de comparecer ao módulo da USF por residirem na parte alta da montanha. A parceria com esta ONG também ocorre para outras atividades como nas campanhas de vacinação.

No caso de dúvidas, a supervisora é apontada por sete ACS como a pessoa procurada, seguida pela equipe no caso de dois ACS. Um ACS referiu que procura o médico para ajudá-lo ou estuda nos livros e panfletos.

A adesão às orientações para mudança do estilo de vida e ao tratamento é meta e desafio para toda a equipe, na percepção dos ACS. As respostas ao questionamento em relação às facilidades e dificuldades encontradas para a adesão ao tratamento do DM foram bem variadas, conforme se evidencia nos Gráficos 9 e 10.

Relacionado ao tema da adesão, embora não restrita a este, foi investigada a percepção sobre os resultados do trabalho e as sugestões de como melhorar a atenção prestada.

³ Segundo os instrutores do PSE, diabetes não foi tema desta capacitação, embora se trabalhe alimentação saudável.

Na opinião deles a co-responsabilidade é o principal item a ser estimulado para obter a adesão ao tratamento (5).

Às vezes você dá todo o apoio e a pessoa não aceita que tem aquela doença e acaba fazendo tudo errado. [...] Você tem que ajudar no que pode ser feito quanto profissional e ele paciente tem que fazer a parte dele, se não, não funciona. ACS 2.3

Às vezes o médico prescreve medicamentos tratamentos e eles não seguem, então não adianta nada. ACS 2.3

Em seguida vem o trabalho de Promoção da Saúde e a demonstração de interesse do ACS pelo seu quadro clínico e na evolução de sua saúde, com três respostas.

O que facilita é o agente de saúde estar orientando de forma dinâmica, envolvendo, na verdade para tentar, despertar o interesse dele em se cuidar. ACS 1.5

O amparo que eles recebem da equipe é visto por duas pessoas como motivador para que estes pacientes sigam suas orientações.

Quando eles conseguem tudo que eles precisam, desde o atendimento médico até o interesse que o ACS mostra por eles, contribui muito para que eles sigam, porque eles sentem que não estão sozinhos. [...] Como se fosse um compromisso com o médico, enfermeira e com o ACS. [...] Então fazer esse trabalho para que eles se sintam seguros e que se eu estou lutando por ele então ele também vai fazer a parte dele. ACS 1.1



Gráfico 9: Relação de situações que na opinião do ACS pode melhorar a adesão ao tratamento.

A participação da família no tratamento e a auto-estima em alta receberam duas menções cada:

Acredito que se a família participasse mais, de repente o resultado seria mais favorável. ACS 1.4

Ele se amar mais, se cuidar. “Poxa, eu preciso, eu tenho que fazer isso, eu tenho que me cuidar”. Isso é muito importante [...] Eu costumo trabalhar muito a auto-estima da pessoa. Quando eu vou fazer uma VD, como a gente tem esse poder de entrar na casa da pessoa e avaliar o diagnóstico dela, às vezes um sorriso, um abraço, um carinho, um bom diálogo. Às vezes a pessoa só quer alguém para ouvir, então você ouve bastante, e sorri e brinca. Ali você vai tendo um espaço para trabalhar mais a auto-estima daquela pessoa e fazer com que ela venha a se interessar mais por ela mesma, cuidar dela, cuidar da família dela, olhar mais para dentro dela. ACS 2.2

Dois entrevistados apenas mencionaram o medo das complicações como fator motivador da adesão ao tratamento. Para estes não é desejável trabalhar com esta face mais negativa da doença como motivação. Entretanto para alguns pacientes, entendem que é

preciso lançar mão de orientações ameaçadoras para que estes pacientes compreendam a necessidade do cuidado. Contudo, toda colocação mais impactante é feita com muito cuidado.

Você explica que pode acontecer coisas mais sérias, ficar cega, aquela coisa toda que a gente já sabe, até mesmo perder um membro do corpo. A pessoa leva um susto assim, mas tem algumas pessoas que você tem que jogar essa com muito amor e mostrar. ACS 2.1

Por fim, a melhora do quadro clínico, a melhoria da qualidade de vida e a existência do programa na unidade receberam uma menção cada.

Apareceram como dificultadores da adesão (além dos fatores em oposição ao que foi relatado como facilidade), seis ACS referindo a “rebeldia” e a compulsão de comer alimentos doces . O cerceamento deste hábito por parte de familiares e amigos chega a ser descrita como “estigma”:

O que dificulta eu acho que é o estigma. Tem muitas pessoas que não gostam nem de falar que são diabéticas. Até porque, assim, eu vou numa festa se as pessoas souberem que eu sou diabética não vão me dar doce, vão ficar, tipo assim, me excluindo: isso aqui você não pode comer. ACS 2.4

O desinteresse pela comunidade, por parte da equipe, a falta de profissional médico na equipe, a necessidade de ir para outras unidades, por exemplo, quando precisam de insulina, também apareceram como fatores que dificultam a adesão ao tratamento.

Eu acho que falta mais interesse, porque eu acho que você tendo interesse de ajudar, de fazer, você não está aqui só por causa do salário, você consegue descobrir muita coisa. Você consegue ver muita coisa. Eu acho que todas as pessoas que viessem trabalhar aqui viessem com mais interesse pela comunidade, interesse de fazer o bem, não importa a quem, seja gordo, seja magro, seja preto, branco, bandido, trabalhador, vou fazer o bem a quem precise, eu acho que as coisas poderiam melhorar. ACS 2.1

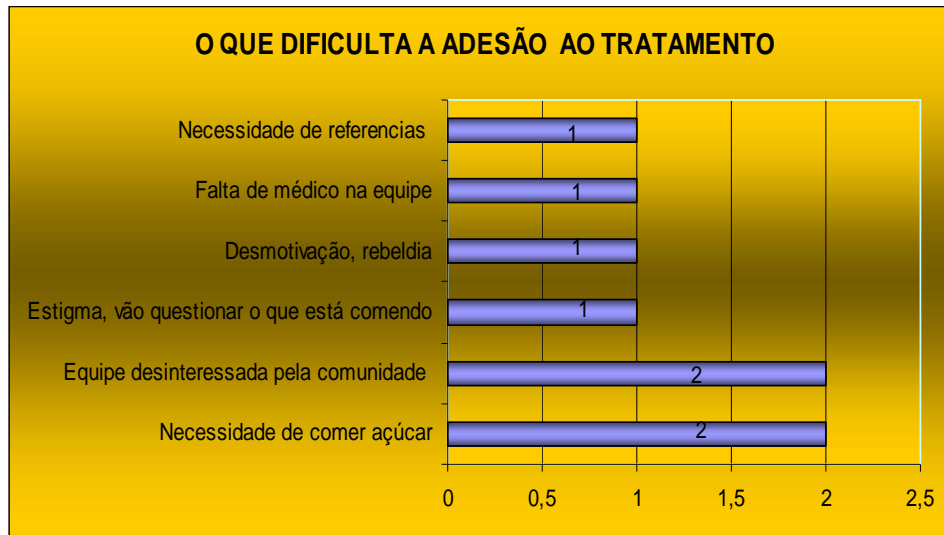


Gráfico 10: Fatores que dificultam a adesão ao tratamento na opinião do ACS.

Quando questionados acerca da percepção dos resultados do trabalho com pacientes diabéticos, nove referiram que estão satisfeitos com os resultados

O diabetes tem suas complicações, por isso ele [o paciente] precisa se cuidar, ele tem que colaborar. E aí a gente passa isso com muita coerência sabe, consegue transmitir o recado de uma maneira assim que leva ele a refletir e se posicionar frente aquilo que é a sua patologia. E realmente ele tem, ele recebe muito bem. ACS 1.2

Apenas um ficou em dúvida. Para este ACS o resultado do trabalho não depende só dele. Este resultado seria reflexo da troca entre todos os atores envolvidos e dependeria também da paciência de todos.

Olha 50% para o resultado dar certo é ter paciência. [...] Você tem que ter uma troca, você passa uma informação e um tratamento e a pessoa tem que responder aquele tratamento de acordo com o que foi prescrito para poder funcionar. ACS

Entretanto, outros ACS admitem que embora os pacientes concordem com suas orientações, proporcionam flagrantes de transgressões, geralmente alimentares, inclusive levando a frustrações em relação ao trabalho executado durante tanto tempo.

Concordar concordam, mas não vou dizer que todos seguem [...].a gente fica meio que frustrada porque, meu Deus do céu, dois a três anos falando com a pessoa, acompanhando a pessoa e a pessoa nada de entrar no eixo. ACS 2.2

Todos concordam, dizem que seguem, em alguns momentos eu percebo que não. Às vezes a gente chega lá na casa de determinados pacientes, eles estão comendo coisas que eles sabem que não podem. ACS 1.6

Na presença eles sabem tudo direitinho [...].mas quando dá 6 h da manhã vêm com um saquinho de pão comendo. Alguns são fumantes, você fala para não fumar que agrava também, fuma escondidinho [...] A gente não pode ficar brigando com ninguém não, você tem que orientar só. ACS 2.3

Apesar de a maioria achar que seu trabalho está dando certo, quando perguntados sobre a efetiva adesão às suas orientações este resultado positivo não é unânime. Alguns ACS, ao identificar algum paciente mais "rebelde" ou "cabeça-dura", tentam oferecer acompanhamento mais próximo. Mas não desistem deste objetivo.

Graças a Deus, só teve esse caso (um diabético que era alcoolista e deixou de beber graças ao trabalho da ACS) e de um outro senhor que eu também estou tentando. Assim todos eles seguem. ACS 2.1

Para a ACS 1.4 a maioria de seus pacientes segue suas orientações, porém ela se depara com situações em que a diferença de idade dificulta a comunicação. Para ela é difícil lidar com questionamentos às suas orientações feitos por pessoas idosas.

Algumas seguem outras não. Por exemplo, eu estou tendo muita dificuldade com uma senhora de 70 anos com uma ferida [...]. E aí eu até questiono, ela tem 70 anos e eu 30. Eu chego para ela e digo a senhora deve e tal, então é muito difícil. Eles pensam assim, quem é ela para vir me dar essa orientação [...]. Mas a maioria segue. ACS 1.4

Para a ACS 1.5 a dificuldade não está em entrar no domicílio destes pacientes, que em geral recebem bem o ACS e gostam da sua visita. A dificuldade está em fazer a transformação de seu estilo de vida. Apesar do vínculo criado com as famílias, convencer é o desafio, já que os pacientes não entendem em que isso vai ajudá-los.

Eles recebem o agente de saúde, [...] muito bem. Muito bem mesmo. Eles amam quando a gente faz a visita na casa deles, são apaixonados pela gente. Ouvem muito bem, recebem as informações com muita atenção, [...] Mas a gente não vê muita melhora porque eles não seguem isso. Eles são carinhosos, muito receptivos, mas não tem muito resultado. Talvez seja um hábito muito antigo de não se alimentar bem. “Aha deixa assim mesmo, eu vou morrer um dia mesmo,...”. ACS 1.

Para melhorar o trabalho com DM2 a principal proposta é o trabalho com grupos e um dos ACS sugeriu o trabalho com os escolares.

Eu acho que deveria ter mais assim, irem (a equipe) mais a fundo, fazerem mais grupos, expandir mais esse trabalho. Mais escola. Hoje em dia a gente vê que criança, é muito triste ver uma criança diabética, ela sendo privada de comer coisas gostosas. ACS 2.2

Outro ACS sugere a capacitação de todos os profissionais. As outras sugestões tem a ver mais com sentimentos de impotência seja em relação ao problema em si já que mudança de hábito é difícil e não depende só dele, seja em relação a equipe que precisaria se interessar mais pelos pacientes e também ser mais estruturada.

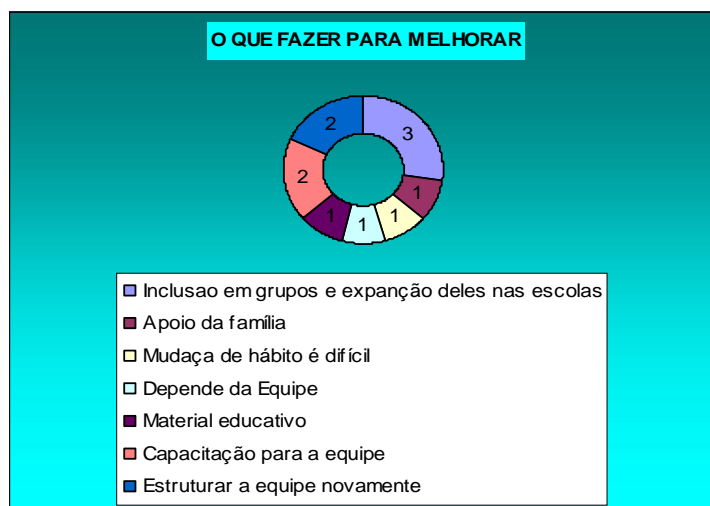


Gráfico 11: Sugestões para melhorar a adesão ao tratamento do DM.

6 DISCUSSÃO

Este estudo tem como referência o trabalho preconizado para o ACS pelo Ministério da Saúde descrito no Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus (BRASIL 5, 2006).

Segundo a proposta do MS, a relação paciente equipe é fundamental para o bom desempenho do trabalho na ESF. Esta relação se mostrou presente nos relatos dos ACS em vários momentos das entrevistas. Percebe-se que os ACS fazem orientações em relação aos fatores de risco para desenvolver a doença e para o agravamento da condição clínica dos já doentes. Em várias falas dos ACS é evidente a preocupação com o diálogo, com a estimulação do auto cuidado e em relação ao seguimento do tratamento. Este é o papel crucial do ACS e da EqSF no cuidado com DM2, evitar o adoecimento e/ou as complicações que podem ocorrer quando estes pacientes não aderem ao tratamento

Algumas considerações emergiram das falas, acerca das percepções dos ACS, sobre fatores de risco para desenvolver DM2, assim como sobre as queixas e complicações evidenciadas (ou não) por eles, frente aos pacientes já com diagnóstico.

No tocante a importância de promover a mudança de hábitos alimentares, a totalidade dos ACS entrevistados faz orientações. Neste contexto, a obesidade e o sedentarismo foram identificados por alguns. Apesar da especificação da obesidade como fator de risco para diabetes por alguns ACS, a maioria falou sobre alimentação de forma genérica, descrevendo hábitos alimentares pouco saudáveis como causa de DM2. Também não encontramos fluxo de avaliação pela EqSF para os casos de obesidade e demais fatores de risco. Acredito que o estabelecimento e seguimento de um protocolo de avaliação possibilitariam a detecção precoce de vários pacientes que são portadores assintomáticos da doença, e que por este motivo não procuram a USF.

A mudança de hábitos de vida é um desafio para as EqSF e os ACS têm um importante papel nesta superação. Durante as entrevistas os ACS demonstraram que fazem esclarecimentos para a comunidade sobre os fatores de risco para DM2. Entretanto, estas ações são muito voltadas para os que já adoeceram e é para este grupo que é enfático o trabalho para prevenção de complicações secundárias. Percebe-se nas entrevistas que estas ações nem sempre atingem os resultados esperados pelos ACS. Frequentemente os ACS se deparam com situações de complicações graves, principalmente em relação à neuropatia periférica evoluindo com feridas e amputações.

A ocorrência de desfechos não favoráveis foi percebida como gerando frustração em relação ao trabalho executado, com alguns ACS se culpando pelos mesmos. Convém lembrar que não é da competência deles acompanharem estas situações complexas sem supervisão. A equipe técnica deve ser sinalizada de sua existência e do mesmo modo, o ACS deve ser sinalizado toda vez que a equipe detectar algum problema no cuidado oferecido a esses pacientes. Desse modo, uma série de complicações e sofrimentos, físicos e sociais, poderiam ser evitados. Percebe-se a dificuldade dos ACS lidarem com esse tipo de problema e entenderem suas potencialidades e limites sobre o que está acontecendo. Provavelmente esta dificuldade seja de toda a equipe.

Quando perguntados se as orientações eram direcionadas também aos familiares dos pacientes, quatro ACS sinalizaram que sim. Entretanto, em outros relatos o direcionamento da orientação para a família, quando ocorre, visa apenas “fiscalizar” o paciente e se eximir da responsabilidade de acompanhar a mudança de comportamento.

Ao trabalhar a promoção da saúde o ACS está paralelamente fazendo a prevenção primária de uma série de patologias incluindo o DM2. É fundamental que estas ações, tanto individuais quanto coletivas, mobilizem toda a comunidade, não só aqueles que já adoeceram. Elas devem ser planejadas e oferecidas para familiares e para as escolas.

Quando perguntado sobre as causas da DM2, não houve associação entre DM2 e idade, embora na descrição das características quatro ACS tenham relatado que a maioria de seus cadastrados portadores da doença é idosa. Sabe-se que o fator idade é importante porque embora não seja um risco modificável. Isto porque toda pessoa acima de 45 anos deve fazer uma verificação da glicemia periódica, principalmente aqueles com predisposição genética ou que estejam no grupo com fatores de risco associados a doença, possibilitando assim o diagnóstico precoce.

O componente genético foi mencionado por todos os ACS como fator de risco para DM2. Este fator de risco também não é modificável, mas indica necessidade de ações junto às famílias. Apesar disso, não foi mencionado um fluxo de encaminhamento para investigação dos familiares.

Em algumas entrevistas, o conhecimento dos ACS sobre causas de DM2 aparece de forma fragmentada nas respostas a outros questionamentos, sugerindo um conhecimento pouco estruturado sobre o tema.

Os fatores de risco menos citados (álcool, tabagismo, hipertensão arterial e ansiedade), provavelmente são pouco abordados no trabalho de promoção de saúde e de prevenção,

especialmente do DM2. Também não ficou evidente nas respostas a correlação destes fatores de risco para doença cardiovascular. O comprometimento arterial presente na doença cardiovascular, cérebro vascular ou vascular periférica, não foi associado como risco para DM2 neste grupo de entrevistados.

A neuropatia periférica é a complicação mais freqüente dos pacientes diabéticos (BRASIL 5, 2006). Ao se agrupar falas como diminuição da sensibilidade dos membros inferiores (MMII), feridas nos pés e amputações nos MMII, nota-se que o resultado da pesquisa corrobora este dado, apesar do número de casos avaliados não ter significância estatística. Com relação à dor nas pernas, esta pode ser decorrente tanto de neuropatia periférica quanto de doença vascular periférica, não sendo diferenciado, neste estudo, pelos agentes nem pelos pacientes. A soma das ocorrências acima revela uma freqüência significativa das mesmas, e estão relacionadas ao risco de vasculopatia e/ou neuropatia periférica.

Nos resultados fica evidente que todos os ACS estão sensibilizados para as complicações nos pés dos pacientes diabéticos. Esta sensibilização pode estar relacionada às atividades de capacitação. Contudo a experiência adquirida no contato com os pacientes que sofreram amputações, deformidades e feridas, certamente foi responsável por parte deste aprendizado.

Outro dado relevante é a freqüência de relatos de retinopatia maior que IRC, que tem uma freqüência pouco inferior a retinopatia na literatura pesquisada (BRASIL 5, 2006). Pode ser que haja casos desta complicação (IRC) em estágio inicial e não foi valorizada pelo paciente ou ainda não foi diagnosticada na equipe. Outra possibilidade é que o tamanho da amostra tenha interferido nos resultados.

É um alento a percepção de um ACS que o número de complicações diminuiu, citando como exemplos as amputações e o IAM. Contudo no relato de outros ACS encontramos casos de morte, amputações, internação devido a AVC, gengivites com perda de dentes e níveis glicêmicos alterados. Surpreendentemente esses casos não aparecem como discutidos nas reuniões de equipe numa tentativa de enfrentar o problema.

No resultado encontrado chama atenção a ausência de queixas cardiovasculares em relação à doença coronariana, IAM, insuficiência cardíaca e possivelmente doença arterial periférica. Pelo estudo de Framingham o DM é responsável por um aumento importante destas complicações. A AHA também designou o DM como um dos principais fatores de

risco para as doenças cardiovasculares e o estudo UKPDS mostrou que 70% dos desfechos clinicamente relevantes eram cardiovasculares.

O silêncio em relação à disfunção erétil pode ser explicado pelo constrangimento que os pacientes sentem em relação ao tema, que quando referido o é em geral para o médico. Apesar de não aparecer como queixa merece destaque para ser trabalhada nos grupos de educação em saúde, já que faz parte da atenção integral à saúde do homem.

Apesar dos entrevistados referirem em suas falas complicações em relação à doença periodontal, ela não apareceu como queixa dos pacientes.

Estes dados mostram que os ACS além de se depararem no seu cotidiano de trabalho com uma série de queixas que demandam uma complexidade de ações, não estão relatando outras que são importantes para o adequado seguimento do DM. Existem complicações frequentes que não estão sendo referidas, seja porque não são valorizadas ou falta observação da equipe, seja pela melhora da assistência que faz com que não sejam facilmente encontradas. É possível nos perguntarmos sobre as lacunas no processo de educação permanente que precisam ser avaliadas pelos supervisores, a fim de se construir uma atenção primária de qualidade.

Além do conhecimento amplo requerido para os ACS no desempenho de suas funções, eles precisam ser criativos para motivarem as pessoas a aceitar suas orientações, considerando-se que trabalham, na maioria das vezes, em áreas de baixa escolaridade.

As percepções dos ACS discutidas neste trabalho não decorrem de um aprendizado meramente teórico. É fruto de uma “lente” que os ACS desenvolvem ao longo de uma prática de trabalho, ao qual são aportados elementos da teoria. Em seguida serão discutidas as características destas práticas.

Ao discutir as características das práticas dos ACS percebi que as ações preconizadas pelo MS no que se refere à prevenção primária do DM2 estão contempladas no processo de trabalho dos ACS entrevistados. Evidentemente, não se espera, citando apenas um exemplo, que o ACS sozinho carregue a responsabilidade sobre a dieta desses pacientes, isto é da governabilidade de toda a equipe.

Para Nunes et al (2002) o ACS tem contribuições para o processo de transformação social, mas não deve ter sob sua responsabilidade o sucesso de todo o sistema de saúde. Neste contexto existem atividades e condutas que dependem do médico, do enfermeiro e de parcerias multisetoriais, atuando de forma integrada, regionalizada e hierarquizada.

Outra questão que merece observação diz respeito às ações de prevenção secundária. Estas têm um importante impacto na estratégia de atuação do ACS, evitando-se muitas complicações graves, em especial com relação ao cuidado com os pés.

Apesar de ser preconizado no Caderno de Atenção Básica em relação ao Diabetes Mellitus (BRASIL 5, 2006), o fato de todos os ACS referirem o cuidado com o pé com parte do seu processo de trabalho, demonstra uma grande preocupação com este risco. Na pesquisa fica evidente que todos os ACS estão sensibilizados para este problema. Esta sensibilização pode ter vindo através de atividades de educação em saúde, mas possivelmente também pela experiência adquirida no contato com os pacientes que sofreram amputações, deformidades e feridas.

As orientações para o cuidado com o pé dos pacientes diabéticos são compartilhadas e observa-se em alguns relatos o cuidado em evitar o "terrorismo", prática comum para alguns profissionais de saúde. Os ACS, em geral, procuram informar evitando essa prática de impor o cuidado pelo medo. O medo de complicações só foi referido por dois ACS como facilitador da adesão ao tratamento, enquanto o estímulo à co-responsabilidade por cinco. O estudo sugere que está havendo uma incorporação de uma comunicação menos autoritária.

Quanto ao combate ao sedentarismo percebe-se que falta empenho por parte dos ACS para encontrar alternativas que motivem os pacientes a se movimentarem mais. Para fazer oposição às DCNT não se pode deixar de combater a inatividade física. A adesão da comunidade para a prática de atividade física tem que levar em consideração o ambiente em que a mesma vai acontecer. Hoje a prática de exercícios é viável, nas praças da cidade, equipadas com academias para idosos. Nestes espaços públicos encontramos aulas de ginástica ministradas por professores de educação física e embaladas com músicas estimulantes. Para as comunidades falta o lúdico, algo que motive o exercício e conseqüente adesão às mudanças do estilo de vida. No momento, o que é oferecido como atividade física pela ESF na área, é caminhar em ruas próximas à comunidade, com poluição e barulho de trânsito, dificultando a adesão da comunidade. Contudo a mobilização da comunidade e dos jovens com a promoção de jogos, caminhadas em locais mais aprazíveis, realização de bailes, aulas e concursos de dança, entre outros, podem ser incentivadas pelos ACS com a busca de parcerias, até a chegada na área da Academia Carioca, presente nas Clínicas de Família recém inauguradas em outras APs.

A presença de mulheres com ovários policísticos, que apresenta aumento de incidência de DM, não foi mencionado por se tratar de grupo pouco lembrado até pelos médicos e

enfermeiros. Entretanto, este tema pode ficar para ser trabalhado pela equipe técnica já que depende de um diagnóstico.

A relação paciente-equipe também é percebida quando eles orientam os pacientes em relação ao tabagismo e a tomada dos medicamentos, se apropriando muitas vezes de tecnologias leves para facilitar a orientação do auto cuidado para aqueles com déficit cognitivo. O combate ao tabagismo não aparece com destaque nos relatos dos ACS. Acredito que o fato se deve ao baixo consumo de tabaco na comunidade relatada por este grupo de ACS. Cabe ressaltar, que o combate ao tabagismo, através da participação dos grupos existentes nas duas unidades de saúde, só foi citado após lembrança da autora.

Apenas dois ACS referiram perguntar ao cliente sobre o controle da glicemia. Estes pacientes fazem avaliações periódicas na USF, ou deveriam fazer, e precisam ter este dado monitorado por registro pessoal.

Para que as ações preconizadas pelo MS sejam plenamente contempladas, precisamos de Educação em Saúde. No processo de Educação em Saúde, uma comunicação eficiente é fundamental. Contudo, o que é comunicado precisa ser compreendido e despertar interesse de quem está ouvindo, para que o processo de comunicação aconteça. O convencimento de mudança de hábitos alimentares é difícil, sendo mais complicado para aqueles que têm baixo nível sócio-econômico-educacional.

O trabalho de educação em saúde, individual e coletivo, com foco na mudança do estilo de vida, estimulando a hábitos alimentares saudáveis, abandono do tabagismo e estímulo a atividade física é tarefa que gera grande dificuldade e frustração para os ACS, devido ao não seguimento de suas orientações. Estas orientações provavelmente seguindo o modelo da transmissão de informações, ou não acompanhadas de motivação, parecem não apresentar resultado satisfatório e duradouro.

O estudo sugere que está havendo incorporação de outras bases para a comunicação mais dialogada, menos autoritária. Entretanto, apesar das práticas de educação em saúde adotadas pelas equipes seguirem mais o modelo dialógico definido por Alves (2004), ainda se encontra o modelo tradicional com o profissional de saúde detentor do conhecimento, visando à mudança do comportamento para obter saúde. Assim sendo, o que se espera com o modelo tradicional de comunicação é que seu efeito seja temporário, pois este modelo não leva em conta os conhecimentos dos usuários e dos determinantes sociais.

Felizmente, em muitas entrevistas percebemos que o diálogo é o instrumento utilizado numa proposta de conseguir a mudança, respeitando as necessidades dos usuários, seus hábitos e modos de viver. Estas práticas estimulam o desenvolvimento da autonomia e a responsabilização dos sujeitos no cuidado com sua saúde. Entretanto, apesar da tentativa de diálogo, em algumas situações, ainda falta caminhar no sentido de trabalhar a autonomia dos pacientes que ainda são vistos como "teimosos que não entram nos eixos", ou seja, não seguem as orientações. Segundo Koyashiki (2008), para o usuário a informação e a socialização do conhecimento em relação à educação e saúde são instrumentos essenciais para que ele possa gerir com responsabilidade seu destino, dando-lhe direito a escolhas.

O ACS tem no seu trabalho cotidiano o desafio de converter a informação em algo significativo na vida das pessoas (ARAÚJO, 2007). Porém, para informar bem, o profissional de saúde precisa de uma capacitação no assunto, fato levantado por alguns dos entrevistados. Esta capacitação poderá ser facilitada pela supervisão nas rodas de educação permanente.

No entanto, a educação na sua totalidade é fundamental. Quanto mais anos de estudo as pessoas têm, maior é a possibilidade de entender o que está sendo dialogado e maior é o discernimento para escolher o melhor para sua vida e sua saúde. Com este entendimento, é provável que ao cometerem certos "pecados" alimentares não o façam de forma contínua e sejam capazes de compreender os riscos a que estão se expondo, sendo co-responsáveis por sua saúde e seu destino.

Assim, a educação em saúde deve começar nas VDs e ser enfatizada nas escolas possibilitando a compreensão do sentido do que é saúde desde cedo. Por isso é importante o seguimento das políticas de saúde escolar.

Recentemente o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação através da Portaria nº 3146 de 17/12/2009 com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Os municípios que aderirem ao projeto recebem um incentivo financeiro para inclusão nas escolas do conceito de Promoção da Saúde.

Entre as habilidades esperadas dos ACS, se encontra o trabalho junto às escolas e grupos organizados para estimular hábitos saudáveis. O PSE é um passo nessa direção, já que é um trabalho intersetorial e voltado para uma população de possíveis multiplicadores.

A participação em grupos de Diabetes na ESF favorece as ações de educação em saúde multiprofissional e apoio emocional para conseguir seguir o tratamento, além de enfrentar possíveis complicações já existentes. No grupo é possível aos participantes avaliar a sua realidade frente à dos outros e é possível aprender através da reação de outras pessoas a problemas semelhantes. O tema Diabetes deve ser abordado em outros grupos de educação em saúde voltados para a comunidade em geral. Estes grupos devem abordar as ações de prevenção primária através do combate aos fatores de risco modificáveis: alimentação, tabagismo, sedentarismo, uso de álcool e outras drogas (BRASIL 4,2008).

Um estudo desenvolvido por Assunção & Ursine (2008) sobre os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de DM do PSF Ventosa de Belo Horizonte mostrou que as variáveis, motivação com o tratamento e fazer parte de um grupo de diabetes foram estatisticamente significativas para a adesão total ao tratamento.

Surpreendentemente, os grupos de ajuda mútua não aparecem, como por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros. Os grupos de caminhada até acontecem, contudo, sem participação significativa dos moradores.

É importante identificar nas redes de apoio social parcerias que levem as equipes a pensar na educação em saúde de um jeito diferente, dentro da realidade local, que motive crianças, jovens, adultos e idosos, cada grupo com suas particularidades.

Não é relacionado como parte do processo de trabalho a entrega de agendamentos de consultas para a rede secundária realizada através do sistema de regulação de consultas municipal, embora diariamente haja um número significativo de agendamentos. Estes precisam ser entregues em tempo hábil, já que muitas vezes as marcações são com datas próximas. Os ACS devem entregar os agendamentos e lembrar os pacientes sobre a necessidade de algum preparo. Uma grande parcela desses agendamentos é para avaliações oftalmológicas, importantes para a detecção e tratamento precoce da retinopatia diabética.

Chama atenção, a determinação de alguns ACS em relação a conseguir a aderência dos diabéticos ao tratamento e o caráter investigativo em relação a porque acontecem algumas complicações. Foi mencionado o uso das tecnologias leves: o conversar com carinho e com amor, a escuta solidária, a mediação e a atenção dispensadas para o uso adequado da medicação por quem tem maior dificuldade. O amor que os pacientes dispensam a eles, a porta aberta para acolher o ACS na VD e a troca de afeto.

Na co-responsabilização para o cuidado, o profissional de saúde tem um papel primordial no processo de conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade individual para o auto cuidado. É, portanto, fundamental que o usuário estabeleça vínculo com a equipe e tenha informações claras sobre o processo saúde doença, para poder decidir sobre seu tratamento e sua saúde.

Entre as habilidades esperadas dos ACS para a execução do seu trabalho se encontra a capacidade para o trabalho em equipe, importante ferramenta que permite vencer desafios através de uma proposta de trabalho integrado. Nos resultados das entrevistas percebe-se a presença do trabalho em equipe, porém ainda não de uma equipe integrada com um projeto comum. É possível que a partir do momento que a equipe defina o DM e outras DCNT como prioridades, a ESF possa fazer a diferença frente à atenção primária tradicional no tocante ao seu cuidado. Contudo não devem ser esquecidos os limites para atuação de cada profissional e do nível de atenção. As equipes podem fazer o que está dentro da sua governabilidade, mas é preciso apoio de outros setores e políticas públicas voltadas para a resolução do problema.

Chama atenção um ACS descrever o interesse da equipe baseado na remuneração. Se por um lado o trabalho tem que ser realizado, por outro a remuneração também precisa ser regular, o que não estava acontecendo na AP 2.2, no momento da pesquisa. Devemos pensar no vínculo dos profissionais com a comunidade, seus direitos e seus deveres. A ESF não é um sacerdócio, um local onde se deve trabalhar voluntariamente, sem a observação dos direitos trabalhistas. Contudo, o que parece que este ACS quis enfatizar é que, devido a precarização dos contratos, não havia formação de vínculo por alguns profissionais e que estes não estavam cumprindo adequadamente suas tarefas.

O ano de 2010 foi muito difícil para as equipes da AP 2.2. Neste ano houve a entrada de uma organização social para compartilhar a gestão da ESF. No entanto, ocorreram sucessivas irregularidades após esta contratação, entre elas desabastecimento das USF e atrasos frequentes no pagamento dos salários, o que levou a prejuízos pessoais, para as equipes e os usuários das USF. Conseqüentemente o estímulo e amparo dos supervisores aos ACS também ficou comprometido. Pode-se dizer que perdemos um ano de trabalho na AP.

Para pensar sobre o adequado exercício da função de qualquer trabalhador em saúde é importante salientar as condições de trabalho. No caso do ACS, para que ele possa identificar precocemente os pacientes diabéticos, são premissas que tenham conhecimentos sobre o problema, estímulo e amparo de seus supervisores, condições emocionais e organizacionais do trabalho.

Em relação à organização, cabe ressaltar que em cinco MA, o número de famílias acompanhadas excede às cento e cinquenta preconizadas e em duas chega próximo a duzentas, o que demanda maior esforço no acompanhamento das mesmas. Atualmente a SMSDC propõe que cada EqSF acompanhe 4000 pessoas.

A entrada das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) nas comunidades, em 2010, trouxe tranquilidade para quem ia trabalhar e não sabia o que ia enfrentar, nem em que condições necessitariam deixar a comunidade. Para a saúde dos ACS e da comunidade, foi um ano positivo no tocante a diminuição da violência e suas conseqüências, apesar de problemas pontuais ainda ocorrerem. As UPP facilitaram ainda a entrada nas comunidades de outros serviços públicos, como por exemplo, a coleta regular de lixo, que trará resultados positivos para a saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa buscamos analisar o processo de trabalho em relação a DM na ESF em duas equipes de uma área programática do Rio de Janeiro, sob a ótica do ACS.

A escolha de uma doença, como foco de um trabalho na ESF, pode no primeiro momento causar surpresa já que estes profissionais devem priorizar ações de promoção da saúde e a prevenção das doenças. Entretanto, a incidência do DM2 está em ascensão e por ser uma doença com repercussões econômicas e sociais, está entre as prioridades do Ministério da Saúde. Além disso, está diretamente relacionada com escolha por estilos de vida inadequados.

A ESF e o ACS têm papel fundamental na prevenção primária e detecção precoce do DM2, assim como no acompanhamento desses pacientes. O ACS tem acesso em quase todos os domicílios da sua MA e se estiver motivado e capacitado pode estimular mudança de hábitos, identificar aqueles com maior risco para a doença e proporcionar avaliação médica ou de enfermagem quando indicado. Essa atuação é facilitada pela proposta do trabalho em equipe atuando dentro do território.

Avaliando o processo de trabalho do ACS para a prevenção primária e detecção precoce do DM2 neste estudo, verificamos que estes profissionais descrevem suas ações dentro do que é preconizado pelo MS, apesar de alguns ACS necessitarem de sensibilização para algumas ações. O que se observou no estudo é que as ações são voltadas principalmente para os doentes e em alguns casos para aqueles que estão acima do peso. Para o sucesso das medidas promotoras de saúde e preventivas, referentes às mudanças do estilo de vida é preciso que as equipes estejam integradas e com um projeto comum. Devem também estar cientes da importância de motivar todos moradores do domicílio, com o entendimento de que o que é saudável para o diabético também é para a família e para a comunidade. Cabe questionar se o trabalho de promoção da saúde visando hábitos saudáveis está efetivamente sendo realizado para a comunidade em geral.

A pesquisa também evidenciou ausência de descrição de algumas complicações frequentes na literatura. É fato que a amostra de pacientes diabéticos é muito pequena, porém, como nesses casos avaliados dependemos da percepção do ACS e do paciente, não sabemos se não estão sendo valorizados, seja pela equipe ou pelos pacientes.

Parece ser urgente a mobilização da equipe para incentivar a atividade física nas comunidades, pois estas se apresentam cada vez mais sedentárias. A proposta de ter um profissional de educação física na ESF e nas escolas de educação básica é desejável, já que este lida diretamente com questões como educação, saúde e ética. A educação física na escola pode contribuir na formação de adultos equilibrados física, mental e socialmente. Na comunidade sua contribuição para o controle de doenças crônicas é imensurável.

O trabalho com grupos de mútua ajuda e de educação em saúde também precisam ser incentivados para alguns ACS. O estudo mostrou que alguns ACS consideram importante a realização e participação nos grupos como fator favorável a adesão ao tratamento, fato também evidenciado por Assunção & Ursine (2008) que estudaram os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico e encontraram a motivação com o tratamento e fazer parte de um grupo de diabetes como fatores favoráveis.

A motivação para adesão a um estilo de vida saudável é na opinião da pesquisadora o maior obstáculo a ser vencido, depende de entender o que mobiliza a comunidade, além de se deparar com a baixa escolaridade encontrada nela dificultando o entendimento do que está sendo abordado nesta comunicação.

Para solucionar o problema todos se beneficiariam com atividades de atualização do tema e da EP. A ausência de abordagem familiar por alguns ACS, em relação à detecção de pacientes de risco de adoecimento, pode ser decorrente do fato de o ACS não receber capacitação sobre como abordar a família e como proceder no contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde. Atualmente, a abordagem familiar por estas equipes acontece mais por intuição do que profissionalmente. Não se deve esquecer que no cumprimento destas ações, estes profissionais estão se deparando com complicações graves.

Diante dos fatos é urgente superar as limitações encontradas através do desenvolvimento profissional baseado em um projeto de Educação Permanente, visando refletir e reestruturar o processo de trabalho. Também merecem um projeto de capacitação: o trabalho em equipe, o processo de comunicação e o uso de tecnologia leve e leve-dura, ferramentas importantes no manejo da motivação da comunidade para melhorar sua condição de saúde.

A ESF precisa mostrar que tem potencial para se diferenciar da atenção primária no modelo tradicional. Mas é necessário enfrentar e discutir os problemas encontrados. Cabe questionar se as condições de trabalho e a carência de um processo de educação permanente para a ESF influenciam a pouca diferença em relação à atenção primária tradicional, sendo imperioso acelerar o processo de capacitação em EC e principalmente fomentar as rodas de EP das mesmas.

É gratificante para a pesquisadora ouvir sobre o afeto recebido dos usuários pelos ACS, o acolhimento proposto por alguns e a disposição para ajudar a comunidade. A proximidade ACS –comunidade- CAP é essencial e bem vinda.

É pretensioso pensar que apenas o trabalho realizado na ESF sozinho vá mudar a realidade local. Há necessidade de políticas públicas voltadas para hábitos de vida saudáveis e controle social da saúde. É notória a preocupação do MS com as DCNT através do PSE e da PNPS, e suas diretrizes, visando controlar o problema. No entanto o tempo de existência destes ainda não permite avaliar seus resultados.

Estes resultados serão apresentados para as equipes envolvidas na pesquisa, visando provocar uma reflexão sobre o processo de trabalho das USF envolvidas. Também servirão para subsidiar o planejamento de ações de educação permanente desenvolvidas pela CAP.

REFERÊNCIAS

ADA (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION); Type 2 diabetes in children and adolescents; **Diabetes Care**, v 23, n 3, p. 381 – 389, 2000.

AGUIAR, A.C; MARTINS C.M; **A comunicação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**; Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, 2007.

ALVES, C.; BRANDA, M.; ANDIO, J.; MENEZES, R.; CARVALHO, F.; **Atendimento odontológico do paciente com diabetes mellitus: recomendações** para a prática clínica. **Rev. Cienc. Méd. biol.** 5 (2);2006, p.97-110

ALVES, V.S.; Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, 2004

ARANTES, R.C. et al. Processo saúde –doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais; **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v.11, n.2, p. 189-198, abr-jun.2008

ARAÚJO IS. Comunicação e Saúde. In: Martins, CM (org) **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

ASSUNÇÃO, T.S; URSINE, P.G.S; Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa de Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**,13 (Sup2), 2008.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**, Edições 70, 4 ed, Lisboa, 2007

BRASIL 1, Ministério da Saúde. **Estudo Multicêntrico sobre a prevalência do Diabetes Mellitus no Brasil**. Informe epidemiológico do SUS 1, 47-73, 1992
Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d10.htm>
Acesso em: 08 / 11 / 2009.

BRASIL 2, Ministério da Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde**, versão preliminar, 2003.

BRASIL 3. Ministério da Saúde. Ato Portaria nº 399 / GM, de 22 de Fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**, 2006.
Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
Acesso em: 10 / 03 / 2011.

BRASIL 4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília – Ministério da Saúde, 2008. 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Serie Pactos pela Saúde 2006, Volume 8).

BRASIL 5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Diabetes Mellitus n. 16** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL 6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB** Comp. 2009
Acesso em 15/12/2009:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

BRASIL 7. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648** de 28 de março de 2006, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. ==3

BRASIL 8. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de educação popular e saúde/ **Departamento de Apoio a Gestão Participativa** 2007 (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL 9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília- DF 2009.

BUSS, P. M.; Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 p163-177, 2000.

DUARTE, L.R; SILVA, D.S.J.R.S; CARDOSO, S.H; Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.439-47, set/dez 2007.

FERREIRA, V.S.C; ANDRADE, C.S; FRANCO, T.B; MERHY, E E; Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4) 898-906, abr, 2009.

JUNIOR et al, Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southerastern, Brazil. **São Paulo Medical Journal**, 2002.

KOYASHIKI, G.A.K; SOUZA,R.A.A; GARANHANI, M.L; O trabalho em saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidade de Saúde da Família, **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, Rio de Janeiro July/Aug, 2008.

MENDES, E. V Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. **In: MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 233 -300, 1996.

MONKEN, M; BARCELLOS, C; **Vigilância em saúde e território utilizado**: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3), 898-906, mai-jun, 2005.

NUNES, M.O; TRAD, L.B; ALMEIDA, B.A; HOMEM, C.R; MELO, M.C.I.C; O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico; **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6): 1639-1646, nov-dez, 2002.

PAIM, J.S; **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde**, in *Epidemiologia & Saúde*, Rouquyrol, MZ & ALMEIDA, Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-571

PEDUZZI, M.; Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. **Rev. Saúde Pública** v. 35, n.1 São Paulo, 2001.

PONTES, RJS; JUNIOR, ANR; KERR, LRS; BOSI, MLM; **Transição Demográfica e Epidemiológica**, in Epidemiologia Roberto Andrade Medronho- 2ªed, São Paulo: Editora Atheneu, 2009, cap 6 p 123-151

POWERS, A. C **Diabetes Melito** in Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 16 edição, v.II, p.2262-2288, 2006.

RIBEIRO, E.C.O; MOTTA, J.I.J; Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde; **Saúde Debate**, v. 12, n. 12; p. 39-34, 1996.

RODRIGUES, P.H.A, SANTOS, I.S; **Saúde e Cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS – São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SAUDE BRASIL, publicação anual da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), temas relacionados aos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**, 2009.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=11994

Acesso em:14/12/2010.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes 2007 - Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**, cap 1, p. 8-10.

Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/politicas/diretrizesonline.php>

Acesso em: 20/11/2008

SENGER, M H; ZAMPIERI, M; GIRÃO, LS; LIMA M L; REIS, MA; AGUIAR, A C, **Formação médica e integração ensino-serviço no estudo do sistema de referencia e contra referencia de pacientes diabéticos, 2008.**

SHAAN, B.D; HARZHEIM, E; GUS, I; Perfil de risco cardíaco no Diabetes Mellitus e na Glicemia de Jejum Alterada, **Rev Saúde Pública** 38 (4): 529-36 , 2004.

SCHERER, M.D.A; MARINO, S.R.A; RAMOS, F.R.S; **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 16, p- 53-66, set. 2004/fev.2005

SMSDC RIO 1 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO), **Programa de Diabetes**, dados de 28/08/2009.

Disponível em:

<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>

Acesso em: 23/11/2008 e 14/12/2009

SMSDC RIO 2 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO), Programa Diabetes: **Atenção ao Pé Diabético Texto: Prevenção de amputações de membros inferiores**, publicado em 11/08/2008, Portal Saúde-Rio.

Disponível em:

<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?infoid=4227&editionsectionid=370>

Acesso em:04/01/2010

SMSDC RIO 3 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO), **Armazém de Dados**.

Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_bairro.htm

Acesso em: 16/01/2010

SMSDC RIO 4 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO).

Disponível em:

<http://74.125.93.132/search?q=cache:O5x16ZBbsgYJ:www.saude.rio.rj.gov.br/media/historico%2520do%2520psf.doc+www.saude.rio.rj.gov.br/media/historico.psf.doc&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=ca> Acesso em: 04/01/2010

SILVA, M.M.F; **Promoção da Saúde**: percepção dos ACS a partir de sua formação e de sua prática, São Paulo, 2009 Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de pós graduação em Saúde Pública.

SILVA, J.A; DALMASO, A.S.W; O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-96, fev.2002

SOUZA, R.R. et al; O paciente odontológico portador de diabetes mellitus. **Pesq. Bras. Odontopediatr. Clin. Integr.**, 2003, João Pessoa, v.3, p71-77.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S; VILASBOAS, A.L; **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IESUS, VII, abr/jun, 1998.

TEIXEIRA, C.F; **Promoção da Saúde e SUS**: um diálogo pertinente. In Castro, A; Malo, M (Org) SUS: ressignificando a promoção da saude São Paulo. Hucitec, 2006

TOMAZ, J.B.C.; O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p75-94, 2002

TORQUATO, M. T.C.G.; MONTENEGRO Jr, R.M.; VIANA, L.A.L.; SOUZA, R.A.H.G.; LANNA, C.M.M.; LUCAS, J.C.B.; BIDURIN, C.; FOSS, M.C. Prevalência de diabetes mellitus e intolerância a glicose na população urbana de 30 a 69 anos em Ribeirão Preto (SP). **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v 121, n 6, 2003.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802003000600002&lng=pt

Acesso em: 20/11/2008

VERNILLO, A.T. Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.134, p.24S-33S, 2003.

VÍCTORIA, C.G; KNAUTH D.R; HASS M.N.A; **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema – Porto Alegre : Tomo Editorial, 2000.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital**, 2005
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf
Acesso em 16/01/2010

APÊNDICE A

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS COM ACS

Identificação

Sexo

Idade

Escolaridade

Há quanto tempo trabalho na ESF?

Na equipe?

Quantas famílias acompanha na sua microárea?

1. Tem idéia de quantas pessoas têm diabetes na sua microárea?
2. Em sua opinião, por que as pessoas ficam diabéticas?
3. O que chama mais sua atenção no paciente diabético?
E na família dele? Na casa?
4. Quais as principais queixas que estes pacientes lhe trazem?
5. Como é o seu trabalho com esses pacientes? O que faz com eles?
6. E com as outras pessoas que moram na mesma casa, dá pra fazer alguma coisa?
(Em caso positivo, o que você faz?)
7. Como estas pessoas recebem o seu acompanhamento?
(eles concordam, seguem ou não? Há casos de complicações? Quais? Desenvolver as principais dificuldades e facilidades da adesão).
8. Alguma coisa lhe faz desconfiar que uma pessoa possa estar com diabetes?
O que? E o que você faz?
9. Como você se sente fazendo este trabalho?
10. E o que você acha dos resultados do trabalho? Tem alguma sugestão para melhorar?
11. Você já expôs estas idéias para sua equipe? Como tem sido sua comunicação sobre este tema com os demais profissionais da equipe?
12. Já participou em algum curso ou capacitação sobre diabetes?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você esta sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa intitulado: Prevenção primaria e detecção precoce do Diabetes Mellitus tipo 2 na Estratégia de Saúde da Família: a contribuição do Agente Comunitário de Saúde na AP 2.2 do Município do Rio de Janeiro, porque você trabalha rotineiramente com promoção de saúde e prevenção de doenças.

Este projeto tem como objetivo avaliar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Área Programática 2.2 em relação a prevenção primária e detecção precoce do Diabetes Mellitus tipo 2.

Você será submetido à aplicação de um questionário com 12 perguntas que leva cerca de 50 minutos para ser respondido. Esta entrevista será gravada em áudio e suas informações serão analisadas no estudo em questão. As transcrições da entrevista serão utilizadas unicamente para fins de pesquisa e serão identificadas através de códigos. No caso dos ACS também haverá observação direta de 3 turnos de visitas domiciliares de 2 ACS escolhidos por sorteio, um de cada equipe.

A sua participação é inteiramente voluntária, sem nenhum tipo de despesa e o(a) Sr(a) poderá abandonar a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, pelo telefone (21)3971-1590. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, -----
-----, residente à ----- concordo em participar do estudo Prevenção primaria e detecção precoce do Diabetes Mellitus tipo 2 na Estratégia de Saúde da Família: a contribuição do Agente Comunitário de Saúde na AP 2.2 do Município do Rio de Janeiro, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu fui completamente orientado pela Dra. Rosimere Pazos Mareque Espinho que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li e compreendi. Ela também me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar e que minha identidade jamais será publicada.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome:
Data: / /
Assinatura:

Participante: Nome:
Data: / /
Assinatura:

Responsável: Nome:
Data: .../.../.....
Assinatura:

Contatos:

Mestranda Rosimere Pazos Mareque Espinho:
Tel: 2572-3360 ramal 234 e 235 / celular 9975-1716
e-mail: rmareque@rio.rj.gov.br ou rpmareque@hotmail.com

Orientadora Professora Marilene Nascimento
Tel: 3231-6135
e-mail: mnascimento3@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Tel: 3971-1590
e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br