

Conhecimento e Práticas de Usuários com Diabetes Mellitus Sobre a Automonitorização da Glicemia Capilar no Domicílio

Knowledge and Practices of Users With Diabetes Mellitus on Capillary Blood Glucose Self-Monitoring at Home

Conocimientos y Prácticas de los Usuarios con Diabetes Mellitus en Sangre Capilar Glucosa Autocontrol en Casa

Valesca Patriota de Souza¹, Ellen Cristina Barbosa dos Santos², Rebeca Coelho de Moura Angelim³, Carla Regina de Souza Teixeira⁴, René Duarte Martins⁵

Como citar este artigo:

Souza VP, Santos ECB, Angelim RCM, *et al.* Conhecimento e Práticas de Usuários com Diabetes Mellitus Sobre a Automonitorização da Glicemia Capilar no Domicílio. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):737-745. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.737-745>

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge and practices of users with Diabetes Mellitus (DM) on the capillary blood glucose self-monitoring (AMGC) held at home. **Methods:** descriptive-exploratory study with qualitative methodology, developed in April and May 2013, with users with DM in the public health system of an interior. The data were collected through interviews and categorial analysis verified the sample. The theme was selected by saturation of the speech totaling 12 DM users that perform AMGC at home. **Results:** the content analysis of data made it possible to identify three categories: realization of non-rational AMGC; The absence of educational programmes to steer on the realization of AMGC; Insufficient availability of inputs to users who perform AMGC. **Conclusion:** Despite advances legally reached by public policies, users with DM are unaware of the legislation and how it directly interferes in the conduct of AMGC's.

Descriptors: Knowledge, Blood Glucose Self-Monitoring, Diabetes Mellitus.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente no Núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta no Núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco/ Universidade Estadual da Paraíba, Brasil.

⁴ Enfermeira. Pós-Doutoramento na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Professor Associado junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP, Brasil.

⁵ Farmacêutico. Doutor em Farmacologia. Professor Associado no Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento e as práticas de usuários com Diabetes Mellitus (DM) acerca da Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC) realizada no domicílio. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, com metodologia qualitativa, desenvolvido em abril e maio 2013, com usuários com DM atendidos pelo sistema público de saúde de um interior pernambucano. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e verificados por análise categorial temática, a amostra foi selecionada por meio da saturação do discurso totalizando 12 usuários com DM que realizam a AMGC no domicílio. **Resultados:** A análise de conteúdo dos dados possibilitou identificar três categorias: Realização da AMGC de forma não racional; Ausência de programas educativos para orientar sobre a realização da AMGC; Disponibilização insuficiente de insumos aos usuários que realizam a AMGC. **Conclusão:** Apesar dos avanços legalmente alcançados pelas políticas públicas, os usuários com DM desconhecem a legislação e como está interfere diretamente na realização da AMGC.

Descritores: Conhecimento, Automonitorização da Glicemia, Diabetes Mellitus.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los conocimientos y prácticas de los usuarios con Diabetes Mellitus (DM) de la glucosa en sangre capilar Self-monitoring (AMGC) llevó a cabo en casa. **Métodos:** estudio descriptivo exploratorio con metodología cualitativa, desarrollado en abril y mayo de 2013, con usuarios con DM en el sistema de salud pública de un interior. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas y análisis categorial verificado que el tema de la muestra fue seleccionado por la saturación del discurso por un total de 12 DM usuarios que realizan la AMGC en casa. **Resultados:** el análisis del contenido de los datos permitió identificar tres categorías: realización de AMGC no racional; La ausencia de programas educativos para orientar en la realización de AMGC; Disponibilidad insuficiente de insumos a los usuarios que realizan AMGC. **Conclusión:** A pesar de los avances alcanzados legalmente por las políticas públicas, usuarios con DM desconocen la legislación y cómo está directamente interfiere en la AMGC de conducta.

Descriptorios: Conocimiento, Automonitorización de la Glucosa Sanguínea, Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma condição crônica que requer gerenciamento contínuo, sendo caracterizada por um quadro de hiperglicemia ocasionada pela deficiência absoluta e/ou relativa da insulina, interferindo no metabolismo dos glicídios, proteínas, lipídios, água, vitaminas, e durante a sua evolução na dependência do controle metabólico pode resultar em complicações agudas e crônicas.¹⁻²

As formas mais frequentes do DM são o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que corresponde a 5-10% e 90-95%, respectivamente, dos casos existentes. O DM1 ocorre como resultado da destruição das células betapancreáticas, com consequente deficiência de insulina acometendo predominantemente crianças e adolescentes, já o DM2 caracteriza-se por defei-

tos na ação e secreção da insulina, sendo mais encontrado em pessoas com idade superior a 45 anos.²

O DM por ser uma doença crônica acaba provocando mudanças drásticas na rotina de vida dos usuários, estas mudanças estão relacionadas às atividades desenvolvidas diariamente, pois desde o descobrimento do diagnóstico podem ocorrer sentimentos de angústia e desespero pela percepção da perda no controle da doença existindo a necessidade de um acompanhamento profissional contínuo para manutenção do controle glicêmico.³

No que concerne ao tratamento do DM, destaca-se a Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC) como parte integrante dos cuidados dos usuários com DM, sendo considerada uma estratégia importante na manutenção do controle metabólico. Este procedimento permite ao indivíduo direcionar as ações que envolvem o tratamento do diabetes, pois por meio dos resultados obtidos é possível reavaliar a terapêutica instituída identificando as reais necessidades dos usuários, com estímulo nas práticas de autocuidado. Além disso, a AMGC permite a construção do perfil glicêmico que favorece o conhecimento sobre as atitudes dos usuários com DM diante de complicações agudas e crônicas.⁽²⁾ No entanto, para a efetivação de resultados advindos da AMGC, os usuários necessitam possuir conhecimento suficiente para incorporar ações de autocuidado impostas para manutenção do controle metabólico.³

O conhecimento pode ser citado como um conjunto de informações que o indivíduo precisa comandar para administrar sua condição de saúde. Entretanto, somente o conhecimento não é suficiente para promover a mudança de comportamento, pois está diretamente ligado a outras variáveis, tais como: escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras dimensões. No entanto ainda são escassos os estudos que relacionam as variáveis com conhecimento dos usuários com DM.³

Desse modo, em consenso com as recomendações da Associação Americana de Diabetes e do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em 29 de setembro de 2007, entrou em vigor a Lei Federal nº 11.347/06, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e insumos necessários à aplicação de insulina e à monitorização da glicemia capilar aos usuários com DM. Com o objetivo de regulamentar esta Lei Federal foi criada a Portaria nº 2.583/07 em 10 de outubro de 2007, que define o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁴⁻⁵ Para que seja implementada essas políticas públicas, é necessário que toda a população tenha conhecimento sobre a legislação, além da responsabilidade do profissional de saúde no oferecimento de uma educação continuada de qualidade, buscando uma diminuição dos riscos de agravamento da

doença, com redução dos custos advindos da falta de detecção precoce.^{2,3}

A AMGC como parte fundamental do tratamento, revela que para o controle glicêmico adequado o paciente deve estar inserido em um programa de educação em saúde visto que o usuário deve estar preparado para intervenções imediatas frente aos resultados encontrados evitando complicações inaceitáveis.⁶

Entendendo que o conhecimento dos usuários que realizam a AMGC é essencial para um seguimento adequado do tratamento, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para o oferecimento de uma educação de qualidade com vistas ao autocuidado, com reformulação das práticas profissionais e maiores investimentos do setor público em programas educativos que forneça ferramentas necessárias para o manejo da doença. Essas ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitem ao usuário lidar com situações no dia a dia, advindas da AMGC tais como a aceitação, a tomada de decisões frente aos resultados encontrados, a utilização e descarte correto das fitas reagentes e realização do procedimento de forma adequada com horários corretos de mensuração.

Considerando as dificuldades enfrentadas no dia a dia de usuários com DM que realizam a AMGC, a presente pesquisa objetivou analisar o conhecimento e as práticas de usuários com DM acerca da automonitorização da glicemia capilar realizada no domicílio, com o intuito de adotar medidas que previna ou diminua as complicações decorrentes do diabetes mellitus e obter um melhor controle glicêmico.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com metodologia qualitativa, realizado no domicílio de usuários com DM que realizam a AMGC cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde de um interior pernambucano. Por ser pesquisa de cunho qualitativo, o critério de representatividade da amostra para o encerramento da coleta de dados não foi o numérico, mas a variabilidade que permitiu abranger a totalidade do problema investigado, em suas múltiplas dimensões, ou seja, adotou-se o critério da saturação do discurso. Considera-se esgotada ou satisfatória a amostra quando se obtém respostas com profundidade para os questionamentos estabelecidos, em associação à repetição do discurso por outros entrevistados.⁷

Neste estudo, a saturação do discurso foi alcançada com 12 entrevistas, fornecidas por usuários dos serviços de saúde que realizam a AMGC no domicílio. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: usuários com DM tipo I ou II que realizam a AMGC no domicílio de faixa etária acima de 18 anos; disponibilidade para participar

do estudo e acessibilidade do domicílio. Excluíram-se aqueles com algum déficit mental que prejudicasse a sua participação nas entrevistas.

A coleta de dados ocorreu no período de março e abril de 2013. Os dados foram coletados pelo pesquisador após a confirmação do cadastro na Secretaria Municipal de Saúde onde continha todas as informações referentes à distribuição dos insumos e localização das residências dos usuários. O pesquisador responsável dirigiu-se até o domicílio do usuário que realiza AMGC, onde houve o convite para a participação no estudo. Utilizou-se uma entrevista em profundidade de dois itens, sendo o primeiro de caracterização do usuário com DM que realiza a AMGC contendo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda familiar, ocupação) e clínicas (tempo de diagnóstico, tratamento para o controle do DM e presença de comorbidades), e o segundo referente às seguintes questões abertas: quais as informações que o(a) senhor(a) possui acerca da realização da automonitorização da glicemia capilar em domicílio?; como adquiriu o glicosímetro?; participa de algum grupo educativo?; qual a sua atitude diante dos resultados encontrados?; como é o recebimento e descarte dos insumos utilizados na AMGC?.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, em situação face a face, em ambiente preservado e com condições adequadas de conforto, com duração média de 30 minutos, sendo utilizado um gravador, a fim de garantir a fidedignidade do registro das respostas. Além disso, buscou-se identificar em cada entrevista além da análise das falas, a linguagem não verbal, bem como a expressividade dos gestos, a tonalidade da voz e os silêncios, sendo realizada uma vivência singular de cada participante.

Para análise dos achados, seguiu-se as etapas preconizadas pela análise categorial temática de Bardin⁷, que preconiza o desmembramento de um texto em unidades e categorias de acordo com reagrupamentos analógicos. Foram seguidas as etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise, foi realizada leitura exaustiva do material empírico com apropriação inicial do conteúdo, com posterior seleção das partes mais relevantes do material, configuradas de acordo com critérios de representatividade, homogeneidade e pertinência que constituíram as unidades de significado. Ao final dessa etapa esses dados foram editados para análise, a seguir ocorreu à segunda etapa na qual os dados foram codificados e organizados em categorias, por meio do recorte dos núcleos de sentidos nas falas dos participantes e na última etapa, os dados receberam tratamento de modo a serem válidos e significativos. Em vista disso, foram realizadas inferências e interpretações com o propósito de destacar as princi-

pais informações encontradas na pesquisa e exibi-las de forma clara.⁷

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob parecer nº 206.795, CAAE: 10176212.4.0000.5208, respeitando-se as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Neste estudo, os nomes mencionados nas falas dos participantes foram substituídos por nomes fictícios. Foram utilizados códigos (E1, E2...) para designar cada entrevistado, respeitando-se o princípio do anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 12 usuários com DM que realizam a AMGC no domicílio, 8 eram homens e 4 mulheres, havendo predomínio de participantes com idade entre 50 a 69 anos (9). Em relação ao grau de escolaridade, mais da metade havia cursado apenas o Ensino Fundamental Incompleto (7); outros dois cursaram o Ensino Médio; dois usuários eram analfabetos e um havia cursado o Ensino Superior Completo. Com relação ao estado civil, a maioria era casada ou vivia em união estável (10). Foi observado que grande parte dos entrevistados não exercia atividades laborais formais desempenhando apenas serviços domésticos. A renda média das famílias era de meio a dois salários mínimos. As variáveis clínicas mostraram que a maioria apresentava mais de uma comorbidade, com destaque para hipertensão arterial e dislipidemia. No que diz respeito ao uso de medicamentos, cinco faziam uso de insulina e os demais utilizavam antidiabéticos orais. Quanto ao número de consultas/ano obteve-se que 90% dos usuários realizaram de uma a duas consultas ao ano.

Por meio da análise das entrevistas com os usuários com DM acerca de sua prática de AMGC, tendo como base a Lei 11.347/06, foram elencadas as seguintes categorias: (1) Realização da AMGC de forma não racional; (2) Ausência de programas educativos para orientar sobre a realização da AMGC; (3) Disponibilização insuficiente de insumos aos usuários que realizam a AMGC. Tais categorias serão apresentadas a seguir.

Categoria I: Realização da AMGC de forma não racional

O Ministério da Saúde em 2000 implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. O principal objetivo desse plano é estabelecer diretrizes e metas para uma reorganização no SUS, com investimentos na atualização dos profissionais de saúde da rede básica, oferecendo uma garantia de diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para o tratamento e acompanha-

mento, promovendo a reestruturação e a ampliação de um atendimento resolutivo e de qualidade.⁸

A falta de conhecimento sobre seus direitos de acesso ao serviço público de saúde faz com que os usuários com DM realizem de maneira não racional a AMGC, uma vez que, sem o devido acompanhamento por um profissional de saúde competente, a AMGC, torna-se apenas um gasto a mais ao SUS e não atinge seu objetivo primordial que consiste em melhorar o controle glicêmico de quem a realiza.⁹

Eu consegui pegar esse aparelho porque um homem que mora na rua ali de cima disse que estavam distribuindo de graça na secretaria de saúde só precisava fazer uma consulta com o médico que ele liberava a requisição, peguei a receita fui lá [secretaria municipal de saúde] e peguei com a moça da farmácia e todo mês vou lá pegar as fitinhas aí faço a hora que quero em casa sem precisar de ninguém. (E1)

[...] o bom é que posso fazer a qualquer hora do dia [AMGC], basta eu senti alguma coisa que já corro para saber se está alterada, se tiver paro de comer doce e com uma hora faço de novo se demorar a voltar ao normal já não janto naquele dia, aí no outro vejo se está boa de novo. (E9)

As falas dos participantes desvelam o desconhecimento dos usuários sobre a real necessidade da realização da AMGC como ferramenta primordial no controle da doença, e ainda expressam nitidamente que desconhecem os horários adequados para a realização da AMGC, já que a Sociedade Brasileira de Diabetes preconiza que sejam realizados no mínimo 3 a 4 testes por dia, podendo ser usados até 8 testes para ajustes específicos de acordo com a alimentação e prática de exercícios físicos.

Diante do exposto, torna-se necessário assegurar uma atenção clínica efetiva e eficiente, que faça com que o usuário perceba a importância do acompanhamento por um profissional habilitado para a instrução do autocuidado na realização da AMGC, além de orientar sobre o fato de que esta avaliação tem um propósito que consiste em direcionar condutas, ajustar terapias, permitir ao usuário uma capacidade para interpretar os resultados obtidos e apresentar condutas conscientes e eficazes diante de tais resultados.¹

Nessa direção as falas a seguir evidenciam a percepção que AMGC é uma forma de evitar ir ao laboratório, e ainda é vista como uma técnica que pode ser realizada sem a necessidade de maiores cuidados:

[...] é bom demais ter o aparelho em casa posso pegar a qualquer momento, estou fazendo a comida vou no quarto passo bastante álcool para limpar o dedo e faço na horinha, como uma coisa diferente já vejo também é o fato de não precisar mais ir ao laboratório fazer

exame em jejum é ruim demais passar aquele tempo todinho esperando sem comer. (E3)

Coisa fácil de ser feita [AMGC], acho que todos que tem diabetes devem ter um aparelho desse em casa oxe ajuda demais a vida da gente, não precisa de nada só a agulha furou o dedo colocou no aparelho pronto resultado na hora sem preocupação e estresse. (E5)

Diante de tais negligências, alguns usuários podem subestimar a necessidade de um acompanhamento qualificado de saúde, como se pode observar na fala seguinte:

Quando peguei o aparelho lá na secretaria eu já sabia fazer tudo porque minha irmã já faz isso há muito tempo, então o único problema o mais difícil foi pegar a receita com o médico depois que ele dá pronto só é pegar na secretaria e começar a fazer sabendo o valor correto não precisa de ninguém nem ficar fazendo exame mais no laboratório, só pega na secretaria as fitas reagentes todo mês. (E3)

A Lei Federal nº 11.347/06 em seu Art. 3º dispõe que os usuários com DM devem estar inscritos nos Programas de Educação para pessoas com diabetes, promovidos pelas unidades de saúde do SUS.⁴ Nesse interim, nesse estudo, de todos os participantes da pesquisa, nenhum está inserido em um Programa de Educação como recomenda à legislação, entretanto todos realizam a automonitorização da glicemia capilar no domicílio, infringindo desta forma a legislação pertinente. Como mostra a fala a seguir:

Que treinamento? Não minha filha, oxe! Fui eu mesmo que peguei o aparelho lá na secretaria, e depois eu fiquei fazendo em casa, depois não fiquei indo pra lugar nenhum não. (E4)

Diante disto, é imprescindível que haja uma política de educação em saúde agregada ou aliada ao processo de aquisição de monitores de glicemia e insumos pelos usuários com DM que, ao que parece o usuário desconhece a necessidade de treinamento para realização da AMGC em casa, já que o município em questão não oferece um programa de educação continuada. Dessa forma, planeja-se políticas, entretanto, quando na sua implementação, não se agrega o principal fator para a efetividade e eficácia da mesma: que é o conhecimento sobre o como fazer, sobre o porquê fazer e sobre o para quê fazer. Assim dá-se continuidade a um processo de custos elevados, mas que não alcança seus objetivos principais.¹⁰

Portanto, para a realização adequada da AMGC faz-se necessário que o programa de educação continuada seja prioridade conforme estabelecido pela legislação, antes de aderir a distribuição de glicosímetros para a população, pois o profissional de saúde ao realizar o acompanhamento do usuário fornecerá as ferramentas

necessárias para que o usuário adquira os conhecimentos indispensáveis para uma AMGC que resulte em melhora da condição clínica do mesmo e dessa maneira, prevenir ou minimizar as complicações agudas e crônicas.¹¹⁻¹²

Categoria 2: Ausência de programas educativos para orientar sobre a realização da AMGC

O controle metabólico do DM tem como base a educação em saúde com enfoque na automonitorização da glicemia capilar, pois esta é primordial para uma avaliação periódica do usuário.⁽¹³⁾ A American Diabetes Association recomenda que a AMGC no domicílio, deve ser realizada em conjunto com um programa de educação para uma abrangência de todos os fatores envolvidos no processo. A partir desta parceria, o usuário com DM compreenderá como deve ser realizada as mudanças no estilo de vida, maior discernimento durante o tratamento, com estímulo as práticas do autocuidado.^{1,13}

O Ministério da Saúde sugeriu a capacitação dos profissionais de saúde da rede básica no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, após uma análise dos profissionais que realizavam processo educativo com os usuários foi perceptível à falta de conhecimento, além da falta de pensamento crítico e emancipatório dos profissionais de saúde, revelando que não existe uma comunicação interativa entre profissional e usuário, sendo desta forma prejudicial para o autocuidado domiciliar.⁸

Nas entrevistas realizadas, a fala abaixo mostra que as necessidades dos participantes não foram atendidas pelo profissional de saúde, interferindo na realização adequada da AMGC:

Eu fui lá pegar o aparelho na secretaria de saúde, e a mulher que me entregou falou de forma superficial como usava o aparelho, só que eu já me esqueci [... risos...] também ela falou muito rápido ela estava com pressa porque eu acho que tinha muita coisa pra fazer é sei lá, mas também não sei se ela é especialista nisso, porque agora é assim ninguém cuida mais de tudo agora é um profissional para o dedo do pé outro para o dedo da mão aí fica difícil, mas quando eu cheguei em casa a tarde eu fui na casa de uma colega que faz também aí o filho dela me explicou como fazia, agora eu faço sozinha quando eu vejo que está alterada já realizo. (E8)

[...]é bem simples a mulher entrega o aparelho depois em casa eu aprendi como fazer, só que as vezes sinto dificuldade o aparelho não funciona e os resultados que sai eu não sei se o açúcar no sangue está alto ou baixo[...] a mulher que entrega o aparelho não explica nada. (E1)

Desta forma, há a necessidade de organização de um programa de educação continuada na perspectiva dialogal, reflexiva e crítica, que vise à construção de uma formação do profissional de saúde com uma consciência crítica com compreensão da realidade do usuário, favorecendo-lhes a autonomia para a realização do autocuidado da doença.¹⁴ Como mostra as falas dos pacientes, estes realizam a AMGC no horário desejado de acordo com sua percepção e não possuem conhecimento para interpretação dos resultados, isso acaba interferindo no seguimento do seu tratamento, pois o ideal na AMGC é a construção de um perfil glicêmico que forneça informações sobre a glicemia capilar de jejum, pré-prandial e pós-prandial, a fim de obter melhor perfil glicêmico de 24 horas.¹⁵

A ausência de um programa de educação continuada para os usuários com DM, reflete o desconhecimento acerca do diabetes e de como obter um bom controle, e até mesmo a prática inadequada de algumas intervenções. A implementação de grupos de educação para os usuários proporciona uma fonte de troca de informações, que contempla ações individuais e coletivas voltadas para a promoção da saúde.¹⁶

O indivíduo com DM deve adotar habilidades de autocuidado que lhe permita controlar sua doença, pois quanto maior o acesso à informação e ao conhecimento sobre sua doença, maior será sua capacidade apreendida para realizar uma ação de intervenção de maneira competente, instituindo medidas de controle adequadas.¹⁷

Para que o controle da glicemia seja eficaz faz-se necessário que o usuário com DM participe das decisões, levando em consideração o nível de conhecimento dos usuários, sobre o tipo de diabetes que possui e o uso correto de materiais e insumos, além disso, há a necessidade de registrar os resultados encontrados para a construção do perfil glicêmico. Tais recomendações são eixos fundamentais para o norteamento do tratamento adequado.¹²

Entretanto, as falas abaixo mostram que os usuários com DM que realizam a AMGC, não conhecem a importância do registro para a construção do perfil glicêmico, o qual pode ser realizado por meio da anotação dos resultados encontrados com a AMGC:

Não, fica gravado na minha mente quando eu vou no outro dia verificar eu me lembro do resultado anterior, mas não anoto em nenhum local, sei lá eu acho que não tem necessidade já que eu tenho que tomar a insulina todo dia mesmo de qualquer forma, e o exame é só pra ver se está alta ou baixa a glicose. (E1)

[...] às vezes anoto para levar para o médico, às vezes esqueço mas depois lembro gravo na mente [...] (E9)

O registro dos resultados encontrados na AMGC deve ser realizado por meio de formulários para a construção

de um perfil glicêmico, pois tem sido considerado um recurso confiável para obtenção de relatos fidedignos. O usuário com DM ao registrar os resultados do automonitoramento servirá de subsídio para avaliar, instalar ou manter comportamentos, tornando-os capazes de identificar variáveis para um tratamento adequado.¹¹⁻¹²

Nessa perspectiva, é preciso que os indivíduos com DM reflitam sobre a doença e problematizem as opções de tratamento, os custos, os riscos e os benefícios envolvidos em cada uma das estratégias disponíveis, a fim de que possam decidir sobre os caminhos terapêuticos que melhor se adaptem a seu cotidiano.¹⁷

Categoria 3: Disponibilização insuficiente de insumos aos usuários que realizam a AMGC

Atualmente no mercado, existe uma diversidade de medicamentos, insumos e aparelhos para o controle do DM. A constituição da legislação configura um conjunto de normas e rotinas, que devem ser seguidos baseados em um pensamento crítico para adequação das medidas pertinentes aos usuários, para que estes possam realizar um tratamento com qualidade.⁹

A desorganização com relação à distribuição gratuita de medicamentos e insumos aos usuários com DM acaba dificultando a condução do tratamento do paciente. Há um interesse nacional em aprimorar o acesso aos medicamentos, portanto, a Política Nacional de Medicamentos vem se organizando através da publicação de leis, portarias, decretos, diretrizes e programas, para regulamentares aspectos importantes da Assistência Farmacêutica, entre eles, as formas de financiamento e os mecanismos de distribuição de medicamentos.

Diante do exposto, merece destaque a Portaria nº GM/MS 4.217, de 28 de dezembro de 2010, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; Portaria GM/MS nº 2.583, de 10 de Outubro de 2007 que define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS aos usuários portadores de DM; Portaria GM nº 371 de 04 de março de 2002, que institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que é parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e as Diretrizes para estruturação das Farmácias no âmbito do SUS.^{5,8,18} Entretanto nesta pesquisa 33,3%, os usuários com DM não estão recebendo regularmente os insumos necessários para o controle da doença, como mostra a fala a seguir:

Já faz uns três meses que eu não pego fitas na Secretaria Municipal de Saúde, porque estava faltando, aí eu tenho que comprar mais é muito cara por isso reduzir, agora eu só faço AMGC duas vezes por semana. (E4)

De acordo com o artigo 3º da Lei 11.347/06, é assegurado ao usuário com DM, em caso de atraso na dispensação de insumos e medicamentos requerer seus direitos com a autoridade sanitária municipal, caso não seja disponibilizados o município não poderá continuar no programa já que não oferece as condições necessárias aos pacientes assistidos.⁴

Quando se fala em cumprimento da legislação, não quer dizer apenas construção e seguimento de normas, portarias ou leis, mas colocar em prática os ensinamentos adequados para cada indivíduo, de forma que ocorra a participação social, com a finalidade de autonomia destes usuários e assim estes possam buscar os recursos disponíveis de modo consciente.⁹ Nesse sentido, o modelo assistencial para ser efetivo deve garantir acesso universal e gratuito, por meio de uma articulação intersetorial entre os serviços públicos e outras entidades e organizações da sociedade civil, garantindo qualidade nos serviços, bem como na redução das inequidades em saúde.^{4,19}

Apesar de a saúde ser reconhecida constitucionalmente como dever do Estado, e haver leis, portarias e políticas que garantem à população a informação sobre a distribuição dos insumos para o controle do DM, ainda há casos em que esse direito, por algum motivo, não é efetivado. Uma das justificativas do Estado para a não garantia desse direito é a indisponibilidade de recursos financeiros; porém, as iniquidades em saúde relacionadas aos recursos vão além de sua escassez, pois, no Brasil, grupos mais vulneráveis são diretamente afetados com a má gestão na distribuição desses recursos.²⁰

A saúde como direito impõe ainda ao Estado e à sociedade incorporar a necessidade de ampliação da concepção do processo saúde e doença. Nesse contexto, a lógica seria todos terem acesso à saúde sem barreiras com garantia de medicamentos e insumos como determina a legislação. Entretanto, para a sociedade ter direito a saúde é necessário extrapolar e romper com a concepção de saúde como simplesmente ausência de doenças.⁹

Nessa direção, embora o usuário possua o glicosímetro no domicílio para a realização da AMGC, mas falta a informação de como adquirir as fitas reagentes, consequentemente acabam não fazendo a AMGC de acordo com a prescrição médica:

Eu comprava as fitas todo mês, mas minha filha ficou doente já faz uns três meses que eu estou gastando com ela, aí é muito gasto aqui em casa, aí eu não comprei, mas as fitas ainda têm um resto das que eu comprei aí eu faço uma ou duas vezes por semana... a médica passou para eu fazer todo dia mas eu não tenho condições mas é assim mesmo né filha agente tapa um buraco para descobrir outro[...]ah eu não sabia que tinha na secretaria quer dizer precisa o que pra pegar lá assim é bom que eu pego e já guardo em casa.(E12)

Assim, ao se pensar o acesso a políticas públicas no SUS, faz-se necessário identificar o nível de conhecimento que os usuários possuem a respeito dos seus direitos, e isso afeta as formas e possibilidades de como a população tem acesso aos serviços de saúde. A falta de informação dos usuários com DM dificulta diretamente a realização da AMGC, para isso se faz necessário à construção de grupos de educação mostrando que todo cidadão tem o direito de ser cuidado por uma equipe, de forma integral e resolutiva, com projetos terapêuticos cuidadores solidários com as demandas e/ou o sofrimento dos usuários, sendo também produtores de corresponsabilidades e autonomia ou de autogoverno por parte dos envolvidos nesse processo como no caso na realização da AMGC.¹⁹

Assim, para ter acesso aos serviços de saúde é necessário os usuários terem compreensão e à assimilação dos seus direitos, e isso afeta as formas e possibilidades de acesso aos serviços e insumos ofertados pelo sistema público.⁹

Em relação à distribuição insuficiente de insumos, a fala abaixo mostra a percepção do usuário entrevistado da forma como a informação foi fornecida.

Eles (profissionais da secretaria de saúde) lá na secretaria dizem que não tem aí eu pergunto quando vai chegar mas eles nunca sabem informa mandam eu ficar indo lá com frequência perguntar se chegou, só que já faz três meses que eu vou lá pegar fita e nada a pessoa ficar indo em um local sem dar previsão de quando vai chegar aí é demais pensa que agente é um bando de desocupado mas quando é no tempo de eleição todo mundo quer pedir voto, é por isso que eu não voto mas em ninguém porque agora que eu estou precisando ninguém me ajuda eu pergunto se eu posso pegar em outro local e eles me dizem que não só se eu comprar, só que é muito caro para eu comprar, aí pronto minha filha fico esperando até hoje to esperando. (E9)

O SUS exige, na organização dos serviços de saúde no Brasil, a existência de uma rede de atenção à saúde articulada onde todos os usuários dos serviços tenham direito a informação e aos insumos disponibilizados de acordo com a legislação.²¹

O acesso da população a rede deve ocorrer por meio de uma porta de entrada, ou seja, para que aconteçam as ações de saúde é necessário o estabelecimento de um primeiro contato entre o usuário e o profissional de saúde. Em uma atenção de qualidade é importante relatar que os profissionais de saúde constituem um fator de influência de maneira considerável na busca dos usuários pelos serviços de saúde.

Diante disso, os profissionais de saúde devem ter o perfil e estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os usuários, com este propósito há a necessidade que os profissionais conheçam

os motivos que facilitam ou dificultam o atendimento ao usuário no serviço de saúde, desta forma o usuário será atendido em todas as suas necessidades.^{1,21}

O fato de o estudo ter sido desenvolvido em uma realidade específica limita a generalização dos resultados e reforça a ideia de que realização da descrição deve ocorrer em diferentes regiões e populações brasileiras.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os usuários dos serviços de saúde com DM que realizam a AMGC desconhecem seus direitos. Tal fato dificulta seu acesso a materiais e insumos necessários para o controle da doença. Apesar dos avanços legalmente alcançados pelas políticas públicas, esses usuários não possuem informações suficientes para a realização adequada da AMGC. Faz-se necessário salientar que os profissionais de saúde devem estar capacitados para oferecer um atendimento de qualidade de acordo com as necessidades individuais dos usuários, para garantir um acompanhamento que proporcione uma melhoria na qualidade de vida além da redução das possíveis complicações.

Para tanto, nesse processo de conscientização, há a necessidade que o usuário participe de um programa de educação para saber o que fazer nas diversas situações que impõe a automonitorização da glicemia capilar. Assim, é necessário que os profissionais de saúde conheçam os benefícios advindos das legislações, que vão além do ato de distribuir gratuitamente os insumos, glicosímetros e medicamentos de forma regular e equitativa para todos os usuários com DM.

Os resultados sistematizados pelo presente estudo mostram que a AMGC não está de acordo com a legislação seja pela falta de conhecimento dos usuários, ou a limitação de acesso aos profissionais para um acompanhamento de qualidade. Logo, torna-se necessário uma educação continuada de qualidade, cujas políticas públicas sejam efetivas e não meramente ilustradas, pois acima de tudo está a qualidade de vida do cliente com acesso aos serviços públicos de saúde sem restrições, com garantia de uma assistência adequada de acordo com suas necessidades, sendo assim recomendam-se investimentos em programas educativos para os profissionais e usuários que realizam a AMGC no domicílio.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. Executive summary: Standards of medical care in diabetes – 2016. *Diabetes Care*. 2016;39 (suppl): S6-12.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. 1a. ed. São Paulo (SP): Ac Farmacêutica; 2016.
3. Diabetes Control and Complications Trial – DCCT. Research group: the effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in IDDM. *N Engl J Med*. 1993 Sep;329(14):977-86.
4. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications

- in overweight patients with type 2 diabetes: UKPDS 34. *Lancet*. 1998 Sep;352(9131):854-65.
5. Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006 (BR). Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. *Diário Oficial da União*, 28 setembro. Brasília (DF): Imprensa Oficial; 2006.
6. Portaria nº 2583 de 10 de outubro de 2007 (BR). Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS nos termos da Lei nº11347, de 2006, aos usuários portadores de diabéticos mellitus. *Diário Oficial da União*, 15 outubro 2007. Brasília: Imprensa Oficial; 2007.
7. Musenge EM, Michelo C, Mudenda B, Manankov A. Glycaemic Control and Associated Self-Management Behaviours in Diabetic Outpatients: A Hospital Based Observation Study in Lusaka, Zambia. *Journal Of Diabetes Research*. 2016; 2016[s.l.]: 1-9.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ed. Edições 70; 2011.
9. Secretaria de Políticas Públicas, Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (Brasil):Ministério da Saúde, 2001.
10. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA, Pereira MCA. Usuários dos serviços de saúde com diabetes mellitus: do conhecimento à utilização dos direitos à saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(2):285-92.
11. Gomes DL, Ferreira EAP, Souza CMC. Automonitoramento e adesão a dois tipos de regras nutricionais em adultos com diabetes Tipo 2. *Acta Comportamental*. 2012;20(3):327-42.
12. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes. [Internet]. São Paulo: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto; 2011. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>
13. Ceriello A., Colagiuri S. International Diabetes Federation guideline for management of postmeal glucose: a review of recommendations. *Diabet Med*. 2008;25(10):1151-156.
14. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1077-82.
15. Coelho ACM, Boas LCGV, Gomides DS, Foss-Freitas MC, Pace AE. Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with diabetes Mellitus. *Texto Contexto - Enferm*. 2015; 24(3): 697-05.
16. Veras VS, Teixeira CRS, Santos MA, Torquato MTCG, Rodrigues FFL, Zanetti ML. Perfil glicêmico de pessoas com diabetes mellitus em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. 2014;23(3):609-16.
17. Matsumoto PM, Barreto ARB, Sakata KN, Siqueira YMC, Zoboli ELCP, Fracoli. LA. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):761-65.
18. Torres HC, Souza ER, Lima MHM, Bodstein RC. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm*. 2011;24(4):.514-19.
19. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006.
20. Muktabhant, B, Sanchaisuriya P, Sarakarn P, Tawityanon W, Trakulwong M, Worawat S, et al. Use of glucometer and fasting blood glucose as screening tools for diabetes mellitus type 2 and glycated haemoglobin as clinical reference in rural community primary care settings of a middle income country. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1-9.
21. Gandra FPP, Silva KC, Castro CF, Esteves EA, Nobre LN. Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre o diabetes mellitus. *Rev. bras. promoç. saúde*; 2011;65(4):601-06.
22. Fonseca GS, Paulino TSC, Morais IF, Valença CN, Germano RM. Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre o sistema único de saúde no município de Santa Cruz-RN. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2012;25(4):455-61.

Recebido em: 13/12/2016
Revisões requeridas: Não houveram
Aprovado em: 01/02/2017
Publicado em: 05/07/2018

***Autor Correspondente:**
Valesca Patriota de Souza
Rua do Alto do Reservatório, s/n
Bela Vista ,Vitória de Santo Antão/PE, Brazil
CEP : 55608 680