

# CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11464

## ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS NA REDE BÁSICA

*Therapeutic itinerary of patients with Diabetes Mellitus in the basic network*  
*Itinerario terapéutico de pacientes con Diabetes Mellitus en la red básica*

Renata Gabriely Alves dos Passos Barreto<sup>1</sup> 

Iasmim de Albuquerque Franco Oliveira<sup>2</sup> 

Adhara Shuamme Bento Fraga<sup>3</sup> 

Elenalda Ferreira dos Santos<sup>4</sup> 

Thaynara Silva dos Anjos<sup>5</sup> 

Liudmila Miyar Otero<sup>6</sup> 

### RESUMO

**Objetivo:** conhecer o itinerário terapêutico dos pacientes com Diabetes Mellitus na rede de atenção à saúde pública de Sergipe e identificar os pontos de falhas nessa rede. **Método:** estudo descritivo, transversal, realizado em um hospital de ensino e pesquisa no município de Aracaju, Sergipe. A amostra foi composta por 13 participantes com diabetes, internados no referido hospital, no período de maio de 2015 a dezembro de 2016. Foram realizadas análises de tendência central e associações através do teste Exato de Fisher. **Resultados:** foram identificadas falhas no itinerário terapêutico dos participantes, quanto ao percurso percorrido entre diagnóstico até as internações; o papel da atenção secundária a saúde; a baixa resolutividade da atenção primária dos problemas apresentados a fim de evitar a procura da assistência terciária. **Conclusão:** a interface dos fluxos pré-estabelecidos pelo sistema público de saúde, para assistência integral aos pacientes com complicações crônicas por diabetes, ainda é insuficiente.

**DESCRITORES:** Acesso aos serviços de saúde; Complicações do diabetes; Política de saúde; Atenção primária a saúde.

<sup>1</sup> Hospital São Lucas, Aracaju, SE, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital São João de Deus, Laranjeiras, SE, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

<sup>4</sup> Centro de Especialidades Médicas Siqueira Campos, Aracaju, SE, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup> Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, Brasil.

Recebido em: 20/10/2021; Aceito em: 03/01/2022; Publicado em: 30/09/2022

**Autor correspondente:** Elenalda Ferreira dos Santos, Email: lena.mateus00@gmail.com

**Como citar este artigo:** Barreto RGAP, Oliveira IAF, Fraga ASB, Santos EF, Anjos TS, Otero LM. Itinerário terapêutico do paciente com Diabetes Mellitus na rede básica. *R. Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2022 [acesso ano mês dia];14:e11464. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11464>



## ABSTRACT

**Objective:** to discuss the therapeutic itinerary of patients with *Diabetes Mellitus* in the public health care network of Sergipe and to identify the points of failure in this network. **Method:** this is a descriptive, cross-sectional, carried out in a teaching and research hospital in the municipality of Aracaju, Sergipe. The sample consisted of 13 participants with diabetes, hospitalized in the hospital, from May 2015 to December 2016. Central trend analyses and associations were performed using Fisher's exact test. **Results:** we identified failures in the therapeutic itinerary of the participants, regarding the route traveled between diagnosis to hospitalizations; the role of secondary health care; the low resolution of primary care of the problems presented in order to avoid the search for tertiary care. **Conclusion:** the interface of flows pre-established by the public health system, for comprehensive care to patients with chronic complications due to diabetes, is still ineffective.

**DESCRIPTORS:** Access to health services; Complications of diabetes; Health policy; Primary health care.

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer el itinerario terapéutico de los pacientes con *Diabetes Mellitus* en la red sanitaria pública de Sergipe e identificar los puntos de fallo en esta red. **Método:** estudio descriptivo, transversal, realizado en un hospital docente e investigador del municipio de Aracaju, Sergipe. La muestra consistió en 13 participantes con diabetes, hospitalizados en el hospital, desde mayo de 2015 hasta diciembre de 2016. Los análisis de tendencias centrales y las asociaciones se realizaron utilizando la prueba exacta del pescador. **Resultados:** se identificaron fallas en el itinerario terapéutico de los participantes respecto al camino recorrido entre el diagnóstico y las hospitalizaciones; el papel de la atención secundaria de la salud; la baja resolución de la atención primaria de los problemas presentados con el fin de evitar la búsqueda de atención terciaria. **Conclusión:** la interfaz de flujos preestablecida por el sistema público de salud, para la atención integral a pacientes con complicaciones crónicas por diabetes, sigue siendo ineficaz.

**DESCRIPTORES:** Acceso a los servicios de salud; Complicaciones de la diabetes; Política de salud; Atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é um transtorno metabólico dos lípidos, carboidratos e proteínas, de origem heterogênea, associado a déficit na fabricação da insulina e/ou em sua atuação, ocasionando hiperglicemia e problemas a longo prazo.<sup>1</sup>

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) afirma que 1 em cada 5 pessoas acima de 65 anos possui DM, e 1 a cada 2 indivíduos ainda não foi diagnosticado. Ademais, o DM causa grande impacto na vida das pessoas e apresenta-se como uma das principais causas de morte no mundo, principalmente, em indivíduos adultos e idosos. No Brasil, estima-se que 20 milhões de pessoas viverão com DM em 2045, com uma prevalência em torno de 9,0% de sua população.<sup>2</sup>

De acordo com as políticas públicas de abrangência nacional, o diagnóstico do DM é realizado em sua grande maioria na atenção básica, sendo esta a primeira porta de acesso a assistência à saúde. Entretanto, por uma diversidade de fatores, é notório a fragmentação e descontinuidade na linha de cuidado nos serviços de atenção à saúde em seus diversos níveis, as quais resultam na busca das hospitalizações que poderiam ser evitadas.<sup>3</sup>

Nessa perspectiva, as linhas de cuidado funcionam como um guia que visa atender as necessidades e a orientar usuários e profissionais em relação aos percursos e as ofertas do sistema de saúde. Diante disto, este fluxo denominado itinerário terapêutico normatiza todo o processo da condição de saúde ao longo da história natural, incluindo ações de promoção, prevenção, reabilitação, cura e cuidados paliativos relacionadas à determinada doença.<sup>4-5</sup>

Logo, entender os fluxos existentes para o atendimento de pacientes com diabetes, tem uma importância fundamental para compreender os problemas da rede de atenção à saúde, que, em algum momento desse percurso, tem como consequência as hospitalizações de forma precoce. Desta forma, esse estudo tem como objetivo conhecer o itinerário terapêutico dos pacientes com *Diabetes Mellitus* na rede de atenção à saúde pública de Sergipe e identificar os pontos de falhas nessa rede.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de ensino e pesquisa no município de Aracaju, Sergipe. Esta instituição realiza atendimentos de internações clínicas, cirúrgicas e pediátricas, que abrange a população da capital e dos municípios circunvizinhos.

A amostra foi por conveniência, com amostra constituída por 13 indivíduos com diagnóstico de DM comprovados em prontuários médicos e que estiveram internados no referido hospital durante o período de maio de 2015 a dezembro de 2016. Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos, que tiveram como motivo de internação alguma complicação advinda dessa condição crônica. Já os critérios de exclusão foram indivíduos com limitações cognitivas e participaram do teste piloto, devido à inviabilidade dos questionários utilizados.

Para obter informações que possibilitassem o ajuste do instrumento de coleta e dos critérios de seleção dos pacientes, foi realizado um teste piloto com três indivíduos, os quais não foram incluídos na amostra.

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário estruturado composto por perguntas objetivas, que abrangem dados sociodemográficos, tempo de diagnóstico, comorbidades, complicações crônicas, variáveis relacionadas ao tratamento, monitorização do diabetes, ações realizadas pelos profissionais de saúde que fazem acompanhamento destes e informações relacionadas ao itinerário percorrido pelo indivíduo até o hospital.

Para a análise e tabulação dos dados foi elaborado uma base de dados no programa Excel. Os dados foram apresentados em números absolutos e porcentagens, além das medidas de tendência central (valores máximo e mínimo, média, mediana e desvio padrão). As associações entre variáveis categóricas foram testadas por meio do teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5% e o *software* utilizado foi o R Core Team 2020.

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ressalta-se que este estudo levou em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas com seres humanos, em vigor no país, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, em 19 de fevereiro de 2015, com parecer consubstanciado: 956.294 e sob CAAE n.º 38718714.9.0000.5546.

## RESULTADOS

A população deste estudo foi constituída por adultos e idosos com idade entre 36 e 86 anos, com uma média de 65,8 anos, a maioria era do sexo feminino, n= oito (61,5%) e se autodeclarou cor da pele branca, n= sete (53,8%), que não sabiam ler/escrever, n=oitto (61,5%). No que se refere a rede de suporte no âmbito familiar, n=11 (84,6%) afirmam não ter nenhum tipo de apoio, Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Participantes com DM	
	N	%
<b>Faixa Etária</b>		
30-50	2	16,7
50-70	4	33,3
70-90	6	50,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	8	61,5
Masculino	5	38,5
<b>Etnia</b>		
Branca	7	53,8
Preta	1	7,7
Parda	5	38,5
<b>Escolaridade</b>		
não sabe ler/escrever	8	61,5
sabe ler/escrever	5	38,5
<b>Estado conjugal</b>		
com companheiro	7	53,8
sem companheiro	6	46,2
<b>Rede de suporte</b>		
Sim	1	7,7
Pai	0	0
Mãe	0	0
Irmãos	0	0
Esposa	0	0
Outros	1	8,3
Não	11	84,6
Não respondeu	1	7,7

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. Teste Exato de Fisher

Quanto ao tempo de diagnóstico, há predominância na faixa entre 0 a 9 anos, n=sete (53,8%), com mediana de 9 anos, e variação de 9 meses a 30 anos, apresentados na Tabela 2.

Quanto às comorbidades, fatores de risco, complicações e uso de insulina, prevalecem respectivamente: a hipertensão arterial e sedentarismo, n=nove (69,2%), nefropatia, n=seis (42,2%), as doenças relacionadas ao pé diabético, n=sete (53,8%) e uso da insulina, n=12 (92,3%).

Todos os participantes com tempo de diagnóstico  $\geq 10$  anos, n=seis (100%) apresentaram hipertensão arterial, sedentarismo e estavam em uso de insulina. E a retinopatia enquanto complicação, corresponde a um índice de n= cinco (83,3%).

Quanto às complicações crônicas do DM, as mais relevantes nessa pesquisa foram: pé diabético, n=sete (53,8%) e nefropatia com n=seis (46,2%), sendo que, quando relacionado ao tempo de diagnóstico  $\geq 10$ anos n=seis (100%), essas complicações estão presentes em n=três (50%) dos pesquisados.

Na ocorrência de complicações decorrentes do DM, n=sete (53,8%) dos pacientes procuram um hospital de urgência (Tabela 3). A frequência das consultas desses acontece conforme os protocolos municipais da rede de atenção primária, destacando-se frequência bimestral n= cinco (38,5%) e mensal n=três (23,0%).

Dentre as várias formas de agendamento das consultas, são relevantes os modelos das fichas de encaminhamento n=seis (46,2%) e regulação pelo município n=quatro (30,8%).

Os pacientes em uso de antidiabéticos orais antes do internamento correspondiam a n=11 (84,6%) e somente n=um (7,7%) faziam uso de insulina.

No que se refere a frequência de automonitorização da glicemia capilar em domicílio, vale destacar que, dos pacientes estudados: n=cinco (38,5%) não realizam; n=quatro (30,8%) realizam só quando estão em crise; realizam todos os dias n=três (23%); e somente n=um (7,7%) realizam três vezes ao dia. Desses que realizam o automonitoramento, n=três (23%) afirmam que compram os insumos na farmácia, enquanto n=quatro (30,8%) adquirem na unidade básica de saúde, Tabela 3.

Assinalando-se que a aferição da PA beneficiou n=13 (100%) dos participantes, todos os outros serviços mencionados como: orientação sobre alimentação, atividade física, o conceito da doença e o uso de medicamentos, realizadas pelos profissionais de saúde no acompanhamento dos pacientes com diabetes incluídos nesse estudo, as ações dos profissionais de saúde estenderam-se a n=12 (92,3%), Tabela 4.

**Tabela 2** – Distribuição dos fatores relacionados ao tempo de diagnóstico quanto as comorbidades, fatores de risco, complicações e o uso de insulina. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2020. (n=13) Aracaju, Sergipe, Brasil, 2020 (n=13)

	Total	Tempo de Diagnóstico		p-valor
		<10 anos N=7 (%)	$\geq 10$ anos N= 6 (%)	
<b>Tempo de Diagnóstico</b>				
0 a 9 anos	7 (53,8)			
10 a 19	1 (7,7)			
20 a 29	2 (15,4)			
30 ou mais	3 (23,1)			
<b>Número de comorbidades</b>				
Até 1	3 (23,1)	3 (42,9)	0 (0,0)	0,192
2 ou mais	10 (76,9)	4 (57,1)	6 (100)	
<b>Comorbidades*</b>				
Sobrepeso/ obesidade	7 (53,8)	2 (28,6)	5 (83,3)	0,103
Dislipidemia	8 (61,5)	3 (42,9)	5 (83,3)	0,266
Hipertensão arterial	9 (69,2)	3 (42,9)	6 (100)	0,070
Sedentarismo	9 (69,2)	3 (42,9)	6 (100)	0,070
<b>Complicações*</b>				
Nefropatia	6 (46,2)	3 (42,9)	3 (50)	1,000
Retinopatia	5 (38,5)	0 (0)	5 (83,3)	0,005
Neuropatia	1 (7,7)	0 (0)	1 (16,7)	0,462
AVC	2 (15,4)	0 (0)	2 (33,3)	0,192
Pé diabético	7 (53,8)	4 (57,1)	3 (50)	1,000
Insulina	12 (92,3)	6 (85,7)	6 (100)	1,000

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. Teste Exato de Fisher.

\*Possibilidade de mais de uma variável está presente no mesmo paciente

**Tabela 3** – Variáveis relacionadas ao tratamento e monitorização do Diabetes *Mellitus* antes da internação. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2020 (n=13)

Tratamento do DM (Antes da internação)	Pacientes com DM		
	n	%	
<b>Serviços de Saúde utilizados*</b>	Hospital de urgência	7	53,8
	Serviço mais próximo de sua casa	6	46,2
	SAMU	1	7,7
	Ambulatório do HU	1	7,7
<b>Frequência de consultas</b>	A cada dois meses	5	38,5
	Mensalmente	3	23,0
	A cada três meses	2	15,4
	Quando estão em crise	2	15,4
	Não sabe	1	7,7
<b>Forma de agendamento da consulta*</b>	Ficha de encaminhamento	6	46,2
	Regulação do município	4	30,8
	O mesmo procura o serviço	2	15,4
	Sai com a próxima consulta marcada	1	7,7
	Não soube informar	1	7,7
<b>Medicamentos que faz uso</b>	Metformina	7	53,9
	Glibenclamida	3	23
	Insulina NPH	2	15,4
	Glicazida	1	7,7
<b>Onde adquire os medicamentos*</b>	Compra na farmácia	8	61,5
	Unidade básica de saúde	8	61,5
	Recebe na farmácia	5	38,5
<b>Frequência da automonitorização</b>	Não fazem	5	38,5
	Quando estão em crise	4	30,8
	Todos os dias	3	23
	Três vezes ao dia	1	7,7
<b>Onde adquire insumos para o glicosímetro</b>	Não possui aparelho	6	46,2
	Unidade básica de saúde	4	30,8
	Compra na farmácia	3	23

Fonte: Elaboração própria.

\*Possibilidade de mais de uma variável está presente no mesmo paciente.

Como apresentado na Tabela 5, n=oitto (61,5%) dos pacientes utilizaram transporte próprio como meio de locomoção para chegar ao hospital, n=quatro (30,8%) foram conduzidos por: carro do serviço do qual foi encaminhado, o SAMU e ambulância, já n=um (7,7%) utilizaram táxi. Dos encaminhamentos para as hospitalizações n=cinco (38,5%) foram realizados pelos profissionais de saúde que o acompanha nas Unidades Básicas de Saúde, n=quatro (30,8%) pelo ambulatório do próprio Hospital

de ensino e pesquisa e n=quatro (30,8%) por conhecido que trabalha no próprio hospital. Ao considerar a assistência terapêutica que esses pacientes receberam nas instituições de origem até chegar à internação, observa-se que n=sete (53,8%) vieram de um hospital público e n=três (23%) já faziam acompanhamento no ambulatório do próprio hospital de ensino onde estavam internados no momento da pesquisa.

**Tabela 4** – Distribuição das ações realizadas pelos profissionais de saúde que fazem acompanhamento do usuário com DM. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2020 (n=13)

Ações do profissional da saúde	Pacientes com DM			
	Sim		Não	
	Frequência	%	Frequência	%
Mede PA	13	100	0	0
Examina os pés	12	92,3	1	7,7
Orienta sobre alimentação	12	92,3	1	7,7
Orienta sobre atividade física	12	92,3	1	7,7
Orienta sobre o que é a doença	13	100	0	0
Orienta sobre o uso da medicação	12	92,3	1	7,7
Solicita exames	13	100	0	0

Fonte: Elaboração própria, 2021

**Tabela 5** – Variáveis relacionadas ao itinerário terapêutico de pacientes com DM em relação ao meio de transporte, acesso ao hospital de ensino, instituições de origem e ações para conseguir vaga. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2017 (n=13)

Itinerário Terapêutico ao Hospital de Ensino	Pacientes com DM	
	n	%
<b>Meio de Transporte</b>		
Carro próprio	8	61,5
Carro do serviço do qual foi encaminhado	2	15,4
SAMU	1	7,7
Ambulância	1	7,7
Táxi	1	7,7
<b>Acesso ao hospital de ensino</b>		
Profissional de saúde que o acompanha	5	38,5
Ambulatório	4	30,8
Conhecido que trabalha no hospital	4	30,8
<b>Instituições de origem</b>		
Hospital público	7	53,8
Ambulatório do próprio hospital de ensino	3	23,0
Serviço de urgência	1	7,7
Casas de apoio	1	7,7
Não soube informar	1	7,7
<b>Ações para conseguir o atendimento</b>		
Agendamento pelos profissionais que o encaminharam	11	84,6
Ir na central de regulação	1	7,7
Conhecido	1	7,7

Fonte: Elaboração própria, 2021

## DISCUSSÃO

Houve prevalência de adultos e idosos, na população com diagnóstico do DM acima de 50 anos, foi encontrado índice inferior em um estudo do interior de Sergipe.<sup>6</sup> Quanto ao sexo, o feminino foi relativamente maior, resultado semelhante foi obtido em estudo realizado em Minas Gerais, o qual apontou predominância de mulheres.<sup>7</sup>

Em relação ao tempo de diagnóstico, há uma predominância de tempo de diagnóstico  $\leq 10$  anos, n=sete (53,8%). Diferindo do presente estudo pesquisa realizada no Distrito Federal apresentou predominância  $\leq 10$  anos de diagnóstico em 65,5%, já os que possuíam diagnóstico superior a 10 anos de DM, tinham associadas comorbidades e fatores de risco. Por ser uma doença crônica e progressiva, o DM necessita de um manejo adequado em todos os níveis, principalmente na atenção primária e

secundária, para que possíveis hospitalizações por complicação da doença sejam evitadas.<sup>8</sup>

Quanto ao uso da insulina, existe discrepância grande entre os pacientes que utilizavam insulina antes da hospitalização, n=dois (15,45%) e durante o período da internação, n=12 (92,3%). A introdução de insulina no tratamento do DM2 muitas vezes é protelada por inércia terapêutica, o que leva ao mau controle da doença, podendo resultar na antecipação das complicações crônicas do DM.<sup>9</sup>

Foi possível identificar que mais da metade dos pacientes referiram a busca por assistência hospitalar de urgência devido à decorrência de alguma complicação. Ao mesmo tempo, apontaram que são beneficiados com consultas agendadas mensal e bimestrais e que a forma de agendamento é realizada por meio de encaminhamento ou regulação, sendo realizados conforme fluxo estabelecido pelo protocolo da Atenção Primária do município de Aracaju.<sup>10</sup>

Tendo em vista que dos pacientes estudados n=10 (76,9%) atendidos na atenção básica, mensal, bimestral e trimestralmente, constata-se que n=sete (53,8%) procuram um hospital de urgência quando tem complicações. Situação que indica falhas importantes quanto ao monitoramento e acompanhamento do DM. Estudo observou que apesar dos pacientes conseguirem ter acesso as consultas e fonte regular de cuidados em saúde, bem como os medicamentos, não foi possível identificar modificação nos comportamentos dos usuários em relação a saúde.<sup>11</sup>

Observa-se que um percentual significativo dos participantes tem acesso garantido à rede de Atenção Primária e aos tratamentos oferecidos pelo serviço. Porém, não foi possível identificar de que forma acontece a continuidade da assistência à saúde na atenção secundária. Esses aspectos podem estar relacionados a falhas no sistema, decorrentes de deficiência de funcionalidade e planejamento, como também deficiência na qualificação e/ou educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos no processo de assistência à saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma o papel da APS como acesso de chegada ao Sistema Único de Saúde (SUS), ponto de partida para a organização dos sistemas locais, caracterizada pela assistência individual e coletiva. Desta forma, a detecção do paciente com DM na atenção primária possibilita discernir os fatores de risco, a detecção precoce por meio dos exames para rastreamento, o tratamento adequado, o acompanhamento, além de permitir e obedecer ao fluxo do cuidado seguindo os critérios necessários para referência e contrarreferência.<sup>11-12</sup>

Entretanto é possível perceber que a reestruturação da atenção básica ainda precisa ser mais efetiva através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada para o sistema de saúde, a fim de se responsabilizar pelos usuários com DM, coordenando as suas necessidades de saúde dentro da rede de atenção, visto que a maioria dos indivíduos são hospitalizados provenientes de um hospital público e não por meio dos encaminhamentos realizados por profissionais da unidade básica. Vale destacar, que outro estudo em Sergipe, traz que a Atenção Primária deve ser a

estratégia prioritária para atuação no controle do DM, acatando atuação da universalidade e integralidade nas ações de saúde.<sup>13</sup>

Mediante a necessidade de reestruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, foi instituído em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). E a partir do ano de 1998, ganhou reconhecimento nacional, passando a ser entendido como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, sendo ligada à rede e consolidando-se como acesso de chegada prioritária para o sistema de saúde no país, renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF).<sup>14</sup>

A ESF ordenadora dos serviços essenciais nas redes de atenção à saúde possui fundamental importância nas ações de promoção e prevenção, incluindo diagnóstico e tratamento, além de ser porta aberta para a assistência a pacientes portadores de DM.

Tendo em vista que, dos pacientes estudados n=10 (76,9%) confirmam ser atendidos mensal, bimestral e trimestralmente na atenção básica, constata-se que n= sete (53,8%) procuram um hospital de urgência quando tem complicações. Situação que indica falhas importantes quanto ao monitoramento e acompanhamento do DM. Deste modo, nota-se que não há seguimento no fluxo da rede de atenção. A maior procura pelo serviço de alta complexidade está relacionada prioritariamente pelo acolhimento e resolutividade encontrados.<sup>15</sup>

Percebeu-se que a maior parte dos pesquisados procuraram o serviço de saúde por meio da utilização de transporte próprio, mostrando que eles desenham os trajetos a ser percorrido, apesar dos técnicos e gestores tentarem determiná-los a partir de normas pré-estabelecidas, conseguindo no máximo, uma frágil regulação.

O acesso aos serviços via rede de contatos ou “encaixes” permite questionar a efetividade dos princípios norteadores do SUS, o da equidade e da universalidade, que deveriam direcionar o sistema de saúde, visto que os usuários que dispõem de mecanismos informais de acesso têm suas necessidades supridas com maior agilidade em comparação aos indivíduos que necessitam das centrais de marcações e do sistema para utilizarem os serviços. Esses caminhos traçados individualmente são representações de mecanismos de sobrevivência em meio a uma rede de atenção à saúde fragmentada e distante da integralidade. Talvez com as alterações do Programa Saúde na Hora, no âmbito da PNAB, que traz entre seus objetivos, no art. 519-B, a ampliação dos horários de funcionamento das unidades básicas de saúde, possamos pensar um futuro mais resolutivo.<sup>16</sup>

Uma das limitações desse estudo foi a ausência da abordagem no que se refere aos encaminhamentos e acesso dos pacientes com diabetes à rede especializada, quando se trata da continuidade da assistência a saúde.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu detectar que o tempo de diagnóstico do DM dos pacientes pesquisados tem relação direta com a presença de comorbidades, fatores de risco e o aparecimento de complicações crônicas, sendo estas complicações os principais motivos das

internações. E estas aconteceram dentro de um contexto em que a assistência prestada não foi suficientemente efetiva nos fluxos pré-estabelecidos pelo sistema de atenção primária e a interface com os outros níveis de assistência, secundária e terciária.

Dessa forma conhecer os fatores que fazem parte e os que interferem no itinerário desses pacientes, do diagnóstico aos diversos tratamentos necessários para o controle da doença, outorgou uma visualização mais abrangente do percurso utilizado na rede de atenção à saúde. Ressalta-se que é necessário estudos mais aprofundados sobre a efetividade do sistema de saúde pública, os princípios do SUS e a qualificação dos profissionais de saúde da rede básica.

Com a ampliação de conhecimento sobre o itinerário terapêutico que é evidenciado por esse estudo, espera-se que seja possível contribuir, primeiro para aprofundar as reflexões no que se refere a atuação das redes de atenção em saúde já implantadas com base nos princípios do SUS. E segundo, após a identificação dos pontos de falha nessa rede, que sirva de impulso e motivação para a busca de soluções e a efetividade das políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira JEP, Junior RMM, Vencio S. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [livro na Internet]. São Paulo: Editora Clannad; 2017 [acesso em 07 de set 2021]; Disponível em: <https://diabetes.org.br/e-book/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-2017-2018>.
- International Diabetes Federation (IDF). Atlas de FID. 8ª ed. [book on the internet]. Brussels; 2017. [cited 2020 mai 05]; Available from: <https://idf.org/>.
- Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Care coordination in primary healthcare: an evaluativ estudy in a municipality in the Northeast of Brazil. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2017 [cited 2020 mai 05];22(06). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.
- Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). As redes de atenção à saúde. [Internet]. 2011 [acesso em 11 de julho 2019]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf).
- Silva NEK, Sancho LG, dos Santos Figueiredo W. Between therapeutic flows and projects: revisiting as notions of health care lines and therapeutic itineraries. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2016 [cited 2020 mai 05];21(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>.
- Santos ATE, Silva ET, Larré MC, Inagaki ADM, Silva JRS, Abud ACF. Prevalência de diabetes mellitus tipo 2 em sub população do estado de Sergipe. Enferm. foco (Brasília). [Internet]. 2019 [acesso em 06 de julho 2021];10(1). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1348>.
- Silva SS, Manbrini JVM, Turci MA, Macinko J, Lima – Costa MF. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública (Online). [Internet]. 2016 [acesso em 01 de maio 2020];32(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014615>.
- Dutra LMA, Novaes MRCG, Melo MC, Veloso DLC, Faustino DL, Sousa LMS. Assessment of ulceration risk in diabetic individuals. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 mai 01];7(suppl 2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0337>.
- Oliveira JEP, Junior RMM, Vencio S. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020/organização. São Paulo: Editora Clannad, [Internet]. 2019 [acesso em 07 de setembro 2021]; Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.sau.gov.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F02%2FDiretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf&clen=7245204&chunk=true>.
- Simões CRO. Protocolo de Atenção ao portador de diabetes Mellitus nas Unidades Básicas de Saúde [Protocolo]. Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju/Sergipe. 2018.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. Brasília, DF, 2011. [acesso em 01 de abril de 2020]; Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. 160 p.: il. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [Acesso em 01 de abril de 2020]; Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf).
- Ferreira JC, Moreira RP, Ferreira GO, Felício JF. Qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Enferm. foco (Brasília). [Internet]. 2021 [acesso em 07 de setembro 2021];12(1). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3305>.
- Henrique F, Calvo MCM. Assessment of the Family Health Program in municipalities in Santa Catarina State, Brazil. Cad. Saúde Pública (Online). [Internet]. 2008 [cited 2020

- mai 01];24(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000400011>.
15. Finco M, Hennemann BJ. Itinerário terapêutico e vivência dos familiares e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Rev. bras. promoç. saúde (Online)*. [Internet]. 2016 [acesso em 01 de maio 2020];29(3). Disponível em <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p371>.
  16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº.397, de 16 de março de 2020. Altera as portarias nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017, nº 5 e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. [Internet]. Brasília, DF, 2020 [Acesso em 07 de setembro de 2021]; Disponível em: [https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020-\\*248809238](https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020-*248809238).