

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Ana Carolina Cintra de Melo Medeiros

**OS REGISTROS DE PRONTUÁRIOS CLÍNICOS PARA ESTUDO DA
COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO AO PORTADOR DE DIABETE
MELITO TIPO 2 DA REDE INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RISS) DO
RECIFE-PE**

RECIFE
2013

ANA CAROLINA CINTRA DE MELO MEDEIROS

Os Registros de Prontuários Clínicos para Estudo da Coordenação Assistencial na
Atenção ao Portador de Diabetes Melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de
Saúde (RISS) do Recife-PE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do
grau de mestre em ciências.

Orientadora: Dr^a Maria Rejane Ferreira da Silva

Co-Orientador: Dr^o Fernando Antonio Ribeiro de Gusmão Filho

RECIFE

2013

Catlogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M488r Medeiros, Ana Carolina Cintra de Melo.

Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de diabete melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE / Ana Carolina Cintra de Melo Medeiros. - Recife: s.n, 2013.

112 p. : ilus.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

Orientadora: Maria Rejane Ferreira da Silva; co-orientador: Fernando Antonio Ribeiro de Gusmão Filho.

1. Assistência à Saúde. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Registros Médicos. 4. Diabetes Mellitus. I. Figueiredo, Regina Célia Bressan Queiroz de. II. Gusmão Filho, Fernando Antonio Ribeiro de . III. Título.

CDU 614.39

ANA CAROLINA CINTRA DE MELO MEDEIROS

Os Registros de Prontuários Clínicos para Estudo da Coordenação Assistencial na
Atenção ao Portador de Diabete Melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de
Saúde (RISS) do Recife-PE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do
grau de mestre em ciências.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Mª Rejane Ferreira da Silva

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Profª. Drª. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Profª. Drª. Isabella Chagas Samico

Instituto Materno Infantil de Pernambuco em Recife/IMIP

Dedico esse trabalho a minha mãe
Cristina Cintra que com muita
compreensão e amor me deu todo o
suporte e colaboração para a realização
desse estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz pela oportunidade de permitir o meu aperfeiçoamento profissional.

A minha orientadora Professora Maria Rejane Ferreira Silva que enfrentou conosco esse desafio com muita sapiência.

Ao meu co-orientador Prof^o Fernando Gusmão Filho por sua colaboração com grande sabedoria, organização e serenidade.

Ao Estado de Pernambuco, à Prefeitura do Recife e às unidades de serviço de saúde que abriram suas portas para a realização de nossa pesquisa.

Às graduandas de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG-UPE) e da Universidade de Federal de Pernambuco (Vanessa Souto, Juliana Brito, Edvania Félix, Rosana Ferreira, Deyse Diniz) que, com paciência e esforço desenvolveram a coleta dos dados nas unidades de saúde.

Ao meu namorado, Adriano Valente, pela compreensão e carinho.

Ao estudo Equity-LA que foi realizado em colaboração entre Consorci de Salud i Social de Catalunya (Espanha), o Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Universidad del Rosario (Colômbia), Universidade de Pernambuco (Brasil), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães FIOCRUZ e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Brasil), com o apoio das Secretarias de Saúde de Pernambuco e do município do Recife. Agradecemos à Comissão Europeia, Programa FP7 e ao Ministério de Assuntos Exteriores de Espanha, cujo apoio financeiro foi imprescindível para a realização do estudo". A pesquisa que levou a estes resultados recebeu fundos do Sétimo programa marco (FP7/2007-2013) contrato número 223123"

MEDEIROS, Ana Carolina Cintra de Melo. Os Registros de Prontuários Clínicos para Estudo de Coordenação Assistencial na Atenção ao Portador de Diabete Melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE. 2013. Dissertação de Mestrado (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013

RESUMO

Os sistemas de saúde de países latino-americanos, inclusive o Brasil, passaram por programas de ajustes estruturais e reformas setoriais para melhorar resolutividade de sua atenção à saúde. Porém, a iniquidade e a ineficiência dos sistemas de saúde ainda são problemas centrais. Com o objetivo de reduzir os custos, ampliar a cobertura das ações e melhorar a qualidade da oferta de serviços de saúde, foi promovida a implantação de redes integradas de serviços de saúde (RISS). A pesquisa multicêntrica “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de serviços de saúde na Colômbia e no Brasil” (Equity-LA), se propõe a analisar o impacto da formação de RISS. No presente estudo, foi observado um objetivo das RISS, a melhora na coordenação assistencial (CA). CA pode ser definida como a articulação entre todos os serviços relacionados com a atenção a saúde, independente do lugar onde se recebe, de forma sincronizada e que se alcance o objetivo comum sem conflitos. O prontuário clínico é um importante instrumento de CA. Porém, estudos apontam a falta de valorização desse documento que acarreta inúmeros problemas à utilização desse instrumento para a análise da CA. Para verificar a existência de CA e descrever as dificuldades de um estudo de CA baseado em prontuários na rede de atenção à saúde do Recife, utilizou-se uma condição traçadora, o diabete melito tipo 2 (DM). Na abordagem quantitativa a matriz de indicadores sugeriu inadequações no controle da DM e na abordagem qualitativa evidenciaram-se dificuldades relacionadas a diversos aspectos: preenchimento e qualidade dos dados, recepção dos profissionais da saúde quanto a pesquisas e o acesso e organização dos prontuários clínicos nos serviços de saúde. Esse estudo aponta para a pouca valorização do prontuário clínico quanto ao preenchimento, uso para avaliação dos serviços de saúde e tomada de decisão que contribui para uma deficiente coordenação assistencial.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Registros Médicos; Diabetes Mellitus

MEDEIROS, Ana Carolina Cintra de Melo. The records Medical records for Clinical Study Coordination of Care in Care Bearer of Diabetes Mellitus Type 2 Network Integrated Health Services (RISS) Recife-PE. 2013. Dissertation (Academic Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2013

ABSTRACT

The health systems of Latin American countries, including Brazil, have undergone structural adjustment programs and sectoral reforms to improve their problem solving healthcare. However, inequity and inefficiency of health systems are still central problems. In order to reduce costs, expand coverage of actions and improve the quality of the supply of health services, it was promoted the implementation of integrated networks of health services (RISS). A multicenter study "Impact on equity of access and efficiency of integrated networks of health services in Colombia and Brazil" (Equity-LA), aims to analyze the impact of the formation of RISS. At recent research, it was observed an objective of RISS, the improvement in care coordination (*Coordenação Assistencial - CA*). CA can be defined as the coordination of all services related to health care, regardless of where they may receive in a synchronized way and the achievement of the common goal without conflicts. The clinical record is an important tool for CA. However, studies indicate a lack of appreciation of this document that entails numerous problems with the use of this instrument for the analysis of CA. To check the AC and describe the difficulties of a study based on medical records in CA network of health care in Recife, we used a tracer condition, the type 2 diabetes mellitus (DM). The quantitative approach to array of indicators suggested inadequacies in control of DM and qualitative approach became evident difficulties related to several aspects: completion and quality of data, receipt of health professionals with regard to research and access, and last, organization of clinical records in services health. This study points to the low value of the clinical record regarding the completion, use for assessment of health services and decision making that contributes to poor coordination of care.

Key-words: Delivery of Health Care; Comprehensive Health Care; Medial Record; Diabetes Mellitus

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Unidades operativas que compõem a Rede de Serviços de Saúde para a população residente da microrregião 3.3.....	36
Quadro 2-	Descrição do indicadores de Coordenação da Informação..	41
Quadro 3-	Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.....	42
Quadro 4-	Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão – Consistência da Atenção.....	50
Quadro 5-	Normas para número de consultas e seguimento na atenção primária.....	65
Quadro 6-	Consultas de controle nos níveis primário e secundário.....	66
Quadro 7-	Proporção de realização de exames complementares e cumprimento de normas.....	67
Quadro 8:	Proporção de resultados de exames de acordo com valores de referência.....	69

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVOS.....	16
3.1	Objetivo Geral.....	16
3.2	Objetivos Específicos.....	16
4	MARCO TEÓRICO.....	17
4.1	Construção de Redes de Atenção à Saúde.....	17
4.1.1	Panorama Internacional.....	17
4.1.2	A Construção de Redes no Brasil.....	20
4.2	Coordenação Assistencial.....	25
4.3	Aspectos Intervenientes ao uso de Prontuários Clínicos em Pesquisa.....	29
5	PROEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
5.1	Desenho, Período e Local do Estudo.....	33
5.2	População e Amostra.....	37
5.3	Fonte, Instrumento e Procedimentos de Coleta de Dados.....	38
5.4	Definição de Variáveis e Indicadores.....	39
5.4.1	Variáveis e Indicadores sobre Coordenação da Informação.....	41
5.4.2	Variáveis e Indicadores sobre Coordenação da Gestão.....	42
5.4.3	Categorias da Abordagem Qualitativa do Trabalho de Campo.....	56
5.5	Processamento e Análise dos Dados.....	57
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	59
7	RESULTADOS.....	60
7.1	Distribuição dos Prontuários por Unidade de Saúde e por Nível de Complexidade.....	60
7.2	Coordenação da Informação.....	64
7.2.1	Transferência e Utilização da Informação.....	64
7.3	Coordenação da Gestão.....	64
7.3.1	Longitudinalidade do seguimento do paciente.....	64
7.3.2	7.3.2 Consistência da Atenção.....	67
7.4	Dificuldades para a obtenção de informações sobre a coordenação da informação e da gestão entre os serviços de saúde.....	69
7.4.1	Fatores contextuais do município do Recife.....	70
7.4.2	O Acesso aos Serviços de Saúde e ao Prontuário Clínico.....	71
7.4.3	O Prontuário Clínico como Fonte de Informação.....	73
8	DISCUSSÃO.....	75
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados do Equity-LA para análise de eficiência da RISS – Diabete Melito.....	101

1 INTRODUÇÃO

Há cerca de três décadas os sistemas de saúde de países latino-americanos, inclusive o Brasil, passaram por programas de ajustes estruturais e reformas setoriais para reduzir a insuficiente resolutividade de sua atenção à saúde. Apesar desses esforços, a iniquidade e a ineficiência dos sistemas de saúde ainda são problemas centrais nesses países (MEDICI, 1997; VIACAVA et al., 2004).

Embora alguns indicadores de saúde tenham melhorado, as desigualdades nas condições de saúde persistem, e evidenciam diferenças nas oportunidades de acesso e utilização dos serviços de saúde. Com o objetivo de diminuir os custos, ampliar a cobertura das ações e melhorar a qualidade da oferta de serviços de saúde, esses países promoveram a implantação de redes integradas de serviços de saúde (RISS), também conhecidas como sistemas integrados de serviços de saúde ou organizações sanitárias integradas (VAZQUEZ et al., 2008; VIACAVA et al., 2004).

Uma RISS pode ser definida como um conjunto de organizações de saúde que provê ou garante a provisão, de um contínuo de serviços coordenados para uma população definida e que é capaz de se responsabilizar clinicamente e economicamente pelos resultados e pelo estado de saúde da população servida (SHORTELL; GILLIES; ANDERSON, 1994; VAZQUEZ; VARGAS, 2007; VAZQUEZ et al., 2008).

No Brasil, a Reforma Sanitária originou a implantação do sistema Único de Saúde (SUS) com a promulgação da Constituição Federal em 1988. O SUS possui como princípios a universalidade, equidade e integralidade e diretrizes regionalização, descentralização e participação os cidadãos. Na Constituição Federal de 1988 define-se que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. O SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 que discorrem sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização, funcionamento dos serviços de saúde, participação da comunidade na gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b) .

Posteriormente, SUS foi regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência a Saúde, seguido do Pacto pela Saúde em 2006. Em essência, todos esses instrumentos legais visam promover acesso universal, continuidade da assistência entre os níveis de complexidade, equidade na alocação de recursos e integralidade da atenção (BRASIL, 2001, 2002, 2006a; SANTOS, MERHY; 2006; SOUZA, 2002).

Ainda no esforço de produzir avanços na formação de redes de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Decreto 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei 8080/90, e define que uma rede de atenção à saúde deve ser um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde dispostos numa área geográfica definida e população determinada a ser atendida. Para uma maior articulação entre municípios e estados, o Decreto ratifica e esclarece as atribuições das Comissões Intergestores, instâncias de pactuação da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011).

Já em 2003, constatou-se que a criação de instrumentos legais foi insuficiente para a obtenção de uma rede de serviços de saúde articulada e coordenada de forma a garantir um atendimento de qualidade a seus usuários (LUCCHESI, 2003).

Apesar do intuito da redução das desigualdades na atenção aos usuários que permeia a construção de redes, os indicadores de morbimortalidade do SUS expressam a necessidade de uma avaliação dessas redes a fim de identificar e minorar os problemas do sistema de saúde (ALMEIDA, 2002; GIOVANELLA et al., 2002; GROOTE; PAEPE; UNGER, 2005).

No Brasil, a temática das redes de atenção à saúde é recente e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Contudo, estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS (MENDES, 2010).

Nesse sentido, a pesquisa multicêntrica “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de serviços de saúde na Colômbia e no Brasil” (Equity-LA), se propõe a analisar o impacto da formação de RISS em dois países da América Latina com sistemas de saúde distintos, a Colômbia e o Brasil. Nesta pesquisa, foram analisados os objetivos finais das RISS: a melhora da equidade de acesso e eficiência global na provisão da atenção, bem como os objetivos

intermediários, o acesso, a melhora na coordenação dos serviços e a continuidade assistencial (SHORTELL; GILLIES; ANDERSON, 1994).

Nessa dissertação será utilizado um recorte da Equity-LA que discorre sobre a coordenação assistencial, um dos objetivos intermediários de RISS. A coordenação assistencial (CA) pode ser definida como a articulação entre todos os serviços relacionados com a atenção a saúde, independente do lugar onde se recebe, de forma sincronizada e que se alcance o objetivo comum sem conflitos. Assim a CA se expressa em uma rede integrada desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade, de modo que várias modalidades de assistência sejam percebidas e vivenciadas pelos usuários de forma contínua (LAMB, 1997; TERRAZA; VARGAS, 2006).

Cabe ressaltar que o termo coordenação assistencial é recente no Brasil e para o aprofundar o debate sobre mecanismos e instrumentos de CA no contexto de um sistema público organizado em redes foi realizado um Seminário Internacional e Curso de Aperfeiçoamento sobre o tema na Fiocruz no Estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2012)

Destaca-se ainda que mudanças em relação às demandas e necessidades da população com o crescimento da prevalência de doenças crônicas exigem maior contato com os serviços de saúde e assim, provocam discussões sobre redes de serviços e principalmente, sobre problemas vinculados à coordenação dos cuidados em saúde, fragmentação da rede assistencial e ausência de comunicação entre prestadores (ALMEIDA, 2010).

O prontuário clínico é um importante instrumento de coordenação assistencial. É um documento que permeia as atividades de assistência, o acompanhamento, o controle administrativo e jurídico das atividades assistenciais em uma unidade de saúde. Ele ainda é o elemento de comunicação entre os vários serviços de saúde e entre a instituição provedora de assistência e os usuários. Porém, estudos apontam a falta de valorização desse documento pelos profissionais que acarreta inúmeros problemas à utilização desse instrumento em análise de coordenação assistencial (PEREIRA et al., 2010; SAMPAIO, 2010; STUMP et al., 1998).

Para descrever e analisar as dificuldades de um estudo de coordenação assistencial com base em prontuários utilizou-se uma condição traçadora, o diabete

melito tipo 2 que foi escolhido por representar um problema de saúde pública mundial, acometer o indivíduo em qualquer idade, com grandes proporções quanto à magnitude e transcendência, percorrer todos os níveis de assistência à saúde e possuir protocolo de atenção ao usuário estabelecido (GOLDENBERG; SCHENKMAN; FRANCO, 2003; VIEIRA-SANTOS et al., 2008).

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a responder: Existe Coordenação Assistencial na Rede de Serviços do Recife-PE?

2 JUSTIFICATIVA

A partir da Constituição de 1988 o SUS adotou como uma de suas principais estratégias para garantir a população o acesso integral e contínuo aos serviços de saúde, a estruturação das redes assistenciais. Durante a década de 1990 o MS editou várias normas e instituiu políticas voltadas a formação dessas redes.

Uma vez que as RISS são a estratégia para minorar iniquidades e ineficiências do Sistema Único de Saúde, há a necessidade de estudar as redes de serviços de saúde a fim de conhecer os problemas que dificultam o alcance dos seus objetivos finais de melhora da equidade e eficiência do sistema único de saúde.

Não obstante, os estudos relacionados à estruturação de redes de serviços de saúde bem como estudos enfocando a coordenação assistencial entre níveis de atenção ainda são muito escassos tanto no Brasil como em Pernambuco.

Observa-se ainda que para o estudo de coordenação há a necessidade do seguimento de uma condição traçadora que permita a definição de focos na análise das ações programáticas de saúde, abrangendo os múltiplos “pontos de atenção” envolvidos na integração dos serviços.

Além disso, a integração da atenção tornou-se uma prioridade para muitos sistemas de saúde e especialmente no que se refere a resolução de problemas de saúde crônicos em que haja a necessidade de múltiplos e diferentes profissionais, como por exemplo o diabetes melito. Deste modo, a fim de que mudanças venham a propiciar um melhor fluxo e resolutividade da atenção à saúde da população é importante verificar a coordenação assistencial de redes de serviços através de uma condição traçadora, o Diabetes Melito. Nesse contexto, o prontuário do paciente é um grande sinalizador de qualidade da assistência enquanto instrumento de trabalho, que pretende garantir o registro das informações e permitir, de forma ágil, o acesso e coordenação das ações realizadas na atenção ao paciente nos diferentes níveis de atenção.

Dada à escassez de estudos que abordem a problemática dos entraves à execução de pesquisas científicas utilizando o prontuário clínico como fonte de dados, é importante esclarecer as dificuldades encontradas na operacionalização de um estudo de coordenação assistencial baseado em prontuários, assim como,

demonstrar suas consequências sobre os resultados da matriz de indicadores proposta para a análise da coordenação.

Os resultados deste estudo proporcionam informações relevantes quanto ao funcionamento da rede de assistência ao portador de diabetes melito tipo 2. Através deste estudo é possível esclarecer a existência de coordenação assistencial na rede de serviços de saúde do Recife/PE e sugerir novas estratégias para a integração da atenção entre os diferentes níveis, além de demonstrar a qualidade dos prontuários clínicos enquanto fonte de informação. Desta forma, deste estudo emergirão novas perguntas sobre o tema suscitando a realização de novas pesquisas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar a existência de coordenação assistencial da rede e quais são as dificuldades de seu estudo na rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário 3, Microrregião 3 do município do Recife na assistência ao usuário portador de diabetes melito tipo 2

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o padrão de preenchimento dos prontuários selecionados com relação à matriz de indicadores para análise da coordenação assistencial da rede de serviços de saúde do município do Recife na assistência ao usuário portador de diabetes melito tipo 2
- b) Verificar a existência da coordenação da informação e da gestão entre os serviços de saúde na assistência aos usuários.
- c) Descrever as dificuldades para a obtenção de informações sobre a coordenação da informação e da gestão entre os serviços de saúde

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Construção de Redes de Atenção à Saúde

Nesta seção expõe-se o histórico da construção de redes no panorama internacional e nacional.

4.1.1 Panorama Internacional

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente. O Relatório Dawson publicado na Inglaterra em 1920 demonstra iniciativas de expansão do acesso, de redução da segmentação entre serviços assistenciais e de fragmentação no cuidado à saúde (SILVA, 2011).

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população (MENDES, 2011).

O Relatório Flexner de 1910 foi em muito utilizado para sustentar a fragmentação da atenção à saúde. Ele enfatizava a atenção hospitalar e valorizava o conhecimento especializado. Coube ao Relatório Dawson em 1920, introduzir a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; apontar a necessidade de articulação entre a saúde pública – necessariamente nas mãos do Estado – e a atenção individual; e marcar a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, ao defender uma autoridade de saúde única no território. Do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; RODRIGUES, SANTOS, 2008).

Apesar da supervalorização da especialização médica, as idéias de Dawson passaram a ser referência conceitual de diversos sistemas públicos de saúde. No final dos anos 80, durante a XXII Conferência Sanitária Pan-americana, surge a

proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos), que se assemelhava muito às proposições do Relatório Dawson (RODRIGUES; SANTOS, 2008).

O primeiro ponto em comum é a defesa da organização dos sistemas de saúde com base em territórios definidos, em que a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) ressalta a necessidade de se promover o conhecimento epidemiológico para realização do planejamento e programação das ações e serviços. Os Silos preveem que nesses territórios deve ser organizada e ofertada atenção integral nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e envolvendo ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação à saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Na década de 1990, numa proposta estadunidense apresentada por Shortell et al. (1994), o conceito de cuidados integrados difere um pouco da conotação dada pelos sistemas de saúde com financiamento público. Shortell et al. (1994) definiu como sistemas integrados, uma rede de organizações que provê ou faz arranjos para fornecer um contínuo coordenado de serviços a uma população definida. A diferença está na ênfase a populações definidas, pois se trata de populações seletivas como por exemplo: membros de um plano de saúde. Outra diferença é o entendimento sobre integração que na proposta americana, trata da integração do financiamento e prestação de cuidados à saúde. Desta forma, o conceito de prestação integrada no contexto dos Estados Unidos não é facilmente comparável com cuidados integrados na conjuntura europeia, onde tradicionalmente se refere à integração dos diferentes setores (ou seja, cura e cuidados) ao invés de diferentes funções (financiamento e prestação) Apesar disso, essa proposta influenciou a Europa Ocidental e o Canadá (MENDES, 2011; NOLTE; MCKEE, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (2008) considera que rede atenção à saúde significa ter “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”.

Já a Organização Panamericana de Saúde (2009) adaptou o conceito de redes proposto por Shortell (1994) e recomendou a implementação de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) na América. Nesta publicação, utiliza-se a ideia de prestação de serviços equitativos e integrais a uma população definida, a

partir da Atenção Primária à Saúde, alinhando a proposta ao campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos.

Na Europa, pesquisadores ligados ao Consórcio Social da Catalunha também se baseiam na proposta apresentada por Shortell et al. (1994) para definir redes de saúde. Entretanto, de acordo com o Consórcio, podem-se diferenciar dois tipos básicos de redes integradas de serviços de saúde: a) baseadas na afiliação geográfica, população definida por um território sob gestão de uma autoridade sanitária, geralmente formando parte de um sistema nacional de saúde e b) população definida por afiliação voluntária, nos países em que se estabeleceu um mercado para a saúde, como é o caso dos sistemas integrados dos EUA (VAZQUEZ; LORENZO, 2006).

O primeiro modelo surge quando há uma devolução da gestão dos serviços de saúde do governo central a um nível inferior de governo, que pode ser regional, estadual, municipal, etc. No segundo tipo de rede, a população afilia-se a planos que concorrem entre si e cobram um pacote de prestações básicas de serviços mediante uma dotação financeira per capita (BECK, 1998; JARAMILLO-PÉREZ, 1999).

Considera-se que o conceito de integração esteja implícito ao de redes. Desta forma, Contandriopoulos et al. (2003) ressaltaram a importância de cinco dimensões de integração de todos os elementos de uma rede: 1) integração de cuidados e da atenção; 2) integração da equipe clínica; 3) integração funcional; 4) integração normativa; 5) integração sistêmica. Os quatro primeiros tipos referem-se interação entre os prestadores dos serviços de saúde com os indivíduos e a última, a integração sistêmica, diz respeito à relação com o ambiente em geral. A integração dos cuidados é um processo que ocorre nas relações entre os indivíduos, a integração da equipe clínica e a integração funcional descreve os fenômenos que ocorrem com relação a um território, uma organização, uma região, etc; a integração normativa ajuda a expressar as relações entre os níveis e, finalmente, a integração sistêmica visa assegurar a coerência entre a análise em questão e o meio ambiente.

Na construção de redes observam-se os conceitos de integração horizontal e vertical. A integração horizontal se dá na articulação, colaboração e combinação entre unidades ou organizações similares num mesmo nível de atenção (exemplo: duas clínicas especializadas). Já a integração vertical ocorre por meio de uma completa integração que envolve a combinação de diferentes organizações e

unidades de diferentes níveis (exemplo: unidade de atenção primária, policlínica especializada e hospital). A integração vertical pode ser de um nível de complexidade superior ao inferior e vice versa (MENDES, 2011; SHORTELL et al. 1994)

A construção de redes, claramente é um processo permanente. Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, numa perspectiva internacional, mostra que eles são dominados pelos sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas (MENDES, 2010).

4.1.2 A Construção de Redes no Brasil

No Brasil, o conceito de rede como organização dos serviços de saúde está presente no desenho político institucional do SUS. O Movimento Sanitário procurou estabelecer um novo modelo para o sistema de saúde intimamente relacionado com a perspectiva de Medicina Social em voga na Europa naquele momento, mas adaptado para o social complexo e as realidades políticas enfrentados no Brasil. Como tal, era igualitária e com a concepção de pleno reconhecimento pelo Estado que a saúde era um direito social universal e que deve ser prestado de forma equitativa. Também incorporou noções comunitárias de realocação do poder de decisão e de recursos, com ênfase na descentralização (BERTOLHI FILHO, 2001).

O Movimento da Reforma Sanitária foi capaz de construir uma ampla coalizão para os debates que culminou na Assembléia Nacional Constituinte de 1987-1988. Um Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para ser integrado com todas as provisões públicas e regulação de cuidados de saúde, sob os auspícios do Ministério da Saúde. Não obstante, o sistema privado não só continuava a existir, mas os indivíduos ricos seriam capazes de deduzir uma parcela grande dos seus encargos fiscais e outras despesas de saúde privadas a partir de seu imposto de renda federal (ESCOREL; RAIMUNDO; EDLER, 2005).

Depois de mais de duas décadas de ditadura, a Constituição Federal do Brasil de 1988 definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição define que a saúde deveria ser fornecida por uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços. Tem como

princípio organizativo a descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. Por outro lado, não foi papel da Constituição definir como seria financiado, como seria organizado e gerido, ou quais seriam os deveres e responsabilidades das diversas entidades federativas (União, Estados e Municípios) (MERCADANTE, 2002).

Uma série de leis federais e diretrizes foram promulgadas nos anos seguintes para esclarecer essas questões. A Lei Federal 8080 de 1990 definiu como atribuições do SUS: a prestação de serviços preventivos e curativos (incluindo o fornecimento de medicamentos), a vigilância epidemiológica e sanitária, bem como a regulação do sistema de saúde. Cria-se o Fundo Nacional de Saúde, a partir da qual todas as transferências federais para Estados e Municípios seriam feitas. Também regulamentou a participação dos prestadores privados no âmbito do SUS e proibiu capital estrangeiro de participar no mercado nacional de saúde. A Lei Federal 8142 de 1990 criou o enquadramento para a participação social no SUS, através da criação de conselhos de saúde em cada esfera de governo e determinando que a metade de sua composição seria atribuída a representantes dos usuários (BRASIL, 1990a, 1990b; RODRIGUES NETO, 2003).

A partir de 1990, foram editadas várias Normas Operacionais e algumas merecem maior destaque. Ainda na década de 90, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/1996) procurou definir as atribuições das três esferas de governo e consolidar o processo de municipalização.

O processo de construção de um sistema descentralizado e unificado de saúde seguiu a estratégia da municipalização, através da transferência para o município de unidades de saúde de outras instâncias administrativas e da delegação da autonomia de gerir os sistemas locais de saúde. As Normas Operacionais da década de 90 determinaram uma forte descentralização que implicou na autonomia crescente dos municípios, na fragmentação do sistema de saúde e, muitas vezes, em mais iniquidade, decorrente de critérios de financiamento que favorecem municípios mais populosos e de maior capacidade de oferta (MERCADANTE, 2002; WILKEN, 2005).

Na Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/2001) encontra-se a especificação dos deveres e responsabilidades de cada ente federativo e como eles se relacionam entre si, estabelecimento dos mecanismos de transferência intergovernamental de recursos e as condições que os Estados e

Municípios devem cumprir para receber esses fundos (MERCADANTE, 2002; WILKEN, 2005).

A NOAS propunha a necessidade de uma maior articulação entre as secretarias municipais de saúde e do fortalecimento das secretarias estaduais de saúde para regular/organizar redes hierarquizadas, resolutivas. O objetivo da NOAS era promover mais equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis. A regionalização, macroestratégia da NOAS, significa instaurar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperadas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamentos que garantam o acesso a todos os níveis de atenção necessários (BRASIL, 2001; SOUZA et al., 2010).

Contudo, apesar da regionalização ter sido concebida como pressuposto basilar para construção do SUS, o deslocamento de atribuições e encargos para os municípios não foi associado à conformação de uma rede assistencial organizada a partir das diretrizes de regionalização e hierarquização. Segundo Viana et al. (2010), foi privilegiada a proposta de descentralização compreendida exclusivamente como processo de transferência da gestão para as esferas subnacionais de governo, o que ocasionou a intensa fragmentação e desorganização de serviços de saúde gerando milhares de sistemas locais isolados.

Dessa forma, foi somente com a edição da NOAS nos anos 2000 que a regionalização, adquiriu um sentido mais organizativo para a rede de serviços de saúde e passou a se destacar como uma estratégia prioritária no âmbito da política nacional de saúde. Posteriormente, com o lançamento do Pacto pela Saúde em 2006, especialmente a dimensão Pacto de Gestão, a regionalização e a constituição de redes ensaiam a volta ao centro do debate, com o propósito de promover uma regionalização solidária e cooperativa (VIANA et al., 2010).

Embora a regionalização tenha assumido um novo significado e maior ênfase no momento de implantação do Pacto, algumas questões não foram suficientemente equacionadas pela política nacional de saúde. Segundo Gadelha et al. (2011), um olhar mais atento permite ponderar que os pressupostos do Pacto não poderão avançar substancialmente sem nova repactuação dos critérios de repasse de recursos; sem considerar a lógica regional que precisa ser planejada e pactuada

entre as três esferas de governo, com recuperação do papel das unidades federadas neste processo; e sem um maior aporte de recursos que responda pela necessária desconcentração da infraestrutura de bens e serviços de saúde.

Em 2007, o governo federal reconheceu várias deficiências do SUS, tais como as desigualdades regionais na qualidade e acesso aos serviços públicos de saúde, escassez de recursos humanos, treinamento inadequado, deficiente capacidade de gestão e as carências crescentes na capacidade da indústria da saúde nacional para produzir os recursos necessários para o SUS. Em resposta, ele lançou um novo conjunto de políticas chamado "Plano Mais Saúde", que visa consolidar os avanços alcançados até agora e abordar cada um dos problemas citados acima. O Plano é constituído por 86 metas e 208 ações distribuídas em 8 eixos de intervenção, porém, observa-se que esse plano não foi largamente divulgado pelo governo (BRASIL, 2010).

Apesar de todos esses esforços, o debate quanto à construção de redes no SUS tem produzido conceitos muito próximos ao de RISS como o de Redes de Atenção à Saúde. O Ministério da Saúde do Brasil (2010) conceitua RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Já para Mendes (2011) pode-se definir as RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

No entanto vale ressaltar que o gasto público com saúde no Brasil é baixo, principalmente porque o SUS é um sistema que pretende ofertar acesso universal. Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou menores despesas do governo com saúde, entre 2000 e 2005, cerca de 3,2% do PIB, enquanto que as oriundas de fontes privadas atingiram aproximadamente 4,8%. Especificamente com relação ao processo de regionalização, há que considerar que as transferências federais acompanham à capacidade instalada de estados e

municípios, mantendo desigualdade na produção e na distribuição de ações e cuidados de saúde (ALBUQUERQUE, 2012).

Outro fator que dificulta a consolidação do caráter único e integrado do SUS é a insuficiente e assimétrica distribuição da oferta de serviços de atenção especializada e hospitalar. A atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. Dessa forma, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de principal centro de acolhimento, comunicação, coordenação do cuidado no processo de organização da atenção à saúde. São produtos desse processo a existência de demanda reprimida, a descontinuidade e a inadequação da oferta às necessidades da população (MENDES, 2010).

Na tentativa de solucionar esses problemas, o Ministério da Saúde publicou recentemente a Portaria nº 4279/10 que estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS e o Decreto nº 7.508/11 que avança na proposta de descrição da organização de redes adequadas e suficientes, considerando as realidades brasileiras. O decreto considera que a Região de Saúde pode ser interestadual, por ato conjunto dos respectivos estados em articulação com os municípios, ou mesmo situada em áreas de fronteira com outros países. Uma região deverá ter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Caso não haja capacidade física instalada em determinada região para execução de ação ou serviço, os gestores de saúde deverão firmar parceria com outras localidades, a fim de atender a demanda (BRASIL, 2010, 2011).

Alguns autores observam que a garantia do direito constitucional do acesso aos serviços de saúde e à integralidade na atenção, não foi acompanhado de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo. Os resultados positivos foram pontuais, como por exemplo, a redução da mortalidade infantil decorrente da terapia de reidratação oral, vacinação, etc (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

No que se refere à estruturação de redes na Região Nordeste, as experiências de regionalização estiveram mais voltadas para constituição de pólos regionais de desenvolvimento, dando continuidade ao padrão de desigualdade pela concentração de riqueza, população e serviços básicos nas capitais e em algumas cidades médias no interior dos estados. Essa região apresenta grandes

desigualdades quanto à capacidade instalada e aos investimentos públicos e privados em saúde que se concentram nas capitais e em alguns polos regionais no interior dos estados, resultando em vazios assistenciais (ALBUQUERQUE, 2012)).

A implantação de redes enfrenta vários desafios para garantir acesso e cuidado integral de forma equânime. Uma das ferramentas importantes nesse processo é a coordenação assistencial na integração dos serviços e na formação de redes de saúde integradas, regionalizadas e hierarquizadas (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; LIMA; VIANA, 2011).

4.2 Coordenação Assistencial

No contexto de implantação de RISS tem-se como desafio o gerenciamento dos serviços e a coordenação assistencial (CA).

A coordenação assistencial é um termo recente no Brasil e para aprofundar o debate acerca da base conceitual, dos mecanismos e dos instrumentos de coordenação assistencial no contexto de um sistema público de saúde organizado em redes, foi realizado um Seminário Internacional e Curso de Aperfeiçoamento em Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde na Fiocruz no Rio de Janeiro. Nesse seminário foi exposta a experiência da Comunidade Autônoma da Catalunha, pioneira no fomento e utilização de estratégias de coordenação assistencial para redes de atenção no âmbito do sistema de saúde.

Pesquisadores vinculados ao Consórcio Hospitalar da Catalunha conceituam CA como a articulação entre todos os serviços relacionados com a atenção a saúde, independente do lugar onde o usuário é recebido, de forma sincronizada e que o objetivo comum seja atingido sem conflitos. Dessa forma, a coordenação assistencial se expressa em uma rede integrada desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade, de modo que várias modalidades de assistência sejam vivenciadas pelos usuários de forma contínua (LAMB, 1997; TERRAZA et al., 2006).

Relatam ainda que coordenação, continuidade e integração assistencial são termos geralmente utilizados indistintamente para referir-se a uma mesma idéia de conexão da atenção que recebe um paciente a partir de múltiplas fontes de provisão. A coordenação assistencial se centra na interação entre provedores e é uma

pactuação das diferentes atividades que se requer para atender ao paciente no decorrer do seu contínuo assistencial - atenção primária, secundária e terciária (LAMB, 1997; TERRAZA et al., 2006).

Quando alcança seu grau máximo, considera-se que a atenção está integrada. A continuidade é centrada na relação entre o paciente e o provedor. Para que haja continuidade, o paciente deve experimentar a coordenação na atenção. A partir do momento em que o paciente percebe que a atenção está coordenada, conclui-se que a continuidade assistencial foi obtida (GLENDINNING et al., 2002; REID et al., 2002).

A coordenação assistencial é subdividida em duas categorias: a Coordenação da Informação e a Coordenação de Gestão. A primeira refere-se à condição necessária para coordenar as atividades entre provedores e que diz respeito à informação sobre o paciente. Possui duas subdimensões: uma relativa à transferência da informação e a outra relacionada à utilização da informação (VAZQUEZ et al, 2008).

A transferência da informação trata dos mecanismos formais de intercâmbio de informação sobre o paciente entre os diferentes níveis assistenciais que fazem parte da atenção ao indivíduo. Já a utilização da informação, se refere ao uso da informação sobre a história clínica, circunstâncias e intercorrências do paciente em um nível assistencial para orientar as decisões clínicas sobre um evento atual em outro nível assistencial (TERRAZA et al., 2006).

A segunda categoria de coordenação, a Coordenação da Gestão, tem como objetivo a oferta de serviços sequenciais e complementares dentro de um plano de atenção compartilhado entre os diferentes níveis assistenciais que participam da atenção ao paciente. Contém duas subdimensões: a longitudinalidade do seguimento e a consistência da atenção (TERRAZA et al., 2006).

A longitudinalidade do seguimento faz referência ao seguimento adequado do paciente quando existem transições de um nível assistencial a outro, como por exemplo: a contrarreferência do paciente à atenção primária após consulta ao especialista. A outra subdimensão, consistência da atenção, implica na existência de aproximações e objetivos de tratamento similares entre os diferentes profissionais da atenção primária e especializada que prestam atenção ao paciente. Tem o objetivo de aumentar a coerência entre as decisões clínicas dos diversos profissionais

através de estratégias de coordenação, como por exemplo, os protocolos clínicos (VAZQUEZ et al., 2008).

Um aspecto crítico da coordenação assistencial em uma RISS é a escolha de mecanismos de coordenação (instrumentos) que serão utilizados para a atenção ao paciente. Esses instrumentos contribuem para fixar critérios de encaminhamentos entre níveis de atenção e fixar objetivos assistenciais comuns determinando qual é o nível mais adequado para o seguimento do paciente (GRIFELL et al., 2002; TERRAZA et al., 2006).

Observa-se nas últimas décadas a produção de estratégias para gerir a atenção ao paciente com necessidades complexas que requerem uma colaboração estreita entre diferentes níveis assistenciais e utilizam vários instrumentos de coordenação. Não existe a combinação ideal de mecanismos de coordenação dado que depende de cada situação (TERRAZA et al., 2006).

Para coordenar as atividades assistenciais em um processo de retroalimentação, são utilizados vários mecanismos, dentre eles, os sistemas de informação clínica (história clínica/prontuário). Stumpf et al. (1998) trazem o conceito de informação como um processo pelo qual uma organização se inteira sobre ela própria e sobre o seu meio ambiente, portanto, a informação alavanca os processos de avaliação de qualidade do serviço. Não se pode falar em organização sem referenciar o prontuário do paciente como um grande sinalizador de qualidade da assistência enquanto instrumento de trabalho, que pretende garantir o registro das informações e permitir, de forma ágil, o acesso e coordenação das ações realizadas na atenção ao paciente nos diferentes níveis de atenção (PEREIRA et al., 2010).

Segundo Reid et al. (2002), o prontuário clínico (história clínica) é o instrumento mais completo para verificar a existência e qualidade da informação registrada. Nele devem conter os problemas anteriores, os resultados de exames e consultas a outros níveis de atenção para confirmar se essas informações possuem seguimento na atenção ao paciente. Dessa forma, através da análise do prontuário clínico pode-se analisar a transferência e utilização da informação, subdimensões da coordenação da informação

Ainda dentro da história clínica do paciente, podem-se analisar as subdimensões da coordenação da gestão, a longitudinalidade do seguimento e a consistência da atenção. Evidencia-se a longitudinalidade do seguimento através da

quantidade de consultas de controle realizadas pelo mesmo profissional, tempo transcorrido entre consultas em níveis assistenciais diferentes, entre outros dados (REID et al., 2002).

Já a consistência da atenção está centrada na existência de protocolos clínicos previamente estabelecidos e na adesão ao mesmo pelos profissionais. Verifica-se pelo registro em prontuário da prática clínica por meio da comparação entre o protocolo clínico e a prática registrada, como por exemplo: exames de rotina, atividades preventivas, entre outros (PEIRO, 2003)

Para a execução do estudo sobre coordenação assistencial, necessita-se do seguimento de uma condição traçadora que permita a observação da transferência e utilização da informação, bem como do seguimento e consistência da atenção de dentro da RISS (KESSNER et al., 1973; TANAKA; ESPIRITO SANTO, 2008). Segundo Hartz e Contadriopoulos (2004), em virtude da variabilidade dos problemas de saúde contemplados, a utilização de “condições traçadoras” previamente estabelecidas facilita a definição de focos para análise das ações programáticas de saúde, contemplando os múltiplos “pontos de atenção” envolvidos na integração dos serviços

Segundo Terraza et al., 2006, a integração da atenção tornou-se uma prioridade para muitos sistemas de saúde e especialmente no que se refere a resolução de problemas de saúde crônicos em que haja a necessidade de múltiplos e diferentes profissionais, como por exemplo o diabetes melito (DM).

Para que os diferentes serviços de saúde atuem com qualidade é necessária a integração da atenção que está intimamente relacionada à coordenação assistencial. À luz do conceito de RISS adotado pelo Consórcio Social da Catalunha baseado em Shortel et al. (1994) e através da condição traçadora diabetes melito, o estudo sobre coordenação assistencial da rede de serviços de saúde desenvolve-se em termos da comparação do conteúdo do prontuário clínico com as prescrições oficiais encontradas em literatura sobre a atenção ao portador de DM tipo 2 (KESSNER et al., 1973; PISCO, 2006; SHORTEL; GILLIES; ANDERSON, 1994; VAZQUEZ et al., 2008; VAZQUEZ; VARGAS, 2007; VIACAVA et al., 2004).

4.3 Aspectos Intervenientes ao Uso de Prontuários Clínicos em Pesquisa

Para esta seção, foram consultadas as bases SciELO, LILACS e MEDLINE através dos descritores: registros médicos, pesquisa sobre serviços de saúde e avaliação de serviços de saúde. Foram analisados 15 artigos científicos que expõem o preenchimento e qualidade dos prontuários clínicos, bem como as dificuldades advindas da sua utilização como fonte de dados.

A importância do registro em saúde teve seu início na prática clínica devido à identificação pelos profissionais da necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos pacientes. Esse registro é estratégico para decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional. Atualmente considera-se que a qualidade dos registros efetuados seria o reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar sobre o processo de trabalho (DONABEDIAN; 1988; MORAES; 2002).

Tratado como registro em saúde, o prontuário é definido como o documento único constituído de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros de uma equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERALE DE MEDICINA, 2002; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999; OSELKA, 2002).

No que concerne à consulta médica, o Conselho Federal de Medicina (2010), na resolução CFM nº 1.958/2010 consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

Ainda segundo o Conselho Federal de Medicina, a Resolução CFM nº 1.638/2002 define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde onde se presta assistência médica. A Comissão deve ser criada por designação da direção do estabelecimento, por eleição do corpo clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico. Têm como atribuições: observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em

qualquer suporte, eletrônico ou papel (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Os itens obrigatórios em prontuário são: identificação do paciente com nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP); a anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado; evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido bem como a identificação dos profissionais que os realizaram. A identificação do profissional deve ser por meio da assinatura legível e respectivo número do CRM, caso o prontuário seja elaborado e/ou armazenado eletronicamente, por meio da assinatura eletrônica. No prontuário em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional das informações contidas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

A Comissão de Revisão de Prontuários também deve assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade, além de manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Ademais, estudos descrevem que o registro adequado das informações clínicas deve conter todos os seguintes dados: história clínica, exame físico, alergias, lista de problemas associados, exames laboratoriais, registro de consultas e encaminhamentos, atividades de prevenção, nome do médico da família e médicos especialistas com registro de suas respectivas condutas clínicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1997, 2001; ASSUNÇÃO et al., 2001; BRASIL, 2006b)

Segundo Sampaio e Barros (2007), os prontuários clínicos de hospitais e unidades ambulatoriais são documentos de grande importância para a organização e a avaliação dos serviços. São fontes de dados para pesquisas e fundamentalmente permitem acompanhar a história dos pacientes. Promovem subsídio para os processos de gestão, ensino, pesquisa em saúde, formulação,

implementação e avaliação de políticas públicas, além de documentar demandas legais. Portanto, os usuários desse documento são os profissionais envolvidos diretamente com o cuidado e com a gestão, pesquisadores, docentes, alunos do campo da saúde e o próprio paciente.

Todos os registros devem ser preenchidos, e organizados de forma objetiva e concisa, facilitando sua localização, leitura e identificação de autoria. Porém, o preenchimento correto dos prontuários tem sido um dos problemas encontrados em grande parte dos hospitais e unidades ambulatoriais no Brasil. Em estudo realizado em Recife-PE foram analisados 268 prontuários no nível primário, 698 no nível secundário e 350 no terciário e os autores referem que o preenchimento de prontuários no primeiro nível de atenção foi considerado predominantemente péssimo em 83% nas primeiras consultas dos usuários. No nível secundário, esse percentual foi de 93% e no nível terciário, de 45% (SAMPAIO; BARROS, 2007).

Negreiros e Neto (2005), elaboraram uma proposta de modelo de prontuário clínico para a Estratégia de Saúde da Família com base nos modelos utilizados em 31 programas de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do Brasil e de 8 instituições da América Latina e do Canadá. No Brasil, apenas 3 programas de Residência Médica enviaram o seu modelo de prontuário e 12 das que não enviaram o modelo, justificaram que o modelo utilizado era muito simples e por isso não foi enviado. Segundo os autores, esse tipo de carência tem ação direta sobre a qualidade dos serviços prestados, além desse instrumento não se prestar ao ensino e pesquisa em saúde.

Diante disso, o MS através tem afirmado a necessidade da observância das posturas científicas em relação às anotações em prontuários e tem elaborados protocolos clínicos específicos que requerem um mínimo de registro de atividades, sem as quais fica impossível verificar que tipo de atendimento está sendo ofertado à população (SAMPAIO, BARROS; 2007).

A qualidade do preenchimento dos prontuários pode sofrer interferência de múltiplos fatores. O processo de trabalho deve permitir condições adequadas de atendimento: volume de demanda compatível com o número e tamanho das equipes, disponibilidade de prontuários em tempo hábil, salários condignos com a carga horária, prática organizacional sob os princípios do SUS, dirigentes que supervisionem e cobrem posturas adequadas de seus profissionais (SAMPAIO, 2010).

No entanto, dificuldades no processo de trabalho como excesso de burocracia, recursos humanos insuficientes para a demanda de usuários, sobrecarga de atividades assistenciais e administrativas, a falta de rede informatizada nas unidades, a quase inexistência de referência e contra referência e a não utilização de prontuários para análise do serviço são relatadas pelos profissionais (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009; FACCHINI et al.; 2006).

Somado a isso, outro estudo revela que a região Nordeste comparada à região Sul, destaca-se quanto a dificuldades de comunicação entre o nível central de gestão e as unidades prestadoras de serviço devido à complexa hierarquia para a difusão da informação. A comunicação por vezes, tem caráter normativo com vistas a repassar aos profissionais de saúde normas e procedimentos burocráticos, geralmente, associados a faturamento e reclamações de usuários (LEÃO et al.; 2004; FACCHINI et al.; 2006).

Mesmo que superado problema do preenchimento de registros clínicos, um estudo de revisão sistemática internacional do escopo e da qualidade de dados em registros eletrônicos aponta que a falta de padrões dificulta a comparação dos resultados encontrados para indicadores dos estudos analisados (THIRU, HASSEY, SULLIVAN, 2003).

Pesquisa revela dificuldades anteriores à observação do preenchimento dos prontuários, isto é, problemas quanto ao acesso a esses documentos. VASCONCELLOS, GRIBEL, MORAES (2008) revelam que houve dificuldades em realizar o processo de amostragem por falta da obtenção da listagem total de atendimentos das unidades. Além disso, em muitas ocasiões, os pesquisadores precisaram buscar o prontuário clínico de forma fracionada em vários arquivos, quando da ocasião da inexistência de prontuário único, ou seja, armazenamento por programa ou doença de um mesmo usuário.

Diante de todos esses problemas acima citados, o foco das pesquisas sobre coordenação assistencial tem privilegiado a análise da coordenação em nível corporativo e hospitalar, com pouca ênfase na atenção ambulatorial ou domiciliar e na trajetória dos pacientes no contínuo dos cuidados (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

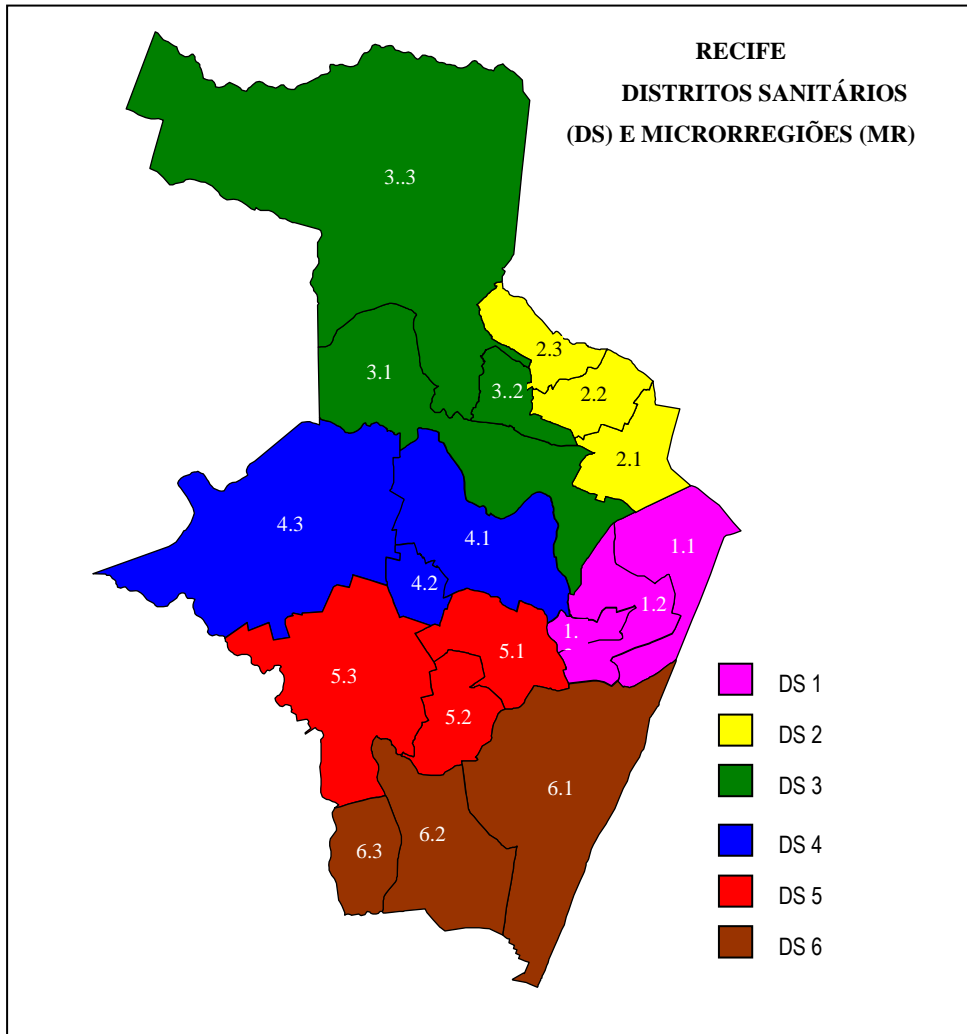
5.1 Desenho, Período e Local do Estudo

Realizou-se um estudo de corte transversal, observacional, descritivo de natureza quantitativa, seguido de uma abordagem qualitativa complementar na a fim de estabelecer uma melhor compreensão dos dados coletados (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

A abordagem qualitativa se deu na condição de participante observador, pois a relação dos pesquisadores e profissionais da rede se restringiu ao momento do trabalho de campo. A equipe de coleta esteve inserida nas unidades de saúde somente para no período de coleta de dados (DESLANDES et al., 1994).

O estudo foi realizado em um período de 15 meses. O local do estudo foi o município do Recife que se caracteriza por ser de referência em média e alta complexidade para outros municípios (PERNAMBUCO, 2006). A capital de Pernambuco, Recife, está dividida em 6 Regiões Político-Administrativas que correspondem a 6 Distritos Sanitários (Figura 1). Cada Distrito Sanitário é subdividido em 3 microrregiões.

Figura 1- Divisão territorial do Recife por Regiões político-administrativas e microrregiões

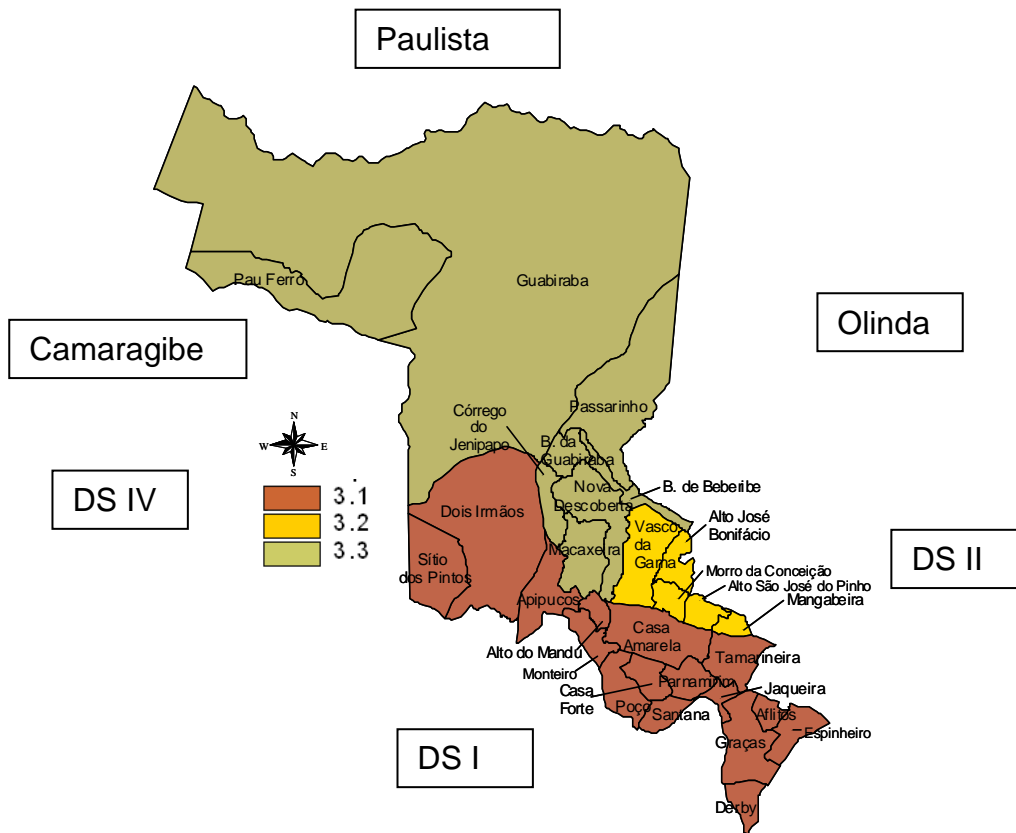


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Recife (2004).

Foi eleita a Microrregião 3.3, pois de acordo com os objetivos da pesquisa Equity-LA, essa microrregião foi escolhida por se assemelhar ao local de estudo na Colômbia, conter diferentes realidades sócio-demográficas e por ter uma rede de serviços de saúde que abrange atenção primária, secundária e terciária (VAZQUEZ et al., 2008).

A área da microrregião 3.3 faz fronteira ao norte com o município de Paulista, ao sul com a Microrregião 3.1, ao leste com o DS II, a microrregião 3.2 e com o município de Olinda e ao oeste com o município de Camaragibe (Figura 3). Quanto às características territoriais da microrregião 3.3, a maior parte é de caráter urbano. Entretanto, apresentam várias áreas de morro com constante risco de desabamento, áreas críticas para alagamento e com características semi-rurais (LIRA, 2005).

Figura 2 - Mapa do DS III, Recife, PE



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Recife (2004).

Conforme o IBGE (2010), a população residente na Microrregião 3.3 é de 110.502 habitantes. A densidade populacional é 2,05 hab./km², menor que a do DS III (4 hab./km²) e a de Recife (7,03 hab./km²). É composta por 08 bairros com os seguintes números de habitantes: Pau ferro (72), Guabiraba (6.330), Córrego do Jenipapo (9.246), Passarinho (20.305), Brejo da Guabiraba (11.732), Nova Descoberta (34.212), Macaxeira (20.313), Brejo de Beberibe (8.292). Três destes bairros estão entre os dez mais pobres do Recife, são eles: Guabiraba, Nova Descoberta e Passarinho.

O estudo foi planejado em com base nas informações de que a Microrregião 3.3 possui na atenção primária, 25 equipes de Saúde da Família e 14 equipes de saúde bucal distribuídas em 13 unidades de Saúde da Família (USF). Possui ainda, 2 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 2 unidades básicas tradicionais (UBT). Nas UBT são oferecidos os serviços de clínica geral, ginecologia, pediatria, odontologia e enfermagem.

Em 2011, 68% da população da microrregião 3 estava coberta por Equipe de Saúde da Família (ESF), cobertura maior que do município (60%) (RECIFE, 2011). Observa-se na tabela 1, as unidades de saúde da RSS para população residente na microrregião 3.3

Quadro 1- Unidades operativas que compõem a Rede de Serviços de Saúde para população residente da microrregião 3.3

Nível de Atenção	Unidades Operativas	Área de Referência	Tipo de Gestão
Básica	13 USFs ¹ 2 UBT ²	Micro 3.3 Micro 3.3	Municipal Municipal
Média	Policlínica Albert Sabin	DS III	Municipal
	Policlínica Clementino Fraga	DS III	Municipal
	Centro Médico Sen José Ermírio de Moraes	Recife	Municipal
	Policlínica e Maternidade Prof. Barros Lima	Recife ³	Municipal
	Hospital Pediátrico Helena Moura	Recife ³	Municipal
	Hospital Correia Picanço	Recife ⁴	Estadual
	Casa de Saúde Maria Lucinda	Recife	Privado sem fim lucrativo (conveniado)
Alta Complexidade	Hospital Agamenon Magalhães	Recife⁵	Estadual

Fonte: Pernambuco (2006).

Nota: ¹USF: Unidade de Saúde da Família;

²UBT: Unidade Básica Tradicional;

³Área de referência: Recife e o módulo assistencial (Recife, municípios de referência)

⁴Área de referência: Pernambuco

⁵Área de referência: Módulo assistencial, Pernambuco e 2 estados do nordeste (Alagoas e Paraíba)

Para referência em média complexidade da atenção ao usuário portador de diabetes melito, a população residente na microrregião 3.3 utiliza serviços localizados fora da área adscrita à Microrregião 3.3. Estas unidades são:

- a) O centro médico José Ermírio de Moraes utilizado na referência, principalmente para hipertensão, diabetes e oftalmologia;
- b) As policlínicas Albert Sabin e Clementino Fraga, oferta especialidades como cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia, reumatologia, alergologia, dermatologia e otorrinolaringologia;
- c) A policlínica e maternidade Professor Barros Lima, que também é serviço de pronto atendimento (SPA), referência para ginecologia, obstetrícia, cirurgia e pediatria;
- d) O conveniado Maria Lucinda que oferece clínica médica, cirúrgica, pediátrica e ortopédica, assim como otorrinolaringologia, urologia, gastroenterologia, ginecologia, angiologia, buco-maxilo facial, oftalmologia e plástica.

A maioria dessas unidades de saúde estão sob gestão municipal e a Casa de Saúde Maria Lucinda tem gestão privada conveniada ao SUS.

A área de abrangência dos serviços acima citados quanto à média complexidade é o Distrito Sanitário III, exceto o centro José Ermírio de Moraes, a Casa de Saúde Maria Lucinda, a maternidade Barros Lima e o Hospital Agamenon Magalhães que são de referência para todo Recife.

A rede especializada conveniada oferece serviços para população da microrregião 3.3 para exames especializados de radiologia, patologia clínica, ultrassonografia, mamografia e endoscopia. A titularidade destes serviços é privada, e serve de referência para todo o Recife.

Para alta complexidade, a população do Distrito Sanitário III tem como referência o Hospital Agamenon Magalhães com gestão estadual, porém podem recorrer também a qualquer outro hospital de alta complexidade do município. Além de ser referência do distrito III, este hospital também é referência para o Estado de Pernambuco e mais dois estados do Nordeste (Alagoas e Paraíba).

Embora esse desenho de rede esteja descrito em documentos editados pela gestão do Recife, ele não corresponde ao fluxo real dos usuários na rede (OLIVEIRA, 2010).

5.2 População e Amostra

A população do estudo são os residentes na Microrregião 3.3 do Recife portadores de DM do tipo 2 e a fim de se obter a amostra, foi considerado que a população da microrregião 3.3 é de 110.502 habitantes e população de 20 anos e mais da microrregião (idade de maior acometimento) 65,5% que equivale a 73.379 habitantes. A prevalência estimada de DM na população maior de 20 anos foi de aproximadamente 10%: 7.337 pacientes com DM. Como não foi possível a obtenção do total de pacientes acompanhados que possuem prontuários, estimamos que 50% dos 7.337 pacientes são acompanhados e tem prontuário, o que equivale a: 3.669 pacientes com prontuários.

Para efeito de cálculo amostral, estimou-se a existência de 3.699 prontuários registrados nas unidades de saúde da microrregião 3.3 do DSIII, considerou-se arbitrariamente que em 85% destes prontuários haveria o registro dos indicadores a serem analisados, admitindo-se um erro de 10% e um intervalo de confiança de 95%. O número resultante estimado foi de 49 prontuários, ao qual foram adicionados 20% para possíveis perdas, o que resultou em um tamanho da amostra de 60 prontuários. Para seleção dos prontuários, a amostragem foi realizada da seguinte forma:

- a) 40 casos foram selecionados da população coberta por ESF. Foram selecionadas por sorteio simples 8 das 27 ESF existentes na microrregião e que atendem a aproximadamente 2/3 da população de diabéticos. Foram incluídos por sorteio simples 5 prontuários de pacientes cadastrados por cada equipe;
- b) 20 casos foram selecionados da população sem cobertura de ESF (1/3 da população), supostamente atendidas nas duas Unidades Básicas de Saúde da área e que atendem a aproximadamente 1/3 da população de diabéticos. Foram selecionados 20 prontuários de pacientes cadastrados nas duas UBS (10 de cada unidade).

5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos habitantes da microrregião de ambos os sexos, residentes há pelo menos 1 ano e portadores de DM tipo 2 há pelo menos três anos, com ou sem co-morbidade .

5.3 Fonte, Instrumento e Procedimento de Coleta dos dados

As fontes de dados foram os prontuários de pacientes com diabetes melito localizados na Microrregião 3.3 dos serviços de saúde em qualquer nível de atenção, incluindo, registros do Hiperdia encontrados nos serviços de saúde da atenção primária os serviços de saúde em qualquer nível assistencial.

Os dados foram colhidos por uma equipe de 5 estudantes de enfermagem com o auxílio de um formulário (Apêndice A), o qual foi submetido a um estudo piloto com 10 usuários de 3 USF e de um Centro de Saúde de nível secundário eleitos por conveniência. Foram realizadas visitas às unidades de saúde para com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros, para obter acesso aos prontuários e aos pacientes a fim de realizar entrevistas e complementar os dados do instrumento de coleta.

Listas com todos os pacientes diabéticos foram elaboradas em cada unidade de saúde da Atenção Primária para a utilização de procedimento amostral aleatório dos casos de portadores de DM considerando os critérios de inclusão. Esses casos foram seguidos para os níveis secundário e terciário, caso fosse observado encaminhamento. A coleta de dados nos níveis secundário e terciário ocorreu com equipe de coleta reduzida para 3 estudantes.

Além disso, o trabalho de campo foi registrado em diários de campo por cada estudante para melhor descrição e entendimento do processo de coleta. As mensagens eletrônicas trocadas entre a equipe de coleta e a supervisão (mestranda) também foram utilizadas nesse estudo a fim de enriquecer os dados qualitativos e também compõem o diário de campo. O período da coleta foi de 1 ano e 3 meses desde o pré-teste (de fevereiro de 2011 a junho de 2012).

5.4 Definição de variáveis e indicadores

Baseado em revisão bibliográfica, foram elaborados indicadores para analisar a coordenação assistencial da rede de Saúde do Recife. Estes indicadores foram submetidos, por duas vezes, à avaliação por especialistas. Para fins de cálculo desses indicadores foram verificados os últimos três anos (enfermeiros e médicos generalistas e endocrinologistas) (CESCONETTO; LAPA; CALVO, 2008; GOMES et al., 2006; GONZALEZ; WALKER; EINARSON, 2009; HOLLINGSWORTH; STUART, 2008; HAM, 2010).

Para os indicadores sobre coordenação assistencial, foi considerada primeira consulta do paciente devido ao diabetes melito, o registro que contivesse a primeira citação da doença como diagnóstico do paciente. Com relação às consultas de controle, foi considerado registro que contivesse cinco ou mais dos seguintes itens: terapêutica aplicada, plano alimentar; rotina de exercícios físicos; fatores de risco (fumo e bebida alcóolica); relato da presença de complicações crônicas do diabetes; exame físico: peso, altura (IMC) e cintura; pressão arterial e exame do pé, bem como, resultados de exames relacionados ao controle das complicações do diabetes: glicemia de jejum; hemoglobina glicada. (A1C); colesterol total; triglicérides; exame de urina: proteínúria e microalbuminúria; eletrocardiograma e fundo de olho. Ao todo foram listados acima dezessete itens. Considerando que informações sobre a rotina de exercícios, o plano alimentar, os fatores de risco, o exame físico e pressão arterial tem de ser observados e registrados a cada consulta, foi eleito o número mínimo de cinco itens para caracterizar uma consulta (BRASIL, 2006b).

Em complementação, todo o processo de coleta foi registrado em diários de campo para uma melhor compreensão da realidade estudada. As categorias da análise dos dados qualitativos foram elaboradas após a coleta dos dados (DESLANDES et al., 1994).

Os indicadores, as variáveis e as categorias foram agrupados da seguinte forma:

5.4.1 Variáveis e Indicadores sobre Coordenação da Informação

Segue abaixo a descrição dos indicadores de Coordenação da Informação abordados neste estudo.

Quadro 2 - Descrição dos indicadores de Coordenação da Informação.

Subdimensões	Indicador 1	Variável	Padrão
Transferência da informação	Instrumentos existentes para transferir informação de um nível assistencial a outro.	Existência ou não de mecanismos para transferir a informação. Variável qualitativa, dicotômica e categorizada em “Sim” ou “Não”	Mecanismos de referência e contrarreferência como ferramenta do princípio da integralidade da saúde no SUS. Existência de instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção. (BRASIL, 1999, 2004; CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIOGRANDE DO NORTE, 2010; FRATINI, 2007; NEGRI, 2002).
Subdimensões	Indicador 2	Variável	Padrão
Utilização da Informação	Adequação do tipo de informação compartilhada em prontuário.	Informação adequada ou não. Variável qualitativa, dicotômica categorizada em “Informação Adequada” ou “Não adequada	Informação adequada: o prontuário que contivesse todos os seguintes dados: história clínica, exame físico, alergias, lista de problemas associados, exames laboratoriais, registro de consultas e encaminhamentos, atividades de prevenção, nome do médico da família e médicos especialistas com registro de suas respectivas condutas clínicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1997; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2001; ASSUNÇÃO et al., 2001; BRASIL, 2006b).

Fonte: A autora

5.4.2 Variáveis e Indicadores sobre Coordenação da Gestão

Segue abaixo a descrição dos indicadores de Coordenação da Gestão abordados neste estudo

Quadro 3 - Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.

(Continua)

Subdimensões	Indicador 3 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Longitudinalidade do Seguimento do Paciente	Proporção de pacientes diabéticos que cumprem a norma internacional de 4 consultas médicas ao ano.	Número de consultas médicas realizadas no primeiro nível de atenção ao ano. Variável quantitativa, contínua. Número de pacientes que cumprem a norma. Variável quantitativa, discreta	Nº de pacientes que cumprem a norma/total de pacientes da amostra	Todos os pacientes devem ser acompanhados com 4 consultas médicas ao ano. Considera-se seguimento: 3 ou mais consultas com o mesmo médico (ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010; ZANETTI et al., 2011).
	Indicador 3b	Variáveis	Fórmula	
	Proporção de pacientes diabéticos que tiveram seguimento por um mesmo médico dentre os pacientes que cumprem a norma internacional de 4 consultas ao ano.	Número de consultas médicas realizadas no primeiro nível de atenção ao ano. Variável quantitativa, contínua. Número de pacientes que cumprem a norma e tiveram seguimento por um mesmo médico. Variável quantitativa, discreta	Nº de pacientes que cumprem a norma e tiveram seguimento/nº de pacientes que cumpre a norma	

Quadro 3 - Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 3 c	Variáveis	Fórmula	Padrão
Longitudinalidade do Seguimento do Paciente	Proporção de pacientes diabéticos que não cumprem a norma internacional de 4 consultas médicas ao ano, mas tiveram seguimento por um mesmo médico.	Número de consultas médicas realizadas no primeiro nível de atenção ao ano. Variável quantitativa, contínua. Número de pacientes que não cumprem a norma, mas tiveram seguimento por um mesmo médico. Variável quantitativa, discreta	Nº de pacientes que cumprem não a norma mas tiveram seguimento/total de pacientes da amostra	Todos os pacientes devem ser acompanhados com 4 consultas médicas ao ano. Considera-se seguimento: 3 ou mais consultas com o mesmo médico (ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010; ZANETTI et al., 2011).
	Indicador 4 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
	Taxa de consultas médicas de controle ao ano por paciente diabético no primeiro nível de atenção sem contar com a primeira por motivo da DM.	Número de consultas médicas de controle no primeiro nível de atenção ao ano. Variável quantitativa, contínua.	Nº de consultas de controle no primeiro nível/ano/total de pacientes da amostra	2 consultas médicas de controle ao ano, sem incluir a primeira consulta devido à diabete (ZAGURY et al., 2002).

Quadro 3 - Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 4 b	Variáveis	Fórmula	Padrão
Longitudinalidade do Seguimento do Paciente	Taxa de consultas de controle de enfermagem ao ano por paciente diabético no primeiro nível de atenção sem contar com a primeira por motivo da DM.	Número de consultas de controle de enfermagem no primeiro nível de atenção ao ano. Variável quantitativa, contínua.	Nº de consultas de controle no primeiro nível/ano/total de pacientes da amostra	1 consulta ao ano no mínimo (BRASIL, 2006b).
	Indicador 4 c	Variáveis	Fórmula	Padrão
	Proporção de consultas de controle feitas por cada categoria profissional (médico ou enfermeiro) no primeiro nível de atenção	Número de consultas médicas no primeiro nível. Variável quantitativa discreta. Número de consultas de enfermagem no primeiro nível. Variável quantitativa discreta.	Nº de consultas por categoria profissional/total de consultas	Não foi encontrado padrão.

Quadro 3 - Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 5	Variáveis	Fórmula	Padrão
Longitudinalidade do Seguimento do Paciente	Média das consultas ao ano por paciente diabético com médico especialista seja na atenção secundária (policlínicas) seja na atenção terciária (ambulatorio de hospital)	Soma do número de qualquer consulta médica em nível especializado ao ano de todos os pacientes. Variável quantitativa contínua.	Total de consultas especializadas/ano/total de pacientes da amostra	O controle das complicações decorrentes da diabetes deve ser realizado anualmente. Foram considerados os especialistas: endocrinologista, oftalmologista, cardiologista. e nefrologista. Portanto, espera-se: 1 consulta ao ano para cada especialidade, isto é, 4 consultas/paciente/ano (ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010; GROSS; NEHME, 1999)
	Indicador 6	Variáveis	Fórmula	Padrão
	Tempo transcorrido entre a última consulta na atenção especializada e a consulta subsequente no primeiro nível de atenção	Número de dias transcorridos entre as consultas especializadas e a subsequente consulta no primeiro nível de atenção. Variável quantitativa, discreta.	Total de dias transcorridos entre a consulta especializada e consulta subsequente no primeiro nível de atenção/total de pacientes da amostra	Não foi encontrado padrão.

Quadro 3- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 7	Variáveis	Fórmula	Padrão
Longitudinalidade e do Seguimento do Paciente	Tempo transcorrido entre alta hospitalar (última hospitalização) e a consulta da paciente por parte do primeiro nível de atenção	Número de dias transcorridos entre a alta hospitalar e a subsequente consulta no primeiro nível de atenção. Variável quantitativa, discreta.	Total de dias transcorridos entre a alta hospitalar e subsequente no primeiro nível de atenção/total de pacientes da amostra	Não foi encontrado padrão
	Indicador 8	Variáveis	Fórmula	Padrão
	Proporção de consultas ao especialista com contrarreferência escrita ao primeiro nível de atenção.	Número de consultas ao especialista com contrarreferência escrita ao primeiro nível de atenção. Variável quantitativa discreta. Número de consultas ao especialista. Variável quantitativa discreta	Nº de consultas ao especialista com contrarreferência escrita ao primeiro nível/nº de consultas ao especialista	Toda consulta com o especialista deve produzir contrarreferência, pois o acompanhamento do paciente deve ser no nível primário (BRASIL, 1990, 2004; NEGRI, 2002).

Quadro 3- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 9 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Longitudinalidade do Seguimento do Paciente	Média do número de exames de hemoglobina glicosilada realizados por paciente diabético nos últimos 12 meses a partir da data da coleta	Soma do número de exames de hemoglobina glicosilada realizados em laboratório por paciente diabético no último ano. Variável quantitativa contínua.	Total de exames de hemoglobina glicada/ano/total de pacientes da amostra	Recomenda-se realização a cada 3 meses, ou seja, 4 provas de hemoglobina glicosilada ao ano (BRASIL, 2006b; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).
	Indicador 9 b	Variáveis	Fórmula	
	Proporção de pacientes diabéticos que cumprem a norma de 4 provas de hemoglobina glicosilada ao ano, nos últimos 3 anos a partir da data da coleta. .	Número de pacientes com 4 exames de hemoglobina glicosilada ao ano. Variável quantitativa discreta.	Nº de pacientes que cumprem a norma de 4 exames ao ano/total de pacientes amostra	

Quadro 3- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 10 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Longitudinalidade do Seguimento do Paciente	Média do número de exames de microalbuminúria realizados por paciente diabético nos últimos 12 meses a partir da coleta	Número de exames de microalbuminúria no último ano. Variável quantitativa discreta	Total do nº de exames de microalbuminúria no último ano /total de pacientes da amostra	Recomenda-se um exame de microalbuminúria ao ano (GROSS; NEHME, 1999; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2006; BRASIL, 2006b)
	Indicador 10 b	Variáveis	Fórmula	
	Proporção de pacientes diabéticos que cumprem a norma de 1 prova de microalbuminúria ao ano, nos últimos 3 anos a partir da data da coleta	Número de pacientes com 1 exame de microalbuminúria ao ano. Variável quantitativa discreta	Nº de pacientes que cumprem a norma de 1 exame ao ano /total de pacientes da amostra	

Quadro 3- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão - Longitudinalidade do Seguimento do Paciente.

(Conclusão)

Subdimensões	Indicador 11 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Longitudinalidade do Seguimento do Paciente	Média do número de exames de retinoscopia (fundo de olho) por paciente diabético realizadas nos últimos 12 meses a partir da data da coleta	Total do nº de exames de retinoscopia no último ano. Variável quantitativa discreta.	Nº de exames de retinoscopia no último ano/total de pacientes da amostra	Recomenda-se realizar a retinoscopia 1 vez ao ano (GROSS; NEHME, 1999; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 2006b).
	Indicador 11 b	Variáveis	Fórmula	
	Proporção de pacientes diabéticos que cumprem a norma de 1 retinoscopia ao ano, nos últimos 3 anos a partir da data da coleta	Número de pacientes com 1 retinoscopia ao ano. Variável quantitativa discreta.	Nº de pacientes que cumprem a norma de 1 exame ao ano/total de pacientes da amostra	

Fonte: A autora

Quadro 4- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão – Consistência da Atenção.

(Continua)

Subdimensões	Indicador 12 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Consistência da Atenção	Proporção de pacientes diabéticos com realização de exames de pé ao ano, nos últimos 3 anos a partir da data da coleta..	Número de pacientes com exame do pé ao ano. Variável quantitativa discreta	Nº de pacientes com exame do pé ao ano/total de pacientes da amostra	Recomenda-se que seja realizado pelo menos uma vez ao ano (BRASIL, 2006b; GROSS; NEHME, 1999; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006).
	Indicador 12 b	Variáveis	Fórmula	Padrão
	Proporção de exames do pé em paciente diabético por nível de atenção	Número de exames do pé por nível de atenção. Variável quantitativa discreta.	Nº de exames do pé para cada nível de atenção	Segundo o Caderno de Atenção Básica (2006b), o exame do pé deve ser realizado no primeiro nível de atenção.

Quadro 4- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão – Consistência da Atenção.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 13 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Consistência da Atenção	Proporção de pacientes diabéticos com o índice de massa corporal (IMC) registrado abaixo do valor de referência de 25 kg/m ² no último cálculo realizado	Número de pacientes com índice de massa corporal (peso/altura em metros ao quadrado) abaixo de 25 kg/m ² . Variável quantitativa discreta. IMC. Variável quantitativa contínua	Nº de pacientes com IMC <25 no último cálculo realizado	O índice de massa corpórea tem por valor de referência ser abaixo de 25 e deve ser calculado a cada consulta (BRASIL, 2006b; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010).
	Indicador 13 b	Variáveis	Fórmula	
	Média dos valores de IMC do último cálculo realizado pelo profissional da unidade de saúde por paciente diabético com pelo menos 1 IMC calculado.	Valores do índice de massa corporal. Variável quantitativa contínua.	Somatório dos valores do IMC/nº de pacientes com pelo menos 1 cálculo de IMC registrado em prontuário	

Quadro 4-: Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão – Consistência da Atenção.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 14 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Consistência da Atenção	Proporção de pacientes diabéticos com valores de glicemia de jejum abaixo do valor de referência de 130 mg/dl no último exame de laboratório realizado.	Número de pacientes com valor da glicemia pré prandial abaixo de 130 mg/dl. Variável quantitativa discreta. Valor da glicemia pré prandial. Variável quantitativa contínua	Nº de pacientes com glicemia pré prandial < 130mg/dl no último exame de laboratório/total de pacientes da amostra	Considera-se adequados valores de glicemia abaixo de 130 mg/dl (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010).
	Indicador 14 b	Variáveis	Fórmula	
	Média dos valores de glicemia pré-prandial do último exame de laboratório realizado por paciente diabético com pelo menos 1 exame de glicemia de jejum realizado nos últimos 12 meses a partir da data da coleta	Valores da glicemia pré prandial. Variável quantitativa contínua. Número de pacientes com pelo menos 1 exame realizado	Somatório dos valores da glicemia pré prandial/ nº de pacientes com pelo menos 1 exame de glicemia pré prandial realizado	

Quadro 4- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão – Consistência da Atenção.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 15 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Consistência da Atenção	Proporção de pacientes com valor de hemoglobina glicosilada abaixo do valor de referência de 7% no último exame de laboratório realizado.	Número de pacientes com valor da hemoglobina glicada abaixo de 7%. Variável quantitativa discreta. Valor da hemoglobina glicada. Variável quantitativa contínua	Nº de pacientes com hemoglobina glicada abaixo de 7% no último exame de laboratório/total de pacientes da amostra	Considera-se adequados valores abaixo de <7% (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010).
	Indicador 15 b	Variáveis	Fórmula	
	Média dos valores de hemoglobina glicada no último exame de laboratório realizado em qualquer nível de atenção por paciente diabético com pelo menos 1 exame de hemoglobina glicada realizado.	Valores de hemoglobina glicada no sangue. Variável quantitativa contínua. Número de pacientes com pelo menos 1 exame de hemoglobina glicada realizado. Variável quantitativa discreta.	Somatório dos valores da hemoglobina glicada/nº de pacientes com pelo menos 1 exame de hemoglobina glicada realizado	

Quadro 4- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão – Consistência da Atenção.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 16 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Consistência da Atenção	Proporção de pacientes diabéticos com valores de pressão arterial abaixo do valor de referência de 130-80 mmHg na última aferição realizada.	Número de pacientes com valor da pressão arterial abaixo de 130-80 mmHg. Variável quantitativa discreta. Valor da pressão arterial. Variável quantitativa contínua	Nº de pacientes com pressão arterial abaixo de 130-80 mmHg no último exame de laboratório/total de pacientes da amostra	Considera-se adequados valores de pressão arterial abaixo de 130 mg/dl (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010).
	Indicador 16 b	Variáveis	Fórmula	
	Média do valor da pressão arterial da última aferição realizada pelo profissional da unidade de saúde por paciente diabético com pelo menos 1 aferição de pressão arterial realizada.	Valores de pressão arterial. Variável quantitativa contínua. Número de pacientes com pelo menos 1 aferição de pressão arterial realizada. Variável quantitativa discreta.	Somatório dos valores da pressão arterial/nº de pacientes com pelo menos 1 aferição de pressão arterial realizada	

Quadro 4-: Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão – Consistência da Atenção.

(Continuação)

Subdimensões	Indicador 17 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Consistência da Atenção	Proporção de pacientes com valores de microalbuminúria abaixo do valor de referência de 30 mg/g na urina no último exame de laboratório realizado	Número de pacientes com valor de microalbuminúria abaixo de 30 mg/g. Variável quantitativa discreta. Valor da microalbuminúria. Variável quantitativa contínua	Nº de pacientes com valor de microalbuminúria abaixo de 30 mg/g no último exame de laboratório/total de pacientes da amostra	Considera-se normal o valor do exame de microalbuminuria na urina abaixo de 30 mg/g (ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).
	Indicador 17 b	Variáveis	Fórmula	
	Média dos valores de microalbuminuria no último exame realizado por paciente diabético com pelo menos 1 exame de microalbuminúria realizado.	Valores de microalbuminuria. Variável quantitativa contínua. Número de pacientes com pelo menos 1 exame de microalbuminuria realizado. Variável quantitativa discreta.	Somatório dos valores da microalbuminuria /nº de pacientes com pelo menos 1 exame de microalbuminuria realizado	

Quadro 4- Descrição de Indicadores da Coordenação da Gestão – Consistência da Atenção.

(Conclusão)

Subdimensões	Indicador 18 a	Variáveis	Fórmula	Padrão
Consistência da Atenção	Proporção de pacientes diabéticos com colesterol total no sangue abaixo do valor de referência de 200 mg/dl no último exame de laboratório realizado.	Número de pacientes diabéticos com colesterol total no sangue abaixo de 200 mg/dl. Variável quantitativa discreta. Valor do colesterol total. Variável quantitativa contínua	Nº de pacientes com valor de colesterol total no sangue < 200 mg/dl no último exame de laboratório/total de pacientes da amostra	Considera-se aceitável valores de colesterol total abaixo de 200 mg/dl (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010).
	Indicador 18 b	Variáveis	Fórmula	
	Média dos valores de colesterol total por paciente diabético no último exame de laboratório realizado com pelo menos 1 exame de colesterol realizado.	Valores do colesterol total. Variável quantitativa contínua. Número de pacientes com pelo menos 1 exame de colesterol total realizado. Variável quantitativa discreta.	Somatório dos valores do colesterol total/nº de pacientes com pelo menos 1 exame de colesterol total realizado	

Fonte: A autora

5.4.3 Categorias da Abordagem Qualitativa do Trabalho de Campo

As informações registradas em diário de campo foram agrupadas em: fatores contextuais do município do Recife, o acesso aos serviços de saúde e ao prontuário clínico e o prontuário clínico como fonte de informação.

Com relação aos fatores contextuais do município do Recife foi observados a greve dos enfermeiros e o curso de formação técnica dos agentes comunitários de saúde.

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde e aos prontuários clínicos foram observados aspectos relativos a colaboração dos profissionais, acessibilidade às enfermeiras, renovação de autorizações e exigências para acesso aos prontuários nos diferentes níveis de atenção, construção da relação de diabéticos na Atenção Primária, colaboração dos ACS, bem como as dificuldades para encontrar os pacientes (vistas).

Já no tocante ao prontuário clínico como fonte de informação foram observados o preenchimento e qualidade das informações em prontuário, a ausência de identificação do profissional em consulta, dificuldades pra encontrar prontuários que atendessem aos critérios de inclusão, defasagem do Sistema Hiperdia e legibilidade dos prontuários na atenção secundária.

5.5 Processamento e Análise dos Dados

Após a coleta dos dados, os formulários foram digitados duas vezes em momentos diferentes. Após o término da digitação, foi realizada uma comparação entre os bancos de dados digitados corrigindo-se eventuais inconsistências ou diferenças. A digitação e os bancos de dados foram criados no software Microsoft Access 2007 (©Microsoft Corporation).

Os dados foram analisados no software Microsoft Excel 2007 (©Microsoft Corporation). Para as variáveis qualitativas, foi feita a categorização dos dados. Para as variáveis quantitativas, realizou-se o cálculo das medidas de tendência central.

O indicadores sobre coordenação assistencial rede de serviços de saúde foi comparado com os valores e conceitos de referência revisados da literatura, acompanhados do relato do processo de coleta de dados para melhor esclarecimento dos resultados encontrados.

Foram observados 2 aspectos principais que originaram a organização dos resultados da seguinte maneira: indicadores de coordenação da informação e de gestão; e as dificuldades para a obtenção de informações sobre a coordenação da informação e da gestão entre os serviços de saúde.

As informações em diários de campo foram ordenadas e categorizadas de forma a permitir a inclusão de qualquer informação sendo as categorias mutuamente exclusivas, porém interdependentes. A análise desses dados se estabeleceu no

confronto da literatura com as contribuições que o trabalho de campo traz para estabelecer uma maior compreensão de todos os resultados encontrados, articular ao contexto no estudo de coordenação e ampliar o conhecimento sobre o assunto.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Equity-LA já foi submetido e aprovado em Comitês de Ética em Pesquisa na Europa e no Brasil .No Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética Nacional em Pesquisa (CONEP) com o CAAE nº 3505.0.000.250-08 e no Comitê de Ética do CISAM/PE com o mesmo nº do CAAE no parecer de nº 064/08.

Serão obedecidos os princípios de bioética registrados na Resolução nº 196/96 que estabelece as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Toda a pesquisa que envolve seres humanos acarreta riscos. Neste estudo, conforme a metodologia proposta, a relação com os sujeitos dar-se-á através da participação dos mesmos em entrevistas. Deste modo estima-se que os riscos quanto às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, particularmente quanto a qualquer tipo de constrangimento, deverão ser minimizados. Na Resolução 196/96 (inciso V- 1a) tais riscos são admissíveis quando oferecem uma elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem estar dos sujeitos da pesquisa.

Todos os informantes foram convidados e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que participem dando suas opiniões sobre o tema da pesquisa.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa divulgação dos resultados e confidencialidade dos dados obtidos. Não houve nenhuma vantagem financeira para participar da pesquisa e os sujeitos estarão livres para interromper ou abandonar a sua participação em qualquer tempo, sem que isto lhes traga quaisquer consequências.

Foi solicitado à Secretaria de Saúde Municipal do Recife e à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco um termo de anuência para a participação dos seus profissionais na pesquisa, bem como acesso a documentos e dados.

7 RESULTADOS

Os resultados foram organizados na seguinte sequência: descrição da distribuição dos prontuários por unidade e nível de complexidade, resultados dos indicadores sobre coordenação da informação, resultados dos indicadores sobre coordenação da gestão e a descrição das dificuldades enfrentadas para obtenção de informações sobre a coordenação da assistencial entre os serviços de saúde.

7.1 Distribuição dos prontuários por unidade de saúde e por nível de complexidade

Dos 60 prontuários previamente planejados, 50 preencheram os critérios de inclusão. Destes, foram utilizados como fonte de dados os prontuários da atenção primária (50), da atenção secundária (15) e na atenção terciária (2). A distribuição dos prontuários conforme unidade de saúde está descrita na Tabela 2

Tabela 1 – Serviços de atenção primária de origem de usuários portadores de diabetes melito tipo 2 – Recife, PE, 2012

Natureza	Planejados (%)	Incluídos (%)
UBT	10 (16,8)	12 (24,0)
UBT*	10 (16,8)	0 (0,0)
ESF	5 (8,3)	6 (12,0)
ESF	5 (8,3)	6 (12,0)
ESF	5 (8,3)	5 (10,0)
ESF	5 (8,3)	5 (10,0)
ESF	5 (8,3)	5 (10,0)
ESF	5 (8,3)	4 (8,0)
ESF	5 (8,3)	4 (8,0)
ESF	5 (8,3)	3 (6,0)
Total	60 (100,0)	50 (100,0)

Fonte: A autora

Nota: *Uma UBT foi retirada do estudo, pois não atendia usuários diabéticos, sendo estes, encaminhados para a outra UBT da microrregião 3.3

Legenda: UBT: Unidade Básica Tradicional
ESF: Equipe de Saúde da Família

A tabela 1 demonstra a distribuição das unidades de saúde e dos prontuários por nível de complexidade. Nos registros em prontuário e entrevista com o paciente foram identificados 29 encaminhamentos à 8 serviços de saúde do nível secundário

e à 6 unidades de nível terciário (hospitais). Dessa forma, 62% dos pacientes da amostra foram encaminhados à serviços especializados (29 pacientes ao nível secundário, destes, 4 pacientes também foram encaminhados ao nível terciário e 2 pacientes foram encaminhados diretamente ao nível terciário)

A equipe de coleta de dados, dotada de nome do paciente, data de nascimento e registro geral (RG), esteve em cada unidade de saúde para a procura dos prontuários e obtenção dos dados. Dos 29 prontuários esperados para a atenção secundária, só foram encontrados 15 (ver pág.75). Já na atenção terciária, foram encontrados apenas 2 dos 6 prontuários esperados (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de unidades de Saúde e prontuários por nível de complexidade.

Nível de Complexidade	Natureza	Número de Unidades de Saúde	Prontuários Esperados (N)	Prontuários Incluídos (N)
Nível Primário	UBT*	1	20	12
	ESF	8	40	38
Nível Secundário	USS	8	29	15
Nível Terciário	UTS	6	6	2
	Total	23	95	67

Fonte: Autora

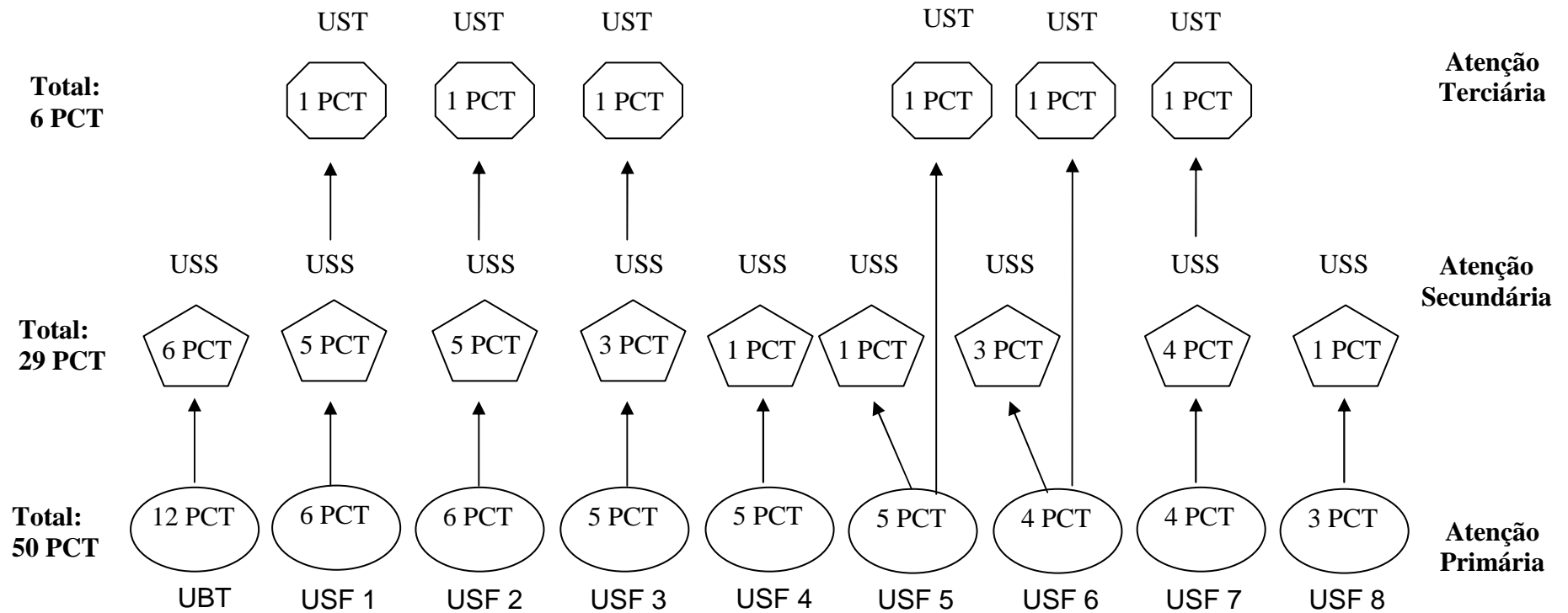
Nota: *Uma UBT foi retirada do estudo, pois não atendia usuários diabéticos, sendo estes, encaminhados para a outra UBT da microrregião 3.3

Legenda: USS: Unidade de Secundária de Saúde

UTS: Unidade Terciária de Saúde

A Figura 3 apresenta a distribuição dos prontuários esperada mediante os encaminhamentos identificados na coleta de dados na atenção primária. A segunda figura apresenta a real distribuição dos prontuários encontrados e coletados na atenção secundária e terciária.

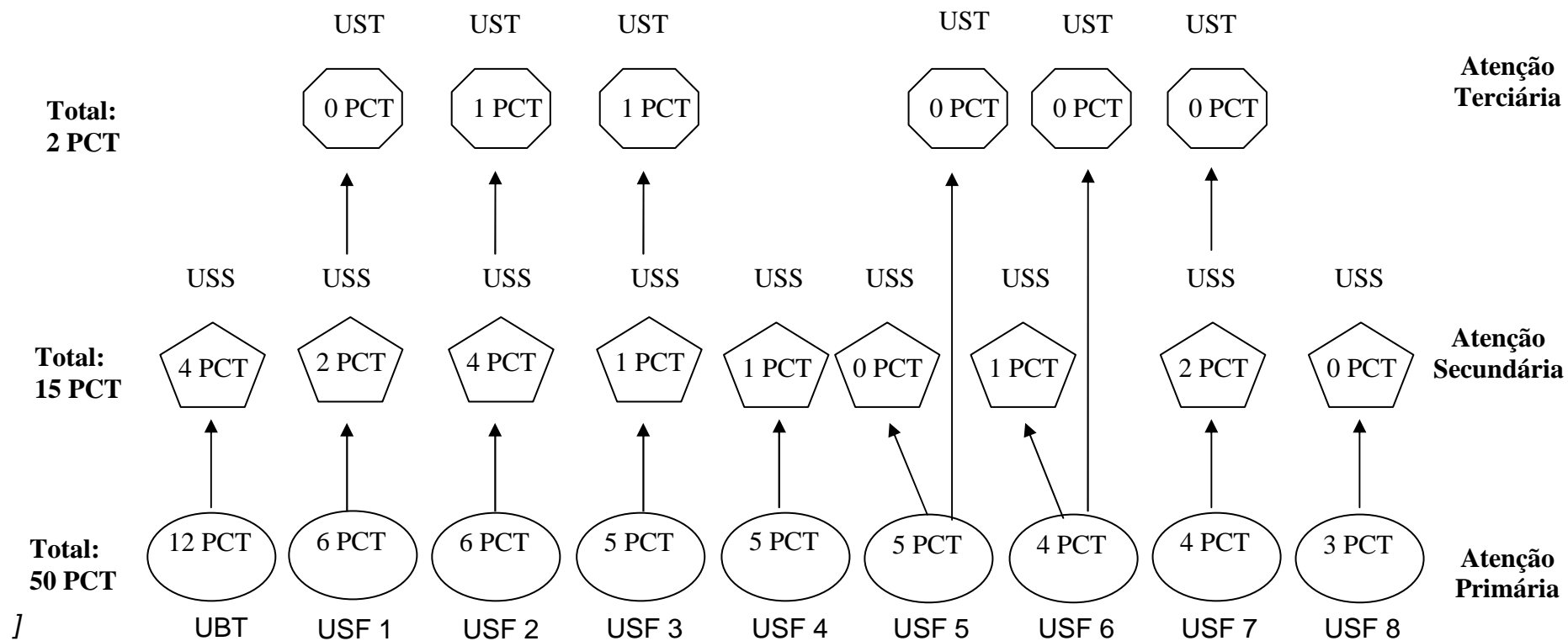
Figura 3 - Fluxograma dos encaminhamentos esperados pela coleta de dados na atenção primária



Fonte: A autora

Legenda: UBS= Unidade Básica Tradicional
 USS= Unidade Secundária de Saúde
 UTS= Unidade Terciária de Saúde
 PCT= paciente

Figura 4 - Fluxograma dos encaminhamentos encontrados pela coleta de dados na atenção secundária e terciária



Fonte: A autora

Legenda: UBS= Unidade Básica Tradicional
 USS= Unidade Secundária de Saúde
 UTS= Unidade Terciária de Saúde

7.2 Coordenação da Informação

7.2.1 Transferência e Utilização da Informação

O Indicador 1 trata da existência de instrumento específico para transferência da informação. Em nenhum caso foi encontrado tal instrumento em posse do paciente ou anexado aos prontuários. Entretanto, foi encontrado com o paciente receituários como meio de transferência de informação

O Indicador 2 é referente à utilização da informação que reflete à adequação do tipo de informação compartilhada em prontuário. Em todos os prontuários, o conteúdo da informação foi considerado inadequado, pois, essencialmente, havia insuficiência dos registros de consultas, dos registros sobre exames laboratoriais e identificação do médico.

7.3 Coordenação da Gestão

7.3.1 Longitudinalidade do seguimento do paciente

Em relação aos Indicadores 3a e 3b, apenas 1 entre os 50 pacientes apresentava registro em prontuário de 4 ou mais consultas médicas ao ano no primeiro nível e este apresentava seguimento pelo mesmo médico. Para o indicador 3c, dos 50 pacientes 6 submeteram-se a 3 consultas com o mesmo médico do primeiro nível de atenção no último ano (Quadro 5).

Em 22% (11) dos prontuários não havia registro de consultas médicas na atenção primária no período pesquisado e em 96% (48) não havia registro de consultas de enfermagem. Em 18% (9) dos prontuários não foi possível definir o seguimento, pois não havia identificação do médico das consultas nos prontuários.

Quadro 5: Normas para número de consultas e seguimento na atenção primária

Indicador	Descrição	Proporção	%
3 a	Ao menos 4 consultas médicas ao ano	1/50	2,0
3 b	4 consultas médicas ao ano e 3 consultas pelo mesmo médico (seguimento)	1/50	2,0%
3 c	Três consultas pelo mesmo médico (seguimento)	6/50	12,0

Fonte: Autora

O Quadro 6 mostra os indicadores relativos às consultas de controle no nível primário. Havia registro de 65 consultas por ano para os 50 pacientes, ou 1,3 consultas por paciente por ano (Indicador 4a). Com relação às consultas de enfermagem, havia registro em prontuário de 2 consultas por ano considerando os 50 pacientes ou 0,04 consultas por paciente por ano (Indicador 4b). Do total de 200 consultas em nível primário, os médicos foram responsáveis por 97%, enquanto que a enfermagem por 3% (Indicador 4c).

Ainda no Quadro 6, em relação às consultas médicas com especialistas, para os 50 pacientes foram registradas 18 consultas para os 50 pacientes, ou 0,36 consulta/paciente/ano.

Dos 15 prontuários encontrados na atenção secundária, 5 não apresentava nenhum registro de consulta com especialista.

Quadro 6 - Consultas de controle nos níveis primário e secundário

Indicador	Descrição	Total de consultas	Consultas/paciente/ano	Proporção
4 a	Consultas de controle por médico em nível primário	65	1,3	-
4 b	Consultas de controle por enfermeiro em nível primário	2	0,04	-
4 c	Proporção de consultas médicas e de enfermagem no nível primário	194 médicas 6 de enfermagem	-	97% médicas 3 %de enfermagem
5	Consultas de controle por médico especialista	53	0,36	-

Fonte: Autora

Com relação ao Indicador 6, em apenas 3 formulários foram encontradas as datas de última consulta na atenção especializada e data da consulta subsequente na atenção primária. No total, os 3 pacientes somaram 1.964 dias neste período, o que significa uma média de 654,7 dias/paciente

Para o Indicador 7, em apenas 2 prontuários foi encontrada a data da alta hospitalar e a data da consulta subsequente no nível primário. A média foi de 16,5 dias dia.

Dos 15 pacientes encontrados na atenção secundária, 12 (80%) não apresentavam as datas de última consulta na atenção especializada e data da consulta subsequente na atenção primária.

Quanto ao Indicador 8, os 50 pacientes realizaram 53 consultas com especialistas. Deste total, havia registro de 3 contra-referências à atenção primária.

Em 48 (56%) prontuários não foi encontrado nenhuma contrarreferência

O quadro 6 demonstra que do total de 50 pacientes, 11 (22,0%) realizaram dosagem de hemoglobina glicada (Indicador 9a). Todas as dosagens foram no nível secundário de atenção. Nenhum paciente cumpriu a norma de pelo menos 4 dosagens de hemoglobina glicada ao ano (Indicador 9b). Não foram encontrados registros de resultados de dosagem de microalbuminúria (Indicador 10a e 10b). Em 4 dentre os 50 pacientes (8,0%) foi realizado exame oftalmológico (Indicador 11a),

porém nenhum paciente cumpriu a norma de 1 exame oftalmológico por ano no último ano a partir da coleta (Indicador 11 b)

Quadro 7 - Proporção de realização de exames complementares e cumprimento de normas

Indicador	Descrição	Proporção	%
9 ^a	Realização de dosagem de hemoglobina glicosilada	11/50	22,0
9 b	Realização de pelo menos 4 dosagem de hemoglobina glicosilada no último ano.	0/50	0,0
10 ^a	Realização de dosagem de microalbuminúria	0/50	0,0
10b	Realização de pelo menos 1 dosagem de microalbuminúria	0/50	0,0
11 ^a	Realização de exame oftalmológico	4/50	8,0
11b	Realização de pelo menos 1 exame oftalmológico ao ano.	0/50	0,0

Fonte: Autora

7.3.2 Consistência da Atenção

Com relação ao Indicador 12a, sobre registro de exame do pé diabético, havia registro no prontuário de 2 pacientes (4,0%) na atenção primária. Não foi encontrado registro nos prontuários da média e/ou alta complexidade (Indicador 12b).

Em 48 (96%) prontuários não havia registro de exame do pé.

O Quadro 7 apresenta os indicadores sobre os resultados de exames complementares de acordo com os valores de referência.

Para o Indicador 13a, apenas em prontuários de 2 pacientes havia registro de IMC, e em ambos o valor era acima de 25 (Quadro 8) e a média desses 2 valores foi 31,1Kg/m² (Indicador 13b) Em mais dois prontuários havia registro do peso, sem registro de estatura. Em 48 (96%) prontuários não foram encontrados registros de IMC. Com relação ao Indicador 14a, foi encontrado o registro de dosagem de

glicemia pré-prandial em 32 prontuários (64%) (Quadro 8). Destes, 14 (43,8%) estavam abaixo de 130 mg/dL. O Indicador 14b apresentou média dos valores de glicemia pré-prandial de 184,0 mg/dL. Em 36% (18) dos prontuários não foram encontrados valores de glicemia pré-prandial.

Para o Indicador 15 a, foi encontrado o registro de pelo menos uma dosagem de hemoglobina glicada em 11 pacientes. Nenhum abaixo de 7 g/dL (Quadro 8). O Indicador 15 b apresentou média do valores de hemoglobina glicada de 10,5 d/dL.

Em 39 (78%) prontuários, não foram encontrados registros sobre hemoglobina glicada.

Com relação ao Indicador 16a, dos 50 pacientes, 40 apresentavam registro de medida de pressão arterial. Em 18 deles (45,0%), a medida estava abaixo de 130-80 mmHg (Quadro 8) O Indicador 16 b apresentou média das pressões sistólicas de 133,8 mmHg por paciente e média da pressões diastólicas de 82 mmHg por paciente

Em 10 (20%) dos prontuários, não foram encontrados registros de aferição de pressão arterial.

Para os Indicadores 17a e 17b, não foram encontrados registros de microalbuminúria em nenhum nível de complexidade (Quadro 8)

Para o Indicador 18a, 30 pacientes apresentavam registro da dosagem de colesterol nos prontuários. Destes, 13 (43,3%) mostravam valores abaixo de 200 mg/dL (Quadro 8). Com relação ao Indicador 18b, a média foi de 211,8 mg/dL por paciente.

Em 20 (40%) dos prontuários, não foram encontrados registros de exame de colesterol.

Quadro 8 - Proporção de resultados de exames de acordo com valores de referência.

Indicador	Descrição	Proporção*	%
13 a	Proporção de pacientes com valores de índice de Massa Corpórea (IMC) abaixo de 25.	0/2	0,0
14 a	Proporção de pacientes com valores de glicemia pré-prandial abaixo de 130 mg/dL no último ano de seguimento	14/32	43,8
15 a	Proporção de pacientes com valores de hemoglobina glicada abaixo de 7 g/dL no último ano	0/11	0,0
16 a	Proporção de pacientes com valores de pressão arterial abaixo de 130-80 mmHg	18/40	45,0
17 a	Proporção de pacientes com valores de microalbuminúria abaixo de 30 mg/mL	-	-
18 a	Proporção de pacientes com valores de colesterol total abaixo de 200 mg/dL no último ano	13/30	43,3

Fonte: Autora

Nota: *Em relação ao total de pacientes com registro presente em prontuário.

7.4 Dificuldades para a obtenção de informações sobre a coordenação da informação e da gestão entre os serviços de saúde

Com base nos registros em diários de campo da equipe de coleta de dados, nessa seção serão descritas as dificuldades encontradas para obtenção dos dados relativos ao estudo de coordenação assistencial. O primeiro aspecto a ser descrito serão os fatores contextuais do município do Recife. O segundo, o acesso aos serviços de saúde e ao prontuário clínico e por fim, o prontuário clínico como fonte de informação.

7.4.1 Fatores contextuais do município do Recife

O ano de 2011 precedeu ano de eleições municipais realizadas em outubro de 2012 e foi na vigência desse processo que se realizou o trabalho de campo para a obtenção de dados do presente estudo.

Nesse período pré-eleitoral, foram iniciadas greves da categoria de enfermagem. A greve de 750 enfermeiros, incluindo os da atenção Primária, lotados na rede municipal de saúde do Recife ocorreram entre os meses de março e junho de 2011 e reivindicava reajuste salarial e incorporação de gratificações ao salário base em acordo realizado com o governo em 2009 (ENFERMEIROS..., 2012a, 2012b). Em todos os diários de campo, a greve dos enfermeiros foi encontrada como fator dificultador ao andamento da coleta. Ela apareceu como problema por 6 vezes nos registros de campo.

Devido a essa conjuntura político administrativa do Recife e principalmente, às paralisações da categoria de enfermagem, o funcionamento das unidades de serviço de saúde do Recife apenas manteve o atendimento garantido por lei, ou seja, 30% das necessidades da população e os casos de emergência 2009 (ENFERMEIROS..., 2012a, 2012b). Diante dessa situação, tornou-se difícil a coleta de dados nesse período, uma vez que os enfermeiros são, na maioria das unidades de saúde da atenção primária, os responsáveis pela administração das unidades de saúde da família.

Em setembro de 2011, a Prefeitura do Recife iniciou um Curso de Formação Técnica em Agentes Comunitários de Saúde para os profissionais efetivos dessa categoria lotados na rede. O curso que terminou em setembro de 2012, incluiu aproximadamente 1 500 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais saíam da área de trabalho duas vezes por semana para as aulas. No turno da tarde, as unidades de saúde da família trabalhavam com aproximadamente metade dos seus ACS.

De acordo com os procedimentos metodológicos adotados por esse estudo, o ACS teve papel importante na execução da coleta de dados. Dentro das unidades de saúde da família sorteadas para a pesquisa, era o ACS que detinha o controle dos prontuários sob supervisão dos enfermeiros além desse profissional realizar a ligação entre a comunidade e a equipe de saúde da família. O curso de formação

técnica dos ACS foi um aspecto contextual importante, pois dificultou o processo de coleta devido ao longo período de duração, um ano, sendo encontrado como entrave por 5 vezes nos registros de campo.

7.4.2 O Acesso aos Serviços de Saúde e ao Prontuário Clínico

Dentre as unidades sorteadas para a coleta de dados, havia locais de difícil acesso geográfico (com terrenos íngremes, falta de sinalização indicativa da localidade, acesso dificultado para ônibus) e insegurança. Somado a isso, verificou-se a indisposição dos profissionais da Atenção Primária em colaborar com a pesquisa alegando falta de tempo e sobrecarga de trabalho. Nos diários de campo, por 13 vezes foi citada a falta de cooperação dos profissionais das unidades de saúde.

Com relação às enfermeiras das unidades de saúde da atenção primária, a inacessibilidade a essas profissionais foi citada por 10 vezes nos registros de campo. Das 8 enfermeiras contatadas na realização do estudo, 2 delas se ausentaram da unidade de saúde devido a férias e licença prêmio chegando até 7 meses. Durante todo esse período, não houve substituição e nenhum outro funcionário que pudesse responder pelos prontuários clínicos, embora os pacientes tenham sido distribuídos para outras equipes de saúde da família.

Para início do projeto de pesquisa, ocorreu uma reunião com representantes da microrregião 3.3 para apresentação do estudo, porém todos os profissionais da atenção primária mostraram desconhecimento da pesquisa e solicitaram renovação das cartas de autorização por as considerarem antigas.

Nos registros de diário de campo, as exigências quanto às autorizações foram encontradas como impedimento do acesso aos prontuários por 9 vezes. O processo de renovação da anuência do município configurou um atraso de 15 dias na coleta de dados.

Em sequência, foi dado prosseguimento à coleta de dados. Embora o relatório SSA2 consolide mensalmente as informações sobre a situação de saúde das famílias em cada área adscrita, inclusive o número de diabéticos cadastrados e acompanhados, nenhuma das unidades de saúde da Atenção Primária dispunha do o número total de usuários diabéticos da sua área adscrita para fornecer à equipe de coleta. De

forma que para cálculo da amostra aleatória foi necessário confeccionar uma relação desses pacientes. Em nenhuma unidade de saúde da atenção primária havia sistema informatizado de prontuários. Com base nos registros de cadastramento das famílias e com o auxílio dos ACS das unidades de saúde para a visita ao paciente, foi elaborada a relação de usuários diabéticos de cada microárea. A dificuldade em construir a relação dos pacientes diabéticos para cada unidade de saúde foi destacada 11 vezes nos diários de campo da equipe de coleta. Esse processo levou 3 meses para ser concluído. Além disso, a falta de colaboração dos ACS foi encontrada em 5 vezes nos registros de campo. Também foi observado ACS em desvio de função, realizando atividades administrativas da unidade (BRASIL, 2007).

No que se refere às visitas aos pacientes para complementação do formulário de coleta, em muitas vezes os pacientes não foram encontrados. Esse fato foi relatado por 7 vezes em diário de campo.

Com relação a 2 unidades de saúde que eram campo de prática para a residência multiprofissional em saúde da família, foi registrado a boa disponibilidade dos profissionais com a pesquisa e o fácil acesso aos prontuários por 4 vezes nos diários de campo.

Já na atenção secundária e terciária, os profissionais se mostraram solícitos, porém foram exigidas novas autorizações e a atualização da carta de anuência estadual.

Uma unidade de saúde de nível secundário pertencente ao município do Recife solicitou autorização fornecida pelo DS III especificamente direcionada a ela para que o acesso aos prontuários fosse liberado.

Todas as 8 unidades de atenção secundária municipais, privadas ou filantrópicas vinculadas aos SUS exigiram reunião com a diretoria do serviço e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido original assinado pelo paciente para liberação do acesso aos prontuários. Essas exigências para acesso aos prontuários foram relatadas como dificuldade para a coleta de dados no nível secundário por 10 vezes nos diários de campo.

A procura dos prontuários foi manual, pois apenas duas unidades tinham sistema de catalogação informatizado. Nessas unidades o sistema fornecia a informação da existência do prontuário e da sua localização física, mas os registros em prontuário eram manuscritos.

Na atenção terciária, também foi necessária a renovação da carta de anuência do Estado de Pernambuco. Esse processo levou 1 mês entre tentativa de contato com o setor responsável e a entrega da carta. A necessidade de renovação da carta foi encontrada como entrave à coleta por 5 vezes nos registros de diários de campo. Dessa forma, foram marcadas reuniões com a diretoria dos 6 hospitais e mostrados os TCLE juntamente com a carta de anuência do Estado para obtenção do acesso aos prontuários.

Além desses intervenientes no processo de coleta de dados para o estudo de coordenação assistencial, houve os fatores ligados diretamente ao conteúdo e organização do prontuário dentro das unidades de saúde.

7.4.3 O Prontuário Clínico como Fonte de Informação

Muitas dificuldades foram enfrentadas na utilização de prontuários como fonte de informação para estudo de coordenação assistencial.

Nos registros de campo, a falta de preenchimento e a baixa qualidade das informações foram relatadas para todos os prontuários. Esse problema foi descrito por 22 vezes nos diários de campo. Em nenhum nível de complexidade, foi verificada informações sobre complicações associadas ao DM.

A fala de uma médica da atenção primária retrata a dimensão do problema:

“Eu nunca aconselharia fazer uma pesquisa nesse posto.”

Uma enfermeira da atenção primária reforça a falta de preenchimento dos prontuários (BRITO, 2012):

“Não tem registro de ações, nem nos cartões dos pacientes.” (FERREIRA, 2012).

Além disso, foi relatada por 5 vezes a ausência de identificação do profissional que realizou a consulta.

Também foi observada a falta de organização dos prontuários por 14 vezes nos diários de campo. Uma funcionária de uma unidade de saúde da atenção primária expõe:

“É muito difícil fazer qualquer tipo de pesquisa no posto por conta da falta e organização” (SOUTO, 2012).

A organização de dados sobre os pacientes são iniciativas individuais retratadas pela frase da enfermeira “Y”: “A minha listagem (de pacientes diabéticos) está em casa” (FÉLIX, 2012).

Da mesma forma, ocorria com os ACS. A organização das informações sobre os usuários de cada microárea eram iniciativas pessoais e não eram condensadas em nenhum documento. Faziam parte do “caderno” particular do ACS.

Dificuldades para encontrar prontuários que atendessem aos critérios de inclusão foi relatada por 6 vezes nos diários de campo. Em nenhum prontuário foi encontrada as informações referentes aos critérios de inclusão, sendo estes, verificados junto aos pacientes com o auxílio do ACS. Além disso, havia registros em prontuário que relatava o acompanhamento do paciente somente na atenção secundária e por isso não era acompanhado na atenção primária.

Quanto à manutenção do Sistema de Informação sobre Hipertensão e Diabetes (HiperDia) dentro das unidade de saúde, a sua defasagem foi relatada 5 vezes e uma enfermeira revelou:

“Você vai ter muita dificuldade porque o HiperDia não funciona” (FÉLIX, 2012).

Já na atenção secundária e terciária, os problemas que se destacaram foram a ausência dos prontuários procurados e a ilegibilidade dos prontuários. Houve perda de 14 prontuários na atenção secundária e 4 na atenção terciária. A ilegibilidade foi encontrada por 4 vezes nos registros de diário de campo. Na maioria das vezes, os dados eram escritos em siglas de acordo com a especialidade médica do profissional.

Por outro lado, em um prontuário, foi encontrado 1 registro do não comparecimento do paciente à consulta e 1 registro de paciente que compareceu à consulta mas não levou os resultados dos exames solicitados pelo médico.

Dessa forma, a coleta de dados perdurou 1 ano e 3 meses, sendo que 1 mês de pré-teste, 8 meses na atenção primária e 4 meses na atenção secundária e terciária.

8 DISCUSSÃO

São abordadas nessa discussão: as características dos encaminhamentos dos pacientes, a distribuição dos prontuários encontrados na rede de serviços de saúde, a qualidade dos resultados obtidos através dos indicadores sobre transferência e utilização da informação clínica, seguimento e consistência da atenção ao paciente diabético. Também são debatidas as dificuldades encontradas na operacionalização do processo de coleta para o estudo de coordenação assistencial.

O baixo índice de registro de dados encontrados nos prontuários pesquisados limita o poder de análise em relação aos indicadores e sugere a possibilidade de outras inadequações na atenção prestada. No entanto, mesmo considerando suas possíveis limitações, a análise dos dados permite discussões de outras perspectivas: o pouco preenchimento, a baixa qualidade da informação contida em prontuário e suas consequências na análise de coordenação assistencial.

Quanto a distribuição dos prontuários dentro da rede de serviços, 62% dos pacientes incluídos no estudo foram encaminhados à serviços especializados. Entretanto, a literatura recomenda que, todo paciente diabético deva ir ao médico especialista endocrinologista, cardiologista, oftalmologista e nefrologista pelo menos uma vez ano para cada especialidade citada sob coordenação da atenção primária. Dessa forma, a atenção primária deve ser o centro responsável pela integração dos cuidados e articulação com os outros níveis de atenção e, portanto não deve ser apenas um local de triagem e encaminhamento (ASCHER et al., 2008; BRASIL, 2001, 2007; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010; STARFIELD, 1994, 2002).

Desde a década de 90, considera-se que o acesso aos serviços especializados organizados hierarquicamente, é problemática, apesar da existência de mecanismos de referência a partir da atenção primária (CECÍLIO, 1997). Os achados deste estudo sugerem esse fato, pois somente foram encontrados os prontuários de 15 (43%) pacientes na atenção secundária, dentre os 35 pacientes encaminhados.

Diante do significado de redes assistenciais e da necessidade de integração dessa assistência pressupõe-se que seja pertinente o estabelecimento de mecanismos comunicacionais que assegurem a referência e contrarreferência entre

as unidades que compõe essa rede de serviços e para tanto é necessária coordenação da informação que consiste na transferência e utilização da informação clínica sobre o paciente (KUSHNIR, 2006).

Na observação dos prontuários não foi identificado instrumento oficial de transferência e não há legislação que imponha o uso de instrumento padrão oficial para referência, porém cabe a cada secretaria estadual e municipal estabelecer os mecanismos de referência e contrarreferência de sua rede de assistência (BRASIL, 2002). A inadequação da informação contida em todos os prontuários analisados podem indicar anão utilização dessa informação clínica no contínuo assistencial.

Outro componente para uma melhor resolutividade de uma rede integrada de serviços de saúde é a coordenação da gestão que se subdivide em duas dimensões: longitudinalidade do seguimento e consistência da atenção ao paciente (PEIRO, 2003; VASQUEZ et al., 2008).

A longitudinalidade está associada a diversas vantagens, incluindo menor utilização dos serviços de saúde, melhor cuidado preventivo, atendimentos mais precoces e adequados, menor freqüência de doenças preveníveis, maior satisfação das pessoas com o atendimento e custo total mais baixo (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Os indicadores sobre longitudinalidade do seguimento do paciente tratam da realização de consultas médicas e de enfermagem nos diferentes níveis de atenção assim como da realização de exames de controle da doença e sugerem que os desafios da longitudinalidade no Brasil estão especialmente relacionados com a qualidade do registro das informações em prontuários (ZANETTI et al., 2011; ZAGURY et al., 2002).

Nenhum dos resultados dos indicadores do 3a ao 11b se apresentou de acordo com o padrão encontrado em literatura e houve insuficiência de informações devido ao pouco preenchimento do prontuário clínico (BRASIL, 1990, 2004, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010; GROSS; NEHME, 1999; NEGRI, 2002; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

O mesmo ocorreu com os indicadores sobre consistência da atenção que tratam da adequação da prática registrada aos protocolos clínicos já estabelecidos.

Mesmo considerando o pouco preenchimento dos prontuários, verificou-se que os indicadores sobre consistência da atenção do 12a ao 18b não apresentaram resultados em consonância ao padrão encontrado em literatura (BRASIL, 2006; ROSAS-GUZMAN; LYRA, 2010; GROSS; NEHME, 1999; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2006).

Evidencia-se que o adequado controle dos níveis glicêmico, pressórico e lipídico de indivíduos portadores de DM é capaz de retardar ou prevenir o aparecimento das complicações relacionadas à doença porém, em até 45% dos pacientes com registro desses exames apresentou valores de glicemia de jejum, pressão arterial e colesterol de acordo com o padrão. Contudo, as médias dos valores desses exames se mostraram próximas ao padrão encontrado em literatura. Destaca-se ainda, a ausência de registros sobre microalbuminúria (Indicadores 10a, 10b, 17a e 17b) (BRASIL, 2006; GAEDE et al., 2003; GROSS; NEHME, 1999; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2006; ROSAS-GUSMAN; LYRA, 2010).

Metas para o controle ideal destes parâmetros têm sido propostas por diversas instituições (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). No entanto, tais metas de tratamento seriam alcançadas por uma proporção muito pequena de pacientes diabéticos (ASSUNÇÃO et al., 2005; MCFARLANE et al., 2002; SAYDAH et al., 2004)

Resultados semelhantes foram identificados em outras pesquisas, apesar da importância do controle glicêmico, pressão arterial e colesterol em reduzir o risco de complicações decorrentes do diabetes tipo 2 (HARRIS et al., 2006; TAN et al., 2008).

Quanto à glicemia de jejum, estudo realizado na atenção primária de Ribeirão Preto, SP sobre avaliação do controle glicêmico apresentou 27,7% dos pacientes com valor abaixo de 130mg/dl contra 43% do presente estudo (VERAS, 2009). Outro estudo realizado na atenção primária do Recife aponta que mais da metade dos prontuários analisados apresentavam valores glicêmicos muito acima do ponto de corte utilizado de 126mg/dl (VIEIRA-SANTOS et al., 2008).

Já a baixa proporção de pacientes que apresentam pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg também foi relatada por outras pesquisas. Um estudo recente realizado no Ceará aponta que 48,1% dos pacientes analisados apresentaram pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg, proporção aproximada ao 45% encontrado

nessa pesquisa. Em outra pesquisa também na atenção primária, esse número aumenta para 73,3% pacientes com pressão arterial acima do valor preconizado de 130/80 mmHg (ALENCAR et al., 2012; VIGO et al., 2006)

Com relação ao colesterol, pesquisa realizada em um ambulatório hospitalar de João Pessoa apresentou que 60,8% dos pacientes acompanhados mostraram níveis séricos de colesterol maior ou igual a 200 mg/dl, enquanto que neste estudo 56,7% dos pacientes mostraram níveis alterados de colesterol (FILIZOLA; SARAIVA, 2001).

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação (sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas e os recursos disponíveis), propiciada pelos sistemas de informação, mecanismos de transmissão da informação e comunicação. Essas informações contribuem para o uso de critérios de encaminhamento e consolidação de objetivos assistenciais comuns. O prontuário clínico se configura um importante instrumento de coordenação assistencial, pois se entende que é um documento de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o usuário e o serviço de saúde. Dessa forma, o prontuário é o histórico de interações do usuário com o sistema de serviços de saúde, devendo ser o maior repositório de informações e a base de um sistema de informação de saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; GRIFFEL et al., 2002; MINAS GERAIS, 2007; TERRAZA et al., 2006)

De acordo com a resolução CFM Nº 638/2002 e a Resolução COFEN Nº429/2012 sobre a composição do prontuário clínico, os principais componentes obrigatórios do Prontuário são dados sobre identificação do paciente, a anamnese, o exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

O cuidado integral à pessoa com DM aponta que a avaliação de saúde deve contemplar a mensuração de parâmetros que permitam a composição da análise clínica de risco de doenças cardiovasculares e de levantamento de necessidades para a implementação do cuidado, de modo a alcançar os objetivos de um plano assistencial comum. Entretanto, verificou-se a escassez de informações nos prontuários analisados (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009; SÃO PAULO, 2006).

A partir dos indicadores sobre longitudinalidade do seguimento foi verificado o precário preenchimento do prontuário na atenção primária quanto à realização de consultas médicas (22%) e de enfermagem (96%). Além disso, observou-se uma proporção considerável (18%) de prontuários em que não foi encontrada identificação do médico. Já na atenção secundária, dos 15 prontuários encontrados, 5 não apresentavam nenhum registro de consulta com especialista e 12 (80%) não apresentavam as datas de última consulta na atenção especializada.

Em consonância com os resultados encontrados, estudos apontam a baixa qualidade do preenchimento do prontuário. Apresentam falta de registro médico e de enfermagem em 68% e 77% dos prontuários analisados na atenção primária e atenção secundária respectivamente e ainda expõem a perda de prontuários para fins de análise devido à inexistência de registro médico sobre consultas (ASSUNÇÃO, 2002).

A não identificação do médico também foi descrita por Sampaio e Barros, (2007), em 59% dos prontuários analisados na atenção primária e 72,1% no nível secundário. Ademais, revelam o péssimo nível de preenchimento nos três níveis de complexidade, em que se destaca o nível secundário com 80% dos prontuários com grau de qualidade péssimo, seguido do primeiro nível de atenção com 75% e do nível terciário com 45%.

O baixo percentual de contrarreferências encontrado (56%) na presente pesquisa corrobora com o achado por Almeida, 2010 em entrevistas com gestores e gerentes de quatro cidades (duas no sudeste, uma no sul e uma no nordeste) os quais afirmam que a contra-referência não é uma prática comum.

O reduzido registro de informações sobre a realização dos exames de controle como hemoglobina glicada (78% de ausência), microalbuminúria (100% de ausência) e restinoscopia (92% de ausência) se assemelha ao exposto em Zanetti et al. (2011) que relata o baixo preenchimento de dados quanto a avaliação oftalmológica (4,3%), além da hemoglobina glicada não ser registrada como exame de excelência para avaliação do perfil glicêmico e acompanhamento da terapêutica medicamentosa prescrita.

Pesquisa realizada na atenção primária do sul do Brasil revela que todos os profissionais entrevistados não solicitavam exames sobre proteinúria (proteinúria de

24h e microalbuminúria) na sua rotina de trabalho e apenas 37% solicitavam hemoglobina glicada (ASSUNÇÃO et al., 2001).

A falta de informação persistiu em todos os níveis de atenção quanto aos indicadores referentes à Consistência da Atenção. Em 48 (96%) prontuários não havia registro de exame do pé ou registros de IMC. A mesma situação é retratada por Triaca et al, 2011 em município do Paraná, onde o exame físico, exame do pé diabético e cálculo de IMC não são valorizados, tendo seu registro reduzido a ponto de ser inexistente. A falta de registro do IMC e os altos índices de ausência de dados (79%) também foram demonstrados em estudo realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo (ZANETTI et al., 2011).

Em classificação realizada por Moraes et al., (2010) sobre a completude dos registros de saúde na atenção primária do estado do Rio de Janeiro, o registro sobre peso, glicemia e pressão arterial foram considerados muito ruins (peso e glicemia) e ruim (pressão arterial) respectivamente. Fato semelhante ao encontrado no presente estudo, em que a ausência do registro da glicemia e da pressão arterial foi verificada em até 36% dos prontuários analisados.

O controle do colesterol em portadores de DM tipo 2 é de especial importância, visto que esta doença está associada com os principais riscos de disfunção coronária, contudo 40% (20) dos prontuários não apresentaram registro sobre colesterol, diferentemente do exposto por Zanetti et al., (2011) em que 12% dos prontuários analisados não continham dados sobre colesterol.

A pequena presença de registro de peso, pressão arterial, glicemia, entre outros exames de controle da DM sugere dificuldades na coordenação do cuidado e talvez até uma baixa qualidade técnico-científica (MORAES et al., 2010; RODRIGUES et al., 2010; VASCONCELLOS et al., 2008; ZILMMER et al., 2010).

Além dos problemas verificados nos resultados da matriz de indicadores, a descrição do processo de coleta de dados mostra as dificuldades de realização do estudo de coordenação assistencial no município do Recife.

Sobre os fatores contextuais do município, destacaram-se os momentos de greve da categoria de enfermagem que dificultou a operacionalização da coleta de dados. A Constituição Federal de 1988 prevê o direito de greve do servidor público, porém não há regulamentação específica para esse setor. Dessa forma, aplica-se a Lei 7.783/1989 que regulamenta o setor privado. Essa Lei discorre sobre serviços

considerados essenciais, como atendimento médico e hospitalar, distribuição de medicamentos, entre outros não podem ser totalmente interrompidos. Nestes casos, fica obrigatória a manutenção de, ao menos, 30% da prestação da atividade (BRASIL, 1989).

Embora esteja previsto na Constituição Federal a garantia do direito à saúde e a contratação de profissionais por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse da população, não houve substituição das enfermeiras que se ausentaram das unidades de saúde da atenção primária por até 7 meses devido a férias e licença prêmio. Entretanto, a Política de Recursos Humanos para o SUS de 2002 expõe que as demandas de regulamentação profissional deve ser objeto de um movimento regulatório orquestrado pela gestão do SUS e, principalmente, que precisam ser enfocadas sob a ética do interesse público.

Além disso, a NOB RH-SUS de 2005 define que é atribuição dos gestores elaborar o quadro de necessidades de trabalhadores para atender à sua população realizando a negociação para tratar dos afastamentos, demissões, transferências ou substituições de trabalhadores.

Com relação ao curso de formação técnica dos ACS que durante um ano acarretou ausência de metade desses profissionais nas unidades de saúde, a Política de Recursos Humanos do SUS (RH-SUS) de 2005, considera as demandas apresentadas pelo SUS e destaca como uma das principais necessidades para a preparação de recursos humanos, a formação de pessoal de nível técnico para os serviços de saúde. Essa necessidade advém, de um lado, da existência de várias categorias de trabalhadores sem a qualificação para as funções que desenvolvem ou que deveriam desenvolver e, de outro, da inexistência, no mercado, de pessoal de nível técnico qualificado. Diante disso, denota-se o grande desafio da gestão do trabalho, bem como, as dificuldades colocadas pelo contexto na operacionalização de pesquisas nos serviços de saúde.

Dentro desse contexto, foram observadas dificuldades quanto ao acesso aos serviços de saúde e aos prontuários clínicos. Já nos anos 2000, Novaes (2004) identifica alguns dos desafios colocados para a realização de pesquisas em serviços de saúde. A referida revisão sistemática sobre pesquisa em serviços de saúde expõe que questões relativas à organização e operacionalização das pesquisas

despertam nos profissionais e serviços estudados, sentimentos de invasão e ameaça. Além das pesquisas estarem frequentemente condicionadas a conjunturas e horizontes temporais. Destaca-se inicialmente no presente estudo, à falta de colaboração dos profissionais com a pesquisa, a inacessibilidade às enfermeiras e necessidade de renovação do processo documental de autorização para realização da pesquisa.

Estudos relatam evidências científicas de que a situação de trabalho dos profissionais de saúde no Brasil é problemática no que se refere a questão salarial, precariedade do vínculo, carreira profissional e até mesmo falta de recursos técnicos e materiais para realização de suas atividades. Esses fatores podem ocasionar desmotivação, desresponsabilização das suas atividades que, no presente estudo, foi observada sob a forma de falta de colaboração dos profissionais quanto ao estudo de coordenação sendo citada por 13 vezes nos diários de campo. Mais especificamente com relação às enfermeiras, a sobrecarga de trabalho e falta de tempo quanto ao gerenciamento da unidade de saúde da atenção primária sugere ser a maior causa das 10 ocorrências sobre inacessibilidade a essas profissionais. Já as 10 citações sobre necessidade de renovação das cartas de autorização para a pesquisa pode indicar problemas na comunicação entre o nível central e o assistencial, afinal o projeto já havia sido autorizado e sua divulgação realizada em reunião prévia com representantes da microrregião 3.3 (COTTA et al., 2006; FACCHINI et al., 2006; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Ainda com relação ao acesso aos prontuários clínicos, observou-se que nenhuma unidade de saúde conhecia o número total de pacientes diabéticos assim como relata Assunção et al (2001) em estudo realizado em 32 unidades de saúde da atenção primária de Pelotas (RS) onde nenhum serviço de saúde conhecia a demanda de usuários diabéticos. Esse fato pode ter prejudicado a construção da relação de pacientes diabéticos para o estudo de coordenação assistencial que foi citada como difícil por 11 vezes nos registros campo.

Em sequência, as dificuldades encontradas na construção da relação de usuários diabéticos para as unidades de saúde da atenção primária também se relacionou com o papel do ACS nas unidades de saúde e sua disponibilidade em colaborar com a pesquisa. O agente comunitário de saúde tem como função identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos

procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada família sob sua responsabilidade, dispondo de acesso ao prontuário para leitura e preenchimento da ficha de cadastro e das fichas do SIAB (BRASIL, 2001, 2001b; MINAS GERAIS, 2007).

No entanto, foi observada a execução de atividades administrativas principalmente relativas aos prontuários. O mesmo foi descrito por Ferraz e Aerts (2005) que estudaram em profundidade o processo de trabalho de 114 ACS de Porto Alegre (RS) em que eles relataram o desenvolvimento de atividades burocráticas tais como: procura e entrega de prontuários de pacientes para consultas médicas e de enfermagem, recepção e marcação de consultas especializadas. Outro estudo sobre profissionais da atenção primária também relata o desvio de função do ACS e diante disso, a falta de colaboração do ACS e a dificuldade de construção da relação de usuários diabéticos descritas nos registros de campo sugerem uma sobrecarga de trabalho possivelmente em decorrência de grande número de famílias por ACS e de desvio das funções dos mesmos (RONZANI; SILVA, 2008).

Além disso, o fato de muitas vezes não se encontrar o paciente em casa para realização da entrevista de complementação dos dados do formulário estruturado pode indicar a inadequação do horário para realização de visitas domiciliares. Estudo aponta que o período da tarde é o horário ideal para visitas domiciliares, pois pela manhã as pessoas dormem até tarde e as donas de casa estão mais ocupadas com os afazeres domésticos. Vale ressaltar que durante o presente estudo os ACS participavam do curso para formação técnica no período da tarde e, portanto muitos estavam ausentes nesse período (FERRAZ; AERTS, 2005).

Na contramão desses problemas com o processo de coleta de dados, se encontravam 2 unidades de saúde da atenção primária onde o acesso aos prontuários foi facilitado pelos profissionais de saúde. Essas unidades apresentavam a característica comum de ser campo de prática para residência multiprofissional em saúde da família e residência multiprofissional em saúde coletiva sugerindo assim, que a inserção de residentes no serviço de saúde propicia um bom relacionamento entre estudantes e profissionais de saúde. No mesmo sentido, Pinto et al. (2007) em pesquisa sobre a inserção de estudantes de medicina da Universidade da Bahia nas

equipes de saúde da família relatou a boa articulação entre a dimensão acadêmica e o serviço nas unidades onde havia campo de prática para estudantes.

Quanto à atenção secundária e terciária, embora os profissionais tenham demonstrado solicitude com relação à pesquisa, a necessidade de renovação das cartas de autorização sugere problemas na comunicação entre o nível central de gestão (secretaria municipal e estadual de saúde) e o nível assistencial (serviços de saúde da atenção secundária e terciária). Esse fato acompanha o mesmo perfil problemático já referido quanto à atenção primária e o nível central de gestão. Quanto às exigências éticas para acesso a prontuários citadas por 10 vezes, todos os serviços de saúde demonstraram ter a devida cautela, pois solicitaram a carta de anuência do projeto emitida pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e o TCLE assinado pelo paciente (CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2012; COTTA et al., 2006; FACCHINI et al., 2006; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

No que se refere mais especificamente ao conteúdo e manutenção do prontuário, destaca-se a falta de preenchimento, baixa qualidade da informação referida 22 vezes nos registros de campo, falta de organização dos prontuários citada por 14 vezes e dificuldades para encontrar prontuários que atendessem aos critérios de inclusão relatadas por 6 vezes nos diários de campo.

O prontuário é o instrumento de intercomunicação, devendo contribuir para a integração da equipe de saúde, possibilitando a coordenação do cuidado. No ensino e na pesquisa, possibilita o conhecimento dos casos, dos antecedentes, dos contatos e das patologias/condições ou agravos. Facilita o estudo de diagnóstico e a avaliação da terapêutica. É campo para pesquisa e fonte para os mais diversos dados. Torna possível a verificação e a comparação das diferentes condutas terapêuticas e estabelece uma análise comparativa da eficiência (MINAS GERAIS, 2007).

No entanto, assim como nesse estudo várias pesquisas apontam o pouco preenchimento dos prontuários tanto na literatura nacional e internacional. Os estudos referem a baixa completude de informações básicas, como data de atendimento, identificação do paciente, diagnóstico e exames solicitados em todos os níveis de atenção. Também referem alta ilegibilidade dos registros e não utilização do prontuário para acompanhamento do paciente e avaliação do serviço

pelos profissionais de saúde. Os percentuais de prontuários considerados de qualidade ruim por Sampaio (2010) em registros médicos e por Setz e Innocenzo (2009) em registros de enfermagem foi maior que 50%. No tocante ao DM especificamente, estudo relata a ausência de informação sobre a doença em prontuários de pacientes diabéticos (SAMPAIO; BARROS, 2007; MODESTO et al., 1992; MUNHOZ et al., 1997; SCOCHI, 1994; PAIVA et al., 2006; VASCONCELLOS et al., 2008; RODRIGUES et al., 2006).

No contexto internacional, embora pesquisas relatem associação entre uso de registro eletrônico em saúde com melhoria da qualidade do cuidado, estudos de revisão sistemática revelam que a existência de prontuário eletrônico não é o suficiente para uma boa qualidade dos registros. A ausência de padrões na escrita dos prontuários dificulta a comparação dos resultados entre os estudos analisados. Demonstram também que o primeiro passo na melhoria da qualidade dos registros clínicos seja o empenho na completude dos mesmos (ADAMS et al., 2003; HEYMANN et al., 2005; THIRU et al., 2003).

Devido à importância da organização dos prontuários, ressaltam-se iniciativas como a do estado de Minas Gerais que exige capacitação específica para o responsável pelo arquivamento desse documento. Descreve também que o arquivo deve ser organizado pela equipe e gerência da unidade com critérios podendo ser por microárea e ordem numérica, ou até mesmo ordem alfabética. Devendo ser estabelecido um sistema de controle de entrada e de saída, manual ou informatizado, para fácil localização dos prontuários (MINAS GERAIS, 2007).

Entretanto, a falta de organização e perdas dos prontuários para análise foi bastante enfatizada nos diários de campo. Os registros ficavam a cargo de iniciativas particulares, assim como relata Rodrigues et al. (2006) baseado em entrevistas com profissionais da atenção primária de Campinas, São Paulo. O estudo informa que os cadastros particulares eram principalmente dos médicos e dos ACS. Relata também a dificuldade de encontrar os prontuários dos pacientes diabéticos selecionados com perda de 11% da amostra. Dessa forma, no presente estudo, a falta de manutenção correta dos prontuários clínicos indica dificultar sobremaneira a procura de prontuários selecionados principalmente na Atenção Primária.

Já na atenção secundária e terciária, as perdas de prontuário podem indicar acesso dificultado a esses serviços e a falta de legibilidade nos registros se contrapõem à Resolução CFM n.º 1.638/02 do Conselho Federal de Medicina que informa ser obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atende ao paciente, assim como a assinatura e o respectivo número do Conselho de Classe (SOUZA, 2010).

Com relação ao Sistema HIPERDIA, em consonância com o descrito na presente pesquisa, estudos apontam a desatualização e inadequação dos registros das fichas de acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos. Sugerem ainda, ausência, imprecisão e contradição de importantes informações sobre diabéticos e hipertensos e apontam a necessidade de capacitação profissional e de utilização de critérios clínico-laboratoriais para caracterização das complicações crônicas decorrentes do DM e hipertensão arterial registradas no Sistema (CHAZAN; PEREZ, 2008; OLIVEIRA, 2005; ZILMMER et al., 2010).

Todos esses entraves proporcionaram um longo período de coleta de dados e os resultados foram capazes de revelar dificuldades relacionadas a diversos aspectos: preenchimento e qualidade dos dados e suas consequências ao poder analítico da matriz de indicadores, recepção dos profissionais da saúde quanto a pesquisas e acesso e organização dos prontuários clínicos nos serviços de saúde. Por fim, demonstraram a importância do registro clínico como instrumento de coordenação e os problemas enfrentados na execução de um estudo de coordenação assistencial baseado em prontuários clínicos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam a inexistência de coordenação assistencial na rede de serviços de saúde do Recife no que se refere ao portador de diabetes melito, pois a CA é um processo complexo que necessita de conexão e sincronização dos serviços de saúde ao longo do contínuo assistencial mediante transferência e processamento da informação a fim de alcançar o objetivo comum de prestar os cuidados em momento e lugar adequados.

Dessa forma, a qualidade das informações contidas em prontuário e a distribuição dos prontuários encontrados na rede de serviços de saúde sugere inadequações no seguimento do paciente que conseqüentemente afetam a consistência da atenção. Um usuário que não tiver a assistência dos diferentes níveis de atenção conforme suas necessidades têm grandes chances de manifestar complicações que vão onerar o SUS.

Considerando que a qualidade dos registros efetuados seja o reflexo da qualidade da assistência prestada e que os registros médicos são fundamentais para informar acerca do processo de trabalho, os achados do presente estudo podem sinalizar uma prática clínica e cuidado prestados precários. Apontam também para a inexistência da referência e contrarreferência. Destaca-se então, os baixos percentuais de prontuários que indicam controle glicêmico, pressórico e lipídico adequados, pois somente em até 45% dos pacientes com registro desses exames apresentou valores de glicemia de jejum, pressão arterial e colesterol de acordo com o padrão encontrado em literatura.

Os fatores contextuais do município do Recife como a greve dos enfermeiros e o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde chama a atenção para os problemas enfrentados por pesquisas científicas nos serviços de saúde. São muitos os fatores sociais, políticos e administrativos que precisam ser considerados e contornados para um trabalho de campo e dessa forma, faz-se necessária muita habilidade de toda a equipe de pesquisa

Verifica-se ainda a necessidade de melhor entrosamento entre a academia e os serviços de saúde, com melhor entendimento da importância e uso de estudos científicos por parte dos profissionais de saúde na tomada de decisões. O estudo aponta a necessidade de agentes administrativos nas unidades de atenção primária

a fim de reduzir a sobrecarga de trabalho e desvios de função dos profissionais de enfermagem e ACS.

A falta do preenchimento e reduzida qualidade das informações do prontuário prejudica sobremaneira sua função de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o sistema de saúde e o usuário. Prejudica a função de registros administrativos, financeiros e documento legal para fins gerenciais e de gestão. Ressalta-se aqui o prejuízo à produção de conhecimento baseado no registro e histórico científico. Verificou-se a falta de padronização no arquivamento e manutenção dos prontuários clínicos que dificulta o acesso e utilização das informações contidas nesses documentos.

Esse estudo aponta para a pouca valorização do prontuário clínico quanto ao preenchimento, legibilidade da escrita, utilização das informações para o cuidado ao paciente, uso para avaliação dos serviços de saúde e tomada de decisão. Todos esses fatores nos leva a crer numa deficiente coordenação assistencial.

Para que o adequado preenchimento do prontuário seja valorizado é importante a execução da avaliação desses registros como prática da gestão e dos serviços de saúde. A melhoria da qualidade do registro em saúde, mediante incentivo à sua estruturação com campos obrigatórios, de forma padronizada, com ou sem a incorporação de sistemas eletrônicos, também tem potencial para uma adequada atenção à saúde e uma organização dos serviços capaz de aproximar-se da integralidade do cuidado, com equidade e acesso universal.

Pode-se recomendar ainda, a implantação do prontuário eletrônico com a devida padronização das informações para o DM, institucionalização da avaliação dos serviços de saúde através do prontuário clínico, implantação de formulário oficial padronizado para referência e contrarreferência para o DM, implementação do sistema de regulação de consultas especializadas e elaboração de políticas focadas na atenção especializada.

Além dos mecanismos de coordenação baseados em retroalimentação (registros médicos), para o caso das doenças crônicas há que se considerarem os mecanismos de adaptação mútua, como grupos interdisciplinares de trabalho e estruturas matriciais (apoio matricial e equipes de referência). Ademais, estudos sobre integração da rede na perspectiva dos profissionais de saúde podem trazer novas contribuições e elementos ao debate sobre coordenação assistencial.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations. Diabetes Care, Alexandria, v. 20, suppl. 1, p. S5–10, 1997.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations. Diabetes Care, Alexandria, v. 24, suppl. 1, p. S28-43, 2001

ADAMS, W. G.; MANN, A. M.; BAUCHNER, H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. Pediatrics, Elk Grove Village, v.111, p.626-632, 2003.

ALBUQUERQUE, L. C. Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?. 2012. Dissertação (Mestrado)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2012.

ALENCAR, A. M. P. G. Avaliação de resultados em um serviço de atenção secundária para pacientes com Diabetes mellitus. Acta Paulista de Enfermagem, Vila Clementino; v.25, n.4, p.614-618, 2012.

ALMEIDA, C. Reforma de Sistemas de servicios de salud y equidad em América Latina y El Caribe, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 905-923, 2012.

ALMEIDA, P. F. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. 2010. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: _____, Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap.6, p. 149-177.

ASCHER, P. et al. Control clínico y metabólico de la DM2. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2. Washington, D.C., 2008. cap. 3. p.18-21.

ASSUNÇÃO M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no sul do país: estrutura, processo e resultado. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, p.88-95, 2001.

ASSUNÇÃO, M. C. F. Fatores relacionados ao controle do diabetes mellitus em pacientes atendidos na rede de atenção primária à saúde. 2002. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2002.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; VALLE, N. C.. Blood glucose control in diabetes patients seen in primary health care centers. Revista de Saúde Pública, São Paulo; v.39, p.183-190, 2005.

BECK, K. Competition under a regime of imperfect risk adjustment: the Swiss experience. Sozial – Präventivmedizin, Swiss, v. 43, p. 7-8, 1998.

BERTOLHI FILHO, C. História da Saúde Pública no Brasil. 4th ed. São Paulo: Ática, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: _____. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 ago. 2011.

BRASIL. Lei nº 7.783, de 28 de junho de 1989. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] Brasília, 28 jun. 1989. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7783.htm>. Acesso em: 5 mar. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 28 dez. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 5 mar. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 199 de set. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 5 mar. 2011.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 5 mar. 2011.

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 5. ed. Brasília, 2010. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3. ed. rev. atual. Brasília, 2005. (Série Cadernos Técnicos – CNS); (Série J. Cadernos – MS).

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 28 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 11 ago. 2011.

BRITO, E. S. V. A Continuidade da Assistência a Adolescentes Portadores de Diabetes no Município de Recife/Pernambuco. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, UPE, Recife, 2011.

BRITO, J. [Diário de Campo 4]. Recife, 2012.

CECÍLIO, L. C. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CESCONETTO, A.; LAPA, J. S.; CALVO, M. C. M. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n. p. 2407-2417. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº429/2012. Brasília, 30 maio 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 06 jun. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº.1.638, de 10 de julho de 2002. Brasília, 9 ago 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 06 jun. 2012.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Revista de Atenção Primária à Saúde, Rio de Janeiro, v. 11, p.10 -16, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE. Sessões Temáticas de Instrumentalização das Equipes Gestoras em Saúde. Natal, 2010.

COTTA, R. M. M. et al . Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2012.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? The Journal of the American Medical Association, Ann Arbor, v. 260, p.1743-1748, set. 1988.

DESLANDES, S. F. A Construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. (Org.) Pesquisa Social. 5. ed. Petrópolis, Vozes, 1994. 80p. p.31-50.

DINIZ, D. [Diário de Campo 2]. Recife, 2012.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Texto de apoio em registros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ENFERMEIROS do recife em estado de greve agendam protesto para esta terça. Diário de Pernambuco, Recife, 4 jun. 2012a. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vidaurbana/2012/06/04/interna_vidaurbana,376930/enfermeiros-do-recife-em-estado-de-greve-agendam-protesto-para-esta-terca.shtml>. Acesso em: 12 jul. 2012

ENFERMEIROS do recife acabam greve e retornam nesta terça-feira. Jornal do Comercio, Recife, 13 mar. 2012b. Disponível em: <http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2012/03/13/enfermeiros-da-rede-municipal-do-recife-decretam-estado-de-greve-35511.php> >. Acesso em: 12 jul. 2012

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T., et al. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2012.

FÉLIX, E. [Diário de Campo 3]. Recife, 2012

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1541-1552, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2012.

FERRAZ, L.; AERTS, D R G C. O cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos PSF de Porto Alegre. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez 2012.

FERREIRA, R. [Diário de Campo 1]. Recife, 2012

FRATINI, J. R. G. Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde. 2007. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Itajaí, 2007.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2012.

GIOVANELLA, L. et al. Health and inequality: institutions and public policies in the 21st century. Pan American Journal of Public Health, Washington, DC, v. 11, n. 5-6, p. 366-370, 2002.

GLENDINNING, C. et al. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. British Journal of General Practice, London, v. 52, n.480, p. 545-548, 2002.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.6, n.1, p. 18-28, 2003.

GOMES et al. Prevalence of patients with diabetes type 2 within the targets of care guidelines in daily clinical practice: A multicenter study of type 2 diabetes in Brazil. The Review of Diabetic Studies, Duisburg, p.73-78, 2006.

GONZÁLEZ, J. C.; WALKER, J. H.; EINARSON, T. R. Cost-of-illness study of type 2 diabetes mellitus in Colombia. Revista Panamericana del Salud Publica, Washington, v. 26, n. 1, p. 55-63, jun. 2009.

GRIFELL, E.; CARBONELL, J. M.; INFIESTA, F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de prácticas clínicas. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002. (Série de Documentos Técnicos de CHC Consultoria i Gestió, n. 1).

GROOTE, T.; PAEPE, P.; UNGER, J. P. Colombia: In vivo test health sector *privatization* in the developing world. International Journal of Health Services, Amityville, v. 35, n. 1, p.125-141, 2005.

GROSS, J.L; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.45, n.3, p. 279-284, 1999.

GROSS et al., 2002. DM: Diagnóstico e Avaliação do Controle Glicêmico. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, 2002.

HAM, C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law, Cambridge, v.5, n.1, p.71-90, jan. 2010.

HARRIS, S. B; et al. Diabetes management in Canadá: baseline results of the group practice diabetes management study. Canadian Journal of Diabetes, Toronto, v.30, n. 2, p. 131-137, 2006.

HARTZ Z M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p.331-336, 2004.

HAUSMANN, M., PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

HEYMANN A. D et al. Computer field for blood pressure measurement improves screening. Family Practice, Oxford, v.22, n. 2, p.168-169, dec. 2005

HOLLINGSWORTH, B., STUART J. P. Health and Efficiency concepts. In: _____. Efficiency Measurement in Health and Health Care. 1. ed. New York: Routledge, 2008. cap.2, p. 8-27.

IBGE. Censo demográfico e contagem da população. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 jul. 2010.

JARAMILLO-PEREZ, I. El future de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá: Frescol-Fes-FRB-Fundación Corona, 1999.

LEAO, B. F.; et al. The Brazilian Health Informatics and Information Policy: building the consensus. In: WORLD CONGRESS ON MEDICAL INFORMATICS, 11., 2004, Oxford. [Anais]. Amsterdam: The Netherlands, 2004. v. 107, p. 1207-1210.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality: the case for tracers. The New England Journal of Medicine, Boston, v.288, n.4, p.189-194, 1973.

KUSCHNIR, R., CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010.

LAMB, G. S. Outcomes across the care continuum. Medical Care, Philadelphia, v.35, n.11, p.106-114, nov. 1997

LUCHESE P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciência e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, jun. 2003.

LYRA, M. R. S. Demografia e Saúde: perfil da população. In: SOUZA, M. A. A.; BITOUN, J. (Ed.). Desenvolvimento Humano no Recife: Atlas Municipal, Recife: Prefeitura Municipal do Recife, 2005.

MCFARLANE S, et al. Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hypertension at Urban Academic Medical Centers. Diabetes Care, Alexandria, v.25, n. 4, p.718-723, abr. 2002.

MENDES, E. V. Redes de Atenção a Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, jun. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEDEIROS, A. C. C. M. [Diário de Campo 6]. Recife, 2012.

MEDICI, A. C. A Dinâmica do Setor Saúde no Brasil: transformações e tendências nas décadas de 80 e 90. Santiago do Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe, 1997.

MERCADANTE, O. A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MODESTO, M G.; MOREIRA, E C.; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, mar. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Mar. 2013.

MORAES, I. H. S. Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

MORAES, S. A. et al . Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, mai 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013.

MUNHOZ, J R. S, FONTES, J F, MEIRELLES, S M. Avaliação do programa de controle da hanseníase em municípios mato-grossenses, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 3, p.282-287, jun. 1997.

NEGREIROS, M. M.; TAVARES, J. N. Proposta De Prontuário para as Equipes de Saúde da Família. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 123-142, jul./dez. 2005.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri B, Viana A. L. D. (org). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 15-41.

NOLTE, E.; MCKEE, C. M. Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis. Millwood, Health Aff (Millwood), Bethesda, v. 27, n. 1, p. 58-71, jan./fev. 2008.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p.147-157, 2004.

OLIVEIRA, A. P. V. Avaliação da oferta de consulta especializada em endocrinologia na rede SUS na Cidade do Recife em 2010. 2010. Monografia (Especialização em

Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria. Washington, D.C., 2009. Disponível em: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2012/Documento_CD49-16-Redes_Integradas.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2012.

OSELKA, G. Prontuário médico. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 286, 2002.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S; ESCUDER, M. M. L.. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, fev, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013.

PEREIRA, A. T. et al, 2010. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S123-S133, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2012.

PINTO, L. L. S.; FORMIGLI, V. L. A.; RÊGO, R. C. F. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 31, n. 1, p. 115-133, jan./jun. 2007.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica. Gerência Operacional de Informação e Avaliação. Recife, 2011.

REID, R. J.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare: Final Report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002. v. 16.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. Saúde e cidadania: uma cisão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2008.

RODRIGUES, A. C. S., VIEIRA, G. L. C. TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.

RODRIGUEZ NETO, E. Saúde: Promessas e Limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RONZANI, T M; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família Segundo Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários. Ciência &Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013.

ROSAS-GUZMAN, J.; LYRA. R. (Coord.). Documento de posición de ALAD con aval de Sociedades de Diabetes y Endocrinología Latinoamericanas para el tratamiento dela Diabetes Tipo 2. Revista de Endocrinología y Nutrición, Cidade do México, v.18, n.2, p.108-119, jun. 2010.

SAMPAIO, A. C. Qualidade dos Prontuários Médicos como Reflexo das Relações Médico-Usuário em Cinco Hospitais do Recife/PE. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SAMPAIO, A. C.; BARROS, M. D. A. (Coord.). Avaliação do preenchimento de prontuários e fichas clínicas médicas no IV Distrito Sanitário, Recife/PE. Recife: Universidade de Pernambuco, 2007.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.10, n.19, p.25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, I. C. R. V. et al. Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Recife, Pernambuco, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 8, n. 4, p. 427-433, dez. 2008.

SCOCHI, M. J. Indicators of Quality for Medical Records and Ambulatory Care in Maringá (State of Paraná, Brazil), 1991: An Exercise in Evaluation. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 356-367, jul./set. 1994.

SAYDAH S H, FRADKIN J, COWIE C C. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. The Journal of the American Medical Association, Chicago, v. 291, n.3, p.335-342, jan. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). São Paulo, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual do prontuário de saúde da família. Belo Horizonte, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. Plano Diretor de Regionalização-PDR SUS/PE. Recife, 2006.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A. The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Aff.(Millwood), Bethesda, v. 13, n. 5, p. 46-64, 1994.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n. 6, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2012.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. 9ª Conferência Municipal de Saúde: fortalecer a participação e o controle social para a consolidação do SUS. Recife, 2009.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica. Recife, 2011.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Recife 2010-2013. Recife, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes. Ribeirão Preto, 2006.

SOUTO, V. [Diário de Campo 5]. Recife, 2012.

SOUZA, A. S. et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. Revista de Atenção Primária a Saúde, Juiz de Fora, v. 13, supl. 1, p. S35-S45, ago. 2010.

SOUZA, R. R. El sistema público de salud brasileño. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE TENDÊNCIAS E DESAFIOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EM LAS AMERICAS, 2002, São Paulo. [Anais]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Is Primary Care Essential? Primary Care Tomorrow. The Lancet, London, v. 344, n. 8930, p.1129-1133, out. 1994.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STUMPF, M. et al. Um modelo de integração de informações para o apoio à decisão na gestão da assistência à saúde. Porto Alegre: PPGA, UFGS, 1998. (Série documentos para estudo, n. 07/98).

TANAKA, O. Y.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G., Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 8, n. 3, p. 325-332, jul./set. 2008.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA J. P. (Org.). Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006. p. 129-167.

TERRAZA, R.; VARGAS, I.; VAZQUEZ, M. L. La coordinacion entre niveles asistenciales: una sistematizacion de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

THIRU, K.; HASSEY, A.; SULLIVAN, F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. British Medical Journal, London, v.326, n.7398, p.1070-172, 2003.

TRIACA, L.; ROSA, I. M. M. R. A. M.; ZILLY, A. Análise Qualitativa dos Registros Profissionais em Prontuários de Pacientes do Hiperdia. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 7., 2011, Maringá. [Anais eletrônico]. Maringá: Cesumar, 2011. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/leonardo_triaca1.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em Saúde: Avaliação da Qualidade do Prontuário do Paciente Atenção Básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S173-182, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2012.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Plano Final da Investigação e Marco Analítico do Projeto Equity-La-Impacto na equidade do acesso e eficiência de redes integradas de serviços de saúde na Colômbia e no Brasil, 2008. Disponível em: <<http://www.equity-la.eu/el-proyecto>>. Acesso em: 3 mar. 2011.

VÁZQUEZ, M. L.; VARGAS, I. Organizaciones sanitarias integradas. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

VAZQUEZ M. L. N.; VARGAS LORENZO, I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? Ciencias de la Salud, Bogotá, v.4, n.1, p. 5-9, jan./jun.2006.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações: [revisão]. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, p. 711-724, 2004.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L.; LIMA L. D. (Org.) et al. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIGO, K. O. et al. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. Acta Paulista de Enfermagem, Vila Clementino, v.19, n.3, p.296-303, 2006.

VIEIRA-SANTOS, I. C. R. et al. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p.2861-2870, dec. 2008.

WILKEN, P. R. C. Política de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: H. P. Comunicação, 2005.

ZAGURY, L.; NALIATO, E. C.O.; MEIRELLES, R. M. R. Diabetes mellitus em idosos de classe média brasileira: estudo retrospectivo de 416 pacientes. Jornal Brasileiro de Medicina, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 59-61, 2002.

ZANETTI, M. L. et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 3, p.512-518, jul./set. 2011.

ZILLMER, J. G. V. et al. Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 240-246, jun. 2010.

APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados do Equity-LA para análise de eficiência da RISS – Diabete Melito

N:

1 Data da Coleta: _____
2 Nome do Pesquisador: _____

DADOS PESSOAIS
3 Nome do Paciente: _____
4 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
5 Raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Desconhecida
6 Data de Nascimento
7 Estado Civil <input type="checkbox"/> Com companheiro <input type="checkbox"/> Sem companheiro <input type="checkbox"/> Desconhecida
8 Grau de Escolaridade <input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1a a 4a série <input type="checkbox"/> 5a a 8a série <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Desconhecida
9 Ocupação: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecida
10 Endereço: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido

<p>29 O paciente foi acompanhado pelo mesmo generalista? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>							
<p>30 Data da 1ª consulta no nível primário por causa da DM:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Desconhecido</p>							
<p>31 Data da 1ª consulta no nível primário após a última do nível especializado:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Desconhecido</p>							
<p>32 Data da 1ª consulta no nível primário após alta hospitalar:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Desconhecido</p>							
<p>33 Número de consultas no último ano de seguimento:</p>							
<p>34 Número de contra-referencias no último ano de seguimento:</p> <p>Fonte de Informação <input type="checkbox"/> Prontuário <input type="checkbox"/> Paciente (formulário)</p>							
<p>Consultas de enfermagem nos últimos 3 anos</p>							

58 A paciente foi acompanhada pelo mesmo enfermeiro? Sim Não

Desconhecido

59 Pressão Arterial (última aferição): / mmHg

Data: // Não realizado/localizado

60 Número de exames de fundo de olho

Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado

Número e motivo da repetição de fundo de olho no último ano

61 Má qualidade

62 Esclarecimento

63 Não levou

64 Não encontrado no prontuário

65 Exame antigo

66 Sem motivo aparente

DADOS LABORATORIAIS

67 Glicemia Pré-Prandial (última medição): mg/dl

68 Data: // Não

realizado/localizado

Número e motivo da repetição de glicemia pré-prandial no último ano

69 <input type="checkbox"/> Má qualidade	70 <input type="checkbox"/> Esclarecimento				
71 <input type="checkbox"/> Não levou	72 <input type="checkbox"/> Não encontrado no prontuário				
73 <input type="checkbox"/> Exame antigo	74 <input type="checkbox"/> Sem motivo aparente				
75 Dosagens hemoglobina glicada no último ano: <input type="checkbox"/>					
Data	Dosagem (%)	Data	Dosagem (%)	Data	Dosagem (%)
Número e motivo da repetição da hemoglobina glicada no último ano					
76 <input type="checkbox"/> Má qualidade	77 <input type="checkbox"/> Esclarecimento				
78 <input type="checkbox"/> Não levou	79 <input type="checkbox"/> Não encontrado no prontuário				
80 <input type="checkbox"/> Exame antigo	81 <input type="checkbox"/> Sem motivo aparente				
82 Colesterol Total (última medição): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl					
83 Data: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não					
realizado/localizado					
Número e motivo da repetição do colesterol no último ano					
84 <input type="checkbox"/> Má qualidade	85 <input type="checkbox"/> Esclarecimento				

