FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

CARLOS EDUARDO GOMES DE MELO

PARA ALÉM DO HIPERDIA: PROPOSTA DE FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETE MELITTUS TIPO 2 EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMILIA

RECIFE
2013

CARLOS EDUARDO GOMES DE MELO

PARA ALÉM DO HIPERDIA: PROPOSTA DE FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETE MELITTUS TIPO 2 EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMILIA

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

Profª. Drª. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2013

Catalogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

M527p Melo, Carlos Eduardo Gomes de.

Para além do hiperdia: proposta de fluxograma de atendimento aos usuários portadores de diabete melittus tipo 2 em unidade de saúde da família – Recife – PE/ Carlos Eduardo Gomes de Melo. — Recife: o autor, 2013.

87 p.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Diabetes Melittus. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Assistência Integral à saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti. II. Título.

CDU 616.379-008.6

CARLOS EDUARDO GOMES DE MELO

PARA ALÉM DO HIPERDIA: PROPOSTA DE FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETE MELITTUS TIPO 2 EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMILIA

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

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª. Dr ª. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

_____
Profª Drª Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

_____
Profª. Drª. Ana Célia Oliveira dos Santos
Instituto de Ciência Biológica/Universidade de Pernambuco

MELO, Carlos Eduardo Gomes de. Para Além do Hiperdia: Proposta de fluxograma de atendimento aos usuários portadores de Diabete Melittus tipo 2 em Unidade de Saúde da Familia. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013

RESUMO

A atenção primária vem se consolidando em todo mundo como coordenadora de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) e, no Brasil, o modelo que melhor representa esse nível de atenção é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são, hoje, o grupo de enfermidades mais frequente, principalmente em decorrência do aumento da expectativa de vida da população mundial e, dentre delas, a Diabetes Mellitus (DM) tem se apresentado com uma das mais prevalentes. A ESF tem como uma das suas principais atribuições promover o cuidado aos usuários portadores de DM tipo 2, por ser a atenção primária, mais próxima da casa das pessoas e ter na longitudinalidade um dos pilares importantes para o controle desse quadro. A presente pesquisa, do tipo estudo de caso, teve como objetivo analisar como se dá o acompanhamento dos usuários portadores de DM, que frequentam usualmente o Hiperdia, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Recife. Utilizou métodos quantitativos e qualitativos. Foi adaptada a ficha de cadastro do Hiperdia, onde foram incluídas informações sobre exame físico, comorbidades e internações e aplicada a 57 usuários portadores de DM. Como resultados, obteve-se que o fluxo definido na USF para acompanhar esses usuários não responde às necessidades das pessoas por contemplarem somente um entrada, não prever classificação de risco e também não ter parâmetros assistenciais para melhor usarem a RISS. O estudo se valeu de quatro indicadores, definidos por cruzamento dos dados, que foram: detecção precoce, tratamento, controle e prevenção de complicações. Em todos os indicadores, foi observado um desempenho inferior ao esperado, das Equipes de Saúde da Família. Também foi observado, durante a coleta de dados, grande dificuldade de preenchimento dos dados que não estavam registrados nos prontuários. Concluiu-se que o processo de acompanhamento dos portadores de DM2 nesta USF precisa ser melhor sistematizado, incorporando a classificação de risco e a garantia de exames e procedimentos protocolizados para que a atenção primária se constitua na coordenadora do cuidado.

Palavras chaves: 1. Diabetes Melittus. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Assistência Integral à saúde.

MELO, Carlos Eduardo Gomes de. Beyond Hiperdia: Proposed flowchart of care for users with diabetes mellitus type 2 in the Family Health Unit. Master dissertation (Professional Masters in Public Health) - Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013

ABSTRACT

Primary care has been consolidating around the world as coordinator of Integrated Networks of Health Services (INHS), and in Brazil , the model that best represents this level of care is the Family Health Strategy (FHS). Chronic noncommunicable diseases are today the most common group of diseases, mainly due to the increase in life expectancy of the world population and, among them, the Diabetes Mellitus(DM) has been presented with one of the most prevalent . The FHS has as one of its main tasks to promote care to patients with DM type 2 users, being the primary care closer to people's homes and take the longitudinality one of the important pillars that frame control . This research, a case study, aimed to analyze how is the monitoring of patients with DM users, who usually attend Hiperdia, in a Health Unit Family(HUF) Recife. Used quantitative and qualitative methods. Record registration of Hiperdia where information was included on physical examination, comorbidities and hospitalizations and applied to 57 patients with DM was adapted users . As a result , it was found that the flow defined in USF to track these users do not meet the needs of the people contemplate only one entry , not predict the risk rating and also not care parameters to better use the INHS. The study drew upon four indicators, defined by crossing data, which wer : early detection , treatment, control and prevention of complications . In all indicators, a lower than expected, the Family Health Teams performance was observed. It was also observed during the data collection, great difficulty in fulfilling data that were not recorded in the charts . It was concluded that the process of monitoring of patients with DM2 in this HUF needs to be better systematized , incorporating risk assessment and assurance tests and procedures docketed for primary care is constituted in coordinating care.

Key words:. 1. Diabetes Mellitus. 2. Primary Care. 3 Integral Health Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GP	General Practitioners – Generalistas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hg	Hemoglobina
HGT	Hemoglicoteste
Hiperdia	Sistema de Registro das Informações de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde
IMC	Índica de Massa Corpórea
LC	Linha de Cuidado
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RIS	Rede Integrada de Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
RPA	Região Político-Administrativa
SERVIDIAH	Avaliação de Serviços de Atenção Básica à Saúde para Diabéticos e Hipertensos
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica do Ministério da Saúde
SISREG	Sistema de Regulação do Ministério da Saúde
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidades de Saúde da Família
Vigitel	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9
1.1 Atenção Primária em Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) 9
1.2 Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) 12
1.3 A APS na coordenação das RIS 16
1.4 Modelos de acompanhamento de condições crônicas 20
1.5 Problemática da Diabetes Mellitus (DM) 24
2 JUSTIFICATIVA 29
3 PERGUNTA CONDUTORA E PRESSUPOSTOS 30
3.1 Pressupostos 30
4 OBJETIVOS 31
4.1 Objetivo Geral 31
4.2 Objetivos Específicos 31
5 CAMINHOS METODOLÓGICOS 32
5.1 Tipo de estudo 32
5.2 Local do estudo 32
5.2.2 Caracterização da USF **35**
5.2.3 Características da população adscrita **36**
5.2.3.1 População por faixa etária e sexo **36**
5.2.3.2 Situação de saúde do adulto e idoso **37**
5.3 População e sujeitos do estudo 38
5.4 Variáveis e categorias 38
5.4.1 Categorias da análise qualitativa **38**
5.5 Coleta dos dados 39
5.5.1 Estudo piloto **40**
5.5.2 Coleta e análise dos dados **41**
5.6 Técnicas e procedimentos de análise 42
5.7 Plano de descrição e análise dos dados 42
5.8 Considerações éticas 43
6 RESULTADOS 44
6.1 Perfil dos usuários diabéticos da USF 44
6.2 Processo de trabalho das equipes – um desafio 45
6.3 Analisar o acompanhamento dos usuários portadores de DM2 da ESF 49

6.3.1 Indicador de detecção precoce **50**
6.3.2 Indicador de tratamento dos usuários com DM **51**
6.3.3 Indicador de controle da DM2 **52**
6.3.4 Indicador de Prevenção da DM2 **53**
7 DISCUSSÃO **56**
7.1 Perfil dos usuários da USF **56**
7.2 Processo de trabalho da EqSF da USF voltada para os usuários portadores de DM, com uma proposta de fluxo de atendimento **57**
7.3 Acompanhamento dos usuários **65**
7.3.1 Indicador de detecção precoce **65**
7.3.2 Indicador de tratamento **66**
7.3.3 Indicador de controle **66**
7.3.4 Indicador de prevenção **68**
8 CONCLUSÕES **70**
REFERÊNCIAS **72**
APENDICE B - Manual de preechimento da ficha de coleta. **80**
ANEXO A - Ficha de Hiperdia **84**
ANEXO B - Ficha do dia do Hiperdia da Equipe 1 **85**
ANEXO C - Ficha do dia do Hiperdia da Equipe 2 **86**
ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa **87**

1 INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária em Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada a porta de entrada preferencial dos sistemas de saúde, por ter como seus pressupostos primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades (STARFIELD, 2002). A existência de um serviço de primeiro contato, acessível quando o usuário necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados (CONILL; FAUSTO, 2007).

A APS, base orientadora do modelo de atenção à saúde, busca responder às necessidades da população através do entendimento de que a saúde é um direito social e se faz através do enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui para a melhora da atenção, com impactos positivos na saúde da população, e para a eficiência do sistema (MACINKO; STARFIELD, 2003; STARFIELD; SHI, 2002). Se os serviços de APS não estiverem habilitados para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada (STARFIELD, 2002).

Uma atenção primária forte é importante para a estabilidade dos sistemas de saúde, principalmente, nos públicos e universais. No Reino Unido, as funções dos generalistas (*general practitioners* - GP) vêm sendo ampliadas em detrimento dos especialistas, através de um maior controle dos generalistas sobre os recursos financeiros e oferta de ações de saúde. Na Alemanha, ainda que não se tenha constituído uma porta de entrada preferencial ao sistema como vem sendo implementado em outros países, como o Reino Unido, por exemplo, a legislação recente fortalece a constituição de um nível assistencial responsável pela coordenação dos cuidados (GIOVANELLA, 2011).

Mesmo nos países, onde os sistemas universais são apoiados em um modelo de atenção orientado pela APS, a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que é necessário um maior investimento na atenção primária para permitir que os sistemas de saúde cumpram todo o seu potencial em benefício dos seus usuários. Seguindo essa diretriz, Portugal realizou uma reforma da APS no período de outubro de 2005 a abril de 2010, período em que a Missão para os Cuidados de Saúde

Primários (MCSP) teve a responsabilidade de conduzir essa profunda reconfiguração da Atenção Primária Portuguesa (PISCO, 2011).

Na América Latina, durante a década de 1980, a abordagem seletiva de atenção primária foi preconizada por agências multilaterais, tornando-se hegemônica a implementação de uma cesta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade (CONILL; FAUSTO, 2007). Recentemente, países da região vêm desenvolvendo políticas para fortalecer a APS como estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde renovando uma abordagem abrangente de APS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

No Brasil, para o Ministério da Saúde, a Atenção Básica (AB) compreende "um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação" (BRASIL, 2012). A grande ampliação da AB e sua instituição como estratégia para a reformulação do primeiro nível de atenção iniciou-se com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa da Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (MITRE;ANDRADE; COTTA, 2012; VIANA; DAL POZ, 2005).

O PSF e o PACS vieram para modificar o modelo assistencial baseado prioritariamente em atendimento hospitalar – herança da medicina previdenciária – em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada (ESCOREL et al, 2007).

O PSF também foi concebido para ser o primeiro nível de atenção do sistema local de saúde e desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutiva, proporcionando além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde (BACKES, 2012; CAVALCANTE et al., 2006).

O PSF surgiu com a composição mínima de equipe multidisciplinar com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). A equipe de Saúde da Família realizaria o atendimento a uma população de uma determinada população adstrita e, além de suas atividades clínicas, desenvolveriam atividades de promoção e prevenção (ESCOREL et al., 2007).

Desde 1999 o PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde passando ser

reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL et al, 2007). A denominação enquanto Estratégia de Saúde da Família (ESF) reconhece as outras conformações de Atenção Primária no Brasil, bem como o termo Atenção Básica como equivalente ao termo Atenção Primária (BRASIL, 2012).

Através da publicação da Portaria n° 2.488, o Ministério da Saúde lançou a nova Política Nacional de Atenção Básica, substituindo a anterior publicada no ano de 2006 e ratificando o uso do termo trouxe como fundamentos e diretrizes:

> Ter território adscrito, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, coordenar a integralidade, estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde (BRASIL, 2012).

Em estudo realizado por Escorel et al (2007), onde foi avaliado o nível de conhecimento da localização das unidades de saúda da família, os autores encontraram na maioria das cidades, que das famílias adscritas à Equipes de Saúde da Família (EqSF) mais de 90% afirmaram conhecer o local da unidade de saúde da família, exceto em Goiânia que apresentou um índice bem abaixo com 60%. As cidades que foram incluídas nesse estudo foram Camaragibe (PE), Palmas (TO), Vitória da Conquista (BA), Vitória (ES), Aracaju (SE), São Gonçalo (RJ), Campinas (SP), Goiânia (GO), Manaus (AM) e Brasília (DF).

Ainda existe no Brasil, dois modelos de estruturação dos atendimentos as comunidades, as Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidade Básicas de Saúde (UBS), sendo a segunda substituída gradativamente pela primeira. Em estudo realizado por Elias et al (2006) foi feita uma comparação entre os modelos ESF e UBS nos diferentes estratos de exclusão social, tendo mostrado que, para os usuários, a ESF é superior à UBS, enquanto para os profissionais e gestores, não se revelaram diferenças relevantes entre estas duas modalidades nos três estratos de exclusão social.

O impacto do aumento da cobertura e da presença das EqSF tem melhorado os indicadores de saúde mais sensíveis as intervenções da APS. Em estudo de autoavaliação realizado, mostrou que existe uma correlação positiva entre a consolidação do modelo assistencial e as ações de atenção à saúde para a criança,

para o adulto e para o idoso demonstrando a evolução favorável do modelo (SILVA; CALDEIRA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a EqSF deve ser composta por profissionais capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes, que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Além disso, o Ministério da Saúde entende que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde e nas necessidades de população das comunidades adscrita.

Campos e Baiatero (2007) realizaram uma pesquisa bibliográfica sobre estudos que abordavam o tema necessidades de saúde e identificaram que, 62% dos artigos encontrados referiam-se a necessidades de saúde enquanto sinônimo de necessidades de cuidado de doenças ou etapas específicas de um determinado ciclo vital, como por exemplo, a fase reprodutiva. Conhecendo a relação existente entre necessidades e processos de trabalho, os referidos autores afirmam que os resultados encontrados indicam “que as ações em saúde reiteram que necessidades de saúde são respondidas com o consumo de um procedimento de saúde – majoritariamente, a consulta médica”.

A partir dos estudos de Stotz (1991), Cecílio (2001), Cecílio e Matsumoto (2006) propuseram uma taxonomia das necessidades de saúde integralizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos, organizada em quatro grandes conjuntos: o primeiro conjunto diz respeito à necessidade de boas condições de vida; o segundo se refere à necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; o terceiro diz respeito à necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde; e o último conjunto se refere à necessidade de autonomia na construção do seu “modo de andar a vida”.

1.2 Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS)

No intuito de garantir o acesso integral à assistência saúde, uma das estratégias mais discutidas, atualmente, é a organização de redes assistenciais. Tomando a regionalização como princípio, foram desenvolvidos no Brasil conceitos como níveis de complexidade da atenção, referência e contrarreferência, população referenciada, dentre outros, que servem para orientar a discussão dos processos

integrados de gestão na construção do atendimento em saúde com resolubilidade em unidades de diferentes perfis assistenciais e organizadas hierarquicamente (JESUS; ASSIS, 2010).

As redes, como alternativa para o planejamento de políticas não somente na área da saúde, tornaram-se um fenômeno mais presente com a globalização econômica, que alterou os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações o que fez com que as transformações recentes na de gestão estatal incluíssem modelos que implicam parcerias entre entes estatais e outras organizações, reforçando a necessidade e importância da articulação de redes (SILVA, 2011).

Shortell et al. (1994, p.47), definiu redes integradas de serviços de saúde (RISS) como:

> [...] 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 seletiva

Esses sistemas integrados são serviços de nível clínico que são coordenados através de unidades operacionais, tendo como funções: integração, atividades sistematizadas, gestão financeira e de recursos humanos, planejamento estratégico, gestão da informação e melhoria da qualidade, onde o papel principal é o atendimento ao paciente, prevenção de doenças e atividades de promoção da saúde (SHORTELL; GILLIES; ANDERSON, 1994).

Entendendo que o conceito de redes assistenciais se refere a um conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral dos serviços de saúde, numa dada região, 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 (KUSHNIR, 2006).

O conceito correspondente às RISS, conforme definida por Shortell, foi modificado no Brasil para o de Rede Integrada de Saúde (RIS). Apesar de ser comum as referências às redes de serviços de saúde, o termo Rede Integrada não era comumente utilizado. A RIS entrou mais efetivamente na agenda do SUS, quando a regionalização retornou com mais força com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais n° 399 e 699. O Pacto se propunha a substituir o formato rígido da Norma Operacional de

Assistência à Saúde por uma relação entre as três esferas de governo mais construtiva, baseada em interesses comuns em defesa do SUS, uma pactuação mais flexível, que resulte em construção de arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes (SILVA, 2011).

Na proposta de Mendes (2010), as RIS devem ter como missão e objetivos: operar de forma cooperativa e interdependente, intercambiar constantemente seus recursos, devem ser estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente, tendo um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário.

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. A coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de *continuidade dos cuidados* na perspectiva do usuário (ALMEIDA et al, 2010).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RIS (MENDES, 2012).

Para que a coordenação seja exercida de maneira a ser ter resultados eficientes e que garanta equidade no acesso, a APS deve se utilizar de mecanismos como: programação assistencial, formação profissional adequada e normalização da assistência.

Um dos requisitos para que haja coordenação assistencial é a existência de comunicação entre os diversos níveis do sistema das Redes. No Brasil, um dos instrumentos para esta comunicação costuma ser chamado de referência e contrarreferência e assumem relevância especial no planejamento dos fluxos assistenciais que o usuário pode percorrer e, consequentemente, na construção das RIS.

A referência é a solicitação de parecer ou consulta, juntamente com o envio de informações do paciente, para o local com a maior complexidade tecnológica e

contrarreferência é o movimento inverso, a ‘devolução’ do paciente, juntamente com o parecer ou as informações do que foi feito na referência, para o local de primeiro contato, onde se iniciou o atendimento e o encaminhamento. Então, exemplos de referências seriam os hospitais e centros de especialidades, enquanto que a contrarreferência é o retorno da informação do serviço de referência especializada para os profissionais da USF (MAEDA, 2002).

No debate atual sobre o princípio da integralidade, entendida também como o acesso a todos os recursos assistenciais que o usuário necessita, tem-se reafirmado que a construção das redes pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado com a sua saúde, configurando assim as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário (FRANCO, 2003).

Em relação à conformação de rede de atenção à saúde no Recife, percebe-se que os gestores municipais de saúde regulam apenas parte dos serviços sob gestão municipal e não atuam nos serviços privados, no sentido de adequá-los às necessidades assistenciais da população. Um outro problema é que a gestão estadual concentra muitos recursos e serviços especializados, o que tem dificultado a construção do processo de regionalização e de consolidação de complexos regulatórios compartilhados entre Estado e Município (ALBUQUERQUE et al., 2013).

A construção de linha do cuidado parte do princípio da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, às quais está associada a imagem de uma “linha de produção” voltada ao fluxo de assistência ao usuário e focada em seu campo de necessidades. Essa linha inicia-se na entrada do usuário, seja em serviços de urgência ou de atenção básica, partir daí, abre-se um caminho que se estende conforme as necessidades do usuário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Nas linhas de cuidado, a rede é organizada para o cuidado progressivo ao usuário, numa dimensão cuidadora horizontal como a defendida por Cecílio (1997). A partir do termo "linha de cuidado", pode-se inferir que a compreensão de integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde é aquela em que o caminho a ser percorrido por um usuário, desde a unidade básica e passando por diferentes serviços, ocorre de tal sorte que, ao seu final, completa-se o leque de cuidados necessários ao seu problema de saúde.

O reconhecimento de que nenhuma instância isolada dos sistemas de saúde possui a totalidade dos recursos e competências necessárias para resolver as necessidades de saúde de uma população, implica na constituição de redes integradas, que reconhecem a interdependência e, muitas vezes, os conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado (STARFIELD; SHI, 2002).

O SUS, que se apresenta atualmente como um sistema fragmentado, dificulta o acesso dos usuários e vem causando descontinuidade assistencial e comprometendo a integralidade da atenção ofertada. Dessa forma, não responde adequadamente às exigências colocadas pelas necessidades de saúde da população (LAVRAS, 2011).

É possível observar no modelo assistencial ainda predominante no nosso país, que os serviços são constituídos não em função de necessidades de saúde, e sim a partir da existência de uma demanda potencial. Além disso, esse modelo assistencial caracteriza-se por uma organização do trabalho em saúde, cuja ênfase, está nos aspectos biológicos e na cultura consumidora de procedimentos do complexo médico-hospitalar e industrial, contribuindo assim, para o aumento da demanda por especialistas e o alto consumo de exames complementares (FRANCO, 2003).

1.3 A APS na coordenação das RIS

Não é de hoje que o Brasil instituiu a Atenção Primária à Saúde, que aqui assume o nome de Atenção Básica, é preconizada como a porta de entrada do SUS e a Estratégia para reorganização do sistema. Inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde, a Unidade de Saúde da Família deve estar vinculada a uma rede de serviços que, hierarquizada, deve garantir assistência integral aos indivíduos e seus familiares, referenciando aos níveis especializados quando as situações ou problemas identificados requerem resolução fora do âmbito da atenção básica (BRASIL, 2001).

Os serviços de APS, pelos atributos que os caracterizam, seriam os mais adequados para assumirem a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento. As principais estratégias de coordenação dos cuidados por intermédio da integração entre níveis assistenciais

têm sido o uso de fluxos para a atenção especializada. A maior parte dos gestores, gerentes, profissionais e famílias em estudo realizado em quatro capitais brasileiras, confirmou que a principal forma de acesso a serviços especializados ocorre por meio de referência das USF (ALMEIDA et al, 2010).

Cecílio (1997) aponta como vantagens da Saúde da Família a ideia de expansão da cobertura e democratização do acesso; a criação de uma “porta de entrada” composta por uma ampla rede de serviços de atenção básica; a hierarquização como forma de racionalização no uso dos recursos, garantindo o acesso para o usuário a todas as tecnologias que forem necessárias e, por fim, a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário, como elemento facilitador do acesso e do vínculo.

A rede de APS não conseguia tornar-se essa porta de entrada do sistema, que continuava a ser o hospital. Os pronto-socorros estavam sempre lotados, com a evidência de que o perfil de morbidade da clientela atendida nestas unidades poderia ter resolubilidade ao nível primário, associado a este quadro estava o baixo impacto que as ações da APS tinham sobre os principais problemas de saúde da população, apesar dos avanços científicos e tecnológicos já alcançados (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a ESF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (BRASIL, 2006).

Na atualização dessa política, em 2011, a atenção básica é inserida na organização da RIS e passa a ter algumas funções importantes, como: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2012).

Implementar uma concepção abrangente ou integral de APS implica a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. A integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres (VIANA et al, 2008).

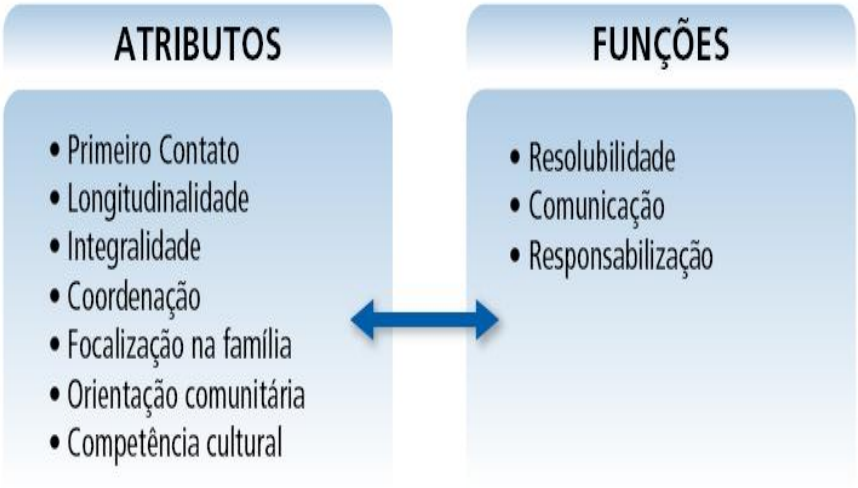
Problemas relacionados à integração do sistema e coordenação dos cuidados vêm recebendo atenção nas reformas dos sistemas de saúde, com iniciativas para fortalecer a APS (GIOVANELLA, 2006). As propostas de fortalecimento da posição da atenção primária no sistema decorrem do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais em um contexto de pressão por maior eficiência (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; SATMAN; RICO; BOERA, 2006).

A integração da rede de serviços na perspectiva da APS envolve a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de APS como porta de entrada preferencial, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (STARFIELD, 2002) com mecanismos formalizados de referência e a coordenação das ações pela equipe de APS, garantindo o cuidado contínuo (FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006). Integração, coordenação e continuidade são processos interrelacionados e interdependentes que se expressam em vários âmbitos: sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.

Um dos principais mecanismos para garantir um sistema integrado é a comunicação entre os níveis do sistema, frequentemente chamada de referência e contra referência. Esse ainda é um dos atributos da atenção primária menos desenvolvido, permanecendo como grande desafio do PSF(ESCOREL et al, 2007).

A APS tem funções e atributos importantes para ser a orientadora na composição das RIS. A figura 1, abaixo traz essa esquematização:

Figura 1 - Esquema gráfico de atributos e funções da APS.



Fonte: Mendes (2012)

Observando a esquematização elaborada por Mendes (2012) podemos observar que entre os atributos da APS, a coordenação e a longitudinalidade são as característica intrínseca desse nível de atenção que a definem como parte integrante de um processo mais amplo, não apenas restrito ao cuidado individual, familiar e comunitário, ou seja, integrante de uma RIS de modo a ser um nível que permeia todos os outros níveis, tendo como responsabilidade trazer para essa rede: resolubilidade, comunicações e responsabilização. Importantes funções tanto para usuários como para o sistema de saúde.

A organização de sistemas de serviços de saúde mais integrados e com uma melhor coordenação objetivam proporcionar atenção menos onerosa, de melhor qualidade e mais direcionada a responder a agravos crônicos, de prevalência crescente e pouco responsivos à atenção médica contemporânea. Também se propõem a superar a atenção fragmentada pela especialização progressiva e ainda organizada de modo a responder a problemas agudos, não garantindo atenção integral ao paciente crônico (GIOVANELLA, 2011).

A articulação da APS com os demais níveis de complexidade da saúde influenciaria efetivamente na dimensão econômica do SUS, já que poderia interferir na lógica da oferta a partir da demanda, reduzindo iniquidades e impactando as ações de alta complexidade (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Muitos municípios têm experiências consolidadas de implantação da ESF, como Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. São cidades onde a estratégia.

além de porta de entrada, é identificada como o nível de atenção responsável pela coordenação dos cuidados. Em três desses municípios, foi realizada pesquisa de avaliação da APS que verificou que a EqSF não foi o serviço procurado por mais da metade das famílias em episódio recente de adoecimento. Os horários restritos de funcionamento, a dificuldade de manejo da demanda espontânea e a baixa resolutividade do cuidado, segundo a pesquisa, foram descritos como limitadores para a consolidação desse nível de atenção (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Em estudo de Machado et al.(2008, p.S54) já identificavam preocupação nesse sentido:

> Para que o PSF seja uma estratégia de reestruturação do modelo, no sentido da integralidade da atenção, é fundamental que sua implantação conte com recursos adequados de investimento e custeio, profissionais bem capacitados e comprometidos e um sistema organizado de referências para ações e serviços de saúde dos diversos níveis de atenção. Do contrário, corre-se o risco de confundir a adoção do PSF com uma estratégia de medicina simplificada para populações carentes, o que seria contrário aos princípios do SUS.

No Brasil, mesmo com todos os esforços concentrados na expansão da ESF, observa-se, com frequência, que é preciso avançar mais para garantir que as dimensões da APS sejam consolidadas, para que a ESF constitua-se efetivamente em estratégia de reordenamento do SUS, com algum impacto sobre a conversão do modelo assistencial (SISSON et al, 2012)

Por outro lado, apesar do aumento no número de EqSF, a coordenação das redes de saúde por essas equipes ainda não pode ser considerada efetiva, em decorrência da que não existe novos mecanismos de comunicação entre os níveis de atenção para maior agilidade nos fluxos, nem garantia de continuidade de cuidados, ao mesmo tempo em que há persistência dos problemas de acesso à atenção especializada por causa de sua oferta insuficiente (GOMES et al., 2011; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013; MEDEIROS, 2013; SISSON et al., 2012).

1.4 Modelos de acompanhamento de condições crônicas

O aumento crescente das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades

sociais (MALTA; SILVA Jr, 2013). O aumento da DCNT afeta todos os países, ricos ou pobres, todas as classes sociais e sexos. Estima-se que 35 milhões de mortes ocorrem anualmente, levando a OMS a estabelecer metas para sua redução (MALTA; MERHY, 2010)

No Brasil, para corroborar o papel equitativo do SUS foi observado que não existe diferenças na prevalência das doenças crônicas, entre usuários e não usuários de planos de saúde e que o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são relevantes causas de morbidade e mortalidade, principalmente quando associadas (FREITAS; GARCIA, 2012).

Em decorrência disso, para acompanhar melhor esses usuários, um modelo de acompanhamento de condições crônica se torna importante.

Para Mendes (2012, p.31), o conceito de condições crônicas inclui o fato de que:

> Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular, que leva a dor, que leva a estresse e ansiedade, que leva a problemas emocionais, que leva a depressão, que leva a fadiga, que realimenta a condição crônica.

O grupo das DCNT compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

O impacto da DCNT no mundo é muito significativo. Das 57 milhões de mortes no mundo, em 2008, 36 milhões ou 63,0% decorrem delas, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80,0% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29,0% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13,0% são mortes precoces (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Não só no sistema de saúde brasileiro as DCNT tem tido impacto importante. Em estudo realizado em Pernambuco, em relação à distribuição das causas de aposentadorias por invalidez que configuraram o quadro de morbidade para a concessão deste benefício, destaca-se que, entre as cinco causas principais, as três

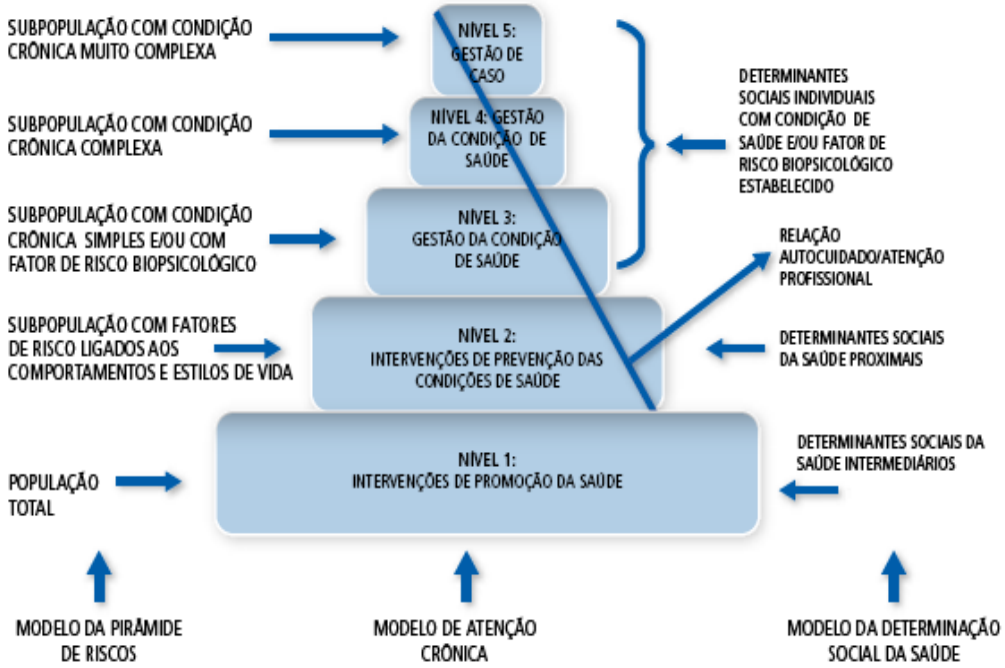
primeiras são classificadas como pertencentes as esse grupo de patologias (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007).

Em Lages, no Estado de Santa Catarina, percebe-se que, a população já acometida por DCNT tem um risco considerável de desenvolvimento de outras doenças crônicas, pois já apresentam altas prevalências de hipertensos (33,78%), indivíduos com sobrepeso (33,46%) e obesidade (23,46%). Além disso, foram observadas altas prevalências de outros fatores de risco, como o fumo (45,9% de fumantes e ex-fumantes) e o sedentarismo (70,08%) (LONGO et al, 2011).

Para Malta e Merhy (2010), o uso de Linha de Cuidado (LC) para DCNT é útil porque sua análise possibilita: mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir o usuário, identificar fluxos, que podem agir como mecanismos de regulação, onde se pode ver tentativas de negação de acesso, monitorar ações de vigilância à saúde e de promoção, bem como a utilização dos recursos das clínicas especializadas. Ao analisar o caminho do usuário na LC, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo de necessidades dos usuários, determinado pelo suposto projeto terapêutico que lhe é indicado, como se deu a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção, ou, ao contrário, se ocorre a fragmentação ou interrupção da assistência.

Outro modelo bem discutido para acompanhamento das DCNT é chamado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que sugere o esquema abaixo:

Figura 2 - Esquema gráfico do MACC.



Fonte: Mendes (2012)

A base do MACC é o Modelo de Atenção a Condição Crônica, mas, esse modelo de origem, foi expandido, com a incorporação de outros dois modelos: o modelo da pirâmide de risco e o modelo da determinação social da saúde, isso de fez necessário para se adaptar às exigências de um sistema de atenção à saúde público e universal como o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem que levar em consideração os aspectos relacionados ao adoecimento. O SUS é um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional convoca um modelo que estratifique a população segundo riscos (MENDES, 2012).

No MACC é importante também as definições dos níveis de atenção para cada período ou evolução da condição crônica, porque esclarece quando deve acessar a RIS. Nesse modelo as pessoas com condição menos grave (Nível 1) necessita mas de apoio ao autocuidado do que de cuidados profissionais, que devem ser desenvolvidos na APS e com a evolução da gravidade pode se chegar a necessitar, em grande parte do tempo de cuidados profissionais (Nível 5), podendo acessar os níveis secundários e terciários de atenção a saúde.

No panorama atual da saúde, em um cenário internacional onde existe um predomínio das condições crônicas, não é possível dar resposta, com eficiência,

efetividade e qualidade, com sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as descompensações das condições crônicas, e organizados de forma fragmentada (MENDES, 2010).

Nessa situação, Mendes (2010, p. 2299) discute que:

> 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 dos 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. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Em sendo as DCNT um importante problema de saúde pública e comprovada sua complexidade, o local mais adequado para o acompanhamento e controle de usuários portadores de condições crônicas e, nesse caso, de DM é a APS, o locus assistencial que inclui em suas características básicas a coordenação, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado.

1.5 Problemática da Diabetes Mellitus (DM)

A DM é uma condição clínica que se caracteriza pelo aumento da glicose plasmática, tendo como critério de diagnóstico: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal, acrescidos de glicemia casual (aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições) maior de 200 mg/dl, glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl e ou Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

A idade, a obesidade e a presença de uma história familiar de DM devem ser considerados como fatores importantes tanto para o diagnóstico como para a proposição de medidas preventivas, visto que corroboram para o aumento na prevalência dessa condição clínica (MALERBI; FRANCO, 1992).

A DM atinge mais de 371 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8,3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países. Em mais de 50% destas pessoas, a diabetes não foi ainda diagnosticada (SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA, 2013).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA), este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida, enquanto que, nos países em desenvolvimento, este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, triplicando no grupo de 45 a 64 anos e duplicando nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (BRASIL, 2013).

Na Europa, a previsão da prevalência de DM em portugueses com idade de entre 20 a 79 anos é de 12,7%, divididos em 7,2% de diagnosticados e 5,2% de não diagnosticados. O mesmo estudo traz um aumento de incidência de 80% nos últimos 10 anos e, em 2010, ela representou cerca de sete anos de vida perdida por cada óbito na população com idade inferior a 70 anos (SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA, 2013).

Em estudo realizado com 21.847 indivíduos com idade 30-69 anos, em nove cidades brasileiras observou-se “que a as taxas globais foram de 7,6 e 7,8% de DM e Tolerância a Glicose Diminuída respectivamente com 22,3% sem tratamento e 46% não diagnosticados” (MALERBI; FRANCO, 1992).

Em relação à prevalência, é estimado que o Brasil passe da 8ª posição, de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, com 11,3% da sua população portadora de DM, em 2030 (BRASIL, 2013).

De acordo com o último relatório do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado em 2011, a frequência de adultos (pessoas com idade igual ou maior de 18 anos) que referiram diagnóstico médico prévio de DM variou entre 2,7% em Palmas e 7,3% em Fortaleza. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Fortaleza (8,3%), Rio de Janeiro (7,3%) e São Luís (5,7%); e, menores, em Palmas (1,9%), Curitiba (3,2%) e Manaus (3,4%). Entre as mulheres, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente em Vitória (8,6%), Campo Grande (7,1%) e Porto Alegre (7,0%); e menos frequente em Palmas (3,6%), São Luís (3,8%) e Boa Vista (4,1%) (BRASIL, 2012).

Nesse mesmo relatório, em Recife, 4% dos homens adultos referiram diagnóstico prévio de DM, em contraposição a 7% em mulheres (BRASIL, 2012).

Quando se observa a mortalidade no Brasil, em 2007, 72,0% desses óbitos no país foram decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com

destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (FREITAS; GARCIA, 2012).

O primeiro nível do sistema deve ser o principal local de acompanhamento para os usuários portadores de DM. Em alguns estudos, recomenda-se que de 60 a 80% dos casos de DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sejam tratados na APS, porém é necessário que o atendimento seja resolutivo e de qualidade. Para melhorar a qualidade desse tratamento, é imprescindível a vinculação do paciente às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento (FERREIRA; FERREIRA, 2009; PAIVA, 2006).

As EqSF devem também ter o entendimento que a DM mantém uma associação comum com HAS. Estudos indicam que a prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em comparação com os não diabéticos. Ademais, a hipertensão afeta 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos (FREITAS; GARCIA, 2012). Por envolverem múltiplas causas e determinantes, as DCNT requerem dos profissionais de saúde conhecimento formal amplo, permanente atualização e flexibilidade para mudar a cultura organizacional, adaptando-se às necessidades dos usuários e suas comunidades. Portanto, na APS devem ser utilizadas intervenções com enfoque individual e coletivo, visando essas doenças (GUIDONI et al., 2009; MENDES, 2012).

O atendimento da APS deve constar de um acompanhamento completo desses usuários, devendo a EqSF viabilizar frequentemente a medida da glicemia capilar, pressão arterial (PA), peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) e cintura abdominal. Esses índices podem trazer alguns alertas importantes, como o que é observado com o aumento da circunferência abdominal, que pode evidenciar complicações metabólicas principalmente em diabéticos. Em estudo realizado em Cuiabá, foi visto que 90% das mulheres e 63,5% dos homens diabéticos na faixa etária adulta e idosa apresentam aumento nessa medida, diagnóstico esse firmado na APS no ato do preenchimento da ficha de Hiperdia (sistema de registro de informações de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde), mesmo esse campo não sendo obrigatório (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Os resultados no controle da DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade (BRASIL, 2013).

As equipes da ESF no Brasil seguem, ou deveriam seguir, como parâmetros assistenciais, o que é preconizado pelo MS, especialmente no Caderno da Atenção Básica n° 16. Em estudo realizado por Silveira (2010, pag.48) sobre a utilização dessas recomendações por um EqSF, o autor observou que:

> Se os registros nos prontuários forem tomados como reflexos fidedignos das consultas, a análise dos resultados dessa pesquisa mostra que houve uma grande diferença entre os parâmetros preconizados pelo CAB-DM e o que de fato foi praticado nas consultas médicas e de enfermagem no local de estudo.

Reforçando o papel da APS, estudos brasileiros têm demonstrado que o aumento verificado para hipertensão e diabetes pode também ser decorrente da ampliação do acesso aos serviços de saúde e, portanto, dos diagnósticos clínicos e laboratoriais (FREITAS; GARCIA, 2012). Mesmo considerando tal fato, há de se melhorar muito o acompanhamento dos usuários diagnosticados com DM, o controle da doença, o autocuidado e a disseminação de informações nesta perspectiva.

Em estudo realizado em 22 centros clínicos localizados em dez cidades, as dosagens séricas de hemoglobina glicada em 6.671 portadores de diabetes, na faixa etária de 18 a 98 anos, trouxe resultados mostrando que apenas 10% dos 679 portadores do tipo 1 da doença estavam controlados e que somente 27% dos 5.692 pacientes com o tipo 2 da doença mantiveram os índices glicêmicos normalizados (MENDES, 2012).

No estudo SERVIDIAH, que é uma Avaliação de Serviços de Atenção Básica à Saúde para Diabéticos e Hipertensos e foi realizado em 2010 no Estado de Pernambuco. Foram estudados os acompanhamentos de 785 hipertensos e 823 diabéticos, de 208 equipes da ESF em 35 municípios do estado. E detectou que os níveis de “Hb glicada estavam abaixo do recomendado, em 30,5% dos indivíduos diabéticos, estando então com o controle da glicemia insatisfatório” (FONTBONNE, 2013). Pode então se questionar a eficiência da APS no cuidado desses usuários nas cidades estudadas.

Em outra pesquisa realizada em unidades de APS, em Porto Alegre, com 753 pessoas, com 20 ou mais anos de idade, apenas 37 referiram ter tido o diagnóstico de sua DM feito por médico, ou possuíam Hemoglobina glicada (Hg Glicada), Pressão Arterial (PA) e IMC medidos nesse nível de atenção. Feita a triangulação dessas três medidas, concluiu-se que “apenas um paciente foi classificado como controlado durante o estudo” (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2011).

Para acompanhamento e melhor resolutividade no controle dos usuários portadores de DM, a APS deve ser a porta de entrada não somente para os cuidados primários, mas também para um sistema integrado, composto por serviços especializados, de urgência e de internação, que garanta todos os recursos tecnológicos de que necessitam as pessoas para problemas crônicos e suas agudizações.

2 JUSTIFICATIVA

Com o aumento da longevidade das populações em todo o mundo, o perfil epidemiológico tem se comportado com o aumento considerável das DCNT e, dentre essas, a DM tem seu destaque, tanto pela sua prevalência como pela sua capacidade de causar complicações importantes.

Pela complexidade desses problemas, DCNT e DM, os sistemas de saúde têm tentado se organizar em RIS para dar melhor resposta para os usuários estabelecendo que o melhor local para coordenação do cuidado, acompanhamento e vinculação desses usuários é a APS.

É nesse espaço da APS que as USF, que devem por conceito, esta mais próxima do usuário e criar longitudinalidade do cuidado são o ambiente ideal para os portadores de DM, devendo trabalhar de forma organizada e multidisciplinar, favorecendo o acesso a atendimentos, exames e uso racional do sistema de saúde.

No Brasil, o SUS passou a dar volume maior aos atendimentos de APS com a implantação e fortalecimento da ESF que tem como uma das suas prioridades o acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos.

Esse acompanhamento desperta interesse de alguns estudos por causa da dificuldade de controle da Diabetes Melittus tipo 2 (DM2) e também a necessidade de entender o quanto a ESF tem sido ativa na resposta a esses quadros e também a sua capacidade de ser a porta de entrada e coordenadora da RIS.

Por todas essas questões, é que o presente estudo se justifica, porque faz uma análise de como se organiza o atendimento a portadores de DM2 em uma USF, fazendo uma análise dos fluxos e propondo um para esse acompanhamento.

3 PERGUNTA CONDUTORA E PRESSUPOSTOS

Como se organiza e como deveria ser organizada a atenção aos portadores de DM2 como pacientes usuais dos serviços de Atenção Primária à Saúde?

3.1 Pressupostos

O presente estudo tem como pressupostos:

a) O fluxo de cuidado ao portador de DM funciona atrelado aos portadores de HAS e sem classificação de risco;

b) Os usuários não estão se beneficiando desse modelo, pois não apresentam controle glicêmico adequado.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o processo assistencial voltado ao usuário portador de DM2.

4.2 Objetivos Específicos

1) Descrever o perfil dos usuários diabéticos da USF;
2) Descrever o processo de trabalho das EqSF da USF voltado para os usuários portadores de DM;
3) Analisar o acompanhamento dos usuários portadores de DM2 da ESF.
4) Elaborar um fluxograma de acompanhamento dos usuários portadores de DM na USF.

5 CAMINHOS METODOLÓGICOS

O cuidado ao portador de DM2 na APS é o objeto deste estudo e caracteriza-se como objeto complexo que, para sua melhor compreensão, necessita do uso de abordagens diversificadas tanto quantitativas, quanto qualitativas.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso.

Esse tipo de estudo é apropriado para investigação de fenômenos quando há uma grande variedade de fatores e relacionamentos, que podem ser diretamente observados e quando não existem leis ou regras básicas para determinar quais são os fatores mais importantes. A partir da exploração intensa de um único caso, dá-se a oportunidade para análise de um problema em profundidade, dentro de um período de tempo limitado, cabendo abordagens quantitativas e qualitativas, possibilitando a descoberta de aspectos não perceptíveis em estudos maiores e gerando o levantamento de novas questões (KAZEZ, 2009; TRIVIÑOS, 2009; VENTURA, 2007).

5.2 Local do estudo

Alguns critérios utilizados para a escolha da unidade de estudo foram:

1) Ser local de trabalho do pesquisador ou estar próximo territorialmente;

2) Disponibilidade da equipe para participar da pesquisa;

3) Fazer parte da pesquisa: “Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos a consultas especializadas e exames complementares” (Pesquisa RIS), do qual o presente trabalho é parte integrante;

4) Desenvolver cuidados aos portadores de DM2 de forma regular e sistemática;

5) Ser campo de prática de programas de graduação e pós-graduação.

Diante dos critérios elencados, o caso definido para este estudo foi a Unidade de Saúde da Família do Alto do Maracanã, no Distrito Sanitário II, do município do Recife.

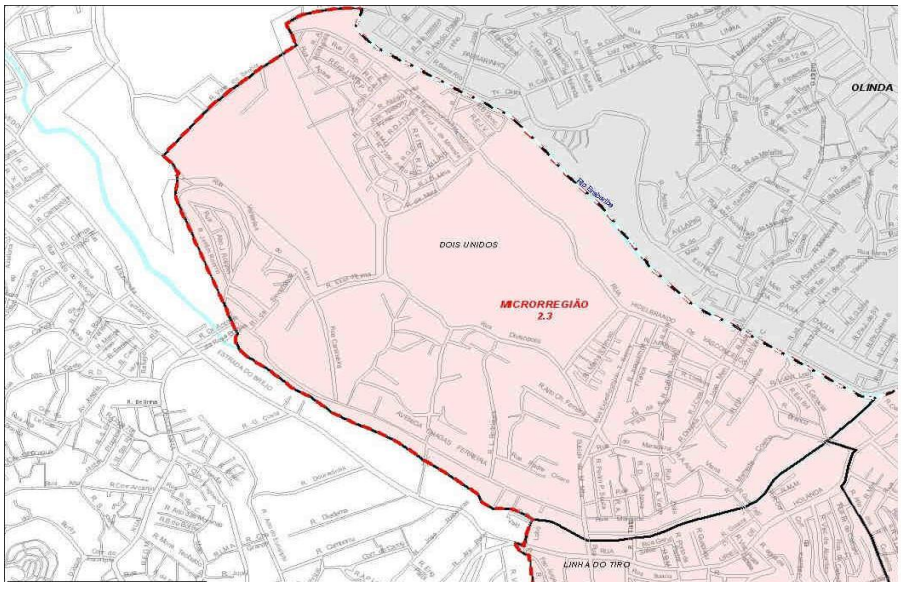
5.2.1 O Recife

A estimativa da população do Recife é de 1.599.514 pessoas (IBGE, 2013), com uma densidade demográfica de 7.354 hab/km². O município do Recife está divido em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA), segundo a Lei Municipal nº 16.293 de 22.01.1997. Cada RPA é subdividida em três microrregiões que reúne um ou mais dos seus 94 bairros (RECIFE, 2013)

A RPA 2 é composta pelos bairros: Arruda; Campina do Barreto; Encruzilhada; Hipódromo; Peixinhos; Ponto de Parada; Rosarinho; Torreão; Água Fria; Alto Santa Terezinha; Bomba do Hemetério; Cajueiro; Fundão; Porto da Madeira; Beberibe; Dois Unidos e Linha do Tiro. A RPA II faz divisa com o município de Olinda (RECIFE, 2013).

O Bairro de Dois Unidos está localizado nessa RPA, na microrregião 2.3. Apresenta 312 hectares de área territorial e 32.805 habitantes, correspondendo a 2.13% da população do município (RECIFE, 2013). O bairro tem 9.374 domicílios, com média de 3,5 habitantes por domicílio, onde 45,06% das mulheres são responsáveis pelo domicílio. O valor de rendimento nominal médio mensal dos domicílios é de R$ 937,92. Abaixo o mapa da Microrregião 2.3, com destaque para a localização do Bairro de Dois Unidos.

Figura 3 - Mapa do microrregião 2.3 da RPA 2.



Fonte: Recife (2013).

A tabela abaixo apresenta a categorização da população do Bairro de Dois Unidos por sexo, faixa etária e raça/cor (RECIFE, 2013).

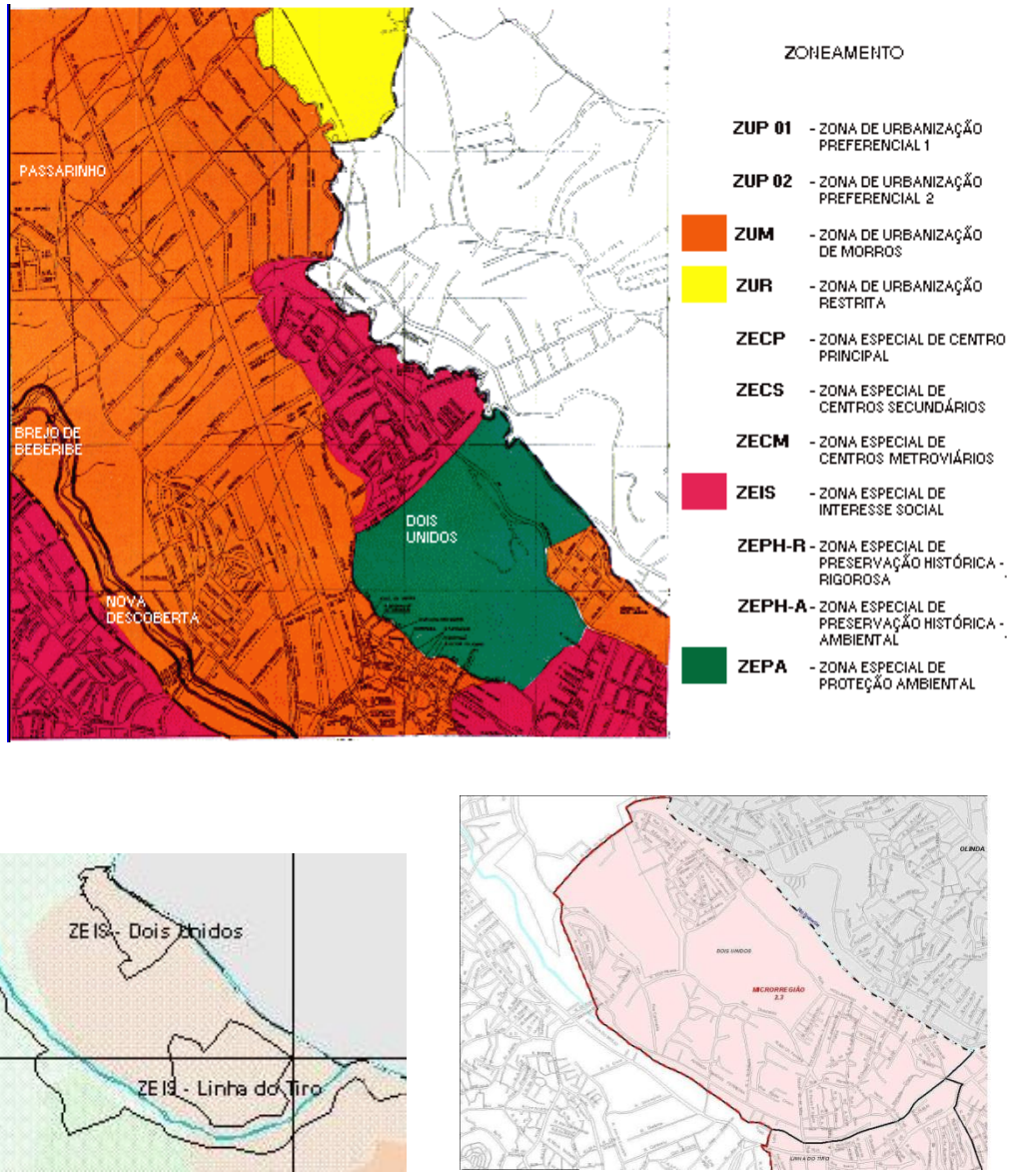
Tabela 1 - Caracterização por sexo, faixa etária e raça/cor no Bairro de Dois Unidos.

População por sexo		**%**
Masculina	15.662	47,6
Feminina	17.243	52,4
População por faixa etária	**Hab**	**%**
0 – 4 anos	2.438	7,41
5 – 14 anos	5.765	17,52
15 – 17 anos	1.937	5,89
18 – 24 anos	4.250	12,92
25 – 59 anos	15.712	47,75
60 anos e mais	2.803	8,51
População por cor ou raça[3]	**%**	
Branca	29,23	
Preta	10,38	
Parda	59,57	
Amarela	0,65	
Indígena	0,17	

Fonte: Recife (2013).

Há duas Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) no bairro de Dois Unidos, de acordo com distribuição apresentada na figura 4 abaixo. São as ZEIS denominadas Dois Unidos e Linha do Tiro. Segundo a Lei Municipal de uso e Ocupação do Solo do Recife de 30 de Janeiro de 1997, as Zonas Especiais de Interesse Social são “áreas de assentamentos habitacionais de população de baixa renda, surgidos espontaneamente, existentes, consolidados ou propostos pelo Poder Público, onde haja possibilidade de urbanização e regularização fundiária” (RECIFE, 2013)

Figura 4 - Mapa da representação das ZEIS no bairro de Dois Unidos.



Fonte: Recife (2013).

5.2.2 Caracterização da USF

A USF do estudo conta com 2 consultório médicos, 2 consultório de enfermagem e 1 odontológico, sala de vacina, sala de curativos, sala de citologia, sala de procedimentos de enfermagem, 3 banheiros, sala de espera, sala para reuniões, uma copa. Comporta 2 equipes de saúde da família e 1 de saúde bucal.

A unidade realiza acolhimento como estratégia para organização da demanda dos usuários que chegam espontaneamente, sendo realizadas reuniões periódicas com todos, inclusive os residentes, para aperfeiçoamento dos protocolos e

avaliação. Os atendimentos dos profissionais vão desde atendimentos individuais e coletivos acompanhando pessoas de todas as idades, problemas agudos e crônicos e respondendo por ações programáticas do sistema de saúde como atendimentos aos programas de hipertensos e diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, prevenção do colo do útero e puericultura.

As equipes também encaminham os usuários, que necessitam, para algumas especialidades e para exames complementares às unidades de referência, que são agendadas pelo auxiliar administrativo da USF, através do Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG) e são normalmente encaminhados para as Policlínicas do Distrito Sanitário 2 (DS2), hospitais e clinicas conveniadas.

As especialidades que os usuários são encaminhados pelo SISREG são: Fonoaudiologia, Pneumologia, Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Colposcopia, Geriatria, Odontologia, Psiquiatria, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Neurologia, Nutrição, Fisioterapia. Pré-Natal de risco, Cirurgia Vascular, Gastroenterologia, Endoscopia digestiva, Cirurgia plástica, Cirurgia pediátrica, Cirurgia geral, otorrinolaringologia e oftalmologia.

Os locais onde se encontram as especialidades são: Policlínicas Amaury Coutinho, Salomão Kelner, Hospital Santo Amaro, Hospital Maria Lucinda, IMIP, Hospital Evangélico, Hospital Agamenon Magalhães, Instituto Radium, Clinica Santo Antônio, Rede Visão, CLINOPE, SEOPE, PCO, Oftalmo Associados

5.2.3 Características da população adscrita

A população da área adscrita à USF não difere de outras comunidades, em características gerais, do Recife. Principalmente há uma semelhança importante com a comunidade adscrita à USF usada no Estudo Piloto da pesquisa.

5.2.3.1 População por faixa etária e sexo

A população da comunidade adscrita a USF do estudo está descrita na Tabela 2.

Tabela 2 - Somatório geral da população por idade, residentes na área de abrangência da USF do estudo.

IDADE	*MASCULINO*	*FEMININO*	*N*	*% TOTAL*
< 1	24	13	37	0,6
1 a 4	150	117	267	4,5
5 a 6	91	95	186	3,1
7 a 9	155	123	278	4,6
10 a 14	201	224	425	7,1
15 a 19	350	339	689	11,5
20 a 39	1007	1092	2099	35,0
40 a 49	415	445	860	14,3
50 a 59	252	314	566	9,4
> 60	254	334	588	9,8
TOTAL	2899	3083	5995	100,00

Fonte: Brasil (2013).

5.2.3.2 Situação de saúde do adulto e idoso

Segundo dados coletados no SIAB (sistema de informações da atenção básica do Ministério da Saúde), não houve casos de internações por descompensação de DM na população adscrita à USF do estudo ano de 2011, 2012 e até julho de 2013. O número de usuários com HAS e DM estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Número de usuários com HAS e DM na USF em estudo

DOENÇA	***CADASTRADOS***	***ACOMPANHADOS***		***> 20 ANOS***	
		N	**%**	**TOTAL**	**PREVAL**
HIPERTENSÃO	644	596	92,54	4113	15,65
DIABETES	171	157	91,81	4113	4,15

Fonte: Brasil (2013).

5.3 População e sujeitos do estudo

O presente estudo tem com base os usuários da USF, que são cadastrados no Hiperdia e são portadores de DM2. O cadastro no Hiperdia é feito a partir da lista dos usuários com DM de cada microárea, fornecida pelos ACS.

Alguns estudos utilizam desde mesmo método para seleção de sua população a ser analisada uma vez que este registro é considerado mais preciso e atualizado (FONTBONNE et al, 2013).

Para observação direta do pesquisador, com intuito de coletar aspectos qualitativos, os sujeitos foram definidos como sendo os trabalhadores da USF envolvidos com os atendimentos e acompanhamento dos portadores de DM2. quais sejam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS de cada equipe.

5.4 Variáveis e categorias

As variáveis e categorias referentes às abordagens qualitativas e quantitativas serão descritas a seguir.

Em uma pesquisa, as variáveis independentes são os antecedentes e as variáveis dependente são as consequentes, ou seja, as independentes são aquelas que determinam ou afetam uma outra variável. E as dependentes são as que devem ser explicadas ou descobertas, em virtudes de serem influenciadas, determinadas ou afetadas pela independente (LAKATOS; MARCONI, 1997).

5.4.1 Categorias da análise qualitativa

Na parte qualitativa da pesquisa, as categorias definidas estão baseadas nos aspectos que foram observados e sistematizados pelos pesquisadores. Que são:

1) Processo de trabalho: observação das relações interprofissionais de todos os envolvidos nos atendimentos aos usuários portadores de DM ;
2) Descrição dos fluxos estabelecidos para atendimento aos usuários do Hiperdia;
3) Observação do processo de atendimento das pessoas portadoras de DM2 que frequentemente comparecem ao Hiperdia.

5.4.2 Categorias da análise quantitativa

Para analise quantitativa foi utilizados dados dos perfil dos usuários pesquisados e no intuito de avaliar o acompanhamento que é prestado pela USF aos portadores de DM2, foi utilizado o cruzamento dos Indicadores: detecção precoce, tratamento, controle e prevenção. Esses indicadores estão referenciados nas características da APS e preconizadas para as EqSF. Todos os dados serão extraídos da ficha de coleta dos prontuários dos usuários.

Quadro 1 - Indicadores e suas variáveis

Indicador	**Variáveis**
Detecção precoce	Tempo da doença X Complicações Tempo da doença X Uso de medicamento Tempo da doença X Uso de Insulina
Tratamento	Complicações X Uso de medicamento Complicações X Insulina
Controle	Hg. Glicosilada X Uso de Insulina Hg. Glicosilada X Uso de medicamento
Prevenção	IMC X Medida da cintura IMC X Complicações Medida da cintura X complicações

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.5 Coleta dos dados

A coleta de dados da pesquisa foi organizada em duas fases: estudo piloto e coleta de dados do estudo de caso.

Em todas foi inicialmente realizada uma reunião da equipe de pesquisadores com os membros das EqSF onde foi explicada a dinâmica da coleta e solicitado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) uma lista manuscrita com os nomes dos usuários portadores de DM que moram na suas respectivas microáreas.

A presente pesquisa, por ser uma dissertação de Mestrado Profissional, se propôs a contribuir com a organização do processo de trabalho da APS em Recife e das EqSF, garantindo o preenchimento e organização das fichas do Hiperdia de todos os usuários.

Entendia-se que todos os usuários com DM2 citados, como cadastrados e acompanhados no relatório mensal do ACS, fossem facilmente identificados. Outra premissa foi de que, sendo o Hiperdia um programa prioritário cujo o cadastro e alimentação do sistema não tem sido feito, o trabalho de atualização do cadastro seria uma contribuição útil da pesquisa para a EqSF.

Com os cadastros atualizados, documentos pertencentes aos prontuários dos usuários, a coleta de dados para a pesquisa se restringiu a digitação dos dados no banco criado no Epi Info® versão 3.5.1, sendo estes assim considerados dados secundários.

5.5.1 Estudo piloto

O estudo piloto teve a seguinte sequência:

1) Reunião dos pesquisadores e EqSF;

2) Treinamento dos auxiliares de pesquisa para o preenchimento da ficha do Hiperdia, modificada pelos componentes da Pesquisa RIS;

3) Recolhimento das listas dos usuários com DM, de cada microárea, dos seus respectivos ACS;

4) Separação dos prontuários das famílias dos usuários;

5) Rediscussão da ficha e do seu preenchimento;

6) Realização de novo teste com outra microárea, de outra EqSF, com a ficha modificada;

7) Rediscussão da nova coleta, da ficha versão 2 e do seu preenchimento;

8) “Fechamento” da ficha e submissão a especialista;

9) Versão final da ficha e adequação do manual de preenchimento.

O pré-teste se limita a um aperfeiçoamento do instrumento quanto à sua forma. Quando se faz pesquisa exploratória, o pré-teste passa a ser parte integrante dela. Nestas condições, as questões já vão sendo resolvidas para ser incorporada ao documento definitivo (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

O estudo piloto foi desenvolvido em USF diferente da unidade da coleta definitiva. Essa USF é composta de 4 EqSF e 2 Equipe de Saúde Bucal, e pertence a rede municipal e está localizada no Distrito Sanitário II.

Durante esse período, à medida que se avançava na coleta, os pesquisadores foram identificando que alguns campos da ficha não apresentavam condições de serem preenchidos adequadamente, por falta de informação. Por exemplo: deveriam ser registrado todos os exames solicitados, medicações em uso, aferição da Pressão Arterial (PA) e Hemoglicoteste (HGT).

Na maioria dos prontuários apenas se observava registros do comparecimento à reunião do Hiperdia e a frase “conduta mantida”. Isso gerou muita dificuldade na coleta das dados e um longo tempo para preenchimento de cada ficha que, mesmo com todo o empenho, permaneciam com quase todos os campos ficando em branco. Outro problema foi a dificuldade de classificação do tipo de atendimento: se era consulta, atendimentos coletivos de Hiperdia, acolhimento ou urgência.

5.5.2 Coleta e análise dos dados

A coleta definitiva na USF selecionada para o estudo iniciou em outubro de 2012 e, além do pesquisador, contou com 3 residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco (UPE), como coletadores, e 2 estudantes da Faculdade de Medicina da UPE.

Em um primeiro momento, foram fornecidas 6 listas de 3 ACS de cada EqSF contendo um total de 34 usuários. Nessas listas, a quantidade variou de 3 até 10 nomes. Não se conseguiu mais nenhuma lista dos demais ACS que não entregaram na primeira vez. Foi então providenciada a busca dos prontuários desses usuários listados, na gaveta do arquivo de cada micorárea. Durante esse processo, a inconsistência dos dados fornecidos inviabilizou a continuidade desse modelo de coleta.

Para superar essas dificuldades, a coleta de dados passou a ser feita em dias coincidentes com os atendimentos coletivos do Hiperdia de ambas as equipes, durante o período de dezembro 2012 à dezembro de 2013. Os usuários que eram atendidos pelos profissionais das EqSF tinham seus prontuários separados para o preechimento da ficha de cadastro no Hiperdia, modificada pela Pesquisa RIS, e desses eram retirado dados que incluiam HGT, IMC, doenças concomitantes e presença de complicações. Para efeito da pesquisa, esses usuários passaram a ser identificados como pacientes usuais do Hiperdia.

5.5.2.1 Instrumentos e procedimentos de coleta

Para a coleta de dados os estudo se utilizou das técnicas:

a) Análise documental,
b) Diário de campo,
c) Observação direta,
d) Preenchimento de formulário gerando dados secundários dos prontuários,
e) Técnica de Consenso.

5.6 Técnicas e procedimentos de análise

Para a inclusão de dados, foi construída uma máscara no Epi Info® versão 3.5.1 com campos que tem correspondência com a ficha de coleta. A digitação dos dados foi feita pelo pesquisador e conferencia realizada pelos pesquisadores auxiliares integrantes da pesquisa RIS.

O processamento dos dados foi feita por estatístico da pesquisa RIS, no programa SPSS® versão 13.0.

5.7 Plano de descrição e análise dos dados

As abordagens quantitativa e qualitativa são instrumentos de que se serve a Saúde Pública para se aproximar da realidade observada. Nenhuma das duas, porém, é boa, no sentido de ser suficiente para a compreensão completa dessa realidade.

Um método adequado é aquele, que permite uma construção correta dos dados e ajuda a refletir sobre a dinâmica da teoria, e além de apropriado ao objeto da investigação deve trazer elementos teóricos para a análise e ser exeqüível. (MINAYO; SANCHES, 1993).

Com base nessa perspectiva, a descrição e análise dos dados desse estudo foi baseada na possibilidade de aproximar as duas abordagens para complementar e construir uma discussão mais sólida.

Os dados quantitativos têm as variáveis apresentadas em tabelas construídas no programa Microsoft® Excel® constando de freqüência simples para descrição da

amostra, percentuais, médias, relações e correlações estatísticas entre variáveis para construção dos indicadores.

5.8 Considerações éticas

Esse trabalho é um subprojeto da pesquisa “Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos a consultas especializadas e exames complementares” que teve seu projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) de acordo com a resolução n˚ 196/96, tendo obtido CAAE 0041.0.095.097-11(ANEXO D).

6 RESULTADOS

6.1 Perfil dos usuários diabéticos da USF

A coleta de dados na USF do estudo identificou 74 usuários portadores de DM2. Esse total representa o quantitativo das duas equipes da USF, sendo 52 (70,3%) da equipe 2 e 22 da equipe 1 (29,7%), com a idade média de 60,2 anos (DP ± 12,9).

O perfil destes usuários é apresentado na Tabela abaixo:

Tabela 4 - Características da amostra dos usuários com DM 2 da USF em estudo.
(Continua).

Variáveis	**N**	**%**
Sexo		
Masculino	18	24,3
Feminino	56	75,7
Tempo de doença	7,8 ± 10,5 anos	
0 a 2 anos	17	26,2
3 a 5 anos	20	30,8
6 a 10 anos	16	24,6
Mais de 10 anos	12	18,5
Sem informação	9	12
IMC	29,4 ± 5,6 kg/m2	
Normal (< 25,0)	14	18,9
Sobrepeso (25,0 - 29,9)	19	25,7
Obeso (≥ 30,0)	33	44,6
Sem informação	8	11
Cintura Abdominal	98,2 ± 12,1 cm	
alto risco (> 102 H / > 88 M)	46	70,8
baixo risco (≤ 102H / ≤ 88 M)	19	29,2
Sem informação	9	12
Hg glicosilada	8,2 ± 2,1 %	
< 7%	6	21,4
≥ 7%	22	78,6
Sem informação	46	62,2

Tabela 4 - Características da amostra dos usuários com DM 2 da USF em estudo.
(Conclusão).

Variáveis	N	%
Não	39	52,7
Sem informação	0	-
Doenças concomitantes		
Sim	72	97,3
Não	2	2,7
Uso de insulina		
Sim	19	25,7
Não	55	74,3
Sem informação	0	-
Quantidade de comprimidos		
Menor ou igual a 1	5	6,8
Dois	16	21,6
Três	12	16,2
Mais de 3	41	55,4

Fonte: Elaborado pelo autor

6.2 Processo de trabalho das equipes – um desafio

Na USF do estudo, os usuários portadores de DM2 são acompanhados por suas respectivas EqSF e fazem um fluxo semelhante, que consiste em atendimentos coletivos, chamados de Hiperdia.

Esse nome surge em referência ao programa do Ministério da Saúde que se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e sistemática (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

A identificação de novos usuários, portadores de DM2, acontece na rotina médica que leva em consideração, fatores predisponentes como: hereditariedade, obesidade, hábitos alimentares inadequados, estresse e sedentarismo. Com exceção da hereditariedade, todos os outros fatores podem ser prevenidos e/ou controlados por uma dieta adequada e pela prática de atividade física regular (GUIDONI, 2009).

As equipes de saúde da família da unidade organizam os atendimentos coletivos baseado no número de hipertensos e diabéticos de cada microárea, que estão presentes na lista do ACS e que são convidados a participar. Para planejarem suas atividades, como cada equipe possuem 6 microáreas, são realizados então 1 grupo semanal sequenciando 6 grupos, o que faz com que aconteçam 4 no mesmo mês e 2 no mês subseqüente, mas pode acontecer eventualmente junção de algumas microareas caso o numero de usuários que serão convidados permita. As atividades acontecem sempre em 1 turno da semana pela manha, sendo a Equipe 1 nas terça e a Equipe 2 nas quintas-feiras.

Na unidade, os usuários que comparecem são acolhidos pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, médico e os próprios ACS. Nesse momento são feitas as medidas da PA e HGT, que são anotadas na **Ficha do dia do atendimento do Hiperdia** (ANEXO B e C) que tem espaço para registro da PA, HGT e medicamentos. Depois desse momento é realizada uma atividade de educação em saúde.

Caso as PAs estejam abaixo de 150x90 mmHg e ou HGT menos que 140mg/dl, os usuários recebem orientações e as respectivas receitas, no ato, feitas pelo enfermeiro. Em se tratando de PA e ou HGT acima desse nível, eles são prontamente encaminhados para o médico para atendimento em ambiente individualizado. As anotações também ficam registradas na folha do usuário do prontuário familiar. Os usuários que fazem parte desse grupo retornam para casa sem agendamento prévio, cabendo aos ACS avisá-los novamente sobre a data do retorno que, na maioria das vezes, acontecem de 3 em 3 meses.

As pessoas que frequentam essas atividades coletivas para serem atendidas não possuem identificação individual, como um cartão de aprazamento e identificação, o que dificulta a gestão do caso, visto que o retorno para consultas ocorre de forma aleatória. No caso dos faltosos, esses usuários podem e devem comparecer ao acolhimento da demanda espontânea da unidade que funciona todos os dias da semana, passam pela escuta qualificada e recebem uma nova receita de seus medicamentos.

Para o Ministério da Saúde (MS), o acolhimento da demanda espontânea:

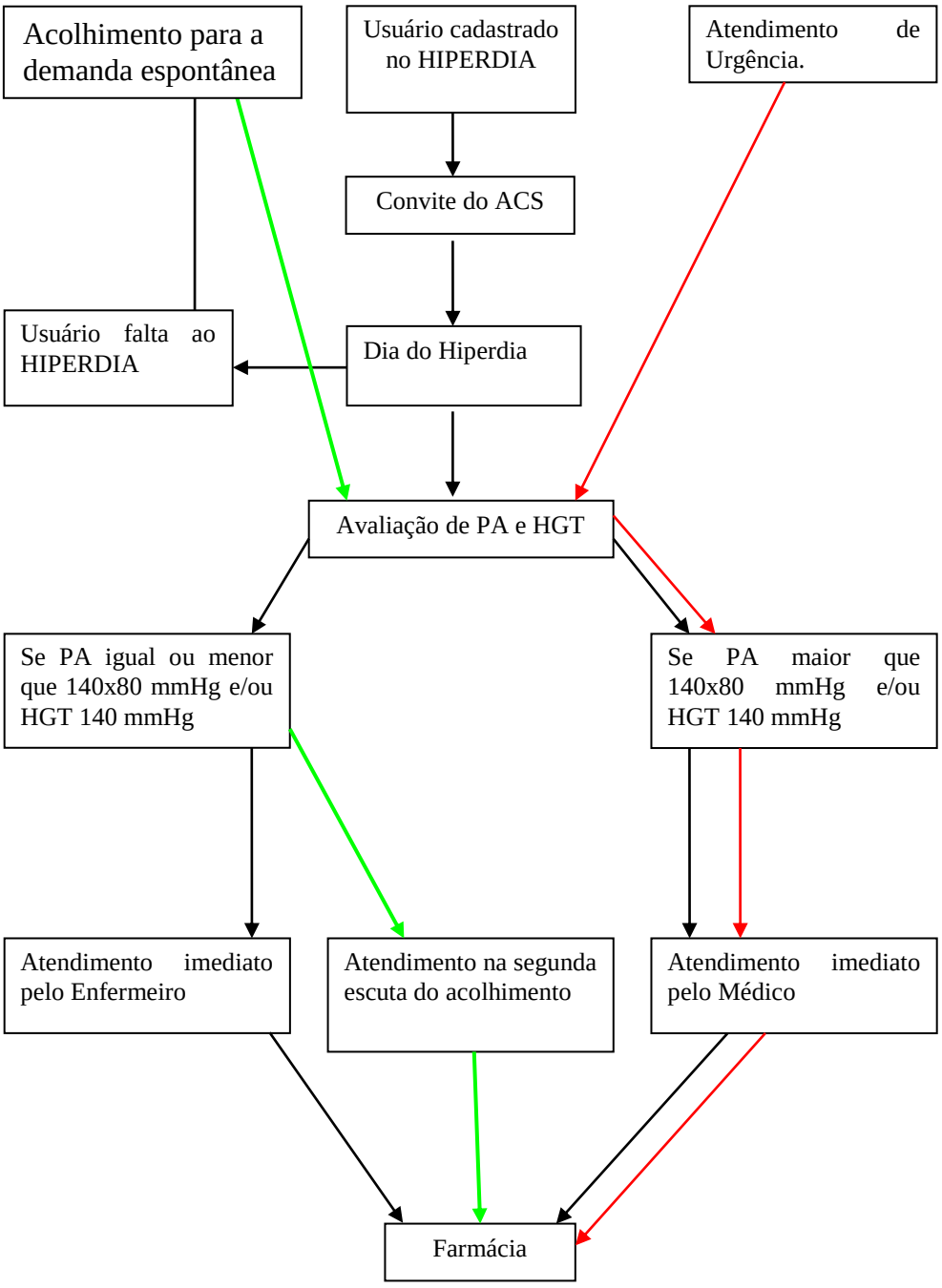
> Prevê que, mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas, podem apresentar agudizações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. É importante que a agenda para grupos específicos, que abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, tenha

> sua periodicidade de acompanhamento pautada pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem disputar as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (BRASIL, 2011, p. 20)

Se observarmos como é realizado o atendimento pelas EqSF da unidade, e de acordo com fluxo destacado, comparando com as funções aqui descritas ainda não há previsão de busca ativa de pacientes e nem uma avaliação clínica voltada para detecção e prevenção de complicações.

A figura 5, na pagina sequinte, apresenta a representação gráfica do fluxo do cuidado ao usuário portador de DM na USF do estudo.

Figura 5 - Fluxograma do atendimento ao Paciente com DM na unidade.



Fonte: Elaborado pelo autor.

6.3 Analisar o acompanhamento dos usuários portadores de DM2 da ESF

A apresentação desses resultados foram organizadas por indicadores que trazem os princípios importantes para a qualidade de um serviço de APS. Dividiu-se os indicadores em 4 grupos: detecção precoce, tratamento, controle e prevenção, que são compostos pelos cruzamentos dos dados que, indiretamente, mais se aproximem de espelhá-los.

Em uma avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo PSF do Município de Francisco Morato, para analisar o uso do serviço, foi levado em consideração o tempo decorrido entre o reconhecimento da doença pela ESF e o agendamento da primeira consulta, revelando a agilidade do atendimento (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). O que demonstra que a busca ativa é importante para a chegada precoce dos usuários, o que permite uma intervenção inicial no quadro de DM2, aumentando as chances de aparecimento de complicação mais tardiamente.

A importância do tratamento para os usuários é representativa e deverá ser realizado de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas (BRASIL, 2013).

Um dos principais objetivos do plano terapêutico em relação aos cuidados primários para usuários portadores de DM e HAS, é conseguir o controle dessas condições e de fatores de riscos cardiovasculares para evitar problemas futuros (FONTBONNE, 2013).

As complicações agudas e crônicas do DM interferem negativamente na qualidade de vida, na sobrevida e na produtividade das pessoas. A expectativa de vida da população diabética é 25% menor que a da população geral e a doença cardiovascular é a principal responsável por esta redução (CURITIBA, 2010).

São característica da DM, e da HAS, e que reforçam esses indicadores como passíveis de dar resposta sobre o acompanhamento dos usuários portadores de DM2 da ESF:

> A) Etiopatogenia: resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial;
> B) Fatores de risco: obesidade, dislipidemia e sedentarismo;
> C) Tratamento não farmacológico: mudanças nos hábitos de vida;
> D) Cronicidade: doenças incuráveis, requerendo acompanhamento permanente;

> E) Complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas;
> F) Geralmente são assintomáticas;
> G) Difícil adesão ao tratamento;
> H) Necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo;
> I) Acompanhamento por equipe multidisciplinar;
> J) Diagnóstico relativamente fácil. (BRASIL, 2012, p. 24)

Dessas características citadas, as relações com os indicadores estão mostradas no quadro 2.

Quadro 2 - Relação dos indicadores do estudo com as características da DM.

Indicador	Características da DM2
Busca ativa	E, F, J
Tratamento	A, C, D, G, H, I
Controle	A, C, D, E, G, H, I
Prevenção	A, B, D, E, F, H

Fonte: Elaborado pelo Autor.

6.3.1 Indicador de detecção precoce

A detecção precoce é uma atividade descrita como sendo comum as EqSF e é importante no caso da DM porque quanto mais precoce o reconhecimento da doença mais rápido a intervenção.

Esse tipo de atividade faz parte dos objetivos da ESF, no que se refere às DNCT, e vão, além de reduzir morbimortalidade, incluir ações de promoção, prevenção e educação em saúde, detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento da HAS, DM e outros fatores de risco na população residente na área adscrita (BRASIL, 2012).

Seguindo essa premissa a Tabela 5 traz o tempo de doença (em anos) que fora definido como sendo a data encontrada no prontuário em que se referia explicitamente ao diagnóstico da DM e/ou data do registro de exames que classifique como diabético e/ou registro do início do uso de medicamentos para DM e ou dieta hipoglicemiante.

Com esse tempo definido para amostra, foi feita a relação desses resultados com a presença de complicações, quantidade de comprimidos e uso de insulina.

Estabelecendo como padrão, que quanto maior o tempo da doença sem intervenção, maior deverá ser a freqüência de presença de complicações, quantidade de medicamentos e uso de insulina.

Tabela 5 - Indicador de detecção precoce.

	Tempo de doença								Total		Valor de p
	0 a 2 anos		3 a 5 anos		6 a 10 anos		mais de 10 anos				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Complicações											
Sim	9	52,9	9	45,0	9	56,3	6	50,0	33	50,8	
Não	8	47,1	11	55,0	7	43,8	6	50,0	32	49,2	0,920
Quantidade de comprimidos											
Menor ou igual a 1	2	11,8	0	0,0	2	12,5	1	8,3	5	7,7	
Dois	2	11,8	6	30,0	1	6,3	2	16,7	11	16,9	
Três	4	23,5	1	5,0	2	12,5	4	33,3	11	16,9	
Mais de 3	9	52,9	13	65,0	11	68,8	5	41,7	38	58,5	0,226
Uso de insulina											
Sim	1	5,9	3	15,0	5	31,3	7	58,3	16	24,6	
Não	16	94,1	17	85,0	11	68,8	5	41,7	49	75,4	0,009

Fonte: Elaborado pelo autor.

6.3.2 Indicador de tratamento dos usuários com DM

O tratamento da DM tem como um dos seus objetivos fazer o usuário se manter assintomático e assim promover a prevenção de complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade (BRASIL, 2013).

Na ESF, os medicamentos devem ser disponibilizados para os usuários seja aquele por via oral e insulina para uso subcutâneo.

Em Recife, Barreto (2012) afirma que existe: “um grande percentual de hipertensos e diabéticos em tratamento farmacológico e mais de 70% tem seu tratamento disponível nas Unidades de Saúde. Apenas 18% dos diabéticos utilizavam Insulina”.

Como evitar complicações faz parte das finalidades do tratamento farmacológico da DM, a tabela 6 traz a relação da presença de complicações com o tratamento instituído, seja com uso de medicamentos oral ou insulina subcutânea.

Estabelecendo como padrão, que a presença de complicações deve estar mais associada a maior quantidade de comprimidos e uso de insulina**.**

Tabela 6 - Indicador de tratamento dos usuários com DM.

	Complicações				Total		Valor de p
	Sim		Não				
	N	%	N	%	N	%	
Quantidade de comprimidos							
Menor ou igual a 1	5	14,3	0	0,0	5	6,8	
Dois	4	11,4	12	30,8	16	21,6	
Três	7	20,0	5	12,8	12	16,2	
Mais de 3	19	54,3	22	56,4	41	55,4	0,022
Uso de insulina							
Sim	11	31,4	8	20,5	19	25,7	
Não	24	68,6	31	79,5	55	74,3	0,283

Fonte: Elaborado pelo autor.

6.3.3 Indicador de controle da DM2

O objetivo da terapêutica farmacológica do DM2 é alcançar o controle glicêmico satisfatório em pacientes que não o conseguiram através de medidas não-farmacológicas. Em relação ao tratamento medicamentoso, existem diversas opções que podem ser utilizadas isoladamente ou associados (GUIDONI, 2009).

O tratamento e controle exigem, além da ingestão de medicamentos, alterações de comportamento em relação à dieta e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações (BALESTRE, 2009; MIRANZI, 2008).

O padrão desse indicador é que o controle inadequado justificaria a presença de insulina e uma variedade maior de comprimidos

Tabela 7 - Indicador do controle da glicemia dos usuários.

	Hg glicosilada				Total		P
	< 7%		≥ 7%				
	N	%	N	%	N	%	
Uso de insulina							
Sim	0	0,0	10	45,5	10	35,7	
Não	6	100,0	12	54,5	18	64,3	0,062
Quantidade de comprimidos							
Menor ou igual a 1	0	0,0	1	4,5	1	3,6	
Dois	2	33,3	5	22,7	7	25,0	
Três	1	16,7	5	22,7	6	21,4	
Mais de 3	3	50,0	11	50,0	14	50,0	1,000

Fonte: Elaborado pelo autor.

6.3.4 Indicador de Prevenção da DM2

Além de fatores que predispõe as pessoas a DM e para portadores da doença, o controle de peso e cintura abdominal é uma importante atitude que previne complicações crônicas e agudas. Estudos demonstram que a adiposidade abdominal está associada à mortalidade por doenças cardiovasculares (FERREIRA. FERREIRA, 2009).

Para o tratamento ser eficiente, além do uso de medicamentos e insulina, é importante que hábitos saudáveis de alimentação e controle do peso sejam estabelecidos pelo usuário. Como os dados da tabela 7 evidenciam que o controle não está adequado com essas intervenções, nesse indicador, vamos observar o comportamento da amostra com relação a resposta dada pelos IMC, cintura abdominal ao tratamento instituído.

O IMC e cintura abdominal são importantes para o desenvolvimento do acompanhamento clínico do portador de DM2 para o MS (BRASIL, 2013) no “fluxograma de abordagem nutricional para adultos com glicemia alterada ou DM em consulta médica e de enfermagem na atenção básica”, esses itens são

recomendações imediatas para o exame físico que são realizados por esses profissionais.

Mesmo assim no preenchimento da ficha de cadastro do Hiperdia, o item cintura abdominal não é obrigatório, mas em Cuiabá estudando o sistema foi constatado que 73,7% dos portadores de DM tinham essa medida relatada, mostrando o entendimento dos profissionais sobre a importância desse dado para o acompanhamento mais completo dos usuários (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

A preocupação com o IMC e cintura abdominal com o cruzamento dessas medidas com o risco de complicações pode está demonstrada no quadro abaixo:

Quadro 3 - Estratificação do risco metabólico segundo o IMC e a CA combinados.

Combinação da medida de CA e IMC para avaliar risco de DM tipo 2			
Classificação do peso	IMC	Circunferência abdominal (cm)	
		Homem: 94 – 102 Mulher: 80 – 88	>102 >88
Baixo peso	<18,5	–	–
Peso saudável	18,5 – 24,9	–	Risco aumentado
Sobrepeso	25 – 29,9	Risco aumentado	Risco alto
Obesidade	≥30	Risco alto	Risco muito alto

Fonte; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabólica e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2005; apud Brasil, 2013)

Para esse indicador o padrão estabelecido é que a presença de complicações estão relacionadas com aumento do IMC e da cintura abdominal.

Tabela 8 - Indicador da Prevenção da DM 2.

	IMC						Total		Valor de p
	Normal		Sobrepeso		Obeso				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Cintura abdominal									
> 102 H / > 88 M	2	15,4	11	57,9	32	100,0	45	70,3	
≤ 102H / ≤ 88 M	11	84,6	8	42,1	0	0,0	19	29,7	< 0,001
Complicações									
Sim	5	35,7	7	36,8	21	63,6	33	50,0	
Não	9	64,3	12	63,2	12	36,4	33	50,0	0,086

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 9 - Indicador de Prevenção de DM 2.

	Complicações				Total		Valor de p
	Sim		Não				
	N	%	N	%	N	%	
Cintura Abdominal							
alto risco (> 102 H / > 88 M)	26	78,8	20	62,5	46	70,8	
Baixo risco (≤ 102H / ≤ 88 M)	7	21,2	12	37,5	19	29,2	0,149

Fonte: Elaborado pelo autor.

7 DISCUSSÃO

7.1 Perfil dos usuários da USF

O estudo da Avaliação de Serviços de Atenção Básica à Saúde para Diabéticos e Hipertensos (SERVIDIAH) que foi realizado em 2010, no Estado de Pernambuco, em 35 municípios do estado e reuniu uma amostra aleatória 823 diabéticos, mesmo com uma amostra maior o resultado é o mesmo encontrado no presente estudo quando a idade média foi em torno de 60 anos e as mulheres representam 70% da amostra (FONTBONNE, 2013),

A idade média de 60 anos e o maior numero de mulheres, tem sido o comportamento mais comum nas amostras de trabalhos realizados com pacientes portadores de DM2, principalmente quando se parte da ESF, devido em parte das mulheres buscam mais os serviços de saúde (BARROS; ROCHA; SANTA HELENA, 2008;FREITAS; GARCIA, 2012; PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2009).

Em relação ao tempo de doença mais da metade estão num intervalo de 3 a 10 anos. Em Blumenau, A maioria das pessoas teve o tempo de diagnóstico da doença entre 2 e 10 anos (BARROS; ROCHA; SANTA HELENA, 2008).

Para Guidoni et al. (2009, , p 41):

> A maioria dos portadores do DM2 apresenta co-morbidades, tais como: obesidade, HAS e dislipidemia. Portanto, o cuidado requer equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, colaborativa e integrada, estimulando um papel ativo do paciente no cuidado de sua patologia.

Observando os dados, vê-se que estão em consonância com essa afirmativa pois: 44,6% de obesos, 70,8% com cintura abdominal de alto risco (> 102 H / > 88 M) e 97,3% da nossa amostra apresentando doenças concomitantes. Estudo com cidades de Pernambuco, SERVIDIAH, observa 39,4% de sobrepeso e 34,1% de obesidade (FONTBONNE, 2013).

Os usuários estudados apresentaram um HGT médio de 224,9 mg/dl (DP± 102,1), o que chama a atenção é que foram encontrados 39 prontuários sem registro e que a menor glicemia relata fica muito próximo do limite de 126mg/dl. Em relação a Hg glicosilada temos duas situações importantes a primeira é que 78,6% está maior ou igual a 7 e que 46 prontuários estão sem registro.

Em estudo realizado com 54 usuários com DM, que participaram de um do programa de educação em diabetes, perfazendo 12 meses de seguimento, foi observado que, mesmo passando por uma capacitação, essas pessoas

apresentaram valores alterados de pressão arterial, IMC e glicemia capilar ao acaso, o que aponta para a necessidade de monitoramento permanente em serviços de atenção primária (CHAGAS, 2013).

A ausência de registro tem acontecido também no preenchimento de campos da ficha do Hiperdia, o que igualmente traz prejuízo para o acompanhamento. Em estudo realizado com 567 fichas na cidade de Pelotas – RS, revelou que dados das fichas considerados de extrema importância, não são preenchidos, como o valor da glicemia (55,7%) e o tratamento não medicamentoso (97,0%). (ZILLMER, 2010).

O mesmo acontece na cidade de São Carlos - SP, dos 2.662 cadastros, a análise dos resultados mostrou que em elevado percentual dos formulários cadastrais há ausência de informações, que são fundamentais para a avaliação dos usuários com DM e HAS, como valores de glicemias e de circunferência abdominal (JARDIM; LEAL, 2009).

Em estudo com prontuários de usuários portadores de DM em unidades de APS em Recife, também foi verificado baixos percentuais de registros nos prontuários que indicam controle glicêmico, pressórico e lipídico adequados (MEDEIROS, 2013).

Fazendo o cruzamento das informações temos DM2 com dificuldade de controlar sua glicemia, já que a maioria desses usuários com muitos de DM com Hg glicosilada aponta para o inicio precoce das complicações.

7.2 Processo de trabalho da EqSF da USF voltada para os usuários portadores de DM, com uma proposta de fluxo de atendimento

No fluxo desenvolvido na USF em estudo, há a participação multiprofissional e o envolvimento de todos que compõem a equipe, principalmente, no dia do Hiperdia, que conta também com a participação dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família da UPE.

Nesse acompanhamento proposto pelas equipes da unidade, pode-se observar alguns fatores como: não há nenhum documento de aprazamento das consultas, a ficha do dia usada no Hiperdia não é um padrão municipal e são diferentes para cada equipe da mesma USF, a ficha de cadastro do Hiperdia não está nem é atualizada, não existe um protocolo municipal a ser seguido, não há garantia de retorno dos usuários com data e horário, o número de usuários

acompanhados não correspondem à realidade atualizada, mesmo havendo o convite feito pelos ACS, a ida dos usuários se dá de forma espontânea, a inclusão do acolhimento não aumentou a participação das pessoas no dia do atendimento do Hiperdia e não há previsão de rastreamento de diabéticos.

Nesses atendimentos, as equipes usam fichas confeccionadas por elas próprias, conforme ANEXOS B e C, contendo os campos de preenchimentos já citados, e não usam fichas padronizadas pela gestão municipal ou Ministério da Saúde. Alguns prontuários ainda possuem anexados na primeira página da folha individual, uma cópia do cadastro do Hiperdia (ANEXO A).

O cadastramento que delimita a quantidade de usuários para atendimento ainda é insuficiente e sem uma meta a ser estimada para melhor acompanhamento. No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), a meta de cadastramento de pacientes com Diabetes na atenção primária pactuada com as diferentes unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), é de 50% do número estimado de pacientes (BRASIL, 2012).

Uma vez identificados e cadastrados os usuários portadores de DM2, as EqSF devem então estabelecer uma programação do cuidado, que não deve ser rígida e se limitar ao critério de controle metabólico ou ao critério de presença de uma doença específica. É importante considerar também os determinantes sociais de Saúde, os princípios da Atenção Básica descritos na PNAB, as necessidades individuais, bem como as intercorrências clínicas, e depois de definido o tratamento medicamentoso, avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações levando em consideração uma estratificação de risco (BRASIL, 2013)

Em algumas cidades brasileiras, principalmente aquelas maiores, além das recomendações oficiais do Ministério da Saúde foram também desenvolvidos protocolos, que foram estudados por Albuquerque et al.(2012). Em seu estudo, foram revisados 6 protocolos publicados por municípios de três regiões do País, 1 pelo Ministério da Saúde e 1 pela Sociedade Brasileira de Diabetes, Esses dados coletados trouxeram uma classificação de risco, quadro 4.

Quadro 4 - Classificação de risco de pessoas com DM 2.

Baixo	Paciente diabético com controle metabólico e pressórico adequados; HbA1c ≤7% e glicemia de jejum ≤126.
Médio	HbA1c >7% ≤9% ; glicemia de jejum ≤150 e/ou Descontrole pressórico
Alto Risco	HbA1c >9%; Glicemia de jejum ≥ 200 e/ou 1 internação por complicações do DM nos últimos 12 meses e/ou insulino-dependente.
Muito Alto Risco	Lesão de órgão alvo e/ou mais de uma internação por complicações do DM nos últimos 12 meses.

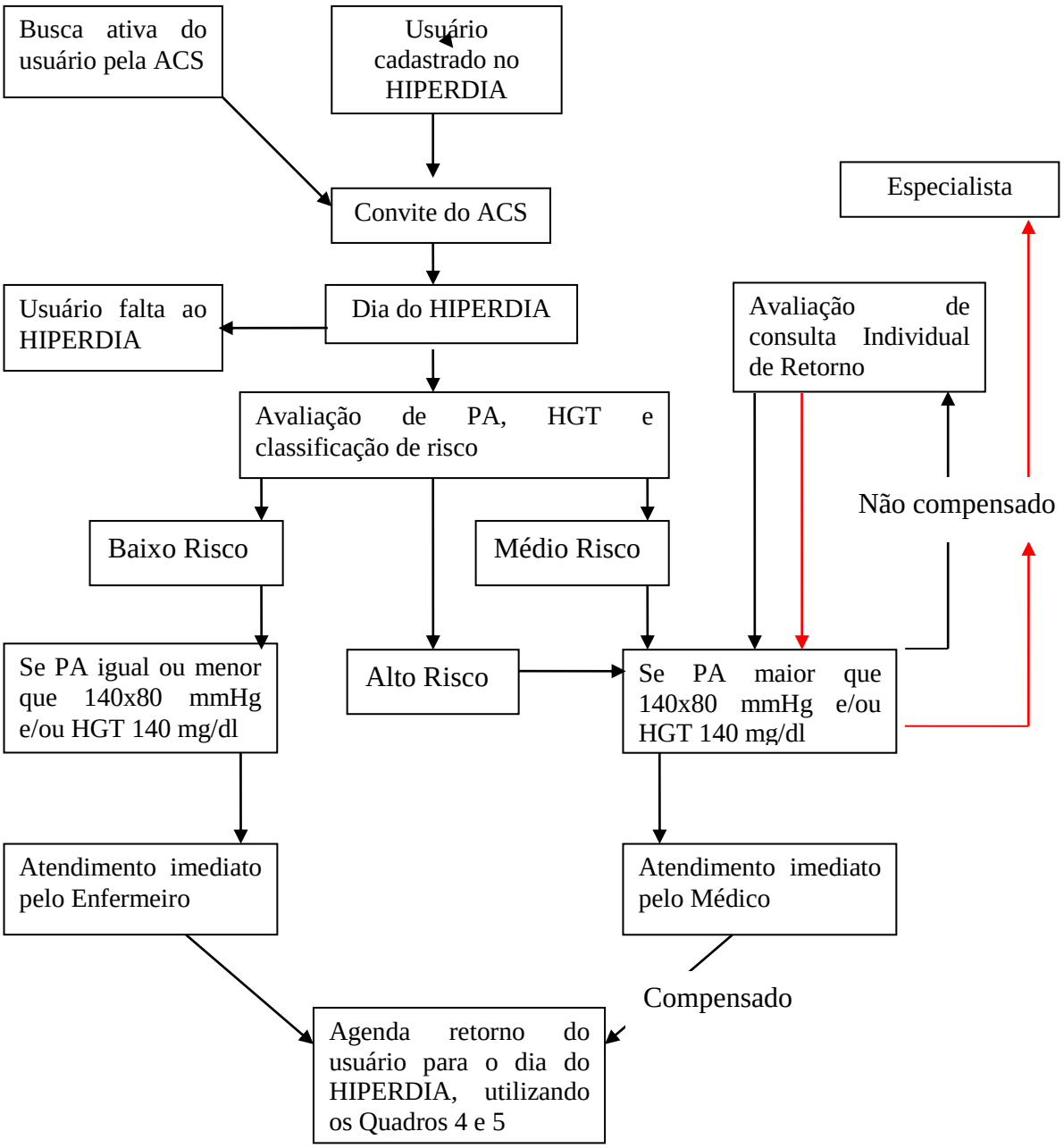
Fonte: Albuquerque, 2012

Além disso, a adoção de estratégias como a utilização de protocolos e a própria ampliação da gestão, somada à preocupação com a coordenação dos cuidados e à construção da atenção integral, não vem garantindo melhora na função coordenadora da ESF (SISSON et al., 2011).

Adotar uma classificação de risco é uma estratégia importante na garantia de acesso com equidade, possibilitando identificar os diferentes níveis de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental e devem acontecer em todos os espaços e momentos da USF, porque a estratificação do risco pode orientar não só o tipo de intervenção ou a oferta de cuidado necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer (BRASIL, 2012).

Estabelecendo um vinculo com o que é preconizado pelo MS e o fluxo atual de atendimento da USF (Figura 5) foi desenvolvido um fluxo considerado ideal para representado na Figura 6.

Figura 6 - Fluxograma Ideal do atendimento aos usuários com DM que vem para o acompanhamento agendado.



Fonte: Elaborado pelo autor.

A classificação de risco demonstra a prioridade que o usuário deve ter, o desenvolvimento de parâmetros assistenciais (Quadro.5) tem um papel importante porque definem a agenda, fluxos para exames e especialista. E a associação dessas importantes ferramentas da seguimento mais efetivo ao fluxo do usuário na USF como demonstrado na figura 6.

O desenvolvimento de parâmetros assistências no cuidado desses usuários é importante de ser incorporado ao fluxo de atendimento ideal, porque define além de toda a assistência que desenvolve na APS, como a quantidade de consultas, atividades educativas, visitas domiciliares e exames laboratoriais, traz também como se deve utilizar a RIS de maneira eficiente e racional. O Quadro 5 traz uma proposta importante para ser incorporada ao fluxo.

Quadro 5 - Proposta de parâmetros assistenciais para o cuidado integral às pessoas com DM 2 (Continua).

Procedimento	Parâmetros		
	Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco
Consulta médica	1/cons/mês (até compensar) 6/con/ano	4/cons/ano	2/cons/ano
Consulta Enfermagem	1/cons/mês (até compensar) 6/con/ano	4/cons/ano	2/cons/ano
Atividade educativa	12/atividades/ano	12/atividades/ano	12/atividades/ano
Visita domiciliar ACS	12/V.D/ano	12/V.D/ano	12/V.D/ano
Glicemia capilar	12/exames/ano	12/exames/ano	12/exames/ano
Glicemia em jejum	4/exames/ano (não insulino-dependentes) 12/exames/ano (insulino-dependentes)	4/exames/ano (não insulino-dependentes) 12/exames/ano (insulino-dependentes)	4/exames/ano (não insulino-dependentes) 12/exames/ano (insulino-dependentes)
Hemoglobina glicolisada	4/exames/ano (não insulino-dependentes) 12/exames/ano (insulino-dependentes)	4/exames/ano (não insulino-dependentes) 12/exames/ano (insulino-dependentes)	4/exames/ano (não insulino-dependentes) 12/exames/ano (insulino-dependentes)
Colesterol total	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
HDL	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
Triglicerídeos	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
Creatinina	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
Ácido Úrico	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina	1/exame/ano	4/exames/ano	4/exames/ano
Microalbinúria	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
Albuminúria 24h	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
Sangue oculto	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
Fundoscopia	1/exame/ano	1/exame/ano	1/exame/ano
Retinoscopia		1/exame/ano	1/exame/ano
ECG	1/ECG/ano	1/ECG/ano	1/ECG/ano
Cardiologia	A	1/consulta/ano	1/consulta/ano
Endocrinologia	B	1/consulta/ano	
Nefrologia	C		

Quadro 5 - Proposta de parâmetros assistenciais para o cuidado integral às pessoas com DM 2
(Conclusão)

Procedimento	Parâmetros		
	Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco
Angiologia	D		
Oftalmologia	1/consulta/ano	1/consulta/ano	1/consulta/ano
Odontologia	1/consulta/ano	1/consulta/ano	1/consulta/ano
Nutrição	1/consulta/ano	1/consulta/ano	E
Psicologia	E	E	E

Fonte: Albuquerque (2012).

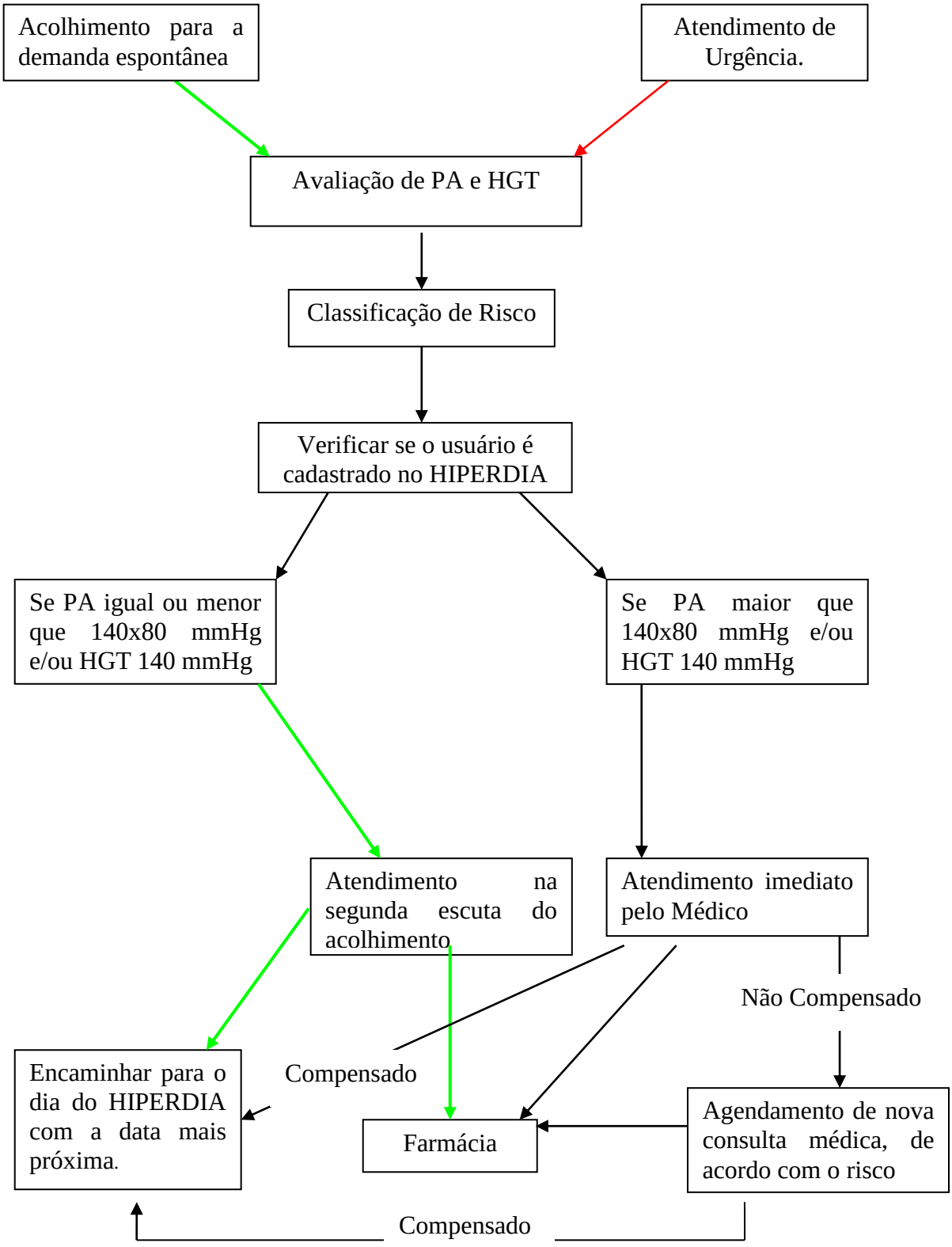
Nota:

A) Usuário com comprometimento de função cardíaca, mínimo de uma consulta ano, avaliar cada caso
B) Usuários não compensados ou insulino-dependentes mínimo de uma consulta ano, avaliar cada caso
C) Função renal comprometida mínimo de uma consulta ano, avaliar cada caso
D) Usuários com pé diabético mínimo de uma consulta ano, avaliar cada caso
E) Analisar caso a caso

Levando em consideração os dados qualitativos encontrados no presente trabalho, vemos que na USF em estudo, no acompanhamento dos usuários diabéticos, a quantidade de consultas se aproxima das médias dos estudos levantados, mas, não há garantia de retorno em tempo adequado. Como não há uma classificação de risco, o acompanhamento se dá de forma uniforme para todos os usuários, inclusive quando tem que usar, como entrada na USF, o acolhimento e ou em caso de urgência (Figura 5).

O fluxo desenvolvido na figura 6 demonstra o caminho ideal que o usuário deve seguir, utilizando-se da associação das ferramentas de classificação de risco e desenvolvimento de parâmetros assistenciais, mas como visto no fluxo atual da USF (Figura 5) existem outras entradas para o usuário acessar o atendimento. Então na figura 7 é apresentado um fluxo ideal no caso do acesso não se dar na forma mais adequada.

Figura 7 - Fluxograma Ideal do atendimento ao Paciente com DM que chega a USF sem estar agendado.



Fonte: Elaborado pelo autor.

A necessidade de organização do fluxo de atendimento ideal deve prever todas as modalidades de entrada do usuário na USF. Os atendimentos, a esses usuários, quando feito essencialmente por meio da demanda espontânea, o grande número de usuários podem gerar dificuldade de acesso aos cuidados (SOUZA; GARNELO, 2008).

Em alguns estudos, a ESF ainda apresenta dificuldade para se apresentar como porta de entrada do sistema de saúde, porque um dos problemas mais apontados foi a dificuldade na marcação de consultas (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; AZEVEDO; COSTA, 2011; GOMES et al., 2011; MARIN, 2013).

Para Souza e Garnelo (2009), “a falta de organização do agendamento comprometem a regularidade do contato dos pacientes com os serviços, inviabilizando a prevenção de complicações e o adequado controle da HAS E DM”.

Observando que problemas já citados, como os horários restritos de funcionamento, dificuldade de manejo da demanda espontânea e baixa resolutividade do cuidado, em estudo realizado em ESF de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, chama a atenção que os menores percentuais de eficiência foram observados em relação ao acompanhamento dos usuários portadores de DM (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

No entanto, os médicos nos cuidados de saúde primários, por vezes, são desafiados em relação às necessidades do paciente, uma vez que é um DM é doença crônica de progressão contínua, e em estudo realizado com os usuários da cidade de Ribeirão Preto, mesmo com protocolo bem definido, tinha reduzido número de visitas por ano dos usuários aos médicos responsáveis pelo seu tratamento (GUIDONE et al, 2013).

O que é proposto pela presente pesquisa, levando em consideração o que foi observando no campo e as referências, é um fluxo de atendimento que respeite a necessidade de acesso dos usuários e que qualifique o cuidado oferecido pelas EqSF, garantido o respeito ao risco de seu quadro e com uma programação assistencial que dê tanto aos profissionais quanto aos usuários maior segurança e planejamento no decurso da DM.

7.3 Acompanhamento dos usuários

7.3.1 Indicador de detecção precoce

Como esse indicador serve para avaliar a chegada precoce na USF de portadores de DM2. Observa-se que provavelmente a busca ativa está ineficiente, porque entre as pessoas com 0 a 2 anos de tempo de doença, mais da metade apresenta complicações. Os dados não diferem dos bancos do Hiperdia de Cuiabá, onde os usuários que chegaram as UBS locais apresentavam morbidades associadas e provável controle glicêmico insatisfatório (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

São atributos da intervenção da APS a precoce identificação, a assistência oferecida e o acompanhamento adequado aos portadores de HAS e DM, e o estabelecimento do vínculo com as UBS, são essenciais para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações (COTTA et al, 2009)

Uma importante justificativa para que a detecção precoce seja levando em consideração no trabalho da EqSF, é que em um dos mais importante estudo populacionais sobre DM demonstrou que 46% das pessoas não são diagnosticadas (MALERBI; FRANCO, 1992).

Um comportamento que chama atenção é que há um aumento com o decorrer dos anos da quantidade de comprimidos por dia, mas esse número diminui para menos da metade no período em que se ultrapassa mais de 10 anos com DM. Essa diminuição se dá em conjunto com o aumento da insulinoterapia o que pode demonstrar uma substituição de um esquema baseado nos comprimidos para outro associado a insulina.

É observado também que o ”controle glicêmico inadequado e deterioração de diabetes estão relacionados com a adição de drogas” (GUIDONI et al, 2013).

Em estudo realizado com 341 portadores de DM em Blumenau, foi observado que 20,5% dos usuários usavam insulina, a maioria com tempo de diagnóstico da doença entre 2 e 10 anos (BARROS; ROCHA; SANTA HELENA. 2009).

Estudo realizado com 37 usuários portadores de DM a média do tempo da doença, foi de seis anos (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012). O que se aproxima do presente estudo onde a numero maior de usuário ficou concentrado na faixa de 3 a 5 anos

No estudo SEVIDIAH, O tratamento com insulina, por si só ou em combinação, foi usado por 15,6% dos indivíduos diabéticos e que tempo médio era de cerca de nove anos (FONTBONNE, 2013).

Essa pesquisa traz um comportamento próximo do encontrado em nosso estudo, onde se tem que o aumento do tempo da doença, faz com que se use mais insulina, mas não se sabe que se uso esta sendo na adequado, porque mesmo se utilizando essa terapia com o decorrer do tempo o aparecimento de complicações aumenta.

7.3.2 Indicador de tratamento

Os princípios do tratamento da DM é, a curto prazo, a resolução dos sintomas de poliúria, polidipsia e perda de peso, e a longo prazo, prevenção de complicações crônicas e morte. Sendo a principal indicação do início de uso de insulina, a falha dos antidiabéticos orais (WEINERT; CAMARGO; SILVEIRO, 2010).

Ou seja, o mais comum é que as pessoas que utilizam insulina estejam em uma fase avançada ou ser portador de quadro de difícil controle da DM, devendo apresentar mais frequentemente complicações. No entanto, o que se observa na tabela 7 é que os usuários que tem complicações e os que não têm ambos não estão fazendo uso de insulinoterapia, que pode indicar que há uma falta de capacidade para prescrição de insulina.

No estudo SEVIDIAH, em Recife, “maioria dos usuários com DM2 está em tratamento farmacológico (93,3%), sendo que destes (79,8%) usa exclusivamente o antidiabético oral e apenas (11,7%) tiveram a Insulina associada ao seu tratamento oral” (BARRETO, 2012). O que demonstra que não é uma prática consolidada a prescrição de insulinoterapia entre os profissionais da rede do Recife.

Outro estudo sobre o tratamento farmacológico realizado em Atalaia – PR demonstrou comportamento semelhante quanto ao uso de insulina, quando 8,3% dos usuários fazem uso de insulina (BALESTRE et al, 2007).

7.3.3 Indicador de controle

O controle glicêmico pode ser monitorado por glicemias de jejum, pós-prandial e pela hemoglobina glicosilada (Hg glicosilada). As glicemias são utilizadas

para orientar o ajuste de dose da medicação empregada, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação. A Hg glicosilada é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico em médio e em longos prazos, pois reflete os níveis glicêmicos dos últimos dois/três meses (BRASIL, 2013).

A amostra evidencia que, de 56 usuários 44 estão com Hg glicosilada descontrolada e que, dessas pessoas com o controle inadequado, 72,7% tomam 3 ou mais comprimidos.

Na literatura é observado que literatura relataram que apenas 37,0 % dos pacientes com DM manter controle (GUIDONI et al, 2013).

Em outro estudo apresentou que 58,1% com níveis de hemoglobina glicada igual ou maior que 8% (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012) o que demostra proximidade com o presente estudo, onde 22 usuários de um total de 28 estão com a Hg glicada está acima de 7, demostrando que o controle da DM está aquém em todos estudo aqui apresentados.

Entre as pessoas que fazem uso de insulina, mais da metade delas (54,5%) estão com o controle inadequado da glicemia.

Um dos maiores desafios no controle clínico do DM encontra-se na questão da adesão ao tratamento, especialmente no que se refere ao regime medicamentoso, o baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do usuário. Alguns estudos mostram que a freqüência de adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com DM tem oscilado entre 56 e 79 % (BARROS et al, 2008). Fato esse que deve se considerado quando da discussão dos dados da tabela 7.

O tratamento para os usuários portadores de DM2 além da mudança do estilo de vida que devem ser orientados a todos, as ESF podem utilizar medicação oral e insulina. Na coleta de dados desse estudo, utilizamos a ficha de coleta onde tinham as informações do tratamento se era medicamentoso ou não, todos da amostra fazem o tratamento medicamentoso.

Observando os dados e o comportamento da Hg glicosilada dessa amostra, podemos observar que, mesmo usando uma grande quantidade de medicamentos por via oral e o uso de insulina, a maioria dos usuários estão sem controle da glicemia, evidenciando que o tratamento não esta sendo adequado. Como não foi

coletado a prática dietética, pode ser questionar se esses usuários realmente estão cumprindo com prática dietética adequada e combatendo o sedentarismo.

7.3.4 Indicador de prevenção

Nas tabelas 8 e 9 evidenciam que os usuários classificados como obesos tem mais complicações, o que tem cinturas maiores também, o que deve ser o comportamento esperado. E que demonstra com o cruzamento do tempo de tratamento que são longos, a manutenção do peso e cintura altos, significa que é necessário um maior investimento para melhorar esse quadro.

A razão dessa preocupação se dá porque a maioria de usuários com DM2 adultos e idosos apresentaram aumento dos riscos metabólicos em casos de aumento da circunferência abdominal (FERREIA. FERREIRA, 2009).

Os dados da amostra que estão na tabela 8 e 9 não são diferentes de um perfil de 823 portadores de DM de 35 cidades do estado de Pernambuco onde 39.4% de sobrepeso e 34.1% de obesos, o que representa 73,5% dessas pessoas acima do peso (FONTBONNE, 2013).

Em estudo desenvolvido em uma comunidade de Porto Alegre evidenciou que 80,6%, dos indivíduos avaliados estavam com IMC igual ou maior que 25 kg/m² e 93,5% com valores de circunferência abdominal acima dos níveis de normalidade (MIELCZARSKI; COSTA; OLINTO, 2012).

A proporção de usuário com IMC alterado, pode variar de acordo com o estudo. Em um realizado com pessoas que passaram por processo educativo sobre os cuidados com a doença, 62,5% apresentavam sobrepeso e obesidade. E que mesmo capacitados. em relação ao plano alimentar, 55% referiram adesão, o que demostra um dos maiores desafios na educação. Por outro lado, 52,5% relataram não adesão à atividade física (CHAGAS et al, 2013). O que demostra a dificuldade que é o cuidado com usuários com DM, que além de fazer tratamento correto, a mudança dos hábitos de vida deve ser acompanhado cada vez mais de perto.

A perda de peso e a diminuição da gordura central são indicadas para todas as pessoas com excesso de peso e DM. A meta pode ser o IMC abaixo de 24,9 kg/m2, mas a redução de 7% do peso corporal mostra-se capaz de diminuir a resistência à insulina. A manutenção desse percentual de perda de peso ao longo de seis meses e continuidade da perda ponderal moderada de 5% ao longo de três

anos, estão associadas à redução da resistência à insulina, melhoria dos índices glicêmicos e lipídicos, redução da pressão arterial e, em longo prazo, redução do valor da Hg glicosilada em adultos com DM2 (BRASIL, 2013).

A perda de peso acelerada não é indicada porque provoca a perda de massa magra e de líquidos, dificultando ainda mais o emagrecimento e influenciando negativamente o metabolismo (BRASIL, 2013).

8 CONCLUSÕES

O presente estudo trouxe em suas referências apresentadas que a DM vem ser tornando umas das DCNT importante epidemiologicamente, com aumento de sua prevalência em todos os países, em decorrência do envelhecimento dessas populações e também por causa de hábitos alimentares e sedentarismo.

O DM vem merecendo muita atenção de vários estudos, também em relação ao cuidado que os sistemas de saúde estão oferecendo os usuários portadores desse quadro, porque além de um tratamento complexo a evolução clínica está relacionada com o aparecimento de complicações agudas e crônicas.

É apontado que o local recomendável para o acompanhamento dos usuários portadores de DM é a APS, principalmente se ela se comportar como porta de entrada de um sistema de saúde articulado em rede integrada para responder melhor as necessidades dessas pessoas.

No Brasil, o modelo que representa APS nesse sentido é a ESF, que tem como uma de ações programáticas acompanhar os usuários com DM e HAS.

O estudo de caso feito nesse estudo, em uma USF da cidade de Recife, descreve como os usuários portadores de DM são acompanhados pelas EqSF e discute seus limites e potencialidades.

Foi observado nos resultados desse estudo, que existe na USF um fluxo definido para atendimento das pessoas com DM e que a entrada principal se dá em um horário semanal definido, chamado de Hiperdia. E que existem também outras não preferenciais, que se dá pelo acolhimento e em caso de urgência, mas ficou evidente também que não existe um fluxo que possa garantir acesso levando em consideração o risco e o agendamento garantido.

O fato desses usuários, mesmo tendo esse dia de atendimento especifico e convite para participar, tudo o que já foi citado transformam essa demanda em espontânea, já que não existe o planejamento prévio para o aprazamentos do retornos.

Os dados coletados demonstraram que o perfil dos usuários da amostra é muito próximo de estudos em várias cidades do Brasil e de Pernambuco, tendo uma média de idade, tempo de doença, sexo, perfil de tratamento, presença de complicações e fatores de risco e também as medidas antropométricas. Mesmo

havendo uma discordância entre as listas manuscritas e os dados do SIAB demonstrando que ambos os dados precisam de atualização.

Dos resultados ficou evidente que esse modelo que é utilizado na USF não prioriza a busca ativa de possíveis portadores de DM e pessoas com dificuldades de comparecer aos acompanhamentos agendados, já que as pessoas com menos tempo de doença apresentam grande número de complicações.

Esse modelo não garante que a APS possa agir ativamente como coordenadora do processo de inclusão dessas pessoas na RIS, já que não há nenhuma programação assistencial definida para acesso a exames e atendimento com especialistas, deixando esses pacientes, dependendo da vontade individual dos profissionais envolvidos.

O tratamento instituído é mais focado em grande números de comprimidos, poucos usuários fazem uso de insulina, mas não é garantia que as complicações diminuem.

As medidas de IMC e cintura abdominal estão aumentadas na maioria das pessoas e estão relacionadas com a presença de complicações.

Essas duas ultimas constatações, evidenciam que o fato do acompanhamento na USF ser unificado, independente do risco, o tratamento estabelecido não é oportunamente avaliado e nem há um cuidado individualizado também, para garantir que mudança nos hábitos principalmente em relação aos cuidados alimentares e atividades físicas.

Podemos concluir que o problema maior não está em ter um dia específico e um fluxo que prioriza uma entrada, mas o fato de não ser levado em consideração uma escala que defina o risco do usuário em baixo, médio ou alto. Porque dessa forma há a possibilidade de construir um agendamento mais eficiente, garantia de acesso individualizado e também estabelece o grau de atenção demandado.

Mas para que essa escala tenha um efeito mais positivo, traçar o perfil de forma mais completa e atualizado é primordial, por isso esse estudo construiu uma proposta de atualização da ficha do Hiperdia para incluir mais informações.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

ALBUQUERQUE, P. C. Protocolo assistencial para Diabetes Mellitus em Redes Integrais de Saúde.Trabalho apresentado no 14º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; Belém, 2013.

ALBUQUERQUE,M.S.V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde Soc., São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v.29, n.2, p.84–95,2011.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface: Comunicão, Saude e Educação, Botucatu, v.14, n.35, p.797-810, 2010.

BACKES, D. S. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1151-1157, 2012.

BALESTRE, K. C. B. E. Relato de um seguimento farmacoterapêutico de pacientes portadores de diabetes do programa saúde da família de Atalaia, Paraná. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, Araraquara, v. 28, n.2, p.203-208, 2007.

BARROS, A. C.; ROCHA, M. B.; SANTA HELENA, E. T. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. Arquivos Catarinenses de Medicina, Blumenau. v. 37, n.1, p. 54-62 2008.

BARRETO, M. N. S. C. Acesso aos medicamentos para tratamento de hipertensos e diabéticos assistidos nas unidades de saúde da família do município de Recife-PE. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. A organização do cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, em serviços de atenção primária à saúde Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF, 2012. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DAB/SAS/Ministério da Saúde, DF, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: A implantação da Unidade de Saúde da Família, Brasília, DF, 2000.(Cadernos da Atenção Básica, n°1).

BRASIL, Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.11, n. 23, p.605-618, 2007.

CAVALCANTE, M. G. S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 6 n.4, p. 437-445, 2006.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ:ABRASCO. 2001. p.113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.;MATTOS, R. A. (Org**.)** Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS, UFRS: IMS,UERJ: CEPESC, 2006. p. 37-50.

CHAGAS, et al. Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.47, n.5, p.1141-6, 2013.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: Documento Técnico EuroSocial Salud; 2007

COTTA, R. M. M. et al. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeiras, MG. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 251-1260, 2009

CURITIBA, Secretária Municipal da Saúde. Diabete Melito Tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabete Melito Tipo 2. Curitiba, 2010.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 21, n. 2,p.164-176, 2007.

FERREIRA, C. L. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v.53, n.1, p.80-86, 2009.

FEO, J. J. O.; CAMPO, J. M. F.; CAMACHO, J. G. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma Del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. Revista de Administración Sanitaria. v. 4, n. 2, p. 357-382, 2006.

FONTBONNE, A. Controle dos fatores de risco em hipertensos e diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil: Estudo SERVIDIAH. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1195- 1204, 2013.

FRANCO**,** T. B. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.21, n. 1, p. 7-19, jan/mar, 2012.

GIOVANELLA, L. A. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Publica, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.951-963, 2006.

GIOVANELLA, L. A. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p.1081-1096, 2011.

GOMES, et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16,supl. 1, p. 881-892, 2011.

GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 37-48, n. 1, jan/mar, 2009.

GUIDONI, et al. Análise do tratamento das comorbidades e do perfil de consultas médicas do diabetes mellitus. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.3015-3022, 2013.

HOFMARCHER, M. M; OXLEY, H; RUSTICELLI, E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination**.** Paris: OECD, 2007.

JARDIM, A. D. I.; LEAL, A. M. O.Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 405-417, 2009.

JESUS, W. L A.; ASSIS, M. M. A.; Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciência eSaúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.161-170, 2010.

KAZEZ, R. Estudios de Casos Y al Problema de La seleccion de La muestra aportes Del sistem de matrices de datos. Subjetividad Y Procesos Cognitivos, Buenos Aires, v.13, p. 71-89, 2009.

KUSHNIR, R. Organizando redes de serviços de saúde. In: PESSÔA L. R.; PINTO, L. F. Curso de Aperfeiçoamento em gestão de investimentos e projetos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 96-111.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Metodologia Cientifica. 2˚ ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc., São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LONGO, G. Z. et al. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. Rev Bras Epidemiol, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 698-708, 2011.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; VIANA, L.S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S42-S57, 2008.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and development (OECD) Countries, 1970-1998. HSR: Health Services Research. v.38, n.3, p.831-865, 2003.

MAEDA, S. T. Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo grávido puerperal: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã. 2002. Tese. (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MALERBI, D. A .; FRANCO, L. J.Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30-69 Yr. Diabetes Care, Alexandria, v.15, n.11, p.1509-16, 1992.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, v.14, n.34, p.593-605, jul/set. 2010.

MALTA, D. C.; SILVA Jr, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan/mar 2013.

MARIN,M.J.S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 22, n.3, p. 780-788, Jul/Set, 2013.

MEDEIROS, A. C. C. M. 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. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: UNICAMP, 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>.Aacesso em: 18 nov. 2010.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MIELCZARSKI, R.G.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.71-78, 2012.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out/dez., 2008.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva; 2008.

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. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev., 2006.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Revista de Saúde Publica, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento:unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. p.2841-2852, 2011

RECIFE, Prefeitura da Cidade. Perfil dos Bairros. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros/>. Acesso em:20 jan 2013

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 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, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, J.M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1187-1193, jun., 2010.

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

SISSON, M.C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. Saúde Soc., São Paulo, v.20, n.4, p.991-1004, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Métodos e critérios para o diagnóstico do diabetes mellitus. Diretrizes SBD 2012-2013. Disponível em:<http://2013.diabetes.org.br/wp-content/uploads/capitulo-3-diretrizes-da-sbd-metodos-e-criterios-para-o-diagnostico.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. Diabetes: Factos e Números 2012 − Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa, 2013.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L.“É muito dificultoso!”: Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.S91-S99, 2008.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. Health Policy*.* v. 60, n.3, p.201-218, 2002.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun., 2010.

STOTZ, E. N. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde. 1991. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.1991.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. Revista SOCERJ. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set/out, 2007.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005.

VIANA A. L. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cadernos de Saúde Publica**,** Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.79-90, 2008.

WEINERT, L. S.; CAMARGO, E. G.; SILVEIRO, S. P. Tratamento medicamentoso da hiperglicemia no Diabetes Melito tipo 2. Revista HCPA, Porto Alegre, v.30, n.4. p.372-381, 2010.

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 - Ficha de coleta de dados (ou ficha de Hiperdia atualizada)

FCM FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

PREFEITURA DO RECIFE

CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES

Pesquisa Redes Integradas de Saúde: Atenção Primária e Saúde Coletiva

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Área	3. Número do Prontuário
4. Nº Cadastro Farmácia da Família	5. Nº do Cartão SUS	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

6. Nome	7. Data Nascimento / /	8. Sexo ☐ M ☐ F
9. Nome da Mãe		
10. Raça/Cor / 11. Escolaridade / 12. Nome do ACS		13. Data do 1º atend / /
14. Estado Civil / 15. Diabético ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2		16. Data do diagnóstico

ENDEREÇO

17. Tipo Logradouro	18. Nome do Logradouro	19. Nº	20. Complemento
21. Bairro	22. CEP / 23. DDD	24. Telefone	

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

25. Pressão Arterial Sistólica	26. Pressão Arterial Diastólica	27. Cintura (cm)	28. Peso (kg)	29. Altura (cm)
30. Glicemia HGT (mg/dl)	31. Hb Glicosilada/ data:	32. Glicemia plasmática (mg/dl)/ data: ☐ Em jejum_____ ☐ Pós prandial_____		

33. Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	34. Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares			Infarto Agudo Miocárdio		
Tabagismo			Outras coronariopatias		
Sedentarismo			AVC		
Sobrepeso/Obesidade			Pé diabético		
Hipertensão Arterial			Amputação por diabetes		
OUTROS (ESPECIFICAR):			Doença Renal		
1.			Dislipidemia		
2.			Retinopatia		
3.			OUTROS (ESPECIFICAR):		

35. Tratamento
Não medicamentoso ☐
Medicamentoso ☐

36. Insulina
Data de início / /
Regular
NPH

37. Tipo	Qtd
Hidroclorotiazida 25mg	
Propranolol 40mg	
Captopril 25mg	
Glibenclamida 5mg	
Metformina 850 mg	
Enalapril 10mg	
Losartan 50mg	
Metildopa 250mg	
Gliclazida	
Sinvastatina	
Ácido acetilsalicílico	
Outros sim não	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

38. Internação	Data	Causas

39. Encaminhamento Especializado	Data	Especialidade

Data da coleta dos dados: / /

Responsável pela coleta

APENDICE B - Manual de preechimento da ficha de coleta.

Para a coleta foi construído este manual em um entendimento baseado na literatura de referencia, nos resultados das discussões do grupo de pesquisa RIS e na avaliação do piloto que trouxe elementos sobre facilidade e dificuldade no preenchimento dos campos da ficha e que são:

1) Identificação da unidade e do usuário: deve ser levado em consideração as identificações oficiais da USF e do usuários que estão nos documentos de ambos;

2) Tipo de DM: para identificação do tipo de diabetes, foi usado o diagnóstico firmado que continha no prontuários, caso não esteja escrito considerar tipo 1 os menores de 20 anos ou dependentes de insulina desde a adolescência (BRASIL, 2013) e tipo 2 os que não entrarem nesses critérios

3) Data do diagnóstico: Será considerada a data mais das seguintes situações:

a) Referência no prontuário ao diagnóstico da doença,

b) Data do registro de exames que classifique como diabético, segundo o quadro 1 abaixo,

c) Registro do início do uso de medicamentos para DM e ou o registro explicito de dieta hipoglicemiante ou tratamento medicamentoso para DM desde que o usuário esteja incluído nos a e b.

Quadro 1 - Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: duas horas após 75 g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	<126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: Brasil (2013).

4) Pressão Arterial Sistólica, Pressão Arterial Diastólica , Cintura , Peso, Altura , Glicemia HGT e Glicemia plasmática (32) em jejum e pós-prandial : Registro mais recentes dessa medidas no prontuário do usuário,

5) Antecedentes familiares: devem ser considerado para registro presença de condições clínicas que tem relação com a DM em pais, irmão e filhos,

6) Tabagismo: registro da presença desse fator no prontuário,

7) Sedentarismo: registro explicito no prontuário e ou se utilizar do conceito do Colégio Americano do Esporte que define como uma prática regular leve inferior a 30 minutos por dia ou 150 minutos por semana na população entre 18 a 60 anos (CONTE el at., 2008)

8) Sobrepeso/Obesidade: se utilizando as medidas de altura e peso, registrar caso o IMC seja maior que 25,

Hipertensão Arterial: registro no prontuário da presença de Hipertensão Arterial ou considerar PADXPAS maior que 140X90 mmHg,

9) Infarto agudo do miocárdio: considerar quando houver registro no prontuário desse condição,

10) Outras coronariopatias: foi considerado a existência desse item quando verificado no prontuário presença de angina pectoris, hipertrofia de ventrículo esquerdo e ou Insuficiência cardíaca congestiva,

11) AVC: será considerado AVC quando houver o registro no prontuário pelo profissional assistente,

12) Pé diabético: considerar quando houver infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores e ou registro do profissional assistente de curativos seguidos em pé ou perna, realizados no mesmo ano da no mesmo ano da coleta,

13) Amputação por diabetes: registro de amputação no prontuário,

14) Doença Renal: registro dessa condição no prontuário e ou valores de creatinina acima de 1,2 mg/dl e ou presença de microalbuminúria de acordo com o quadro 2.

Quadro 2 - Valores de excreção urinária de albumina

	RASTREAMENTO	CONFIRMAÇÃO	
Categorias	Amostra de urina casual (mg/l)	Urina de 12h diurna ou noturna (mg/min)	Urina 24h (mg/24h)
Normal	< 17*	< 20	<30
Nefropatia incipiente Microalbuminúria	17 a 174	20-199	30-299
Nefropatia clínica Macroalbuminúria Proteinúria	— > 174 ⩾ 430	⩾ 200 500	300	— > —

* Equivalente a razão urinária albumina/creatinina de 30 mg/g

Fonte: Brasil (2006).

15) Dislipidemia: será considerada quando dos valores de Colesterol total, LDL, HDL e Triglicerídeo registrados tiverem pelo menos dois valores alterados e ou uso de sinvastatina e ou registro da presença dessa condição no prontuário,

Quadro 3 - Valores de referencias para lipídios em indivíduos maiores de 20 anos

Lípides	Valores	Categoria
CT		
	<200	Ótimo
	200-239	Limítrofe
	≥240	Alto
LDL-C		
	<100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥190	Muito alto
HDL-C		
	< 40	Baixo
	>60	Alto
TG		
	< 150	Ótimo
	150-200	Limítrofe
	201-499	Alto
	≥ 500	Muito alto

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

16) Retinopatia: considerar quando houver registro dessa condição no prontuário,

17) Registrar se o tratamento é Medicamento ou Não-medicamentoso: registrar quando houver referência a tratamento não medicamentos e quando for medicamentoso verificar a quantidade de comprimidos por dia que o usuário ingere. Deverão ser especificados outros medicamentos qualquer que esteja em uso,

18) Uso de Insulina: nesse caso registrar na coleta a data do inicio do uso da insulina ou utilizar a primeira prescrição de Insulina no prontuário,

19) Medicamento em uso: registrar a prescrição mais recente de todos os medicamentos,

20) Internações: registrar as datas e o tipo de qualquer internamento relatado no prontuário ,

21) Encaminhamentos para especialista: registrar as datas e o tipo de qualquer encaminhamento para especialista ou urgência relatado no prontuário.

ANEXO A - Ficha de Hiperdia

MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação

CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)	Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)

Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /	Sexo ☐ M ☐ F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai		
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade ☐ Brasileira ☐ Estrangeira	País de Origem	Data Naturalização / /
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS

DOCUMENTOS GERAIS

Título de Eleitor	Número	Zona	Série	
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /
CPF	Número	PIS/PASEP	Número	

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)

Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro
	Folha	Termo			Data de Emissão / /

ENDEREÇO (*)

Tipo Logradouro	Nome do Logradouro		Número	Complemento
Bairro		CEP	DDD	Telefone

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	☐ Em jejum	☐ Pós prandial

Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		
Hipertensão Arterial					

TRATAMENTO

Não Medicamentoso: ☐

	Medicamentoso							
	Comprimidos/dia							Unidades/dia
Tipo	1/2	1	2	3	4	5	6	
Hidroclorotiazida 25mg								
Propranolol 40mg								
Captopril 25mg								
Glibenclamida 5mg								Insulina
Metformina 850 mg								

Outros ☐ SIM ☐ NÃO

Data da Consulta (*) / /	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

Ficha_Cadastro_Hipertenso_Diabético_1via_v3.1.doc 23/05/2002

ANEXO B - Ficha do dia do Hiperdia da Equipe 1

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO II

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO, DO DIABÉTICO E DO IDOSO.

Pront. Familiar:_____
Nome: _____ **Nº** _____
HAS _____ **DM** _____
Idade: _____ **Sexo:** _____ **Estatura:** _____ **ACS:** _____

DATA	PA(mmHg)	PESO	GLICOSE	ESQUEMA TERAPÊUTICO	OBS.

CALENDÁRIO DE VACINAS

TÉTANO (a cada 10 anos)		GRIPE (anualmente)	
1ª Dose	Reforço	20\0	20\3
2ª Dose		20\1	20\4
3ª Dose		20\2	20\5
PNEUMONIA (a cada 5 anos)		**OUTRAS**	
Data	Data	Data	

ANEXO C - Ficha do dia do Hiperdia da Equipe 2

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
DISTRITO SANITÁRIO II

PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO E DIABETES

N.º ORDEM: _____

( ) HIPERTENSO ( ) DIABETICO

NOME: _____ DT. NASC.: _____

ENDEREÇO: _____ACS : _____

MEDICAÇÃO UTILIZADA	HORÁRIO

CONTROLE DA DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS:

ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
2006												
2007												

CONTROLE PESSOAL

DATA	PA	GLICEMIA	PESO	DATA	PA	GLICEMIA	PESO

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa

Título do Projeto: "Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos a consultas especializadas e exames complementares".
Pesquisador responsável: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ
Data de apresentação ao CEP: 21/09/2011
Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 41/11
Registro no CAAE: 0041.0.095.097 -11

PARECER Nº 47/2011

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 15 de dezembro de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 15 de dezembro de 2011.

Gisele Campos Lira Oliveira
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SIAPE 0453375
CPqAM / FIOCRUZ

Observação:
Anexos:
- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 15/12/2012.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Centro de Pesquisas AGGEU MAGALHÃES
FIOCRUZ Ministério da Saúde