

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

SANDREANY SILVA ALVES DE LIMA

**ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA REDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DO PAULISTA – PE, 2011-2013**

RECIFE

2014

SANDREANY SILVA ALVES DE LIMA

**ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA REDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DO PAULISTA – PE, 2011-2013**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Ms. Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

L732a

Lima, Sandreany Silva Alves de.

Assistência ao portador de diabetes mellitus na rede pública do município do Paulista – PE, 2011-2013/ Sandreany Silva Alves de Lima. — Recife: [s. n.], 2017.

41 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Márcia Virgínia Berreza Ribeiro.

1. Diabetes Mellitus. 2. Assistência à Saúde. 3. Cobertura de Serviços de Saúde. I. Ribeiro, Márcia Virgínia Berreza. II. Título.

CDU 616.379-008.64

SANDREANY SILVA ALVES DE LIMA

**ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA REDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DO PAULISTA – PE, 2011-2013**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 24/11/2014

BANCA EXAMINADORA

Ms. Domício Aurélio de Sá
CPQAM/FIOCRUZ

Ms. Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro
Secretaria Municipal de Saúde do Paulista – PE.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sua infinita bondade e misericórdia.

A minha mãe, Maria de Lourdes da Silva, meu amor infinito, meu exemplo de coragem, honestidade, dignidade, humildade e sabedoria.

Ao meu pai Job Alves de Lima.

Ao meu irmão Jobson Lima.

A minha tia Iram.

Ao Dr. Dílson Magalhães, Dr^a Alcina Beltrão, Dr^a Karla Beltrão, Dr. Ayrton Alcoforado, Dr^a Daniella Beltrão (Bruninha), Dr^a Cândida Beltrão, Dr. José da Rocha, Dr. Ulysses Beltrão, Dr^a Silvia Novaes (Luiza e Letícia), D. Severina.

Aos meus amores, Rafinha (Rafaela Beltrão) e Ricardinho (Ricardo Beltrão). Vocês são partes da minha história!

A Gabriel Ernandes, a quem escolhi e decidi amar. Obrigada por tudo!

Agradeço aos amigos e familiares que sempre me apoiaram.

A todos da Secretaria Municipal de Saúde do Paulista, em especial, Alberto Lima, obrigada pela oportunidade e confiança! Fabiana Bernart, Cristiane Souza, Fábio Diogo, Bruno Raposo Ramon Santos, Rebeca Benevides, José Carlos de Souza, Juliana Siqueira, Heliana Medeiros, Conceição, Carolina Morais, Mallu Dias, Rafaella Cruz, Danielle Leite, Estela Dourado, Karla Gouveia, Amanda Vasconcelos, Juliana Ribeiro, Rosânia Santos, Bárbara Braga e Aline Galdino.

A minha preceptora e amiga Maria Clara Rodrigues de Freitas (MC), por toda paciência e carinho.

A minha orientadora e amiga Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro (Marcinha), por todo aprendizado, confiança e apoio.

Aos professores do Aggeu Magalhães, em especial, Domício Aurélio de Sá.

LIMA, Sandreany Silva Alves. **Assistência ao portador de Diabetes Mellitus na rede pública do Município do Paulista – PE, 2011-2013**. 2014. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

A garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos usuários e a humanização da prestação de serviços são imprescindíveis para a consolidação do SUS e efetiva melhoria das condições de saúde da população brasileira (PAIM, 2007). O principal objetivo do trabalho foi analisar a assistência ao portador de Diabetes Mellitus (DM) na rede de saúde do município do Paulista/PE no período de 2011 a 2013. Para descrever a rede de serviços de saúde presentes no território consultou-se o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e as informações sobre a cobertura assistencial foram coletadas nos Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), para os anos de 2011 a 2013, todos coletados no primeiro trimestre de 2014. Para discutir os dados encontrados, os mesmos foram relacionados com parâmetros encontrados em algumas normatizações ministeriais. Ao analisar a proporção de cobertura populacional do município do Paulista para os anos de 2011- 2013, dados do Ministério da Saúde (MS) revelam que existe uma média de 44% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para os anos estudados. Mesmo com um modelo de caráter reorganizacional na Atenção Básica (AB), ainda há baixa resolutividade nesse nível de atenção, gerando uma demanda muito grande aos serviços especializados e, conseqüentemente, uma demanda reprimida. A oferta de endocrinologia não condiz com o parâmetro proposto e de acordo com a real necessidade da população. Há difícil acesso ao especialista, seja pela insuficiência da capacidade de produção dos profissionais da rede ou pela ausência de Regulação das áreas necessárias ao cuidado com o portador da patologia. A ESF, embora considerada como modelo estruturador da atenção ao paciente portador de Diabetes no município ainda apresenta dificuldades de cobertura assistencial. A rede de saúde do município apresenta dificuldades de acesso aos principais locais onde as Policlínicas e Centros de Saúde estão localizados, fato que pode ser um dos problemas encontrados pelo portador de diabetes na continuidade do cuidado.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus, Assistência à Saúde, Cobertura de Serviços de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	10
3.1 Objetivo geral	10
3.2 Objetivos específicos	10
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
4.1 Desenho de estudo	11
4.2 Área de estudo	11
4.3 Período de estudo	13
4.4 População do estudo	13
4.5 Variáveis da pesquisa	13
4.6 Fonte de dados	13
4.7 Processamento e análise dos dados	14
4.8 Considerações éticas	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
5.1 Atenção básica	16
5.2 Diabetes Mellitus	19
5.3 O acesso aos serviços de saúde	21
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
6.1 Descrição da rede municipal de saúde	25
6.2 Assistência na Atenção Básica ao portador de Diabetes	27
6.3 Acesso de Endocrinologia no Município	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A- Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde	39
ANEXO B – Detalhamento da cobertura das consultas médicas ambulatoriais, contidas no grupo 2 e 7 da tabela de procedimentos do SIA/SUS	41

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) com base na institucionalização da universalidade da cobertura e do atendimento. O sistema foi implementado em 1990 e pode ser traduzido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais (PAIM, et al., 2011).

A garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos usuários e a humanização da prestação de serviços são imprescindíveis para a consolidação do SUS e efetiva melhoria das condições de saúde da população brasileira (PAIM, 2007).

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas desde o século passado alteraram o perfil de risco, e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a representar um importante problema em todo mundo (TOSCANO, 2004).

As DCNT de modo geral, acometem a população adulta, com 75% de casos ocorrendo entre os 15 e os 65 anos, sendo que, acima dos 65 anos, apresentam frequências muito elevadas e é comum a concomitância de diversas patologias crônicas. Representam, especificamente a partir da segunda metade do século passado, uma importante causa de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Previsões indicam o aumento e agravamento dessas enfermidades nas próximas décadas, particularmente, nos países em desenvolvimento onde parcelas da população ainda vivem em estado de pobreza, persistindo grande desigualdade entre classes sociais (CESSE, 2007).

A ocorrência das DCNT levam a dificuldades quanto a uma intervenção mais sistemática no nível da saúde pública. Frente à importante carga que hoje assume esse grupo de doenças no país, são ainda insuficientes às ações preventivas, de vigilância e assistências e as perspectivas futuras são de um cenário bastante comprometedor também para o sistema de seguridade social, haja vista o concomitante envelhecimento da população (CESSE, 2007).

Entre as condições crônicas de saúde, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM) pela alta taxa de morbimortalidade, bem como pela crescente tendência da prevalência. O diabetes mellitus requer cuidado clínico e educação permanente para a prevenção das complicações agudas e crônicas (TOSCANO, 2004).

As DCNT no Brasil constituem-se em um problema de grande magnitude e são responsáveis por 72% das causas das mortes, e o Diabetes Mellitus (DM) isoladamente representa cerca de 5% dos óbitos, atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas

e de forma mais representativa entre os grupos vulneráveis, como idosos e pessoas de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

O DM é uma das DNCT mais prevalentes no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma condição definida primariamente pelo nível de hiperglicemia, dando origem a dano microvascular (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Está associada com reduzida expectativa de vida, devido à significativa morbidade causada pelas complicações microvasculares, com aumento do risco de complicações macrovasculares (doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica) e diminuição da qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

O DM é considerado uma das doenças que mais afetam o homem contemporâneo, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social. Sua importância nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética (ORTIZ, 2001).

Estudos realizados em 2003 estimaram que a prevalência do DM na população brasileira esteja em torno de 8%, podendo atingir 13,4% em indivíduos com idade entre 60-69 anos (MOLENA-FERNANDES et al.,2005).

No entanto o DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade) (BRASIL, 2013).

Desta forma, faz-se necessário descrever e conhecer a assistência prestada ao portador de DM, fomentando a discussão acerca do assunto. A abordagem teórica contempla conceitos importantes para a construção do debate, abrangendo conceitos decorridos nos itens a seguir.

2 JUSTIFICATIVA

O DM representa um importante problema de saúde pública, uma vez que o aumento de sua prevalência acarreta inúmeros desafios no processo de acompanhamento e fornecimento dos cuidados necessários, bem como o encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionado às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas (McLELLAN, 2007).

A AB é essencial no acompanhamento dos usuários com diagnóstico de DM e por vezes existe a dificuldade em realizar as ações propostas de forma integral, com ações programáticas e com a demanda espontânea respondendo de forma equilibrada ao que se propõem os objetivos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Realizar a avaliação da assistência prestada ao portador de DM é de grande relevância, uma vez que as dificuldades encontradas na referência destes pacientes aos serviços de atenção especializada é uma das principais dificuldades no Sistema único de Saúde - SUS. A pesquisa visa abordar as dificuldades existentes para garantir o acesso aos serviços necessários preconizados ao portador de DM.

Estudos que retratam a situação do acompanhamento dos portadores de diabetes na atenção básica no município de Paulista ainda são insuficientes, desta forma o presente estudo tem o intuito de levantar informações que possam auxiliar os gestores no processo de tomada de decisões.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a assistência ao portador de Diabetes Mellitus na rede de saúde do município do Paulista, no período de 2011 a 2013.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever a rede pública de serviços de saúde destinada ao cuidado do portador de DM, no município do Paulista;
- b) Identificar a cobertura da assistência ao portador de DM na Estratégia Saúde da Família no Município do Paulista;
- c) Analisar a o acesso de endocrinologia do município do Paulista.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado através do método quantitativo. Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003) o estudo descritivo é aquele que tem por objetivo informar sobre a distribuição de um evento na população e sendo ele do tipo transversal nos permite produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade. Além disto, este tipo de estudo facilita a realização de análises sistemáticas, permitindo o acompanhamento e planejamento das ações pelos serviços de saúde e pela sociedade em geral.

4.2 Área do estudo

O município do Paulista, está localizado na Região Metropolitana do Recife, no estado de Pernambuco. Distante da capital 12,50 km possui uma área territorial de 97km², com população estimada de 316.714 habitantes e uma densidade demográfica de 3.087,66 habitantes por km² (IBGE 2013). É limítrofe com as cidades de Paudalho, Abreu e Lima, Igarassu, Camaragibe, Olinda e Recife. Constitui-se em um dos 19 municípios que compõe a I Gerência Regional de Saúde (GERES).

O Município é constituído por 23 bairros, registrando-se que 13,6% da população residem no bairro do Janga (bairro mais populoso com mais de 44 mil habitantes) conforme tabela a seguir:

Tabela 1 - População residente por bairro – PAULISTA/ PE, 2010.

TERRITÓRIO DE SAÚDE	BAIRRO	POPULAÇÃO RESIDENTE IBGE - 2010
Território I	Jardim Paulista	25.817
	Arthur Lundgren I	18.148
	Arthur Lundgren II	15.487
	Jardim Velho	1.613
	Paratibe	14.974
Território II	Centro	3.248
	Vila Torres Galvão	11.043
	Mirueira	16.411
	Nobre	4.948
	Tabajara	4.800
	Fragoso	17.701
Território III	Maranguape I	26.111
	Maranguape II	18.219
	Jardim Maranguape	13.735
	Jaguaribe	7.229
	Jaguarana	3.450
	Engenho Maranguape	10.898
Território IV	Janga	44.008
	Conceição	2.828
	Maria Farinha	1.780
	Nossa Senhora do Ó	17.356
	Parque do Janga	2.460
	Pau Amarelo	18.202

Fonte: IBGE (2010)

O modelo de atenção da cidade do Paulista norteia-se por seis diretrizes quais sejam:

I. Garantir o acesso com qualificação das ações de saúde; II. Promover articulação efetiva dos diferentes níveis de atenção à saúde: básica, média e alta complexidade, com integração entre as ações preventivas, curativas e de promoção à saúde; III. Fortalecer a gestão de vigilância à saúde do município, implementando a integração e a descentralização das ações, de forma a ampliar a capacidade de análise da situação de saúde com ênfase ao atendimento das necessidades da população; IV. Aperfeiçoar os instrumentos de gestão do sistema de saúde, visando à tomada de decisão, o planejamento das ações, o controle social e avaliação das políticas implantadas e a regulação assistencial; V. Implementar a Política de gestão do

trabalho com a participação dos diversos atores envolvidos no processo, fortalecendo as relações do trabalho e o desenvolvimento profissional, VI. Fortalecer a gestão estratégica e participativa do SUS (PAULISTA, 2013).

4.3 Período do estudo

A coleta dos dados secundários se refere aos anos de 2011, 2012 e 2013.

4.4 População do estudo

Diabéticos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família - USF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, número de consultas médicas, registradas no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS que tiveram como causa básica o Diabetes Mellitus.

4.5 Variável da pesquisa

Casos de Diabetes Mellitus registrados no SIA que apresentem CID os seguinte diagnósticos:

- a) E10 - DM insulino-dependente;
- b) E11 - DM não insulino dependente;
- c) E12 - DM relacionada com a desnutrição;
- d) E14 - DM não especificada;

4.6 Fonte de dados

Para descrever a rede de serviços de saúde presente no território consultou-se o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). As informações sobre a cobertura assistencial foram coletadas nos Sistemas SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais, para os anos de 2011, 2012 e 2013, todos coletados no primeiro trimestre de 2014. Para discutir os dados encontrados, os mesmos

foram relacionados com parâmetros encontrados em algumas normatizações ministeriais (BRASIL, 2002).

Além desses dados, foram utilizadas estatísticas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados foram obtidos via internet, através do domínio público <<http://tabnet.saude.pe.gov.br>> e TABCNES disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. A análise foi realizada por meio de planilhas eletrônicas.

4.7 Processamento e análise dos dados

Os dados foram agregados e apresentados em números absolutos e frequência relativa em forma de tabelas. Buscou-se analisar a organização do atendimento ao diabético a partir da descrição dos serviços de saúde existentes e das informações comparadas aos parâmetros assistenciais. Os dados coletados foram estruturados empregando-se os softwares: Word for Windows (versão 2010) como processador do texto e Excel for Windows para elaboração das tabelas.

4.8 Considerações éticas

Em se tratando de dados disponíveis em Internet (domínio público) sem identificação dos pacientes e em função de estarem agregados em Unidades de Saúde e Município, não foi necessário à apresentação de Termo de Consentimento e aprovação de projeto em Comitê de Ética, sendo resguardado o direito da divulgação da fonte: Sistema de Informação Ambulatorial, Sistema de Informação da Atenção Básica, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, a formulação de um modelo social ético e equânime norteados pela inclusão social e solidariedade humana. Existe necessidade da formulação de modelos que priorizem a promoção da saúde, e que possa dar conta da demanda por atendimento à doença com mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas e a organização dos serviços (ASSIS et al., 2003).

A aprovação da Constituição federal em 1988 estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, define que as ações de saúde passam a ser papel do poder público, bem como sua fiscalização, regulamentação e controle. As ações e serviços de saúde devem atuar de forma integrada, obedecendo às diretrizes estabelecidas tais como: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Com a promulgação da Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, passam a ser definidos os principais objetivos do Sistema Único de Saúde do Brasil, o SUS. O mesmo tem sua organização fundamentada nas diretrizes da Regionalização e Hierarquização, com serviços organizados e dispostos em áreas delimitadas com definição da população a ser atendida e com redução de riscos, doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que garantam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, onde os serviços devem estar aptos a resolver os problemas em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990).

A Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB SUS 01/1993) se refere à estratégia da descentralização com foco na articulação e mobilização municipal, assegurando e garantindo o acesso à saúde, embora ainda não priorize a conjuntura de regiões de saúde (BRASIL, 1993). Com a proposta de reformulação do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro o Ministério da Saúde (MS) edita uma nova Norma Operacional, a NOB-96 que define duas formas de gestão municipal: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal, reforçando as atribuições entre as três esferas de governo, sendo o município o principal responsável pela oferta dos serviços e ações de saúde passando a considerar a Atenção Básica como foco de mudança do modelo de atenção (BRASIL, 1996).

Com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/01-02, alguns pontos para o fortalecimento do SUS voltam a ser abordados. A ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não permitir uma definição mais clara de organização da prestação de serviços (BRASIL, 2002).

Visando superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso, a partir de 2006, na construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas. Dentre as metas vale ressaltar o fortalecimento da Promoção da Saúde (implantando a Política Nacional de Promoção da Saúde), e consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006).

Desta forma, a organização regionalizada e hierarquizada do atendimento em saúde, frente às barreiras para sua concretização, necessita de avaliação da realidade de cada território quanto aos aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e éticos para que a regionalização seja efetiva.

5.1 Atenção Básica

A construção do SUS nos últimos anos avançou e se fortaleceu com a consolidação na Atenção Básica - AB como a base do sistema de saúde é essencial para um efetivo desempenho das diferentes esferas administrativas. AB considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Os fundamentos da AB consistem em ter território adstrito, possibilitando o planejamento das ações no território sob sua abrangência, garantindo o acesso universal e contínuo das ações e deve ser considerada como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo os usuários e estabelecendo vínculo entre a comunidade e a equipe. Integrar as ações programáticas de demanda espontânea articulando as ações de promoções de saúde e prevenção de agravos, tratamento e reabilitação de forma interdisciplinar. É necessário

também, estimular a autonomia dos usuários no cuidado à saúde, bem como, acompanhar os resultados alcançados e estimular a participação popular e controle social (BRASIL, 2011).

A AB é entendida como base fundamental e como primeiro nível de atenção, com função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Para garantir a lógica de funcionamento das redes de saúde são necessários mecanismos formais de contratualização entre entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviços, podendo ser definido como modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição das responsabilidades sanitárias e econômicas (BRASL, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada enquanto programa racional a partir de 1994, surge como modelo o qual incorpora um novo processo de trabalho, focado no trabalho em equipe, visando uma atenção voltada à saúde e não apenas às doenças, atuando sobre uma oferta programada de ações e serviços e não mais sob demanda espontânea, e com o saber centrado na equipe e na comunidade e não mais no profissional médico. A ESF preconiza o trabalho em equipe composta pelo médico de família ou médico generalista, enfermeira (o), técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe de Saúde da Família tem como diferencial, principalmente na figura do ACS, o contato permanente e contínuo com a comunidade de sua área adstrita. É ele o profissional responsável pela organização da demanda e, portanto, necessita de grande cumplicidade e conhecimento sobre aquela determinada comunidade para que, de fato, consiga atuar como o grande elo entre comunidade e unidade de saúde (BRASIL, 2006).

Além do ACS toda a equipe é responsável por ações fora da unidade de saúde e, médicos e enfermeiros possuem, como uma de suas atribuições, visitas domiciliares na perspectiva de tratamento, principalmente para aqueles usuários que são impossibilitados de irem até a unidade de referência. Ou seja, o foco é na comunidade e não mais no sujeito individualizado. A utilização da AB como porta de entrada do SUS melhorou muito desde a criação do Saúde da Família, ampliando o acesso, disponibilizando um maior número de ações de promoção, prevenção e tratamento. No entanto, muitos desafios precisam ser enfrentados para o alcance da equidade e qualidade de atenção, promovendo a melhoria dos indicadores de morbimortalidade. (BRASIL, 2006).

A boa organização dos serviços de AB contribui para a melhoria da atenção, com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema. Se os serviços de AB não estiverem habilitados para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada (STARFIELD, 2002).

Dados do MS revelam que nos primeiros quatro anos de sua implantação, o PSF abrangia 3,51% da população brasileira, ao final de 1998, este percentual atingiu 6,57%. Em dezembro de 1999, existiam 4.114 equipes de Saúde da Família, atuando em 1.646 municípios, representando 29,9% dos municípios brasileiros e aproximadamente 14 milhões de pessoas acompanhadas pelo programa, correspondendo a 8,8% da população do país. Em setembro de 2002, esses números cresceram significativamente, passando para 16.463 equipes, atuando em 4.161 municípios, assistindo 54 milhões de pessoas (BRASIL, 2003).

A integração das unidades de saúde da família à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção ao longo da rede de serviços por meio de mecanismos de integração, tecnologias de gestão clínica e instrumentos para a comunicação entre profissionais de diferentes serviços. A integração do PSF com os demais níveis de complexidade pode ser avaliada por meio da presença e uso de mecanismos de referência e contra-referência pelos profissionais das equipes de saúde da família, possibilidades de agendamento pelos profissionais e experiência das famílias quanto à realização de exames (BASTOS, 2011).

A comunicação com troca de informações entre profissionais é essencial para que o generalista da equipe de saúde da família possa exercer sua função de coordenador dos cuidados ao paciente e garantir a continuidade do contato. A insuficiente realização da contra-referência é uma dificuldade reiterada pelos gestores na maior parte dos municípios. Outro mecanismo de coordenação e de redução da variedade das condutas é o uso de protocolos clínicos (ESCOREL, 2007).

As ações assumidas pelos serviços básicos de atenção à saúde no cuidado ao portador de DM compreendem diversas atividades, tais como: a investigação de usuários com fatores de risco, realização da busca ativa de casos mediante visita domiciliar, fornecimento de medicamentos e realização de curativos, o monitoramento dos níveis de glicose pelo exame

de glicemia capilar, o diagnóstico precoce das complicações, o atendimento de urgência nas intercorrências agudas, o encaminhamento oportuno de casos a serviços de referência; investimento nas medidas preventivas e de promoção à saúde, são ações primordiais da AB no cuidado com o DM (RODRIGUES, 2006).

5.2 Diabetes Mellitus

O DM é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e associada a diversas complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos. O desenvolvimento da doença é marcado por diversas complicações crônicas tais como: retinopatia, nefropatia e neuropatia, responsáveis por expressiva morbimortalidade, cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda da qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2006).

O perfil epidemiológico das populações tem se modificado de maneira significativa com as doenças crônicas, como consequência de estilos de vida pouco saudável, consumo de produtos nocivos à saúde, entre outros fatores. As doenças não transmissíveis assim como as transmissíveis por vezes precisam de cuidados prolongados, e passam a ser designadas como “condições crônicas”, o que faz com que o País tenha mais este desafio a enfrentar. E a busca em transformar o modelo de atendimento voltado a doença para colocar as pessoas na centralidade do cuidado, exige integração e composição de redes articuladas de serviços e práticas que garantam a longitudinalidade do cuidado (BELLATO, 2012).

Diferentes cuidados e tratamentos são realizados com a perspectiva de encontrar uma solução para os problemas dos pacientes com Diabetes. A doença por ter um prognóstico sem a possibilidade de cura e quando não controlada adequadamente, passa a ser bastante agressiva as pessoas acometidas por tal enfermidade, desta forma, precisam acreditar que algo mais pode ser feito e buscam assim, variadas opções de tratamento (MATTOSINHO, 2007).

Atualmente a atenção ao DM tem sido basicamente ações prescritivas, centradas na doença e não na experiência vivenciada ao paciente com tal patologia. O atendimento às pessoas é baseado na aquisição e oferta de medicamentos, orientações quanto ao estilo de vida, exames de monitoramento e controle do DM. Estas ações vêm sendo reproduzidas pelos profissionais de saúde como atendimento às necessidades de saúde das pessoas com DM, por

vezes as ações reducionistas focadas no controle e monitoramento e não percebem que as dificuldades dos pacientes são resultantes de práticas de saúde que não fazem sentido, uma vez que são realizadas de forma impositiva sem considerar a realidade vivida por eles (FARIA, 2009).

Sendo assim, a integralidade da atenção como princípio norteador no atendimento à pessoa com condição crônica precisa ser destacado, além do tratamento medicamentoso e mudança no estilo de vida, necessita de orientações e apoio.

Com o objetivo de organizar a rede de saúde, o Ministério da Saúde (MS) lança, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM, visando garantir o diagnóstico e a vinculação dos usuários às unidades de saúde para o tratamento e acompanhamento, numa tentativa de reestruturar e ampliar o cuidado aos portadores dessas patologias. Em 2006, as diretrizes para programação pactuada e integrada da assistência à saúde foram lançadas. Dentre seus objetivos, ressaltam-se a equidade de acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, fornecer subsídios para o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde e define algumas áreas estratégicas, tais como saúde do adulto (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial), refletidas em políticas específicas para orientar as programações (BRASIL, 2006).

Em 2008 foi instituída a lista brasileira de Condições Sensíveis à atenção primária à saúde que estabelece as internações por tais condições e o DM com ou sem complicações faz parte das patologias listadas. Uma atenção AB e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. A referência deverá acontecer somente nos casos que ultrapassem a competência da AB (BRASIL, 2008).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas (DCNT) no Brasil, elaborado em 2011 a fim de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para prevenção e o controle das DCNT abordando também o DM (BRASIL, 2011).

Algumas ações são descritas no plano que estão sendo realizadas aos portadores de DM tais como, a distribuição gratuita de medicamentos para Hipertensão e Diabetes. A distribuição gratuita de medicamentos no Brasil foi iniciada em 1971, com foco na população com reduzido poder aquisitivo. Criado em 2004 com parcerias do governo federal entre municípios e estados com objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, com preços reduzidos (BRASIL, 2011).

O programa foi estendido em 2006 à rede privada de farmácias e drogarias, com a denominação de “*aqui tem farmácia popular*” com subsídio do Ministério da Saúde de até 90% dos medicamentos disponibilizados. Em Março de 2011 passou a ofertar medicamentos gratuitos para Hipertensão e Diabetes em mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas (BRASIL, 2011).

A AB tem caráter estratégico na estrutura de atenção à pessoas com doenças crônicas, considerada como principal eixo potencial para a organização das ações de saúde da população, sendo primordial para o desenvolvimento integral à saúde tornando-se cada vez mais necessária a expansão e qualificação das unidades em todo território nacional. As doenças crônicas em geral, apresentam múltiplas causas e o tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura (BRASIL, 2013).

5.3 O acesso aos serviços de saúde

A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção de forma integral aos usuários, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde garantindo o acesso da população a estes serviços (BRASIL, 2013).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos componentes de Atenção Básica, como ordenadora e coordenadora do cuidado, com responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado e pela Atenção Especializada, com diferentes densidades tecnológicas para realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, atuando de forma complementar aos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2014).

No entanto, as consultas especializadas ocorrem hoje de forma autônoma e de forma desorganizada no que se refere às demandas da atenção básica, com uma pequena quantidade de pacientes que lotam as agendas dos especialistas em recorrentes retornos, sem a contra-referência adequada às equipes básicas (BRASIL, 2006).

No contexto de rede de atenção à saúde, é importante a função das unidades de média complexidade, que devem oferecer apoio diagnóstico e tratamento através da assistência de

profissionais especializados. No caso de unidades de referência aos portadores de DM, estes serviços têm a finalidade de garantir a atenção integral através da oferta de tratamentos, medicamentosos, exames, consultas especializadas e cirurgias ambulatoriais aos usuários advindos da rede da AB (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

O acesso da população deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, e estes por sua vez precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas, e os que não forem resolvidos neste nível de atenção deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares. A população deve ser considerada como primeiro elemento das redes de atenção à saúde, e deve ser colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica (MENDES, 2010).

Os serviços de saúde estão por vezes concentrados em determinados lugares e, conseqüentemente, são mais acessíveis às pessoas que deles estão mais próximas. A localização bem como a variação da distância que os usuários precisam percorrer para o acesso ao atendimento pode interferir na utilização dos mesmos. Diante dessas dificuldades, Mendes (2010) aponta o conceito de redes de atenção à saúde como solução frente às falhas de integração dos serviços, estas, se constituem por um conjunto de serviços de saúde, com finalidades comuns e atuação cooperativa e interdependente, que asseguram uma atenção permanente e longitudinal à população, oferecida em tempo e local oportuno.

A Rede de Atenção à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MENDES, 2010).

A fragmentação dos serviços de saúde é uma causa importante para o baixo desempenho dos serviços de saúde e uso irracional e ineficiente dos recursos. Manifesta-se fundamentalmente com a falta de acesso, perda da continuidade dos processos assistenciais e falta de conformação dos serviços de acordo com a necessidade e expectativas dos usuários (LAVRAS, 2011).

Outros autores explicam que a segmentação e a fragmentação têm como causa importante o atendimento seletivo para o acesso aos serviços, que ocasiona importantes vazios

na assistência e ausência de garantia na continuidade do cuidado. Eles destacam que em muitos países da América latina o foco na atenção primária à saúde, limitada à população de baixa renda e composta de uma estratégia básica de serviços, e a não garantia de acesso aos níveis de maior complexidade são fatores importantes (CONILL, 2010).

Os gestores municipais, em especial os de municípios menores, por vezes não dispõem de equipe técnica capacitada para desenvolver ações de planejamento, implementação e avaliação da gestão em saúde. Muitos não conseguem por em prática as ações de saúde que foram pactuadas nos planos municipais de saúde e estes por sua vez para serem construídos passam por inúmeras dificuldades técnicas (CECILIO et al., 2007).

Muitos municípios enfrentam hoje a lógica de funcionamento da oferta médica, onde na grande maioria das vezes não conseguem realizar gestão do trabalho dos médicos, seja no controle de horário, produtividade e acima de tudo na qualidade dos serviços prestados. Os especialistas estão vinculados por vezes, a municípios que proporcionem maior pagamento e melhores condições de trabalho, fazendo com que existam grandes impedimentos no processo de tomada de decisões para a resolução dos problemas, tornando assim a continuidade dos atendimentos prejudicados de maneira que alcançar os padrões propostos pelo MS se torna cada vez mais distante da realidade de municípios menores. Por outro lado, as gestões de municípios maiores ainda se deparam com atendimento e a sobrecarga de pessoas provenientes de outras abrangências e a contrapartida que recebem do SUS não cobrem suas despesas, o que acaba prejudicando o atendimento da população local (CECILIO et al., 2007).

A falta de efetivação da descentralização e regionalização dos serviços básicos de saúde provoca um aumento da concentração da demanda da AB em poucos municípios e até mesmo a escassez da oferta dos serviços em municípios de menor porte (GERHARDT, 2009).

No momento atual em que busca-se oferecer atenção à saúde com maior equidade no Brasil, faz-se necessário que sejam conhecidos os fatores individuais associados à utilização e também às características de ofertas de serviços, incluindo sua finalidade (CAPILHEIRA, 2005).

O uso da informação no processo de planejamento das ações de saúde para gestão fomenta o comprometimento em atender as reais necessidades de saúde da população. Estas necessitam ser acompanhadas a fim de alcançar seu uso efetivo tanto nas tomadas de decisões, quanto subsídio para as ações de saúde no território (MORAES, 2001).

Descrever a dinâmica local de determinados municípios através de valores absolutos por vezes não é possível, no entanto, a análise da utilização dos serviços pode auxiliar na identificação das dificuldades locais relacionadas à oferta e demanda dos serviços de saúde (GERHARDT et al., 2009).

A qualidade da informação é consequência da efetiva realização das etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos Sistemas de Informações em saúde (SIS), vale ressaltar que existe um banco de dados falho, com subnotificações das consultas e procedimentos realizados desde AB até as consultas especializadas e internações e até mesmo ausências de tais serviços nos municípios estudados. A falta de capacitação dos profissionais que trabalham diretamente com os SIS faz com que os mesmos não entendam a importância que desempenham no processo da construção dos dados que servirão como base para tomada de decisão a fim de proporcionar melhoria da qualidade de vida da população (GERHARDT et al., 2009).

A demanda que os serviços de saúde referem para estes profissionais com o preenchimento de inúmeras fichas e formulários e que por vezes não existe o retorno necessário das informações que eles ajudaram a produzir faz com que ocorra desmotivação por parte deles, acarretando o mau preenchimento dos instrumentos utilizados (GERHARDT et al., 2009).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Descrição da rede municipal de saúde

Ao analisar a proporção de cobertura populacional do município do Paulista para os anos de 2011- 2013, dados do Ministério da Saúde (MS) revelam que existe uma média de 44% de cobertura de Estratégia Saúde da Família - ESF para os anos estudados. Existiam, para o período, 45 equipes credenciadas pelo MS, das quais apenas 40 foram implantadas o que garantia uma população estimada coberta de cerca de 138 mil pessoas (BRASIL, 2014).

A rede de saúde municipal é composta por quatro territórios de Saúde, e dispõe de serviços básicos de saúde como Unidade de Saúde da Família - USF, Centros de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e de média complexidade como Policlínicas. As USF, assim como nos demais municípios, tem papel fundamental, visto que trabalha o cuidado da população com promoção, prevenção e tratamento dos principais problemas de saúde (pré-natal, prevenção, curativo, vacina, , atividades coletivas, tratamento de hipertensão e diabetes, tratamento de tuberculose e hanseníase). Os Centros de Saúde do Município tem objetivo de ofertar atendimentos em clínica básica (Ginecologia, Pediatria, Clínica Médica e Odontologia) principalmente para a população de área descoberta. As Policlínicas oferecem consultas ambulatoriais especializadas (Cardiologia, Psiquiatria, Ortopedia, Neurologia, entre outras) referenciadas da Atenção Básica (USF, PACS ou Centro de Saúde), a rede conta também com 01 laboratório de análises clínicas municipal.

A distribuição desigual de serviços do município leva a coberturas distintas nos territórios de saúde. O Território I apresenta a maior cobertura assistencial em relação aos demais, os serviços de USF compreendem 27% do total existentes e 33% das Policlínicas também fazem parte dos serviços de saúde da área. Já o Território de saúde IV, seja a maior do município, existem apenas 10 USF (25%), uma Policlínica e não há Centro de Saúde (Tabela 2).

Importante ressaltar que a única Policlínica existente no Território II é considerada como referência apenas para saúde da mulher, sendo encaminhadas pela AB.

Tabela 2 – Caracterização das Unidades de Saúde por territórios, segundo tipos de serviços, no município do Paulista, 2013

Território de Saúde	Tipos de Serviços	N	%
Território I	USF	11	27%
	Centros de Saúde	2	40%
	PACS	4	33%
	Policlínicas	2	33%
Território II	USF	9	23%
	Centros de Saúde	3	60%
	PACS	3	25%
	Policlínicas	1	17%
Território III	USF	10	25%
	Centros de Saúde	0	0%
	PACS	2	17%
	Policlínicas	2	33%
Território IV	USF	10	25%
	Centros de Saúde	0	0%
	PACS	3	25%
	Policlínicas	1	17%
TOTAL	USF	40	
	Centros de Saúde	5	
	PACS	12	
	Policlínicas	6	

Fonte: Brasil (2014)

A rede de atenção básica ainda precisa ser organizada para ser a principal porta de entrada do SUS local, facilitando o acesso da população. Esta rede de serviços pode produzir nova forma de acolher, introduzindo a capacidade de respostas resolutivas para as demandas de saúde e, promover a continuidade do cuidado.

O município conta com a atenção especializada, composta por 02 Centros de Apoio Psicossocial (01 de transtorno mental e 01 de álcool e outras drogas), 01 laboratório municipal, 01 Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Núcleo da Pessoa Idosa (NUMPI), 01 Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente (NASA) e 01 laboratório municipal (PAULISTA, 2013).

Mesmo com um modelo de caráter reorganizacional na AB, ainda há baixa resolutividade nesse nível de atenção, gerando uma demanda muito grande aos serviços especializados e, conseqüentemente, uma demanda reprimida. Tal demanda, é explicada, além da baixa resolutividade na AB, por três motivos: primeiro, a falta de profissionais médicos especialistas no SUS; segundo, a quantidade excessiva de solicitações de exames complementares para o fechamento do diagnóstico e; terceiro, pela própria cultura assistencial

médico/curativa, que valoriza o hospital, médico especialista, exames e o uso de medicamentos complementares (PAULISTA, 2013).

A ESF busca romper com a lógica hospitalocêntrica e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para a reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade colocando o usuário sempre em primeiro plano (AYRES, 2005).

No Brasil, a AB é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda rede de atenção à saúde. A ESF deve ser encarada como forma de orientação e organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população, sendo necessário o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la (MACINKO, 2003).

6.2 Assistência na atenção básica ao portador de Diabetes

O atendimento dos portadores de DM nas unidades básicas de saúde é realizado por médicos e enfermeiros e outros profissionais de saúde. A análise da adequação do volume de atendimentos às necessidades da população diabética cadastrada, é uma importante forma de identificar oferta de atendimento.

O número de consultas médicas destinadas aos diabéticos, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, nas unidades de saúde da família, no período de 2011 a 2013, apresentou uma média de 2,3 consultas/ano. Número muito abaixo dos parâmetros utilizados pelo MS, para subsidiar a programação das ações de saúde, que é de 04 consultas/ano (BRASIL, 2006).

No entanto, houve um aumento de 89,3% do número de consultas no ano de 2013 em comparação ao primeiro ano do estudo. Nos dois primeiros anos os atendimentos DM cerca de 5% do total de atendimentos em comparação ao ano de 2013, passando ele menos de 0,4 para 6,4 consultas por portador/ano (Tabela 3).

Tabela 3 – Diabéticos cadastrados, consultas médicas na atenção básica e média de consultas/ano no município do Paulista – PE, 2011 – 2013

Ano	Diabéticos Cadastrados	Atendimentos DM	Média de Consultas por portador/ano
2011	101.725	37.720	0,37
2012	101.769	38.986	0,38
2013	104.238	639.929	6,14
Total	307.732	716.635	2,3

Fonte: Brasil (2014)

O aumento bastante considerável dos atendimentos aos portadores de DM em 2013, provavelmente, deva-se ao fato do município ter recebido em três ciclos, médicos do Programa Mais Médicos (22 médicos cubanos e 5 brasileiros). O Programa faz parte de um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê investimentos nas unidades de saúde, levando médicos para regiões onde existem dificuldades ou até mesmo ausência de profissionais (BRASIL, 2013).

O município também recebeu 07 médicos do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), que prevê atuação de profissionais durante 12 meses, supervisionados por uma instituição de ensino, sendo obrigatória a participação em curso de AB (BRASIL, 2011).

Com a chegada dos profissionais médicos para compor as ausências do município, algumas ações também puderam ser realizadas a fim de melhorar a situação dos acompanhamentos, tais como: capacitação dos profissionais de forma adequada, nas ações e controles do DM; Garantia dos medicamentos nos protocolos de DM; Humanização do atendimento prestado ao paciente; Atividades educativas de promoção da saúde, bem como a formação de grupos na unidade de saúde; Busca ativa do DM e Atualização constante do cadastro (BRASIL, 2006).

O DM na grande maioria do seu desenvolvimento apresenta de forma assintomática, sendo o seu tratamento e diagnóstico por vezes negligenciados, além de haver uma baixa adesão, por parte dos pacientes às orientações e aos tratamentos prescritos. O impacto que a patologia representa, com uma alta morbimortalidade, desafia o sistema de saúde público, uma vez que precisa garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados

como portadores do agravo, bem como o desenvolvimento de ações referentes à promoção e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (LIMA, 2012).

Para um acompanhamento constante dos portadores de DM, foi criado em 2002, um Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM, denominado de HIPERDIA, que tem como objetivo estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde nas unidade da rede básica (BRASIL, 2002).

A tabela 4 mostra que o percentual de acompanhamento em Paulista é em torno de 90%. Ou seja, ao comparar a proporção de acompanhamentos dos diabéticos do município em relação aos cadastros dos últimos três anos, percebe-se que ainda existem cerca de 10% dos casos que não estão recebendo visita domiciliar do ACS no mês de referência. O que é preconizado pelo MS é que os pacientes com DM recebam cerca de 12 visitas domiciliares/ano. (BRASIL, 2006).

Ao analisar a proporção de pacientes com DM acompanhados, percebe-se a fragilidade que ainda é encontrada na AB para a realização de forma adequada das visitas domiciliares. São considerados “acompanhados” aqueles que receberam pelo menos uma visita domiciliar no mês de referência de maneira que fortaleça as ações de controle da morbidade (BRASIL, 2012).

Tabela 4 – Proporção de Diabéticos acompanhados segundo ano, Paulista – PE.

Ano	Diabéticos Cadastrados	Diabéticos acompanhados	% de acompanhamento
2011	101.725	92.983	91%
2012	101.769	93.693	92%
2013	104.238	93.381	90%

Fonte: Brasil (2014)

A visita domiciliar é uma oportunidade de entender melhor o modo de vida dos usuários, conhecer o ambiente em que vivem e as relações familiares, de abordar questões que vão além da doença física e de contemplar os problemas sociais e emocionais, proporcionando orientações voltadas às reais necessidades de saúde das pessoas, buscando singularidades na forma de cuidar (WACHTER et al., 2013).

A equipe multiprofissional que atende na USF deve prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SOSSAI; PINTO, 2010).

Organizar as visitas domiciliares permite otimizar o tempo das equipes e definir parâmetros para o acompanhamento da evolução dos casos e considerações sistemáticas dos aspectos culturais e comunitários envolvidos (MENDES; OLIVEIRA, 2007).

Entretanto, a rotina das equipes em relação as visitas domiciliares ocorrem por vezes de forma não sistemática, desperdiçando oportunidades para uma discussão dos casos e elaboração de planos de ações pertinentes (RODRIGUES, 2011).

6.3 Acesso de Endocrinologia no município

O acesso aos atendimentos de endocrinologia no município é realizado por encaminhamentos dos médicos das USF, Centros de Saúde e Policlínicas. Não há regulação do acesso dos usuários portadores de DM.

A oferta da especialidade estudada revela uma discrepância entre o parâmetro de necessidade proposto pelo MS e a real necessidade da população e pode ser compreendida quando observamos que a construção dos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002 foi fundamentada em séries históricas de produção de procedimentos, sem levar em consideração a necessidade da população. De acordo com os parâmetros assistenciais da referida Portaria, a necessidade de consultas em Endocrinologia para os usuários de Paulista corresponde a 0,4 % do total de consultas especializadas (BRASIL, 2002).

A dificuldade para os serviços de atenção especializada está voltada não somente pela insuficiência das consultas ou de profissionais, mas também por uma população que demanda espontaneamente consultas com especialistas e procedimentos, somado a inexistência de um modelo assistencial que coordene as práticas de cuidado com a população. Existe a discussão que o modelo da ESF no qual os grupos prioritários e as ações de saúde são realizados de forma regular, programada e desenvolvida por uma equipe multiprofissional deve ser considerado como o eixo estruturante das ações de saúde, referenciando, sempre que necessário, os casos para a Atenção Especializada.

No primeiro ano de estudo o município atingiu cerca de 112% da estimativa de consultas em Endocrinologia de acordo com a portaria, no entanto, ocorreu uma diminuição de mais de 50% dos atendimentos no ano de 2012 (tabela 5).

Tabela 5 – Capacidade de produção e número de consultas realizadas referentes ao atendimento em endocrinologia no município do Paulista, 2011 - 2013

Ano	Consultas esperadas Endocrinologia	Consultas realizadas Endocrinologia	% Acompanhamento
2011	6.112	6.855	112,1
2012	4.323	2.229	51,6
2013	3.586	3.401	94,8

Fonte: Brasil (2014)

A Diminuição da produção ambulatorial está ligada à saída dos profissionais das Policlínicas do município. O número de consultas no ano de 2013 em Endocrinologia representou 94% do esperado de acordo com a necessidade do município. Ao analisar o SIA, percebe-se que das seis Policlínicas existentes no município apenas três constavam produção ambulatorial do especialista no referido ano e não haviam profissionais no território de saúde I (BRASIL, 2014).

A concentração da oferta de consultas especializadas em um único território do município e a subutilização da mesma caracteriza a barreira de acesso para os usuários aos serviços de saúde especializados. Pode-se dizer que o acesso está inadequado, apresentando entraves organizacionais e geográficos.

A diferença entre a oferta do município em relação aos parâmetros assistenciais preconizados demonstra que há necessidade de estudos para desenvolvimento de novas metodologias, visando à readequação dos parâmetros assistenciais. É de suma importância que a definição dos mesmos não seja apenas quantitativa, mas que primem pela qualidade da assistência de acordo com as necessidades e características da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade do cuidado às pessoas com DM busca atender à promoção da saúde, à educação permanente, dos profissionais de saúde, ao autocuidado, à escuta do usuário, apoio às necessidades não necessariamente associadas com DM, prevenção das complicações, orientação medicamentosa e nutricional, atividade física e estilo de vida, favorecendo as atividades individuais e coletivas, em particular os grupos de convivências. A produção do cuidado às pessoas com DM mostra-se fragmentada e pautada no modelo médico-centrado, sendo operada com baixo acolhimento, pouco vínculo e pouca responsabilidade social, sem investimento na construção dos sujeitos, distante da integralidade desejada, para potencializar o usuário como central no processo terapêutico (BASTOS, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família, embora considerada como modelo estruturador da atenção ao paciente portador de Diabetes no município ainda apresenta falhas em seu funcionamento. O acesso ao especialista é difícil, seja pela insuficiência da capacidade de produção dos profissionais da rede ou pela ausência de Regulação das áreas necessárias ao cuidado com o portador da patologia.

A rede de saúde do município apresenta dificuldades para o acesso à localização das Policlínicas e Centros de Saúde podem ser um dos problemas encontrados pelo portador de diabetes na continuidade do cuidado.

Diante dessa realidade, apontam-se algumas recomendações: instituir o programa Hiperdia e fortalecer a educação permanente em saúde como eixo de transformação das práticas; utilizar protocolos de atendimento aos portadores de Diabetes; e edificar um projeto terapêutico compartilhado.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; VILA. T. C. S.; NASCIMENTO. M. M. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em: 18 Jul 2014.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MYNAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr; C. E. A (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2005. p. 91-108.

BASTOS, L. S.; et al. Construção na integralidade no cuidar de pessoas com Diabetes Mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1417- 1426, 2011.

BELLATO, R.; et al. Modos de tessitura de redes para o cuidado pela família que vivencia a condição crônica por adrenoleucodistrofia. **Ciência cuidado saúde**, Maringá, v.19, n. 1, p. 156-165, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf>. Acesso em: 18 jul 2014.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação Ambulatorial – SIA**. Disponível em:< <http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/dh?tab/tabsia08/prodpe.def>>. Acesso em: 30 out 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Acesso à informação**. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 30 Set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. 1. ed. Brasília, 2007. Disponível em:< <http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/livro-8-atencao-primaria-e-promocao-da-saude.pdf>>. Acesso em: 30 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>>. Acesso em: 3 nov 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf>. Acesso em: 15 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 23 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em: 2 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Diabetes Mellitus)**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_ca_b36.pdf>. Acesso em: 4 Jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://saude.maringa.pr.gov.br/downloads/hiperdia/manualhierdia2.pdf>>. Acesso em: 18 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf>. Acesso em: 18 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 19 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica/96**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 19 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011- 2022**. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 3 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 15 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 04 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de Abril de 2008**. Cria a lista de condições sensíveis à Atenção Primária. Brasília, 2008. Disponível em:

< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em: 22 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 24 Jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 25 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de Setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 08 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Brasília, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a13v03n1.pdf>>. Acesso em: 16 ago 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 4 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você - acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (PMAQ)**. Manual instrutivo. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 23 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS**. Brasília, 2002. Disponível em:<http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/legislacao/portaria_1101_12_06_02.pdf>. Acesso em: 29 out 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 6 out 2014.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443 , 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/11.pdf>>. Acesso em: 27 set 2014.

CECILIO, L. C. O.; et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista eletrônica de Comunicação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/84/79>>. Acesso em: 30 ago 2014.

CESSE, E.A.P. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf>>. Acesso em: 3 jun 2013.

CONILL, E. M.; et al. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 10, n. 1, p. 14-27, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/02.pdf>>. Acesso em: 30 ago 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Conceitos gerais sobre assistência de média e alta complexidade no SUS: Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2007.

SCOREL, S.; et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a tenção básica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2, p.164-176, 2007. Disponível em :<<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 14 out 2014.

FARIA, A. P. S; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 752-759, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a03v43n4.pdf>>. Acesso em: 22 out 2013.

GERHARDT, T. E.; et al. Utilização de serviços de saúde em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise em sistemas de informações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1221-1232, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a54v16s1.pdf>>. Acesso em: 27 set 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 26 out 2014.

LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FRREIRA, M. A. A importância do programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Serra Talhada – PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 2, p. 29-30, 2012. Disponível em:<<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>>. Acesso em: 16 out, 2014.

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. **Health Services Research**, EUA, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

Disponível em :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/>>. Acesso em: 16 out 2014.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. Itinerário terapêutico do adolescente com Diabetes Mellitus tipo I e seus familiares. **Revista Latino-americana enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1113-1119, 2007. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421879009.pdf>>. Acesso em: 17 out 2014.

McLELLAN, K. C. P.; et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732007000500007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 out 2014.

MENDES, E. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 out 2014.

MENDES, A; OLIVEIRA, F. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2, n.8, p.253-260, 2007. Disponível em: < <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/64/55>>. Acesso em: 18 out 2014.

MOLENA-FERNANDES, C.A.; et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus tipo 2. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005. Disponível em : < <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1427/797>>. Acesso em: 18 out 2014.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 49-56, 2001. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v10n1/v10n1a06.pdf>>. Acesso em: 27 set 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia**: report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006.

Disponível em:

<http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf>. Acesso em: 18 out 2014.

ORTIZ, M.C.A.; ZANETTI, M.L. Levantamento dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 em uma instituição de Ensino Superior. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 58-63, 2001. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1568/1613>>. Acesso em: 03 de jun 2013.

PAIM, J.; et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

< <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2014.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica.**

Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/555555555555.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2014.

PAULISTA. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de saúde (2013-2017).** Paulista, 2013.

RODRIGUES, T. M. M.; ROCHA, S.S.; PEDROSA, J. I. S. Visita domiciliar como objeto de reflexão. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 4, n. 3, p. 44-47, 2011. Disponível em:

< http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev1_v4n3..pdf>. Acesso em: 29 out 2014.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do Diabetes Mellitus em usuários de Unidade Básica de Saúde. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n.1, p. 41-49, 2006. Disponível em:

<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5109/3325>>. Acesso em: 15 set 2014.

ROUQUAYROL, M. Z;ALMEIDA FILHO, N. M. Elementos de metodologia

Epidemiológica. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.149-161.

SOSSAI, L., PINTO, I. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades.

Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-76, 2010. Disponível em:

< <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6856/6633>>. Acesso em: 15 set 2014.

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

< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 3 set 2014.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-

transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.885, 2004. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400010&script=sci_abstract&tlng=pt)

[81232004000400010&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400010&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 3 set 2014.

WACHTER, M. Z. D.; INCHAUSPE, J. A. F.; ANDRADE, S. C. A visita domiciliária como uma ferramenta facilitadora na promoção da saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, p. 1-10, 2013. Disponível em:

<http://api.ning.com/files/i*tFWQTF2R8YGwKj8OKy65YOc9L8C5Q4xEnsuYcAuONkn1W8Vjr7MFI5p3HslPAroN1E78ds6XkMeBMNRcFsedYw7KNnEW9h/Artigo1.pdf>. Acesso em: 24 out 2014.

ANEXO A - Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.

1. DIABETES MELLITUS

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População maior de 30 anos	
Prevalência	7,6% pop alvo	
Cobertura	50% dos diabéticos	possuem diagnóstico
Atendimento em UBS	65% da população coberta	65% é o estimado para cobertura na atenção básica, conforme estudo realizado em Porto Alegre
Cons. Médica	4 cons/pac./ano	
Cons. Enfermagem	6 cons/pac./ano	O exame do pé deve fazer parte desta consulta
Ativ. Educativas Unid.(15 pessoas por grupo)	6 a.e./pac/ano	
ECG	1 ECG/pac/ano	
Visita domiciliar ACS	12v.d./pac./ano	
Glicemia capilar na unid.	12/ exames/pac/ano	Realizadas durante consultas médicas, atividades de enfermagem ou reuniões educativas
Glicemia em jejum	4 exames/pac/ano	
Hemoglobina glicolisada	4 exames/pac/ano	
Colesterol total	1 exame/pac/ano	
HDL	1 exame/pac/ano	
Triglicerídeos	1 exame/pac/ano	
Creatinina	1 exame/pac/ano	
Ácido úrico	1 exame/pac/ano	
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)	1 exame/pac/ano	
Microalbuminúria	1 exame/pac/ano	
Fundoscopia	1 exame/pac/ano	
Curativo c/ debrid. em pé diabético	0,01 curativo/ pac/ ano	
Curativo simples	5 curativos/ pac/ ano	

Consulta de Nutrição	4 cons/ pac/ ano	
Atendimento de segundo nível	30% da população atendida em unidade básica	
Cons. Médica Especializada	4 cons/pac./ano	
Cons. Enfermagem	6 cons/pac./ano	O exame do pé deve fazer parte desta consulta
ECG	1 ECG/pac/ano	Já programados no atendimento em UBS
Glicemia capilar na unid.	12 exames/pac/ ano	
Glicemia em jejum	4 exames/pac/ ano	
Hemoglobina glicosilada	4 exames/pac/ ano	
Colesterol total	1 exame/pac/ ano	
HDL	1 exame/pac/ ano	
Triglicerídeos	1 exame/pac/ ano	
Creatinina	1 exame/pac/ ano	
Ácido úrico	1 exame/pac/ ano	
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)	1 exame/pac/ ano	
Microalbuminúria	1 exame/pac/ ano	
Fundoscopia	1 exame/pac/ ano	
Curativo c/ debrid. em pé diabético	0,01 curativo/pac/ano	
Curativo simples	5 curativos/pac/ano	
Consulta de Nutrição	4 cons/pac./ano	
Atendimento em psicologia	2 atend/pac./ano	
Atendimento em assistência social	4 atend/pac./ano	
Clearance de creatinina	1 exame/pac/ ano	
Proteinúria 24 anos	1 exame/pac/ ano	
Monitorização ambulatorial de PA	1 exame/pac/ ano	
RX PA e perfil	1 exame/pac/ ano	
Atividade educativa de assistência especializada	1 a.e./pac/ ano	
Teste ergométrico	1 exame/pac/ ano	
Assistência domiciliar	1 proced/pac/ano	
Atendimento ambulatorial com observação até 6 horas	1 atend/pac/ano	
Mapeamento de retina	1 exame/pac/ ano	

ANEXO B – Detalhamento da cobertura das consultas médicas ambulatoriais, contidas no grupo 2 e 7 da tabela de procedimentos do SIA/SUS.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15,0% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-26,88%
CLÍNICAS BÁSICAS	62,7% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-53,07%
Clínica Médica (inclui PSF)	Distribuição do percentual por especialidade, de acordo com o Pacto da Atenção Básica
Ginecologia (inclui Mastologia)	
Obstetrícia	
Pediatria	
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	22,3% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-20,05%
Alergologia	0,2% (inclui Imunologia) do total de consultas
Cardiologia	2,0% do total de consultas
Cirurgia Geral	2,3% do total de consultas
Dermatologia	1,1% (inclui hansenologia) do total de consultas
Doenças Vasculares Periféricas (Angiologia)	0,2% do total de consultas
Endocrinologia	0,4% (inclui Metabologia) do total de consultas
Gastroenterologia	0,7% do total de consultas
Hematologia	0,1% do total de consultas
Medicina Física*	1,2% do total de consultas
Nefrologia	0,1% do total de consultas
Neurocirurgia	0,1% do total de consultas
Neurologia	1,2% do total de consultas
Oftalmologia	2,8% do total de consultas
Oncologia	0,3% do total de consultas
Otorrinolaringologia	1,5% do total de consultas