



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Daniela Cristina da Silva**

**Atenção às condições crônicas tendo o Diabetes Mellitus como  
condição traçadora:  
Uma pesquisa avaliativa dos Serviços da Atenção Primária à Saúde  
de um município do interior de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutora em Saúde Coletiva

Orientadora: Professora Doutora: Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Botucatu  
2018**

Daniela Cristina da Silva

Atenção às condições crônicas tendo o Diabetes  
Mellitus como condição traçadora:  
Uma pesquisa avaliativa dos Serviços da Atenção  
Primária à Saúde de um município do interior de São  
Paulo

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutora em Saúde Coletiva

Orientadora: Professora Doutora: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu  
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Silva, Daniela Cristina da.

Atenção às condições crônicas tendo o Diabetes Mellitus como condição traçadora : uma pesquisa avaliativa dos serviços da atenção primária à saúde de um município do interior de São Paulo / Daniela Cristina da Silva. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Capes: 40602001

1. Diabetes mellitus. 2. Atenção primária à saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Avaliação de serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de processos e resultados ; Diabetes Mellitus; Sistema Único de Saúde.

**Daniela Cristina da Silva**

**Atenção às condições crônicas tendo o Diabetes Mellitus como condição traçadora: Uma pesquisa avaliativa dos Serviços da Atenção Primária à Saúde de um município do interior de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elen Rose Lodeiro Castanheira**

**Comissão Examinadora**

---

Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira  
FMB-Unesp

---

Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino  
FMB-Unesp

---

Profa. Dra. Vanessa dos Santos Silva  
FMB-Unesp

---

Prof. Dr. José Fernando Casquel Monti  
UFSCar

---

Profa. Dra. Cássia Regina Fernandes Biffe Peres  
FAMEMA

Botucatu, 31 de agosto de 2018

*Ao meu amado marido e filhas*

## Agradecimentos Especiais

*À Professora Elen pela confiança e acolhida*

*À Professora Regina Stella Spagnuolo pelo apoio e  
incentivo de sempre*

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e irmãos que sempre torceram positivamente por mim;

À Célia e Cláudia pelo carinho e cuidados;

Às minhas amigas pelo incentivo e apoio:

Rivânia Cristina Salvador Ribeiro Castilho

Tania de Cacia Gasparelo

Telma Marques Medeiros

Cristiane de Oliveira

Elisângela Campos

Laura Viadanna

Lucele Marins

À Suellen B. Domingues, pela assessoria técnica em informática;

À Fundação UNI pela oportunidade;

À Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio;

Ao Professor Lupércio, pelos ensinamentos;

E em nome de toda a equipe da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, agradeço à Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.

*Sonhar o sonho impossível,  
Sofrer a angústia implacável,  
Pisar onde os bravos não ousam,  
Reparar o mal irreparável,  
Amar um amor casto à distância,  
Enfrentar o inimigo invencível,  
Tentar quando as forças se esvaem,  
Alcançar a estrela inatingível:  
Essa é a minha busca.*

**Dom Quixote, Cervantes**





## Resumo

SILVA,DC. **Atenção às condições crônicas tendo o Diabetes Mellitus como condição traçadora: Uma pesquisa avaliativa dos Serviços da Atenção Primária à Saúde de um município do interior de São Paulo.** Botucatu, 2018. [tese], Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

Nas últimas décadas, a transição demográfica e epidemiológica conduziu a um acelerado envelhecimento absoluto e relativo da população e, conseqüentemente, ao crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, dentre as quais se destaca o **Diabetes Mellitus** (DM), com cerca de meio bilhão de casos em todo mundo. Esta situação, de expansão das condições crônicas de saúde determina uma revisão da abordagem dos problemas sanitários, seja na compreensão de seus determinantes seja na identificação e acompanhamento dos casos, na perspectiva dos cuidados de longo prazo, de forma participativa, familiar e multiprofissional. O DM é uma doença insidiosa, com frequentes complicações clínicas e repercussões, inclusive considerando sua alta prevalência e os impactos na vida das pessoas, a exemplo das incapacidades e mortalidade prematura. Este estudo **objetivou** avaliar a atenção às condições crônicas de saúde a partir do cuidado prestado aos usuários que vivem com Diabetes Mellitus, como condição traçadora no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Do ponto de vista **metodológico**, trata-se de um estudo de caso, caracterizado como uma pesquisa avaliativa, quantitativa, transversal, baseada em levantamento de dados de múltiplas fontes, voltado à avaliação de serviços de saúde. A pesquisa utilizou dados primários e secundários dos atendimentos realizados pelos serviços na Atenção Primária em Saúde, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. A avaliação de estrutura, processo e resultados, proposta por Donabedian, foi utilizada como referencial teórico metodológico. Os **resultados** revelaram a existência de 6964 indivíduos que durante o ano de 2016, utilizaram a rede básica de serviços de saúde do Município de Botucatu/SP para tratamento de DM, seja em atendimentos seja no acesso a medicamentos. Observou-se a escassez de atividades de promoção e prevenção, sendo a atenção focada no profissional médico com maior prevalência de consultas espontâneas; baixa cobertura e concentração do conjunto de exames complementares indicados para o DM; deficiência e irregularidade de retirada de medicações, por parte dos usuários. **Conclui-se** que a qualidade da atenção é insatisfatória, relacionada a importantes fragilidades principalmente no componente processo da atenção prestada.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde), Sistema Único de Saúde.

## Abstract

SILVA, DC. **Care for chronic conditions with Diabetes Mellitus as a tracer condition: An evaluative survey of the Primary Health Care Services of a municipality in the interior of São Paulo.** Botucatu, 2018. [thesis], Ph.D. in Collective Health, Faculty of Medicine of Botucatu, State University of São Paulo.

In the last decades, the demographic and epidemiological transition has led to an accelerated absolute and relative aging of the population and, consequently, to the growth of Noncommunicable Chronic Diseases, among which **Diabetes Mellitus** (DM), with about half a billion cases worldwide. This situation of expansion of chronic health conditions determines a revision of the approach to health problems, either in the understanding of its determinants or in the identification and follow-up of cases, in the perspective of long-term care, in a participatory, family and multiprofessional way. DM is an insidious disease, with frequent clinical complications and repercussions, including considering its high prevalence and impacts on people's lives, such as disabilities and premature mortality. This study **aimed** to evaluate the attention to chronic health conditions from the care provided to users living with Diabetes Mellitus, as a tracing condition in Primary Health Care. From the **methodological** point of view, this is a case study, characterized as an evaluative, quantitative, cross-sectional research, based on data collection from multiple sources, aimed at the evaluation of health services. The research used primary and secondary data from the services performed by services in Primary Health Care, from January 2015 to December 2017. The evaluation of structure, process and results, proposed by Donabedian, was used as methodological theoretical reference. The **results** revealed the existence of 6964 individuals who during the year 2016 used the basic health services rebe of the Municipality of Botucatu / SP for the treatment of DM, both in care and in access to medication. The lack of promotion and prevention activities was observed, focusing attention on the medical professional with a higher prevalence of spontaneous consultations; low coverage and concentration of the set of complementary tests indicated for DM; deficiency and irregularity of medication withdrawal, by the users. It is **concluded** that the quality of care is unsatisfactory, related to important weaknesses mainly in the process component of care provided.

**Key words:** Diabetes Mellitus, Primary Health Care, Evaluation of processes and results (health care), Sistema Único de Saúde (SUS).

## Lista de abreviaturas e siglas

A1c	Hemoglobina glicosilada ou Glicada (exame laboratorial)
ADA	American Diabetes Association
APS	Atenção primária à saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CSE	Centro de Saúde Escola
DAC	Doenças do aparelho circulatório
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
eSF	Equipe de saúde da família
ESF	Estratégia saúde da família
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HbA1c	Hemoglobina glicosilada ou glicada (exame laboratorial)
HC-FMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RAS	Rede de atenção à saúde
RENAME	Relação nacional de medicamentos essenciais
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde
Unesp	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
USF	Unidade de saúde da família

## Sumário

1	INTRODUÇÃO	14
1.1.	As Condições Crônicas de Saúde e os Modelos de Atenção	15
1.2.	O panorama das Condições Crônicas no Brasil e no Mundo: A Formulação do Problema	20
1.3.	Conceito e Magnitude do Diabetes Mellitus	22
1.4.	A Atenção ao Diabetes Mellitus	27
1.5.	Diabetes Mellitus como Condição Traçadora para avaliar a qualidade da atenção às condições crônicas de Saúde	33
1.6.	Justificativa da Pesquisa	35
2	OBJETIVOS	37
3	MÉTODO	39
3.1	A Avaliação no Campo da Saúde	40
3.2	Referencial Teórico Metodológico	42
3.3.	População do Estudo	43
3.4.	Coleta e Processamento dos Dados	44
3.5	Indicadores e Critérios de Avaliação	49
3.6.	Aspectos Éticos	57
3.7.	Limitações do Estudo	58
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1.	Contexto da Avaliação	60
4.2.	O Componente Estrutura	77
4.3.	O Componente Processo	83
4.4.	O componente Resultado	126
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
	REFERÊNCIAS	136
	APÊNDICES	151
	ANEXOS	171

## **Apresentação**

Meu interesse pela Atenção Primária à Saúde despertou-se à época da graduação em enfermagem, especialmente após estágio de extensão universitária, que fiz no último ano, na Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Ilha Comprida - SP. Decidi orientar a minha carreira pelos admiráveis, desafiadores e tortuosos caminhos da Atenção Primária à Saúde!

No ano seguinte, iniciei a Especialização em Saúde da Família, modalidade residência, na Faculdade de Medicina de Botucatu. Este curso me trouxe a convicção que estava na direção certa de minha realização profissional.

No mestrado (2009), desenvolvi estudo sobre transdisciplinaridade em saúde e melhor compreendi o movimento atual em busca da integralidade do cuidado e do trabalho em equipe. Conceitos estes, de que também me aproximei durante Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde no SUS, em 2010, à luz do cuidado integral, da clínica ampliada, de projetos terapêuticos singulares, linhas do cuidado, do trabalho multiprofissional, entre outros.

Há nove anos estou à frente da coordenação de serviços de saúde da Fundação UNI, instituição qualificada como organização social no município de Botucatu para o gerenciamento de diversos serviços de Atenção Primária e secundária, entre eles, as unidades da ESF. Entre as unidades sob nossa coordenação, o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado ainda é uma agenda incompleta, mas podemos retratar diversas iniciativas em movimento.

No entanto, são muitos os desafios com que me deparo cotidianamente, entre os quais o que mais tem me instigado é o de promover processos de trabalho baseados em procedimentos fundamentados na epidemiologia, programação e vigilância em saúde, mais bem-sucedidos. Percebo profissionais frustrados em seus ideais e propósitos, alicerçados nas políticas de saúde, diante da grande demanda de atendimentos, que cresce dia a dia e os torna cada vez mais atraídos a trabalhar no modelo de atendimento “queixa-conduta”, sob pena da renúncia das ações baseadas nas necessidades da população.

Neste contexto, fui levada a dedicar minha pesquisa do doutorado à atenção prestada às pessoas com Diabetes Mellitus (DM), por se tratar de uma doença

crônica, de alta prevalência, que possui marcadores bioquímicos consagrados na literatura científica nacional e internacional, podendo especialmente representar o desempenho das equipes nos demais programas de saúde, permitindo desta forma conhecer a realidade atual dos serviços. Certamente, será o ponto de partida para estudos posteriores de intervenção rumo às soluções dos problemas de acesso as maiores demandas e necessidades dos usuários. Este é um compromisso urgente diante da transição demográfica e epidemiológica que vivenciamos e que terão expressões exponenciais nas décadas que se aproximam.

Ademais, a APS do município é cenário de práticas de ensino para cursos de graduação na área da saúde, elevando o compromisso dos serviços com a qualidade e implementação do SUS. A oportunidade de conhecer a qualidade da atenção prestada tem o potencial de promover a ampliação de suas fortalezas e a superação das fragilidades encontradas, propiciando melhores condições de saúde aos usuários e experiências exitosas aos estudantes em formação, discentes e profissionais de saúde neste campo.

## **1. Introdução**

## 1. Introdução

### 1.1. As Condições Crônicas de Saúde e os Modelos de Atenção

A definição de condição de saúde, originalmente formulada por teóricos do modelo de atenção crônica (VON et al.; 1997; WAGNER, 1998), foi acolhida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), em sua dimensão mais ampla: condições agudas e condições crônicas. Essa caracterização é guiada por variáveis-chave inclusas em seu conceito: a primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; a segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais e sistema de saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados continuados, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe e usuários (MENDES, 2012).

Ademais, a expressão *condição de saúde* vai além da concepção de doenças por incorporar certos estados como a gravidez e os ciclos de vida: crianças (puericultura), adolescentes (hebicultura) e pessoas idosas (senicultura), que não são patologias, mas *condições* sob a responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Neste sentido, as **doenças crônicas não transmissíveis** (DCNT) compõem o conjunto das condições crônicas de saúde, geralmente relacionadas a causas múltiplas e caracterizadas por início gradual, prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, curso clínico variante, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Demandam elas intervenções mediante o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida e cuidados contínuos, que frequentemente não levam à cura (BRASIL, 2013b). Sintomas, em ciclo vicioso, podem levar a outros; exemplo: uma tensão muscular → dor → estresse → ansiedade → problemas emocionais → depressão → fadiga que, por fim, realimenta a condição crônica (LORIG et al. 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), integram-se às DCNT: doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares e cardiovasculares), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e o Diabetes Mellitus (DM), que por



apresentarem associação comum de fatores de risco, comportam abordagem de prevenção compartilhada (WHO, 2005, 2012; MALTA e MERHY, 2010).

Em contraponto às crônicas, as condições agudas são, frequentemente, manifestações de doenças infecciosas de curso curto, ou decorrentes de causas externas, como os traumas por acidentes. Geralmente apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, tendendo a ser autolimitadas. Ainda segundo Mendes (2012), o modelo de atenção às condições agudas tem por objetivo identificar a gravidade de urgência ou emergência, no menor tempo possível, definindo o ponto de atenção mais adequado, considerando-se, como variável crítica, o tempo requerido pelo risco, ou seja, o tempo resposta do sistema.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são, portanto, muito distintos exigindo uma fina e diferenciada sintonia entre estas necessidades de saúde e às formas como o sistema se organiza para respondê-las. De um modo geral, o modelo de atenção às doenças agudas é hegemônico, com uma estratégia de cuidado focada na doença, no médico, na terapêutica armada (exames e medicamentos) e na cura. Os sistemas de saúde não evoluíram de forma perceptível para além deste paradigma dominante, envolvendo gestores, trabalhadores de saúde e os próprios usuários. No entanto, é necessária a superação deste estado, pois quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona (MENDES, 2012).

As DCNT exigem uma abordagem sistemática e duradoura impondo novas estratégias de cuidado aos sistemas de atenção à saúde, que vivenciam uma situação de crise, por enfrentarem as condições crônicas na mesma lógica das condições agudas; ou seja, por meio de respostas em geral voltadas à demanda espontânea, em momentos de agudização das condições crônicas, em unidades de pronto atendimento, em detrimento de uma atenção contínua à sua evolução insidiosa e silenciosa (WHO, 2005; MENDES, 2012; MALTA e MERHY, 2010).

Esta crise é agravada quando, no Brasil, do ponto de vista epidemiológico, é caracterizada a *tripla carga de doenças*, envolvendo, simultaneamente: o remanescente de doenças infecciosas e parasitárias, incluindo as emergentes e reemergentes, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das DCNT e seus fatores de riscos; e a forte ascensão das doenças associadas a causas externas. Expressões da polarização epidemiológica, representada pela agudização

das desigualdades sociais em matéria de saúde (FRENK, 2006 apud OPAS, 2011; OPAS, 2011).

Este cenário se sobrepõe à transição demográfica do país, com rápida mudança de estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a de idosos e a expectativa de vida, sendo que, em breve, teremos pirâmides etárias semelhantes às da Europa (IBGE, 2013). Esta conjunção traz desafios para todos os setores na oferta de serviços nas próximas décadas, considerando que o aumento da população idosa gerará o aumento da carga de doenças, em especial as DCNT (IBGE, 2015).

Em estudo na América Latina e Caribe, Palloni & Peláez (2003) relatam que a condição demográfica de envelhecimento está ocorrendo mais rapidamente do que em muitos países desenvolvidos e possui características únicas que, combinadas com um contexto institucional e econômico desfavoráveis, tornam o processo muito mais complicado que em outras áreas do mundo:

*“Uma diferença importante entre países da região (América Latina) e países mais desenvolvidos é a relação entre a velocidade e o tamanho da força para o envelhecimento, de um lado, e os contextos sociais e econômicos das sociedades onde o processo está ocorrendo, por outro. O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu muito tempo depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzido desigualdades sociais e econômicas e implementado um número de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades residuais, ao menos na área de acesso aos serviços de saúde (...). Nenhum país na região (América Latina) apresenta uma história e um contexto institucional similares. Ao contrário: em quase todos os casos, um processo de envelhecimento altamente comprimido começa a ocorrer no meio de economias frágeis, crescentes níveis de pobreza, expandindo mais do que diminuindo as desigualdades sociais e econômicas, e contraindo mais do que expandindo o acesso aos serviços e recursos coletivamente financiados. Em um panorama desanimador das condições na região, há evidências que sugerem que os níveis de pobreza têm aumentado drasticamente desde 1985, assim como os níveis de desigualdade econômica; as taxas de desemprego têm aumentado, particularmente entre o segmento mais jovem e mais pobre da população; os déficits nos orçamentos associados à saúde pública têm inflado feito balão e, finalmente, o setor informal da economia tem expandido consideravelmente. Essas tendências agregadas traduzem-se em efeitos drásticos no nível individual. Particularmente, o grosso da população vive uma diminuição na renda real, um acesso mais pobre aos serviços de saúde e uma*

*erosão de sua capacidade para reivindicar recursos públicos para aposentadoria e bem-estar. Mas, os grupos mais vulneráveis são as pessoas mais velhas e as crianças, e é nesses grupos que o impacto dos efeitos deletérios será visto” (Palloni & Peláez, 2003).*

As DCNT podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais a pacientes e suas famílias, além de importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde. Os custos indiretos produzidos pelas DCNT também são significativos para a sociedade, em função da redução da produtividade e perda de dias trabalhados, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas (BLOOM et al., 2011; WHO, 2013). Já se estimou que essas despesas pudessem gerar uma perda na economia brasileira na ordem de US\$ 4,18 bilhões, resultantes de apenas três DCNT: DM, doenças do coração e acidentes vasculares cerebrais (ABEGUNDE et al., 2007).

Neste contexto, de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças, a melhoria da saúde das pessoas com condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde, que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, focado na doença e sem protagonismo das pessoas, em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde. Para tanto, há que se definir papéis e tarefas que assegurem uma atenção estruturada e planejada, superando os limites da tradicional consulta presencial, introduzindo novas formas de atenção, provida por equipe multiprofissional, para que pessoas não fiquem abandonadas após deixar a unidade de saúde, incluindo: atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância, além do monitoramento padronizado e regular (OPAS, 2011; MENDES, 2012).

No entanto, a carga de atenção por meio de consultas clínicas ainda domina a agenda dos médicos. Se a Programação em Saúde efetivamente produz certo ordenamento das práticas, simultaneamente cria grande carga de "procedimentos obrigatórios", definindo e limitando o repertório de ação dos trabalhadores, desconsiderando as singularidades e oferecendo poucas tecnologias ao cuidado e à subjetividade envolvidos no processo. Sem novas tecnologias, o cuidado fica restrito ou reproduz o hegemônico; as equipes enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea, quase sempre atendida no esquema queixa conduta (FEUERWERKER, 2005). Para enfrentamento dessas situações se faz necessário

equilibrar atendimentos programados e não programados, especialmente para pessoas usuárias em condições de maiores riscos e complexidades, que exigem cuidados mais intensivos e respostas efetivas às suas diversidades (MENDES, 2012).

Na superação destes desafios, que constituem problema fundamental do SUS, é importante a implantação das redes de atenção à saúde, assim caracterizadas: organizações poliárquicas de serviços, vinculados entre si por missão e objetivos comuns; ação cooperativa e interdependente coordenada pela APS; oferta de atenção contínua e integral à determinada população, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, segura e com equidade; responsabilidade sanitária e econômica com geração valor para a população adscrita (MENDES, 2011).

Rumo a estes propósitos, o cuidado integral, resolutivo e de alta qualidade vem sendo preconizado pelo Ministério da Saúde em várias políticas públicas de promoção da saúde e vigilância às condições crônicas, por meio de cadernos de Atenção Básica, DM, hipertensão arterial sistêmica (HAS), prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas, e de envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a, b, 2010e; OPAS, 2010).

A fragmentação do sistema de saúde, entretanto, ainda é um grande desafio a ser superado: os médicos concentrados nos diagnósticos e tratamentos, os enfermeiros no cuidado das pessoas, o gestor na ordem burocrática, os assistentes sociais na proteção social, etc. Tudo dentro de um “ambiente seguro, familiar e ritualístico” que promove o *status quo*. Em momentos de mudança, porém, os rituais que deram segurança já não são adequados e surgem a ameaça e a insegurança (CHIN, 2010 apud MENDES, 2012).

A despeito disso, as culturas estabelecidas resistem às ameaças do novo até que compreendem que a mudança é imperativa e o tradicional precisa ser renovado, por meio de ações deliberadas, planejadas e realizadas com liderança adequada, cuja essência é construir capacidade para diagnosticar o presente, a fim de propor um futuro melhor (MENDES, 2012).

E é este o ponto de partida para o nosso movimento de descoberta neste estudo.

## 1.2. O panorama das Condições Crônicas no Brasil e no Mundo: A Formulação do Problema

Em 2012, 56 milhões de pessoas morreram em todo o mundo, sendo que as quatro principais DCNT foram responsáveis por 82% dessas mortes (38 milhões): doenças cardiovasculares 46,2%; câncer 21,7%; doenças respiratórias (incluindo asma e doença pulmonar obstrutiva crônica) 10,7% e DM 4,0%. Com o envelhecimento da população mundial, estima-se que, em 2030, as DCNT serão responsáveis por 52 milhões de mortes. Neste contexto, a OMS passou a monitorar a mortalidade prematura (antes dos 70 anos), tendo seis importantes alvos: o tabaco, o uso nocivo de álcool e sal, obesidade e pressão sanguínea e glicemia elevadas, incluindo entre as 10 ações-chave para a prevenção e o controle destas doenças e seus fatores de risco, o fortalecimento do sistema de saúde em todos os níveis, com ênfase na Atenção Primária (WHO, 2014).

Outros aspectos impactam fortemente na prevalência das DCNT e dos agravos decorrentes de sua evolução determinantes sociais como: desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação (SCHMIDT et al., 2011; BRASIL, 2013b) e precisam ser enfrentados por diversas políticas públicas.

Considerando a realidade brasileira, ações de prevenção e controle são fundamentais para se evitar um crescimento desmedido dessas doenças e suas consequências nefastas para o sistema de saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2011c). A série histórica de mortalidade aponta o avanço das DCNT: se em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias respondiam por 45% das mortes no Brasil, em 2009, apenas as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram responsáveis por 48% dos óbitos. Na atualidade, as DCNT respondem por 72% das mortes, com destaque às doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), DM (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (MALTA et al. 2015).

Em 1998, o indicador de estudos de carga de doença (*DALY – disability adjusted life years*), mostrou que as DCNT eram responsáveis por 66% de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY), contrastando com 24% do conjunto de doenças infecciosas, maternas, perinatais e deficiências nutricionais e 10% de causas externas (SCHRAMM et al., 2004). Entre as DCTN se destacaram os

transtornos neuropsiquiátricos (19%), do aparelho circulatório (13%), respiratórios crônicos (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e DM (5%) (SCHRAMM et al., 2004).

Em 2013, o IBGE (2015) realizou Pesquisa Nacional de Saúde, encontrando maior prevalência de DCNT na região Sul do país (52,1%), seguida pelas regiões Sudeste (46,1%), Centro-Oeste (43,9%), Nordeste (42,2%) e Norte (37,2%). O Rio Grande do Sul foi o Estado brasileiro com maior prevalência (54,2%) e o Pará a menor (34,4%). A região Sudeste, que concentra a maior parte da população brasileira, apresentou altas prevalências para os estados de São Paulo (46,9%) e Minas Gerais (48,0%) (MALTA et al.; 2015).

No tocante às morbidades, a HAS foi a mais referida dentre os entrevistados, com prevalência de 21,4% na população de pessoas de 18 anos ou mais de idade, ou, em números absolutos, aproximadamente 31 milhões de indivíduos; na sequência, problema crônico de coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e DM (6,2%). As prevalências de HAS e DM foram, respectivamente, de 18,3% e 5,4%; no sexo masculino, e de 24,2% e 7,0%, no sexo feminino. Frequentemente associada ao DM, a Insuficiência Renal Crônica (IRC), apresentou a inédita prevalência de 1,4%, revelando a dimensão da doença no país (MALTA et al., 2015).

As DCNT representam, portanto, um dos principais problemas de saúde pública com elevado número de mortes prematuras, queda na qualidade de vida e alto impacto econômico nas famílias e sociedades (Brasil, 2011b; SCHMIDT et al., 2011; WHO; 2011). Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, especialmente aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos e os de baixa escolaridade e renda (DUNCAN, 2005; MALTA & MERHY, 2010).

O grande desafio do SUS é elaborar e aplicar políticas de prevenção, vigilância e controle, voltadas às pessoas saudáveis e com DCNT, já que seu curso prolongado requer cuidados longitudinais e integrais. É necessário atuar sobre condicionantes e determinantes, minimizando as desigualdades e seus efeitos, coordenando ações de promoção da saúde, intra e intersetoriais, com destaque à segurança alimentar, atividade física em espaços públicos, ambientes livres de fumo, regulamentação da propaganda do álcool, dentre outras (MALTA et al., 2011, 2014; BRASIL, 2011a).

Neste contexto, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022”, definindo e priorizando ações e investimentos necessários, estabelecendo metas e compromissos a serem assumidos, para o decênio (BRASIL, 2011c; MALTA et al., 2011). Tal documento também visou preparar o Brasil para a reunião realizada pela ONU (BRASIL, 2011c), resultando em declaração onde os Países-membros se comprometeram a trabalhar para deter o crescimento das DCNT (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 2011; WHO, 2012), monitorando-as por meio de 25 indicadores de morbidade, mortalidade, exposição (fatores de risco) e capacidade de resposta do sistema de saúde. Entre as metas pactuadas para 2015-2025, destacam-se: redução de 25% da mortalidade por DCNT e seus fatores de risco (como tabaco, álcool, sal, sedentarismo, HAS, DM, obesidade), tratamento de doenças cardiovasculares e disponibilidade de medicamentos para DCNT.

Malta e Silva Jr (2013) comparam os dois documentos mencionados anteriormente e apontam que todas as metas brasileiras são coincidentes com as metas globais no que se refere à redução de mortalidade por DCNT e seus fatores de risco, inclusive contemplando as seguintes metas adicionais: aumento dos níveis de atividade física; aumento do consumo de frutas e verduras; aumento nas coberturas do exame Papanicolau e de mamografia. De acordo com estes autores, o monitoramento das metas deverá contribuir à reorientação da Atenção Primária, priorizando a promoção da saúde e ações como apoio à cessação de fumar, controle glicêmico, acesso a medicamentos para prevenção de doenças cardiovasculares, DM e AVC. Deve contemplar, ainda, ampla divulgação de resultados, facilitando o acompanhamento das metas, o controle social e aprimoramento das políticas públicas para as DCNT, resultando em processos de cuidado mais adequados às necessidades e demandas dos indivíduos, famílias e comunidade (MALTA, 2015; BRASIL, 2011c).

### **1.3. Conceito e Magnitude do Diabetes Mellitus**

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) inclui um grupo heterogêneo de transtornos metabólicos que apresentam, em comum, a hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, que surge em consequência da

deficiência na secreção de insulina, de defeitos em sua ação ou de ambos os fenômenos, levando às complicações microvasculares e cardiovasculares que aumentam substancialmente a morbidade e a mortalidade associadas (ADA, 1997; SBD, 2011, SÃO PAULO, 2011).

O termo específico “Diabetes Mellitus tipo 2” (DM tipo 2) é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no Diabetes Mellitus tipo 1. O início dessa doença é insidioso e, muitas vezes, assintomático, sendo comum a suspeita do diagnóstico feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou infecções de repetição, sendo mais rara a cetoacidose. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle do quadro hiperglicêmico (PAYAL et al., 2017; BRASIL, 2013c).

Em geral, o DM tipo 2 manifesta-se em adultos com antecedente familiar da doença e longa história de excesso de peso. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de DM em jovens e, até mesmo, em crianças. Entre os fatores de risco e condições associadas estão: história familiar; grupo étnico; sinais de resistência insulínica; HAS; doença cardiovascular; idade  $\geq 45$  anos; sedentarismo; obesidade; dislipidemia, síndrome dos ovários policísticos, *acanthosis nigricans*; história de DM gestacional (BRASIL, 2013c; SBD, 2016).

Quanto ao diagnóstico de DM baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual; glicemia de jejum; teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g em duas horas (TTG); e hemoglobina glicosilada (HbA1c) (BRASIL, 2013c; PAYAL et al., 2017).

O DM é considerado um dos maiores desafios de saúde mundiais do Século XXI, havendo a cada ano mais e mais pessoas vivendo com esta condição, com potenciais complicações ao longo da vida. Estima-se que, atualmente, 415 milhões de adultos têm DM (8,8% dos adultos de 20-79 anos), com tendência de progressão acentuada, atingindo cerca de 642 milhões de pessoas, em 2040, ou seja, um em cada dez adultos. Ademais, há 318 milhões de adultos com intolerância à glicose, o



que os coloca em alto risco de desenvolver a doença no futuro. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com aumentos sucessivos da proporção de jovens. Infelizmente, porém, muitos países ignoram os impactos sociais e econômicos do DM, uma forte barreira para a implantação de estratégias de prevenção eficazes para ajudar a deter o aumento da doença (IDF, 2015; SBD, 2016).

O DM está entre a quarta e a oitava posição dentre as causas básicas de óbito, na maioria dos países desenvolvidos. Estes números, no entanto, podem ser maiores considerando que, frequentemente, na declaração de óbito, não se menciona DM, por serem suas complicações, particularmente cardiovasculares e cerebrovasculares, as causas da morte. Além da mortalidade prematura (até 70 anos), o DM apresenta forte carga de comorbidades, sendo responsável por grande número de internações, estando entre as principais causas de amputações, perdas de mobilidade, incapacitações e outras disfunções neurológicas, envolvendo perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (SCHMIDT et al., 2011; SÃO PAULO, 2011; SBD, 2016).

No campo econômico, o DM provoca grande encargo para indivíduos e famílias devido ao custo de insulina e a outros medicamentos essenciais, além do impacto econômico significativo para países e sistemas de saúde, em decorrência do aumento da utilização de serviços, da perda de produtividade e das necessidades decorrentes de complicações renais, cardíacas e da cegueira (IDF, 2015). Os gastos diretos variam entre 2,5 e 15% do orçamento anual da saúde de muitos países, dependendo da prevalência e complexidade de tratamento disponível.

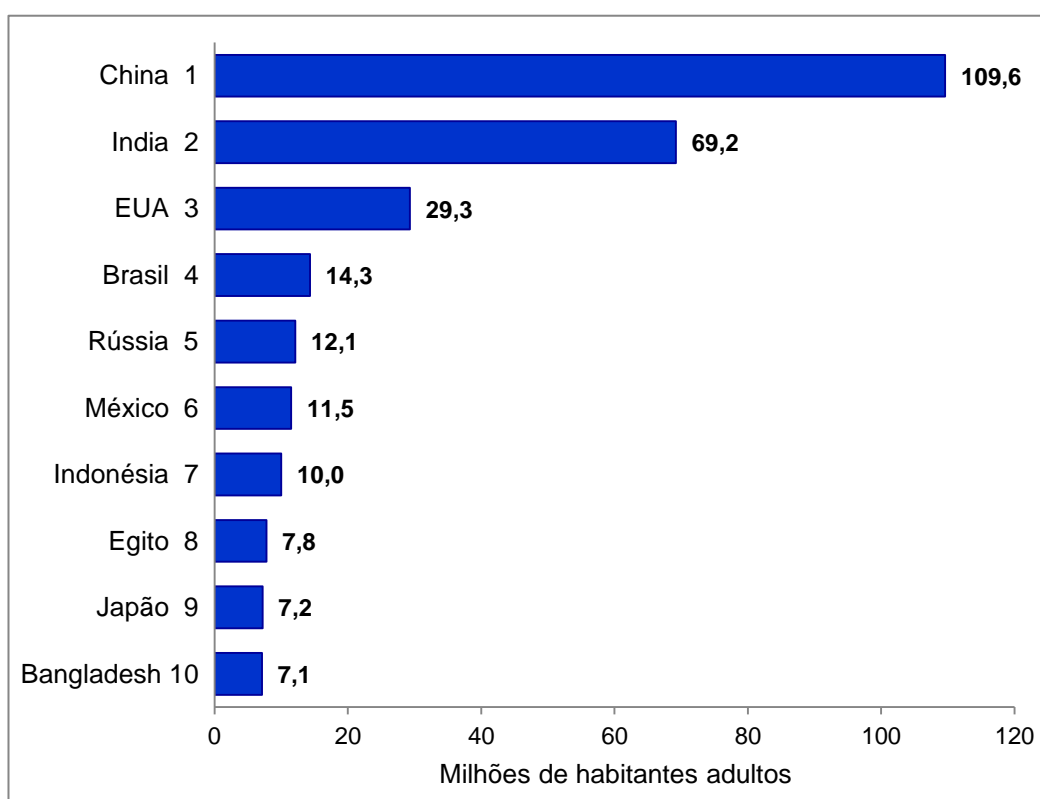
Estimativas do custo direto para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares, em comparação com 0,8 bilhão para a Argentina e 2 bilhões para o México. Nos EUA, estimou-se que os custos dos cuidados à saúde para um indivíduo com DM são duas ou três vezes maiores do que para alguém sem a doença. Considerem-se ainda os custos não econômicos e intangíveis, como dor, ansiedade, perda de qualidade de vida, de difícil quantificação (SBD, 2016).

Cálculos recentes das despesas anuais com o tratamento ambulatorial dos pacientes diabéticos pelo SUS são da ordem de US\$ 2.108,00 por paciente, sendo US\$ 1.335,00 com custos diretos. Como diagnóstico principal, o DM tem um custo anual aproximado de R\$40,3 milhões, sendo 91% decorrentes de internações

hospitalares. Possivelmente, esse valor é subestimado, pois é comum a DM figurar como comorbidade (SBD, 2016).

Na dimensão epidemiológica, estudos apontam o Brasil em quarto lugar dentre os 10 países do mundo com maior número de adultos diabéticos (ver Figura 1), ressaltando-se que a maioria dos demais países não possuem estatísticas de DM em suas populações (FID, 2014).

Figura 1 – Os 10 primeiros países, segundo o número de adultos com Diabetes Mellitus.



Fonte: (FID, 2014).

No Brasil, ao final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%. Dados de 2010 já apontam taxas mais elevadas, como em Ribeirão Preto - SP, com 15% de prevalência (MORAES, et al., 2010). Estudo multicêntrico sobre a prevalência do DM no Brasil evidenciou a influência da idade e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos, para 17,4% na de 60 a 69 anos (MALERBI et al., 1992). Na mesma linha, outra investigação apontou o aumento da prevalência de DM com a idade: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos contra 0,6% entre pessoas entre 18 e 24 anos (BRASIL, 2011c).

Observando-se as grandes regiões do país, a maior prevalência de DM autorreferido foi verificada na região Sudeste (7,1%) e a menor, na região Norte (4,3%). Os Estados acompanharam esse padrão, sendo as maiores prevalências encontradas no Rio Grande do Sul, São Paulo e Mato Grosso do Sul (de 7,0 a 7,8%) e as menores, no Acre, Pará e Roraima (de 3,3 e 4,0%). Quando avaliado o conjunto das capitais do Brasil, incluído o Distrito Federal, a prevalência de DM foi de 6,5%, sendo a menor prevalência em Rio Branco - AC (3,5%) e a maior em Maceió - AL (9,8%), tendo São Paulo-SP a prevalência de 8,4% (BETINE et al., 2015).

Em 2011, pesquisa da Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) mostrou que prevalência de DM autorreferida na população acima de 18 anos cresceu de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Neste mesmo período, a prevalência no sexo masculino variou de 4,4%, para 5,2%, tendo as mulheres apresentado índice estável e maior (6%). A pesquisa revelou ainda maior ocorrência em pessoas com baixa escolaridade: prevalência de 7,5% para pessoas com até oito anos de estudo, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, ou seja, o dobro (BRASIL, 2011c).

Em síntese, a prevenção e controle do DM, a exemplo das DCNT, em geral, tem como metas (BRASIL, 2011c, 2013c; MINAS GERAIS, 2013; WHO, 2014; SBD, 2016):

- reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes;
- deter o crescimento da obesidade em adultos;
- reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool;
- aumentar a prevalência de atividade física no lazer;
- aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- reduzir o consumo médio de sal;
- reduzir a prevalência de tabagismo.

O manejo adequado da pessoa com DM deve objetivar o controle clínico e metabólico da doença, eliminando sintomas, reduzindo complicações agudas, bem como a incidência e a progressão das complicações microvasculares. Ao combiná-lo com o manejo adequado de outros problemas associados como a HAS e a

dislipidemia, também se previnem as complicações macrovasculares (HALAL, et al.; 1994).

Cabe ressaltar que o DM é um problema de saúde considerado *Condição Sensível à Atenção Primária*, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE et al., 2009).

A falha no atendimento primário leva à sobrecarga dos serviços especializados e ao aumento da demanda nos serviços de urgência, o que resulta em menor qualidade e efetividade do atendimento. Esses aspectos são responsáveis pela maior morbidade dos pacientes, o que se traduz em custo social elevado (MAXWELL et. al., 1982).

Existe hoje consenso de que o manejo do DM deve ser realizado dentro de um sistema hierarquizado de saúde, alicerçado na Atenção Primária, cuja resolutividade pode ser otimizada se os recursos financeiros, materiais e humanos forem adequados e especialmente se as equipes de saúde trabalharem com pleno conhecimento da história natural das doenças e dos conceitos de doenças comuns (MALERBI e FRANCO, 1992).

#### **1.4. A Atenção ao Diabetes Mellitus**

De acordo com o Ministério da Saúde, a base do tratamento do DM tipo 2 são os hábitos de vida saudáveis (especialmente alimentação equilibrada, atividade física, controle do uso de álcool e tabaco), acrescidos ou não do tratamento farmacológico, associados ao controle glicêmico, e dos fatores de risco de doenças cardiovasculares (Brasil, 2013c).

Médicos e enfermeiros da APS realizam grande parte do acompanhamento das pessoas com DM em consultas individuais, sendo que a avaliação inicial deve ser realizada pelo médico para identificar e estratificar fatores de risco do DM e cardiovascular, avaliar as condições de saúde, dando início às orientações para a prevenção e controle e ao manejo de complicações crônicas, de acordo com as necessidades e grau de risco de cada pessoa, bem como de acordo com a sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado (Brasil, 2013b, 2013c).

A **estratificação do risco** e o acompanhamento do controle metabólico são realizados com base nos resultados do exame de hemoglobina glicosilada, também chamada de hemoglobina glicada ou pelas siglas HbA1c e A1c, que indica o percentual de hemoglobina ligada à glicose. Este exame reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos dois a três meses anteriores, e a meta do tratamento é alcançar níveis menores que 7%. Os critérios de estratificação de risco estão apresentados no Quadro 1. Sugere-se que os exames de glicemia de jejum e HbA1c sejam realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa se encontra dentro da meta glicêmica pactuada e a cada três meses, se acima desta. Os demais exames poderão ser solicitados uma vez ao ano, consideradas as necessidades da pessoa e seu risco cardiovascular, sendo eles: colesterol total (CT), lipoproteínas de alta densidade (HDL) e triglicerídeos (TG), creatinina sérica (CS), urina tipo 1, fundoscopia, e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina, além da fração de lipoproteínas de baixa densidade (LDL), a qual poder ser calculada utilizando-se a fórmula de Friedewald:  $LDL = CT - HDL - TG/5$  (para triglicerídeos abaixo de 400 mg/dL) (Brasil, 2013a).

Quadro 1: Critérios para estratificação de risco das pessoas com Diabetes Mellitus.

Risco	Critério
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (HbA1c <7,5) e pressórico adequados Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c <9) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Muito alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c < 9) ou pressórico inadequado com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Gestão de caso	Pessoa com DM diagnosticado e: Mau controle metabólico (HbA1c >9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção. Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras) Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social

Fonte: Brasil, 2013a.

O número de consultas e de atendimento para a pessoa com DM tipo 2 deve considerar a estratificação de risco apresentada no Quadro 1. No entanto, a equipe deve estar ciente de que a programação do cuidado 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 Política Nacional Atenção Básica, as necessidades individuais, bem como as intercorrências clínicas, conforme exposto no Quadro 2 (BRASIL, 2013c, 2017).

Quadro 2: Periodicidade das consultas às pessoas com Diabetes Mellitus na APS.

Risco	Consulta		
	Médico	Enfermeiro	Dentista
Risco Baixo	Anual (1x/ano)	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Médio	Semestral (2x/ano)	Quadrimestral (3x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Alto	Quadrimestral (3x/ano)	Trimestral (4x/ano)	Anual (1x/ano)

Fonte: Moysés, 2012.

O grupo de **risco baixo** beneficia-se de medidas de prevenção primária e deve ser investigado anualmente quanto a DM e outros fatores de risco cardiovasculares. Para tanto, preconiza-se uma consulta médica anual intercalada com duas de enfermagem. Para o grupo de **risco médio**, as consultas médicas devem ser semestrais e os atendimentos de enfermagem quadrimestrais. O grupo de **alto risco**, ou seja, com controle metabólico ruim e/ou com internação recente e/ou com complicações decorrentes da doença, devem ser encaminhados à Atenção Secundária, integrada à linha de cuidado do DM, mantendo seu acompanhamento na Atenção Primária. O monitoramento da saúde bucal, com avaliação clínica de dentista, deve ser anual em todos os grupos de risco. Para todos os grupos, as atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional e em educação em saúde são muito importantes para a adesão ao plano de cuidado e apoio às mudanças no estilo de vida e seu monitoramento (Moysés, 2012).

As **atividades de acompanhamento** das pessoas com DM devem incluir uma rotina sistemática de atualização dos dados de anamnese psicossocial; da história alimentar e evolução do estado nutricional; do exame clínico; das alterações bioquímicas; do controle das comorbidades, considerando particularmente os seguintes aspectos (BRASIL, 2006a; 2013a, b, c, d, e; 2014 a, b; 2015 a, b):

- Realização de exame físico, com a verificação de pressão arterial, dos dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal e cálculo do IMC) e o exame anual dos pés, identificando fatores de risco para úlcera e amputação;
- Avaliação de resultados e solicitação de exames laboratoriais que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva;

- Orientação alimentar, comemoração dos resultados alcançados, identificação de dificuldades e estabelecimento de novas metas e estratégias de terapia nutricional, apoiadas em ações de educação em saúde;
- Orientação para a prática regular de atividade física;
- Conservação da saúde bucal, considerando inclusive que as condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose;
- Planejamento familiar para todas as mulheres com DM em idade fértil, prevenindo complicações durante a gestação, parto e puerpério;
- Detecção de complicações da doença e identificação de outras condições que, associadas, possam aumentar a morbimortalidade e influenciar negativamente o tratamento.

Nos casos em que já apresentam comorbidades, como HAS, é fundamental que, nas consultas de acompanhamento, os profissionais estejam atentos ao estado nutricional e hábitos alimentares e utilizem estratégia de apoio matricial, por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) (BRASIL, 2014b). Aqueles com excesso de peso devem ser encaminhados a grupos de reeducação alimentar (PARANÁ, 2014). Diante de pessoas com dificuldades de se cuidar, a equipe pode oferecer apoio e se valer de recursos familiares ou comunitários, até que se consiga ampliar as condições de autocuidado (BRASIL, 2013c).

A avaliação do processo de cuidado deve, pois, ser realizada com a pessoa e a família, aferindo o alcance das metas e o grau de satisfação em relação ao tratamento, buscando identificar necessidades de mudança do plano, sendo importante o registro em prontuário de todo o processo (BRASIL, 2013c)

Uma questão importante para o acompanhamento de pessoas com DM é que não devam “disputar” vagas de acompanhamento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem. Neste sentido, o acolhimento desta clientela demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2011d, e; 2013a).



No que se refere ao **tratamento medicamentoso** para o DM, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c) preconiza os antidiabéticos orais como a primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2 não responsivo às medidas não farmacológicas isoladas, uma vez que promovem, com controle estrito, redução na incidência de complicações, têm boa aceitação pelas pessoas com DM, simplicidade de prescrição e levam a menor aumento de peso em comparação à insulina. O Quadro 3, a seguir, apresenta os hipoglicemiantes orais disponíveis no SUS:

Quadro 3: Hipoglicemiantes orais disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Classe farmacológica	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima (dose inicial)	Dose máxima (dia)	Tomadas ao dia
Biguanidas	Cloridrato de Metformina	500 mg	Comprimido	500 mg	2.550 mg	3
	Cloridrato de Metformina	850 mg	Comprimido	500 mg	2.550 mg	3
Derivados da ureia, sulfonamidas	Glibenclamida	5 mg	Comprimido	2,5 mg	20 mg	2 – 3
	Gliclazida	30 mg	Comprimido de liberação controlada	30 mg	–	1
	Gliclazida	60mg	Comprimido de liberação controlada	30mg	–	1
	Gliclazida	80 mg	Comprimido	80 mg	320 mg	1 – 2

Fonte: Brasil, 2013c.

Quando o controle metabólico não for alcançado após o uso de metformina em associação com sulfoniluréia, por três a seis meses, deve ser pensada uma terceira medicação. A insulina também é considerada quando os níveis de glicemia estiverem acima de 300mg/dL, na primeira avaliação ou no momento do diagnóstico, principalmente se acompanhados de perda de peso, cetonúria e cetonemia. As classes de medicamentos que podem ser utilizadas nesta etapa são insulinas de ação intermediária ou longa (ver Quadro 4). Como todas têm eficácia semelhante recomenda-se o uso de insulina de ação intermediária devido à longa experiência com seu uso e menor custo (Brasil, 2013c).

Quadro 4: As insulinas disponíveis no Sistema Único de Saúde.5

Insulinas					
	Início	Pico	Duração	Posologia	Aspecto
<b>Ação rápida</b>					
Regular	30 – 60min	2 – 3h	8 – 10h	30 minutos antes das refeições 1– 3x/dia	cristalino
<b>Ação Intermediária</b>					
NPH	2 – 4h	4 – 10h	12 – 18h	recomendar dose noturna às 22h	turvo
Todas as insulinas disponíveis no Brasil têm concentração de 100 unidades/ml.					

Fonte: Brasil, 2013c.

Por fim, o Ministério da Saúde (Brasil, 2003c) recomenda que o desenvolvimento dos cuidados às pessoas com DM, seja acompanhado e avaliado por um conjunto de **indicadores**, detalhadamente apresentados no Anexo 01, a saber: prevalência de DM no município e nos serviços; proporção de pessoas com DM em acompanhamento ambulatorial; taxa de internação por DM e seu tempo médio; proporção de pessoas com DM com avaliação de HbA1c, creatinina, retinografia e avaliação do pé diabético; taxa de amputação por DM; taxa de mortalidade por DM. A maioria destes indicadores compõe a base de instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo.

### 1.5. Diabetes Mellitus como Condição Traçadora para avaliar a qualidade da atenção às condições crônicas de Saúde

Neste estudo, o DM foi utilizado como condição traçadora para avaliar a qualidade da atenção prestada às condições crônicas de saúde. A definição de condição traçadora da qualidade surgiu em 1969 quando o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (*Institute of Medicine*) expressou a ideia de que situações específicas de saúde seriam capazes de serem utilizadas como “traçadoras” para analisar serviços de saúde, possibilitando a compreensão da interação entre profissionais, pacientes e ambiente, em situações específicas de atendimento. Outrossim, esse tipo de análise propicia informações claras, proporcionando a elaboração de propostas de mudanças positivas no processo de prestação de serviços em saúde (KESSNER et al., 1973; LOPES et al., 2004; TANAKA e ESPÍRITO SANTO, 2008).

De acordo com KESSNER et al. (1973), para que uma patologia possa ser considerada como traçadora, ela deve dispor das características que se seguem:

- apresentar relevância à saúde das pessoas;
- ter diagnóstico claro, descrito na literatura científica;
- possuir alta prevalência de modo a permitir quantidade significativa de dados a partir de grupos de indivíduos em estudo;
- possuir curso natural de doença sensível à qualidade dos serviços recebidos pelo portador da condição;
- ter os cuidados em saúde necessários para seu gerenciamento bem definidos na literatura científica, ao menos em um destes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- possuir efeitos determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais gerais devidamente compreendidos.

Os aspectos epidemiológicos de uma condição traçadora devem ser conhecidos e ter a população em risco identificada. A análise de serviços de saúde utilizando-se uma condição traçadora deve permitir que as conclusões obtidas não se restrinjam à doença analisada, sendo possível extrapolar seus resultados para o serviço como um todo, revelando debilidades com potencial de influenciar negativamente outras doenças assistidas pelo mesmo sistema de saúde, e para tanto, a técnica de abordagem deve contemplar a avaliação de processos e resultados (KESSNER et al., 1973).

A avaliação da condição traçadora deve considerar, pois, indicadores formais e comparáveis entre os serviços analisados atendendo aos seguintes princípios:

- delinear os cuidados básicos e/ou principais de modo pragmático, sem depender da disponibilidade de recursos sofisticados;
- possuir critérios de análise passíveis de aplicação em grandes grupos e não exclusivamente em situações especiais (KESSNER et al., 1973; MAINZ, 2003b).

Assim sendo, o DM agrega todas as características necessárias para representar o conjunto das condições crônicas de saúde e tem como facilitador o marcador biológico (a hemoglobina glicosilada), exame mundialmente reconhecido para diagnóstico e estratificação da gravidade da doença.

## 1.6. Justificativa da Pesquisa

O presente trabalho se justifica frente ao:

- Crescente e acelerado processo de envelhecimento da população, que traz consigo grandes demandas e necessidades de saúde, no que se refere às condições crônicas;
- Modelo de atenção à saúde hegemônico, focado na atenção às condições agudas e que se mostra inadequado à superação dos desafios que colocam;
- Imprescindível enfrentamento do SUS perante a mudança do perfil de condição de saúde da população, o qual se configura como grande problema para a saúde pública, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ordenadora da atenção no SUS;
- Grande impacto social e econômico do Diabetes Mellitus, para as pessoas e o Sistema de Saúde;
- Potencial da avaliação do Diabetes Mellitus, como condição traçadora, representar o desempenho dos serviços face às condições crônicas de modo geral, sendo esta avaliação facilitada pelo acesso ao exame de hemoglobina glicosilada, importante marcador biológico do controle metabólico da doença;
- Oportuno investimento científico, considerando-se a escassez de pesquisas sobre a qualidade da atenção aos portadores de DM, no âmbito da APS, sobretudo em relação aos que trabalharam com análise de resultados.

Trabalha-se com a hipótese de que uma atenção que siga as diretrizes e normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, amparada por protocolos internacionais, terá como resultado pacientes com menor risco de complicações, ou seja, com marcadores biológicos estáveis e adequados, menor número de internações e de complicações em órgãos alvo.

Desta maneira, a relevância desta pesquisa se associa ao fato de que a avaliação se configura como importante recurso de apoio à tomada de decisão no campo da pesquisa e gestão em saúde. Como tal, proporciona o conhecimento da qualidade da atenção prestada às pessoas com DM, em suas fortalezas e fragilidades, sendo suas revelações importantes ferramentas de fomento para saltos de qualidade, na gestão, assistência, ensino e pesquisa, que possam garantir o

cuidado com a qualidade apropriada, reduzir a carga evitável de morbidade, mortalidade e incapacidades por DCNT, considerando que requerem o mesmo padrão de cuidado.

Neste enquadramento, o estudo foi norteado pelas seguintes questões:

- Qual a qualidade da atenção voltada às condições crônicas, prestada às pessoas pelos serviços da Atenção Primária à Saúde do município de Botucatu-SP, tomando-se por base a atenção àquelas que vivem com Diabetes Mellitus?
- Que elementos relacionados à estrutura, processo e ao resultado podem estar influenciando o contexto da qualidade encontrada?

## **2. Objetivos**

## **2. Objetivos**

### **Geral:**

Avaliar a qualidade da atenção às condições crônicas, utilizando o Diabetes Mellitus como condição traçadora.

### **Específicos:**

- Analisar o perfil das pessoas com Diabetes Mellitus, usuárias das Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Botucatu-SP;
- Avaliar a qualidade da atenção às pessoas com DM, segundo os indicadores de estrutura, processo e resultado;
- Descrever e analisar a atenção prestada às pessoas com DM nos diferentes modos de organizar os serviços de Atenção Primária à Saúde, no município de Botucatu.

### **3. Método**



### 3. Método

Trata-se de estudo transversal, de caráter descritivo voltado à avaliação de serviços de saúde, focado na avaliação das dimensões de estrutura, processo e resultados, segundo o referencial proposto por Donabedian (1980).

#### 3.1 A Avaliação no Campo da Saúde

O conceito de avaliação das políticas públicas surge logo após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado intensifica sua presença nas áreas econômicas e sociais, buscando meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Os economistas foram pioneiros na avaliação, desenvolvendo métodos para analisar as vantagens e os custos de programas públicos, no entanto, rapidamente, estas abordagens se revelaram insuficientes quando aplicadas aos programas sociais, como saúde e educação, exigindo abordagens metodológicas interdisciplinares. Nos anos 70, quando a implantação de grandes programas de seguro médico havia terminado em meio à crise econômica e ao aumento do papel do Estado no financiamento da saúde, torna-se imperiosa a avaliação das ações sanitárias e o controle dos custos. Associações como a *American Evaluation Association* e *Canadian Evaluation Society* muito contribuíram ao processo, passando a avaliação em saúde a ser objeto de organismos a ela dedicados, em países como os Estados Unidos, Canadá, França e Austrália, em meio a seminários e publicações, denotando a necessidade e a complexidade da área da avaliação. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Avaliar é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, com o objetivo de ajudar a tomada de decisões, podendo ser realizada por meio de avaliação normativa, estudo dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, ou da pesquisa avaliativa, exame das relações entre os diferentes componentes de uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al. (1997). Na prática, vincula-se o processo avaliativo ao planejamento, já que se considera que este deva ser utilizado para, a partir das lições de experiências, aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas (BLAS e KURUP, 2010).

No campo da saúde, as ações programáticas relacionam-se à melhoria do *status* de saúde da população e constituem o suporte operacional no qual elas podem ter sua efetividade analisada (HARTZ, 1996). Por conseguinte, o propósito da avaliação é produzir informações sobre o desempenho dos programas ao alcance de seus objetivos, demandando a coleta sistemática de informações voltadas à tomada de decisão e melhoria das intervenções (GONÇALVES, 2012).

No âmbito da Saúde Coletiva, a avaliação de programas e serviços constituía-se como espaço das áreas de política e planejamento até a década de 1980, quando passou a buscar autonomia e contornos próprios, como objeto de interesse de gestores do SUS e de pesquisadores (FURTADO, 2015).

Segundo Magluta (2013), diversos autores reconhecem que a avaliação, no contexto do SUS, tem rompido com o enfoque de “ferramenta de controle e redução dos gastos”, ampliando seu espectro à dimensão política, produzindo aprendizagens ou consciência crítica, para os sujeitos envolvidos e para a sociedade. Trata-se da determinação qualitativa ou quantitativa do valor de algo ou de um acontecimento, mediante métodos apropriados (WHO, 2012).

No Brasil, Castanheira et.al. (2015), destacam que a importância das avaliações no âmbito da APS se firma no fato do SUS continuar a enfrentar desafios quanto a princípios e diretrizes, em cenário de competição de projetos de saúde e sociedade distintos em valores e concepções. Para as autoras, essas diferentes concepções por vezes se confundem com aquelas que norteiam o SUS, ora com propostas aparentemente semelhantes, ora com críticas que encobrem os sucessos alcançados, reduzindo o SUS a um conjunto de ações “malsucedidas”. A propalada “baixa resolubilidade da Atenção Básica” e sua responsabilização por descaminhos do SUS, mais encobrem os verdadeiros problemas do que os esclarecem. A baixa resolubilidade impõe a necessidade de avanços na compreensão do processo, com estudos em diferentes perspectivas, que contribuam para a consolidação de um SUS promotor da saúde como um direito (CASTANHEIRA et al., 2015).

A avaliação de ações e serviços pode evidenciar necessidade e fornecer elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho para gestores, profissionais, e a própria comunidade (AKERMAN, 2015; FURTADO, 2015). Na busca da qualidade, a avaliação é apontada como abordagem capaz de fornecer indicadores que ajuízem a realidade e possibilitem intervenções, a partir de normas e critérios bem

definidos, adequados ao tempo e local a que se referem. Avaliar possibilita: apreciar uma situação inicial; estabelecer metas a serem trabalhadas a partir de necessidades de mudanças; fortalecer o compromisso, responsabilização e participação da equipe pela qualidade da assistência (BRUIN-KOOISTRA, 2012; SANINE, 2014).

### 3.2 Referencial Teórico Metodológico

O referencial teórico apoia a composição da qualidade que se pretende para a atenção às condições crônicas, bem como subsidia o elenco de indicadores que categorizam os serviços, segundo o grau de qualidade. Em todos os tipos de avaliação a ideia de qualidade está presente, já que tem característica nuclear no estabelecimento de juízo, de agregar valor a algo (NOVAES, 2000). Após a escolha do conceito de qualidade e das dimensões e atributos a serem priorizados, há de se selecionar um ou mais aspectos ou atributos para avaliação.

Para Donabedian (1980), uma definição para qualidade deveria se iniciar a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado (Tríade de Donabedian). A **estrutura** envolve os recursos físicos, financeiros, humanos e materiais, as normas e rotinas estabelecidas e equipamentos necessários para a assistência. A avaliação de **processo** corresponde às atividades realizadas pelos serviços de saúde (diagnóstico, tratamento e aspectos éticos), compreendendo tanto o componente técnico quanto a relação interpessoal, comparando os procedimentos empregados às normas previamente estabelecidas, seja pela observação direta das práticas, seja a partir dos registros dos profissionais de saúde. A avaliação de **resultado** refere-se ao efeito que as ações e procedimentos tiveram sobre a saúde dos usuários diretos ou da população em geral e sobre as relações entre os usuários e os provedores de serviços, intermediadas pelas expectativas de ambos.

A avaliação de ações e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propiciaria um bom processo de assistência, que, por sua vez, levaria a mudanças favoráveis no nível de saúde da população. Esta pressuposição, entretanto, não deve ignorar a inexistência de um vínculo causal, obrigatório, entre os três componentes da Tríade Donabedian. Interessam, em especial, os resultados produzidos sobre a saúde da população-alvo, mas é fundamental poder atribuir esses resultados ao processo de assistência. O conhecimento deste

processo ganha importância sempre que o estabelecimento de elos causais entre seus elementos e os resultados (favoráveis ou não) seja possível, com base em evidência científica (PORTELA, 2000). Ao se proceder a uma avaliação, faz-se necessário, portanto, o estabelecimento de indicadores de estrutura, processo e resultado, considerando que sua validade se relaciona com as relações causais entre a tríade (DONABEDIAN, 1992).

O poder de escolha dos critérios, parâmetros e indicadores de avaliação faculta ao avaliador direcionar o processo avaliativo para decisões que garantam a pertinência, a coerência e a consistência da avaliação, mas também sua aderência às necessidades da população (TANAKA e TAMAKI, 2012). A escolha da abordagem para se realizar uma avaliação depende do objeto avaliado e do resultado pretendido; embora o enfoque “estrutura-processo-resultado” (DONABEDIAN, 1988; 2005), seja apontado como limitado e reducionista da realidade, constitui proposta viável para avaliação de programas de saúde, uma vez que permite especificar atributos a serem avaliados e julgá-los de maneira sistematizada (SILVA, 2005). Este instrumental de análise serve para avaliar a eficiência, a eficácia e, portanto, a estrutura e o processo da política ou programa, e a efetividade, ou seja, impactos ou resultados das ações promovidas (GONCALVES, 2012).

### 3.3. População do Estudo

O estudo avaliou a atenção prestada ao universo de pessoas com Diabetes Mellitus que obtiveram medicações hipoglicemiantes nos serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Botucatu-SP.

Os critérios de **inclusão** foram: usuários que realizaram retiradas de hipoglicemiantes, orais e/ou injetáveis, no período de 01/01/2015 a 31/12/2017, pertencentes à faixa etária de vinte anos ou mais. Os critérios de **exclusão** foram: usuários não cadastrados em nenhuma Unidade Básica do município e/ou na faixa etária menor de vinte anos.

A data-base para o cálculo da idade dos usuários foi o dia primeiro de julho de cada ano estudado. Para o rastreamento foi utilizada a lista de medicamentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Botucatu (Apêndice 1).

### **3.4. Coleta e Processamento dos Dados**

O elenco dos indicadores que compuseram a avaliação observou os seguintes documentos:

- Estratégias para o Cuidado de pessoas com doenças crônicas: Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013c);
- Diretrizes para cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2013b);
- Estratégias de classificação de risco para diabetes mellitus, HAS e doença renal crônica (MINAS GERAIS, 2013);
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 (SBD, 2016);
- Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017);
- Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004);
- Linha guia de Diabetes Mellitus (PARANÁ, 2018).

Além destas destacadas publicações, a construção dos dados considerou referências tradicionais da área da avaliação de serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988, 1992). A coleta dos dados se deu a partir de diferentes fontes, apresentadas a seguir.

#### **3.4.1. eGESTORAB – Informação e Gestão da Atenção Básica**

Acesso na Internet a informações e sistemas da Atenção Básica, no endereço eletrônico: <https://egestorab.saude.gov.br/>, onde obtivemos dados de produção da Atenção Básica e de Saúde Bucal. A coleta foi atualizada em maio de 2018.

#### **3.4.2. IBGE e Seade**

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), provedor de dados e informações do país, atende a sociedade civil e as três esferas de governo. A Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (SEADE) produz análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas, por meio de pesquisas diretas e a sistematização de dados secundários. Tais informações foram utilizadas como fonte dos dados que compuseram a descrição do contexto demográfico, econômico e social. A coleta foi atualizada entre fevereiro e maio de 2018, respectivamente

através dos endereços eletrônicos <https://www.ibge.gov.br> e <http://www.seade.gov.br/> (IBGE, 2018; SEADE, 2018).

### 3.4.3. QualiAB - O Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB

Instrumento de autoavaliação de serviços de Atenção Básica (QualiAB) foi desenvolvido e validado no estado de São Paulo, em 2007 e, em nível nacional, em 2015. Trata-se de questionário de autorresposta *on line*, constituído por 115 questões, traduzindo padrões de qualidade atualizados por especialistas (Castanheira et al., 2016). Apresenta um conjunto de indicadores de processo e, de forma secundária, de estrutura, abrangendo as atividades da Atenção Básica (APS), consideração que as variáveis de processo, como bons preditores de resultados (DONABEDIAN, 1988), com boa capacidade de discriminação.

O Município de Botucatu aderiu ao QualiAB em 2016. Dele foram selecionadas, para a realização deste trabalho, 59 subquestões mais diretamente relacionadas à atenção ao DM, divididas em dimensões e subdimensões, as quais podem ser consultadas na íntegra no Anexo 02. Tais informações integram banco de dados em Excel®, com respostas variando entre 0 e 1, onde 0 significa NÃO e 1 significa SIM, processados neste mesmo software. Para este estudo, avaliamos a porcentagem de resposta SIM para cada grupo de unidade (CSE, UBS Tradicional e ESF) para cada questão. Ressalta-se que as questões foram organizadas em dimensões e subdimensões (como mostra-se a frente), sendo considerada a média das porcentagens de respostas SIM/Unidade/Tipo de Unidade para cada item. Foi considerada como qualidade **satisfatória** a pontuação  $\geq 75\%$ , **aceitável** entre 50 – 74% e **insatisfatória** para resultados  $\leq 49\%$ .

### 3.4.4. TABNET

Tabulador genérico de domínio público, desenvolvido pelo DATASUS, agregando informações de origens variadas e possibilitando a organização dos dados da maneira desejada (TABNET, 2018). Esta base de dados está acessível no site: <http://www.datasus.saude.gov.br>, e foi utilizada para obter informações de morbidade e mortalidade, segundo município de residência (Botucatu), no período de fevereiro a abril de 2018.

### 3.4.5. Sistema de Informação em Saúde (VIVVER®)

A APS de Botucatu foi informatizada há mais de 20 anos. Os usuários são cadastrados e identificados por código numérico (matrícula), comum a todos os serviços da Rede Básica do município. Em 2011, passou-se a utilizar o Sistema de Informação em Saúde, da empresa Vivver®, abrangendo: acolhimento, agendamento de consultas, distribuição de medicamentos, cadastro do usuário, disponibilização dos resultados de exames, encaminhamentos, retornos, dentre outros. Recentemente, este sistema passou a disponibilizar relatórios por unidade de saúde, de forma individual e coletiva e a ferramenta de B.I. (*Business Intelligence*) possibilita o acompanhamento através de salas de situação.

Preliminarmente constatou-se que as informações disponíveis nos relatórios do Sistema de Informações não atendiam plenamente aos propósitos desta pesquisa, considerando que traziam dados de forma fracionada em diversos relatórios e, em sua maioria, traziam dados individuais das pessoas cadastradas. Solicitou-se, então, aos desenvolvedores do Sistema Vivver®, a base de dados do município, no período de 2015 a 2017. Foram disponibilizadas informações contendo todos os atendimentos, exames e dispensação realizados, por usuário, em três diferentes arquivos, para cada ano, ou seja, trabalhou-se com nove bancos no total. Assim sendo, os dados de cada ano foram entregues subdivididos em três arquivos, a saber:

- 1) Arquivo 1** - Dados referentes à dispensação de produtos medicamentosos;
- 2) Arquivo 2** - Dados relativos aos atendimentos (agendamentos, atendimentos em consultas, atividades de educação em saúde), e procedimentos realizados na APS;
- 3) Arquivo 3** - Dados pertinentes às solicitações, agendamentos, coleta e resultados de exames laboratoriais.

Tais arquivos de dados estavam em formato CSV (*Comma-Separated Values*) e foi utilizado o editor de planilhas de dados Microsoft Office Excel® para o tratamento do material. Como se tratou de um complexo e extenso conjunto de informações (quase **um milhão de linhas** cada banco), estas foram mantidas em três arquivos distintos, que contém somente os sujeitos selecionados para o estudo, sendo o pareamento de dados dos diferentes bancos, por meio de vínculos

estabelecidos em tabelas dinâmicas, atentando para coincidências de número da matrícula, nome do usuário, data de nascimento e nome da mãe.

Em resumo, para o tratamento dos dados obtidos do sistema de informações em saúde do município foram cumpridas as seguintes etapas:

- **Passo 1 - Análise do banco de dados contido no Arquivo 1** (dispensação de medicamentos). Inicialmente, foi realizada a seleção e separação dos sujeitos da pesquisa: universo de pacientes com DM que frequentaram a APS do Município para aquisição de medicação hipoglicemiante. Para a estratégia de busca foram utilizados os nomes dos medicamentos hipoglicemiantes dispensados pelo Município (Apêndice 1);
- **Passo 2** – Foram utilizados dados de matrícula, data de nascimento e nome da mãe dos sujeitos selecionados no Arquivo 1 (dispensação de medicamentos), para realizar a **seleção os dados de atendimentos e exames** laboratoriais referentes à estas pessoas nos Arquivos 2 e 3, respectivamente;
- **Passo 3**- Realizada **eliminação de possíveis duplicidades** de dados;
- **Passo 4** - Realizada a **parametrização das estratégias de busca** e classificação dos dados da pesquisa, a exemplo:
  - Classificação das pessoas identificadas por diagnóstico: **pessoas com DM** (em uso de hipoglicemiante) e **pessoas com DM e HAS associada** (em uso de hipoglicemiante(s) e anti-hipertensivo(s) simultaneamente);
  - Definição da idade dos sujeitos no período avaliado, bem como a classificação dos mesmos por sexo e faixa etária (de 20 a 44 anos; de 45 a 64 anos; 65 anos e mais);
  - Definição do tipo de consulta (agendada ou espontânea);
  - Estratificação dos escores de HbA1c e demais exames complementares de acordo com a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018), sendo utilizado como parâmetro o último exame realizado em cada ano.
- **Passo 6** – Aplicação de filtros de dados para coleta de informações das pessoas com DM e DM+HAS utilizando o recurso de Planilhas Dinâmicas do Microsoft Office Excel<sup>®</sup>, para a realização dos **cruzamentos de informações e análise dos dados**.



### 3.4.6. Matriz do Plano de Avaliação

Dados utilizados na pesquisa estão apresentados conforme Quadro 5, a seguir.

Quadro 5 – Matriz do Plano de Avaliação

CENÁRIO DE CONTEXTO		
Dimensão	Sub Dimensão	Fonte de Dados
Perfil Demográfico	População Residente	IBGE
	Envelhecimento Populacional	SEADE
	Natalidade e Mortalidade	SEADE
	Mortalidade da População de 60 anos ou mais	SEADE
Perfil Econômico e Social	Emprego e Rendimento	SEADE/IBGE
	Economia	SEADE
	Condições de Vida	SEADE
	Educação	SEADE/IBGE
Perfil Epidemiológico	Mortalidade Prematura	TABNET
	Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório	TABNET
	Internação por Acidente Vascular Cerebral	TABNET
	Usuários em Diálise	TABNET
	Cobertura da Saúde Bucal	e-Gestor AB
ESTRUTURA		
Dimensão	Sub Dimensão	Fonte de Dados
População SUS-Dependente	Não se aplica	TABNET
Estrutura da Atenção Primária	Cobertura da Atenção Básica	e-Gestor AB
Gerenciamento Local	Estrutura Física	QualiAB
	Recursos de Apoio	
	Procedimentos Básicos	
	Acesso aos Medicamentos e Insumos Básicos	
	Estratégias de Educação Permanente no último ano	
PROCESSO		
Dimensão	Sub Dimensão	Fonte de Dados
Gestão da Atenção	Educação em Saúde	QualiAB
	Organização do Fluxo Assistencial	
	Prevenção e Diagnóstico	
	Vigilância em Saúde	
	Seguimento Programático	
	Humanização do Cuidado	
Gerenciamento Local	Informação, Planejamento e Avaliação	QualiAB
	Organização da Reunião de Equipe	
Acompanhamento da Pessoa com DM	Perfil e Proporção de Pessoas com DM na APS	Vivver®
	Consultas Realizadas (Básicas e Especializadas)	
	Exames Complementares	
	Atividades de Educação em Saúde	
	Visitas Domiciliares	
	Padrão de Retirada de Medicamentos	
RESULTADO		
Dimensão	Sub Dimensão	Fonte de Dados
Controle Metabólico	HbA1c na Meta	Vivver®
	Exames Complementares na Meta	

### 3.5 Indicadores e Critérios de Avaliação

#### 3.5.1. Cenário de Contexto

Os indicadores que compõem as dimensões dos perfis demográfico e econômico social são apenas de caráter descritivo, tendo sua análise pautada na evolução temporal do município e na comparação com dados estaduais e, em algumas circunstâncias, da região (ver Quadro 6).

Quadro 6 - Indicadores e Critérios de Avaliação do Cenário de Contexto

Dimensão	Subdimensão	INDICADORES DE CONTEXTO
Perfil Demográfico	População Residente	População Residente no Censo 2010 Evolução do número total de Habitantes 1872 - 2017
	Envelhecimento Pop.	Índice de Envelhecimento
	Natalidade	Taxa de Natalidade
	Mortalidade da População de 60 <sup>a</sup> e+	Taxa de Mortalidade na População de 60 anos e mais
Perfil Econômico e Social	Emprego e Rendimento	Porcentagem da população com salário médio mensal de até 3,3 salários mínimos Porcentagem da população com salário médio mensal de até 1/2 salários mínimos
	Economia	Porcentagem de participação dos empregos formais por setor econômico
	Condições de Vida	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
	Educação	Índice Paulista de Responsabilidade Social
Perfil Epidemiológico	Mortalidade Prematura	Taxa de Mortalidade Prematura (< 70 anos) por DCNT
	Mortalidade por DAC	Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório
	Internação por AVC	Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral
	Usuários em Diálise	Taxa de Prevalência em Diálise por 100 mil habitantes
Estrutura APS	População SUS-Dependente	Estimativa da População SUS Dependente
	Cobertura APS	Cobertura da Atenção Primária em Saúde, segundo os modos de gestão da atenção à saúde
	Cobertura da Saúde Bucal	Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária, segundo os modos de gestão da atenção à saúde

### 3.5.2. Componente Estrutura

A dimensão Gerenciamento Local se refere às condições que dão suporte e estruturam o processo de produção, qualificando o conjunto das atividades desenvolvidas pela UBS (ver Quadro 7). Envolve ações e responsabilidades postas, tanto para a gestão municipal, como para a gerência local da unidade, com a finalidade de garantir infraestrutura e condições técnicas e materiais para execução do trabalho.

Quadro 7 - Indicadores e Critérios de Avaliação do Componente Estrutura

Dimensão	Subdimensão	INDICADORES COMPONENTE ESTRUTURA
Gerenciamento Local	<b>Estrutura Física</b>	A Unidade possui salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
		A Unidade possui sala para realização de atividades educativas e grupos
		A Unidade possui consultório dentário
	<b>Procedimentos Básicos</b>	Exames Clínicos Laboratoriais (sangue, urina e fezes) colhidos na Unidade
		Glicemia de Ponta dedo na Unidade feito na Unidade
		Eletrocardiograma (ECG) feito na Unidade
	<b>Disponibilidade de Recursos de Apoio</b>	A Unidade possui acesso à Internet
		A Unidade possui acesso aos Sistemas de Informação para alimentação do banco de dados
	<b>Acesso aos Medicamentos e Insumos básicos</b>	Regular Disponibilidade de medicamentos para DM tipo II
		Regular Disponibilidade de medicamentos para HAS
		Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes na rotina da unidade
		Disponibilidade de Medicamentos Protocolados MS
	<b>Realização Procedimentos Básicos</b>	Exames Clínicos Laboratoriais (sangue, urina e fezes) colhidos na Unidade
		Glicemia de Ponta dedo na Unidade feito na Unidade
		Eletrocardiograma (ECG) feito na Unidade
	<b>Estratégias de Educação Permanente no último ano</b>	Participação dos médicos
		Participação dos Enfermeiros
		Participação dos Dentistas
		Participação dos Farmacêuticos
		Participação dos Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem
		Participação dos Auxiliares/Técnico de Higiene Dental (Auxiliar de Saúde Bucal)
Participação dos Auxiliares de farmácia		
Participação dos Auxiliares Administrativos		

Para a análise da dimensão Gerenciamento Local os 22 indicadores estão agrupados em cinco subdimensões, a saber:

- **Estrutura Física:** espaços adequados a atividades assistenciais de consultas, incluindo as odontológicas e educativas, conforme NBR 9050 (ABNT, 2004);
- **Disponibilidade de recursos de apoio:** acesso à Internet e à rede informatizada para suporte às demandas assistenciais e de gestão da informação (MENDES, 2012);
- **Procedimentos básicos:** valorização do acesso, capacidade de atendimento, investigação e resolubilidade, evitando-se deslocamentos desnecessários e incluindo coleta de exames, aferição de glicemia de ponta dedo e Eletrocardiograma (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011b);
- **Acesso a medicamentos e insumos básicos:** garantia de acesso regular aos medicamentos da RENAME para DM e HAS. Protocolos com base na efetividade, segurança e custo dos tratamentos, disponibilidade e dispensação adequadas; prescrições visando maior benefício e menor risco. A adesão e utilização adequadas devem ser corresponsabilidade dos usuários, respeitados os projetos terapêuticos singulares (BRASIL 2013c, 2013d, 2014c, 2015b);
- **Estratégias de educação em saúde:** envolvimento dos profissionais da equipe, em atividades de educação permanente, mediante agenda de capacitações e treinamentos, englobando saberes e necessidades das equipes e conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade. Representa ampliação de conhecimentos, valorização dos profissionais e reflexão crítica e dialética sobre as práticas de trabalho e sua transformação (CENTRO DE PESQUISAS EM AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2011).

### 3.5.3 Componente Processo

O Componente Processo está apresentado em três Dimensões: Gestão da Atenção, Gerenciamento Local e Acompanhamento da Pessoa com DM.

As Dimensões Gestão da Atenção e Gerenciamento Local estão relacionadas às condições que alicerçam o processo de produção dos serviços sendo, neste estudo, vinculadas aos indicadores associados à organização do complexo conjunto de

ações para o cuidado, incluindo promoção, prevenção e assistência. Os indicadores estão agrupados em oito subdimensões, a seguir (ver síntese no Quadro 8):

- **Educação em Saúde:** inclui temas relativos à promoção da saúde e prevenção de condições de risco. Especificamente para pessoas com DM: obesidade, saúde bucal, cuidados com os pés; abandono do tabagismo, etc. Valoriza estratégias participativas individuais e em grupo, de modo dialogado e interativo;
- **Organização do Fluxo Assistencial:** Valoriza-se a pronta avaliação dos resultados de exames para eventual convocação do usuário; oferta de consultas, preferencialmente com hora marcada; alternativas de atendimento à demanda espontânea, com diversidade de opções de profissionais e tempos de atendimento, ou encaminhamento a outros pontos da rede ou atendimentos extrasetoriais; convocação de faltosos, mediante revisão do prontuário e priorizando situações de maior vulnerabilidade; identificação de dificuldades de adesão; busca ativa dos usuários em abandono de tratamento; grupos de apoio ao seguimento; estratificação de risco; manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado, dentre outras. (BRASIL, 2006a, 2011d, e, f, 2013b, 2014b; OMS 2003);
- **Prevenção e Diagnóstico:** considera adequado evitar complicações e internações mediante controle glicêmico, mudanças no estilo de vida (alimentação e atividade física orientada) e informações sobre uso de medicamentos. (BRASIL, 2010b, 2013e).
- **Vigilância em Saúde:** destaca a coordenação do cuidado mediante protocolos e diretrizes clínicas padronizadas, orientadas por recomendações e consensos disponíveis, segundo estratificação de risco, de modo a promover a racionalização e otimização do cuidado; diagnóstico precoce, seguimento e acompanhamento, compartilhado com a atenção especializada e observância da adesão às condutas medicamentosas e não, incluindo-se as ações de Saúde Bucal; trabalhar o perfil epidemiológico, social e sanitário com a participação de usuários e da comunidade. (BRASIL 2009a, 2010c);
- **Humanização do Cuidado:** aponta para a busca ativa de pessoas resistentes ou em abandono de tratamento; realização de grupos de apoio ao seguimento;

- **Seguimento Programático:** evidencia o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com fortalecimento de vínculos, continuidade, longitudinalidade e efetividade do cuidado visando à adesão e autonomia; diagnóstico precoce, em atenção aos fatores de risco; solicitação criteriosa de exames laboratoriais; garantindo de coleta e a realização de exames de resultado imediato, como glicemia de ponta de dedo e eletrocardiograma, buscando evitar deslocamentos a outros serviços (BRASIL 2010b, 2013e); nos casos de DM diagnosticado, realizar os seguintes exames: glicemia de jejum; HbA1c; colesterol total, HDL-C e triglicérides; creatinina sérica; exames de urina (para investigação de infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos e sedimento) e ECG; realizar fundoscopia e avaliação dos pés devido a possíveis lesões vasculares e neuropatia periférica (BRASIL, 2006a, 2013c); Este indicador também valoriza o trabalho com a singularidade da condição masculina, possibilitando a melhoria acompanhamento e resolutividade (BRASIL 2009b; MOURA, 2012);
- **Informação Planejamento e Avaliação:** aponta o conhecimento do território, por meio de levantamentos e análise do perfil da demanda, possibilitando a construção de planos de trabalho mais dinâmicos e mais próximos das necessidades dos usuários (BRASIL, 2011a; GONDIM et al., 2008). Avaliações objetivam o planejamento e a reorganização do cuidado, estabelecendo novos patamares de qualidade e a construção de normas, critérios e indicadores, que instrumentalizem a melhoria de qualidade (BRASIL, 2010c, 2012a, b).
- **Organização da Reunião de Equipe:** valoriza a periodicidade semanal, ou, no mínimo, quinzenal, de modo a permitir discussões periódicas sobre o processo de trabalho; fortalecimento do trabalho em equipe, priorizando temas relacionados à organização do trabalho, discussão de casos, elaboração de propostas terapêuticas e estratégias de cuidado que melhor respondam às necessidades dos usuários; espaços de cuidado para os próprios profissionais, onde se podem reconhecer as necessidades da equipe e desenvolver estratégias de apoio e, mesmo, supervisão externa, quando for o caso.

Ainda contemplando na avaliação do Processo, a dimensão Acompanhamento da Pessoa com DM apresenta dados referentes à execução de consultas básicas e especializadas, bem como de exames complementares, atividades de educação em

saúde, visitas domiciliares, além de apresentar o padrão de retiradas de medicamentos por parte das pessoas com DM.

Os Indicadores de Avaliação do Componente Processo estão reunidos no Quadro 8, que se segue.

Quadro 8 - Indicadores de Avaliação do Componente Processo

Dimensão	Subdimensão	<b>INDICADORES COMPONENTE PROCESSO</b>
<b>Gestão da Atenção</b>	<b>Educação em Saúde</b>	Abordagem ao tabagismo nas ações de educação em saúde realizadas na unidade no último ano
		Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré-Natal, HAS e DM, outros) como estratégias de educação em saúde desenvolvidas na Unidade
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, orientação de atividade física
	<b>Organização do Fluxo Assistencial</b>	Avaliação dos Resultados quando os mesmos chegam à Unidade
		As consultas médicas são agendadas com hora marcada para cada paciente
		A consulta médica e de enfermagem no mesmo dia é uma das opções de atendimento dos pacientes não agendados
		A convocação de faltos em atividades e consultas agendadas é realizada para adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
		Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos é uma das ações de rotina para pessoas com DCNT
	<b>Prevenção e Diagnóstico</b>	Realização de Glicemia de ponta de dedo (HGT) na unidade
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, prevenção e tratamento de obesidade às pessoas com DM
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, realização de treinamento para auto aplicação de insulina
	<b>Vigilância em Saúde</b>	Acolhimento de pacientes com queixas eventuais é uma das ações de rotina para pessoas com DCNT
		Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento como rotina para a atenção aos pacientes com DCNT
		Registro dos pacientes de risco diferenciado
		Portadores de DM estão entre o público do atendimento odontológico
		Os dados de produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
	<b>Humanização do Cuidado</b>	O esclarecimento e orientação dos resultados de exames são ações de rotina para pessoas com DCNT
		Para as pessoas com DCNT consideradas "difíceis" (faltosos, não-aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidades discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico

Continua

Quadro 8 - Indicadores de Avaliação do Componente Processo (Continuação)

Dimensão	Subdimensão	INDICADORES COMPONENTE PROCESSO
Gestão da Atenção	Seguimento Programático	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, atendimento sem protocolo específico
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, acompanhamento com protocolo
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de Urina I
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de Microalbuminúria
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de Creatinina sérica
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de HbA1c
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de Exame de fundo de olho as pessoas com DM
		Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, Solicitação de Eletrocardiograma – ECG
		Ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta Unidade abordam a impotência (DM, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
		Ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta Unidade abordam a importância da adesão às ações e tratamento de saúde
Gerenciamento Local	Informação, Planejamento e Avaliação	A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de dados dos programas, como o Pré-natal, atenção à criança, pessoas com doenças crônicas ou outros dados de produção
	Organização da Reunião de Equipe	As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal o planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
		As Reuniões de equipe da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade semanal
		As Reuniões de equipe da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade quinzenal
		As Reuniões de equipe da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade mensal
		Não ocorreram Reuniões de equipe da Unidade, o último ano
		Entre os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, esteve a organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
		Entre os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, esteve a discussão dos casos
Entre os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, esteve a elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)		
Entre os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, estiveram os informes		



Quadro 8 - Indicadores de Avaliação do Componente Processo (Continuação)

Dimensão	Subdimensão	INDICADORES COMPONENTE PROCESSO
Gestão da Clínica	<b>Consultas Básicas</b>	Cobertura de consultas médicas por grau de controle metabólico Cobertura de consultas enfermagem por grau de controle metabólico Cobertura de consultas odontológicas por grau de controle metabólico
	<b>Consultas Especializadas</b>	Cobertura de consultas especializadas grau de controle metabólico
	<b>Consultas de Nível Superior Não Médicos</b>	Cobertura de consultas com profissionais de nível superior não médicos grau de controle metabólico
	<b>Exames Complementares</b>	Proporção de usuários com exame de URINA I
		Proporção de usuários com exame de Eletrocardiograma (ECG)
		Proporção de usuários com exame de Fundoscopia
		Proporção de usuários com exame de Acuidade Visual
		Cobertura do conjunto de exames complementares/ grau de risco Proporção de usuários com frequência de aferição de HbA1c adequada para seu grau de controle metabólico
	<b>Educação em Saúde</b>	Cobertura de ações educativas por grau de controle metabólico
<b>Visita Domiciliar</b>	Cobertura de Visita Domiciliar pela classificação de controle metabólico	
<b>Padrão de Retirada de Medicamentos pelos Usuários</b>	Proporção de usuários que realizaram a retirada regular, ou seja, nos dozes meses do ano, de medicamentos por grau de controle metabólico.	

### 3.5.4. Componente Resultado

Apresentam-se a seguir, no Quadro 9, os indicadores do Componente Resultado.

Quadro 9 - Indicadores de Avaliação do Componente Resultado

Dimensão	Subdimensão	INDICADORES COMPONENTE RESULTADO			
		Indicadores	Parâmetros	Referência	
Controle Metabólico	Controle Metabólico na Meta	Proporção de usuários com HbA1c na meta	BOM (<HbA1c < 7.0) = 20% das Pessoas com DM		BRASIL (2013)
			REGULAR (7.0 <HbA1c < 9.0 = 50% das Pessoas com DM		
			RUIM (HbA1c ≥ 9.0) = 25% das Pessoas com DM		
	Exames Complementares na Meta	Proporção de usuários com Colesterol Total na meta	< 200 mg/dL		SBD (2017-2018)
		Proporção de usuários com HDL na meta	Mulheres	≥ 50 mg/dL	
			Homens	≥ 40 mg/dL	
		Proporção de usuários com LDL na meta	< 100,00 mg/dL		
		Proporção de usuários com Triglicérides na meta	< 150,00 mg/dL		
		Proporção de usuários com Creatinina Sérica na meta	Mulheres	0,6 – 0,7 mg/dL	
	Homens		0,7 -1,3 mg/dL		

### 3.6. Aspectos Éticos

A coleta de dados se iniciou mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Parecer nº 2.046.711 (Anexo 03)

Os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais de saúde atuantes no cenário de pesquisa, inclusive como estratégia de fomento à reflexão crítica da avaliação da qualidade da atenção às condições crônicas no Município, bem como para fomentar o estabelecimento de metas a serem trabalhadas diante das transformações necessárias. Assim sendo, o banco de dados será oferecido aos gestores e gerentes de unidades como forma de facilitar o processo de trabalho voltado ao cuidado das pessoas com DM.

### **3.7. Limitações do Estudo**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com uso de instrumentos estruturados, validados e com poder de discriminação. No entanto, o recorte proposto é limitado pela falta de especificidade e sensibilidade à abordagem dos aspectos relacionais importantes na qualificação do cuidado.

O número de casos de Diabetes Mellitus estudado, certamente, é menor do que o realmente deva prevalecer no Município, considerando que o plano de reconhecimento dos sujeitos da pesquisa foi pautado no uso de medicamentos hipoglicemiantes. Desta maneira, não foram contempladas pessoas com DM que não fizeram uso da terapia medicamentosa, em virtude de seu tratamento estar focado nas estratégias de mudança de estilo de vida. Há que se considerar ainda a existência de parcela importante de indivíduos que não sabem que desenvolveram a doença, bem como não se pode descartar a possibilidade de pessoas que apresentaram resistência insulínica estarem no grupo de pacientes selecionados, uma vez que alguns protocolos preconizam o tratamento com hipoglicemiantes para esta condição. Além do mais, ainda restam as pessoas com DM que acompanham seu tratamento exclusivamente na atenção suplementar.

Finalmente, as características da pesquisa proporcionam a generalização de seus achados às proposições teóricas e não às populações ou aos universos.

## **4. Resultados e Discussão**

## 4. Resultados e discussão

### 4.1. Contexto da Avaliação

O resgate histórico da evolução demográfica do município estudado e de elementos do cenário epidemiológico permite compreender o contexto e a relevância das DCNT; ao mesmo tempo, o perfil da rede de atenção à saúde e à expressa complexidade real do sistema a ser avaliado, suas potencialidades e limites.

#### 4.1.1. O Município de Botucatu

Botucatu foi fundada em 1843 e emancipada em 1855. De nome inspirado na língua tupi “*Ibytu-katu*” (“Bons Ares”), apresenta clima ameno, com temperaturas médias de 27°C, altitude variando de 756 a 920 metros, localizada a 235 km da capital estadual, em território de 1.486 km<sup>2</sup> (IBGE, 2018).

O município pertence à Região Administrativa de Sorocaba e à Região de Governo denominada *Polo Cuesta*, que inclui mais doze municípios. No setor da saúde, está vinculada ao Departamento Regional de Saúde de Bauru - DRS VI (SEADE, 2018). Trata-se de importante polo universitário (em especial por conta do campus da Unesp) e industrial, na área de transportes e chapas de madeira.

#### Perfil Demográfico

O último censo demográfico (2010) revelou população de 127.328 residentes no município e densidade demográfica de 92,63 habitantes/km<sup>2</sup>, sendo a grande maioria (96,59%) residente na área urbana. Para o ano de 2017, a estimativa populacional foi de 142.546 habitantes (IBGE, 2010, 2018).

No Quadro 10, observa-se grande aumento da população nas últimas décadas, praticamente duplicada entre os anos de 1980 e 2010.

Quadro 10 – Evolução da população residente e percentuais de crescimento, município de Botucatu-SP, 1872 a 2017.

Ano	Nº Habitantes	% de crescimento nos 30 anos anteriores
1872	16.979	n.a.
1890	20.128	n.a.
1920	33.405	66,0
1950	41.868	25,3
1980	64.545	54,1
2010	127.328	97,3
2017 (est)	142.546	n.a.

Fonte: IBGE (2018)

Este elevado aumento populacional pode ser também observado pela Taxa Geométrica de Crescimento Populacional de 1,08% ao ano, quando comparada aos valores estaduais de 0,82% a.a. (IBGE, 2018).

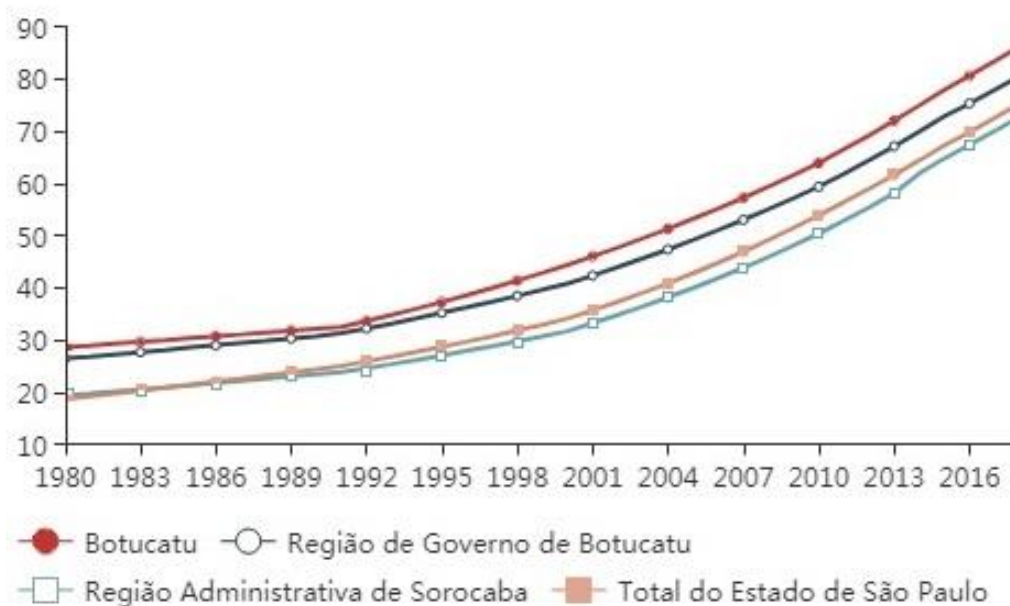
### Envelhecimento da População

Além do mencionado crescimento populacional, acima das taxas estaduais e regionais, o Município de Botucatu apresenta acelerado envelhecimento de sua população, em termos absolutos e comparativos, característica demográfica de grande interesse para os estudos e as ações relativas às condições crônicas de saúde, como o DM (BRASIL, 2006b). O Gráfico 1 exprime esta evolução ascendente do Índice de Envelhecimento<sup>1</sup> do município, de 1980 até a atualidade.

---

<sup>1</sup> Índice de Envelhecimento = número de pessoas de 60 anos e mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade na população residente.

Gráfico 1 – Evolução do Índice de Envelhecimento do Município de Botucatu, região e estado de São Paulo, 1980 a 2016.



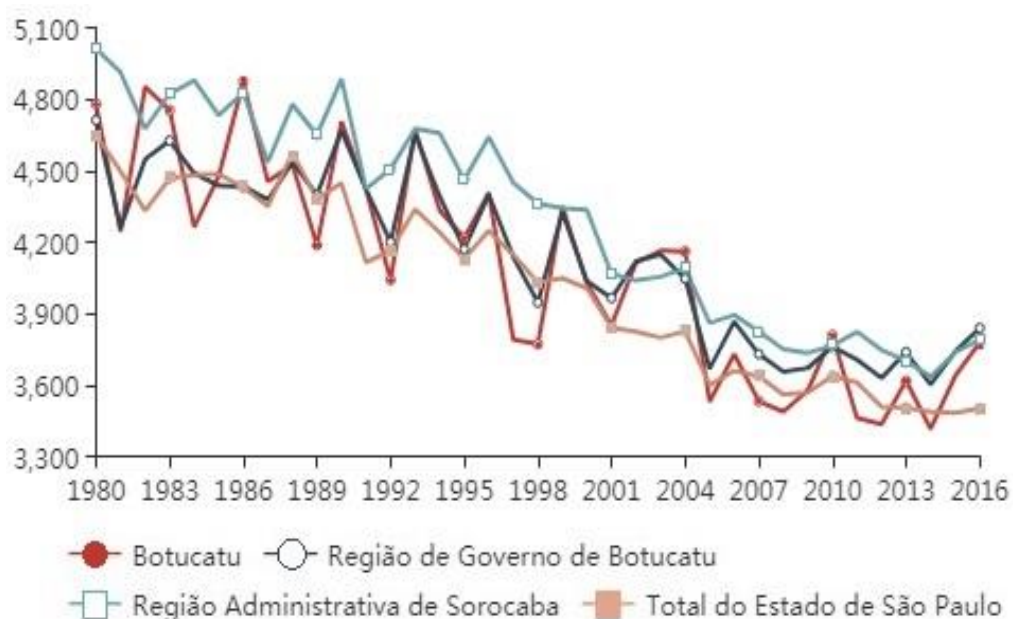
Fonte: SEADE (2018).

No ano de 2018, o índice de envelhecimento do município (86,20%) foi 10,95% acima do índice do estado de São Paulo (75,25%) (SEADE, 2018), sendo que este comportamento decorre basicamente de dois fatores, a saber: redução das taxas de natalidade e de fertilidade e da mortalidade da população adulta.

No período de 1980 a 2016, as Taxas de Natalidade sofreram expressiva redução em Botucatu, seguindo as tendências regionais e estaduais, passando de 28,2 para 12,8 nascimentos por mil habitantes, abaixo do valor estadual (13,8). Igualmente se comportou a taxa de Fecundidade, de 46,46 por mil mulheres entre 15 e 49 anos, inferior à estadual de 49,7 (SEADE, 2018).

Simultaneamente, vem ocorrendo o aumento da sobrevida, com o declínio da Taxa de Mortalidade de adultos, como ilustrado no Gráfico 2, para a população de 60 anos e mais.

Gráfico 2 - Taxa de Mortalidade da População de 60 anos e + (por cem mil habitantes nessa faixa etária), Município de Botucatu, regiões e estado de São Paulo, 1980 a 2016.



Fonte: SEADE, 2018.

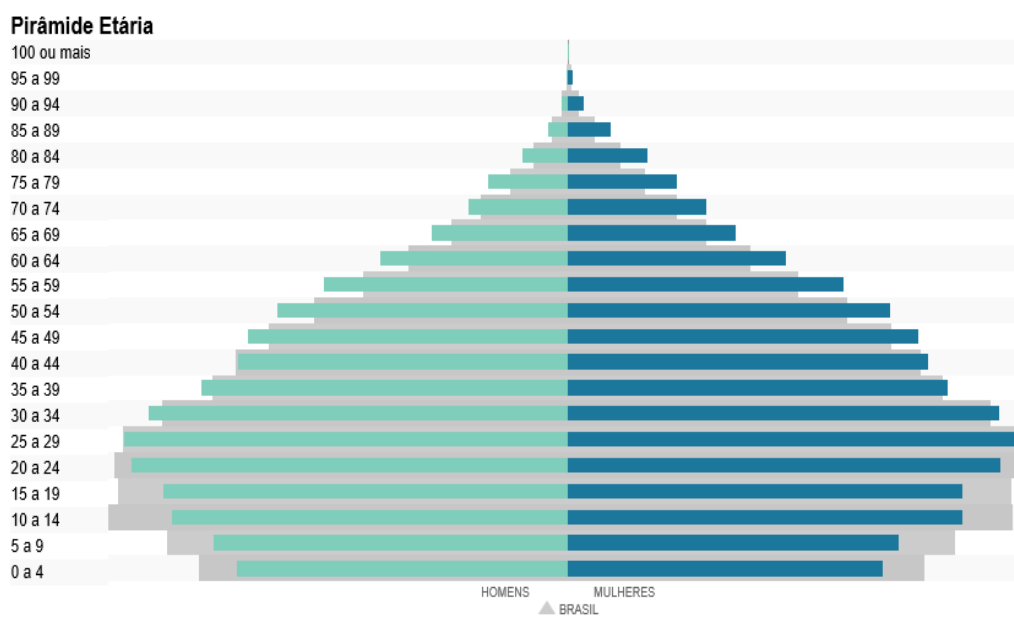
Para a população de 15 a 34 anos, no ano de 2016, a Taxa de Mortalidade de 94,8 / 100.000 hab. é inferior às observadas na região de governo e no estado (110,6 e 104,0, respectivamente) (SEADE, 2018).

Neste cenário demográfico, a dinâmica de crescimento populacional se faz acompanhar do envelhecimento da população, especialmente 60 anos de idade e mais, com forte repercussão na Pirâmide Populacional do Município, com estreitamento da base e alargamento nas faixas etárias superiores, de 45 anos e mais, em ambos os sexos (ver Gráfico 3).

Deve ser mencionado que, atualmente, 18,4% da população do município tem idade inferior a 15 anos e 15,9%, 60 anos ou mais (SEADE, 2018), cenário típico de sociedades envelhecidas, com crescente incremento das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, por afetarem segmentos de maior idade (MENDES, 2012), reforçando a necessidade de avaliação e fomento a elas destinados.



Gráfico 3 – Pirâmide Etária do município de Botucatu, São Paulo, 2010



Fonte: IBGE, 2018.

### Indicadores Econômicos e Sociais

Embora situado no interior, Botucatu sempre teve sua fortaleza econômica nas atividades urbanas, como transporte, comércio e serviços, destacadamente nas áreas de saúde e educação nas últimas décadas. Do total de empregos formais, em 2016, os serviços tinham a maior presença (47,2%), seguidos de indústria (22,8%), comércio (20,6%), agropecuária (7,1%) e construção (2,3%) (SEADE, 2018). Em 2015, 32% da população estava ocupada, a renda média mensal era de 3,3 salários mínimos e 29,5% dos domicílios com até meio salário mínimo per capita, colocando o município de Botucatu na posição 447 dentre 645 do estado. No saneamento básico, usufrui de cobertura satisfatória no abastecimento de água tratada (98,96%), esgoto sanitário (95,65%) e coleta de lixo (99,66%) (IBGE, 2010; SEADE, 2018).

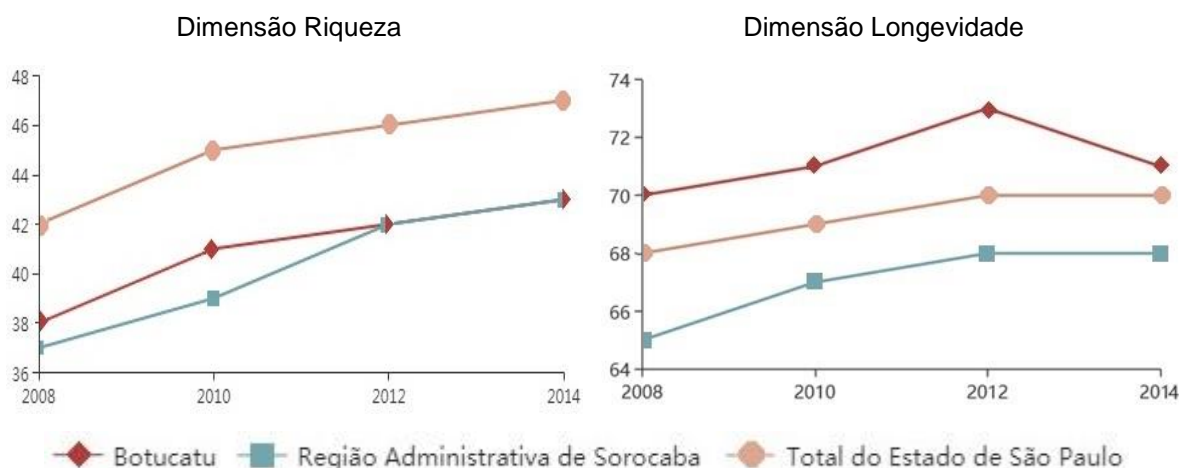
Em 2010, o Município de Botucatu apresentava Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>2</sup> superior ao estadual, com valores de 0,800 e 0,783, respectivamente. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

<sup>2</sup> IDH: calculado a partir de um conjunto de indicadores sociais (variando de 0 a 1).

(IDHM)<sup>3</sup>, Botucatu ocupava a 40ª posição dentre os 5.565 municípios brasileiros, e a 22ª posição entre os 645 municípios do estado de São Paulo.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) expressa as condições de vida de cada município nas dimensões Riqueza, Longevidade e Escolaridade. O Gráfico 4 ilustra a evolução de duas delas: na dimensão longevidade o município de Botucatu se destaca em comparação às médias estadual e regional; isto contrasta com as limitações expressas na dimensão riqueza, redobrando o desafio à execução de políticas de sociais e saúde voltadas aos idosos.

Gráfico 4 - Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), segundo dimensões, município de Botucatu, região administrativa de Sorocaba e estado de São Paulo, 2008 a 2014.



Fonte: SEADE, 2018 – Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

No ano de 2014, na combinação das dimensões do IPRS, Botucatu passou a integrar os “municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis de indicadores sociais”, ou seja o Grupo 1, de maior classificação do IPRS (SEADE, 2018).

No desenvolvimento das práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde torna-se relevante a consideração do grau de escolaridade da população a ser cuidada, tendo em vista que este interfere nas condições de atenção à saúde, especialmente nas práticas de autocuidado em saúde (BRASIL, 2004).

Botucatu, em 2010, tinha taxa de analfabetismo da população com 15 anos de 4,1%, menor que as taxas do estado (4,33%) e regionais (5,60 e 5,38%). A

<sup>3</sup> IDHM: calculado a partir de indicadores de longevidade, educação e renda (variando de 0 a 1).

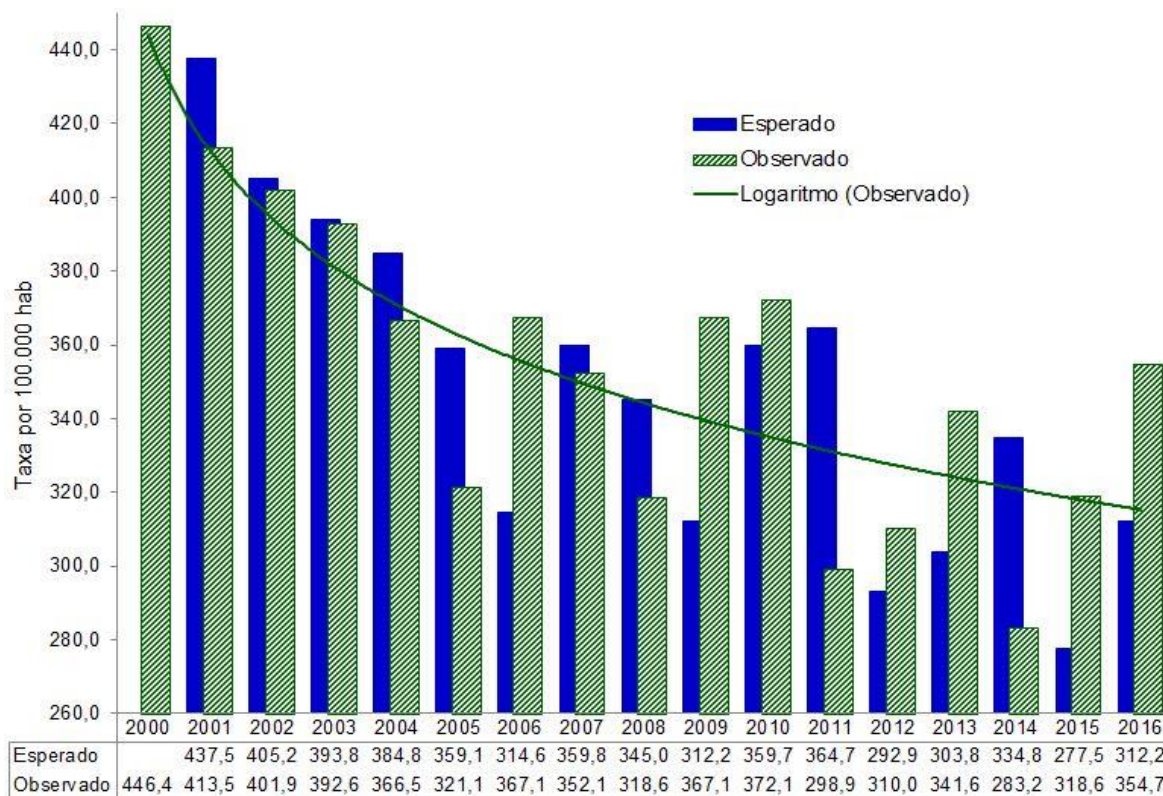
cobertura de ensino médio completo na população entre 18 a 24 anos apresentou uma taxa de 65,6%, também superior à média regional e estadual, respectivamente 56,2 e 57,9% (IBGE, 2010; SEADE, 2018).

#### **4.1.2. Cenário epidemiológico das Condições Crônicas de Saúde**

Dentre tantos possíveis indicadores que pudessem expressar o cenário da ocorrência e cuidados às condições crônicas de saúde, foram selecionados alguns com base na disponibilidade e confiabilidade das informações e na expressão de condições associadas ao DM, em anos recentes.

No período de 2000 a 2016, ocorreram no município de Botucatu 3.481 mortes prematuras (<70 anos) pelo conjunto de DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, DM e doenças respiratórias, como principais), (TABNET, 2018). Observa-se no Gráfico 5 que, de 2000 a 2008, houve redução anual da taxa acima do esperado (2% ao ano), com exceção do ano de 2006. Já no período seguinte, os resultados mostraram-se menos favoráveis, com várias ocorrências de extrapolação da taxa esperada, embora a curva de tendência continuasse descendente.

Gráfico 5 - Taxa de Mortalidade Prematura (<70 anos) por DCNT, esperada (\*) e observada e linha de tendência logarítmica, município de Botucatu-SP, 2000 a 2016



(\*) Taxa para o conjunto de DCNT por 100.000 habitantes na faixa etária de 30 a 69 anos.

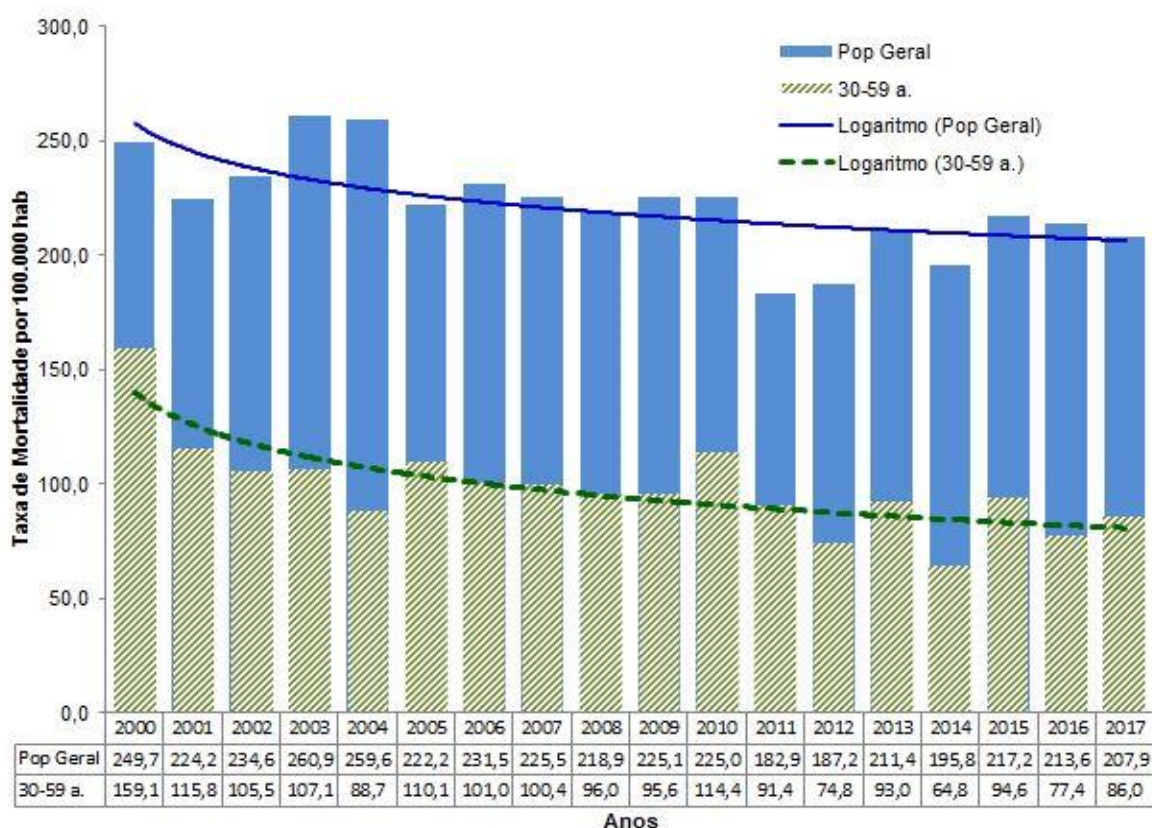
(\*\*) Taxa esperada = Taxa Observada no ano anterior menos 2% (BRASIL, 2011c).

Fonte: Site: <http://tabnet.saude.sp.gov.br>, atualizado em 02/2018.

Se compararmos os valores máximo (446,4/ 100.000 hab., em 2000) e mínimo (283,2/ 100.000 hab., em 2014), constata-se uma redução da mortalidade por DCNT em 36%, no prazo de 14 anos.

Esta tendência decrescente também foi observada, especificamente, na Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), na população em geral e de 30 a 59 anos (ver Gráfico 6). No período de 2000 a 2017 ocorreram 5.063 óbitos por DAC, dentre os moradores de Botucatu, dos quais 878 na faixa de 30 a 59 anos, correspondendo a 17,3% do total (TABNET, 2018). A se considerar a população média do período (127.445 habitantes), constata-se que 4% dos moradores de Botucatu morreram por DAC, ao longo destes de 17 anos.

Gráfico 6: Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC\*), por 100.000 habitantes, e linhas de tendência logarítmica, na população em geral e de 30 a 59 anos, município de Botucatu-SP, 2000 a 2017.

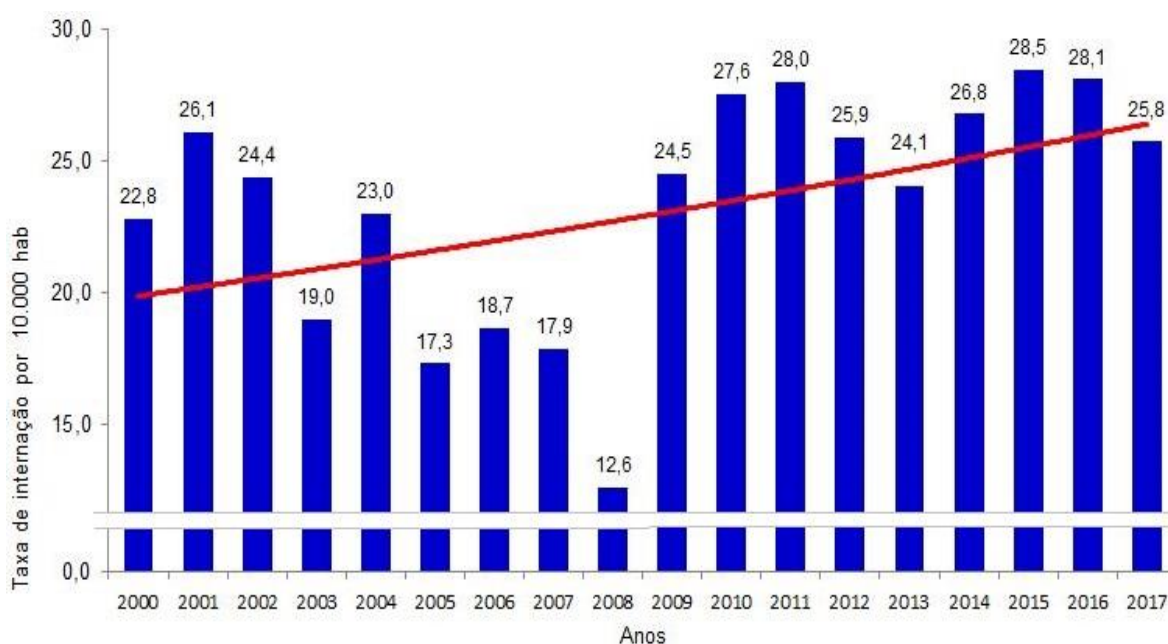


Fonte: TABNET.

(\*) DAC = doenças do aparelho circulatório - Capítulo IX da CID-10.

Dentre as DAC, cabe destacar a ocorrência do AVC. Embora a curva evolutiva de sua mortalidade, na faixa etária de 30 a 59 anos, tenha se apresentado praticamente estacionária desde 2000 (média anual de 4,5 óbitos/ 100.000 hab.), a taxa de internação por 10.000 hab., em maiores de 40 anos, tem acentuada tendência ascendente, conforme se observa no Gráfico 7. De 2000 a 2017, ocorreram 1.983 internações por AVC nesta faixa de idade, dentre os moradores de Botucatu, o que corresponde a uma média anual de 23,4 internações/ 10.000 hab. (TABNET, 2018).

Gráfico 7: Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral por 10.000 habitantes, e linha de tendência logarítmica, na população maior de 40 anos, município de Botucatu - SP, 2000 a 2017

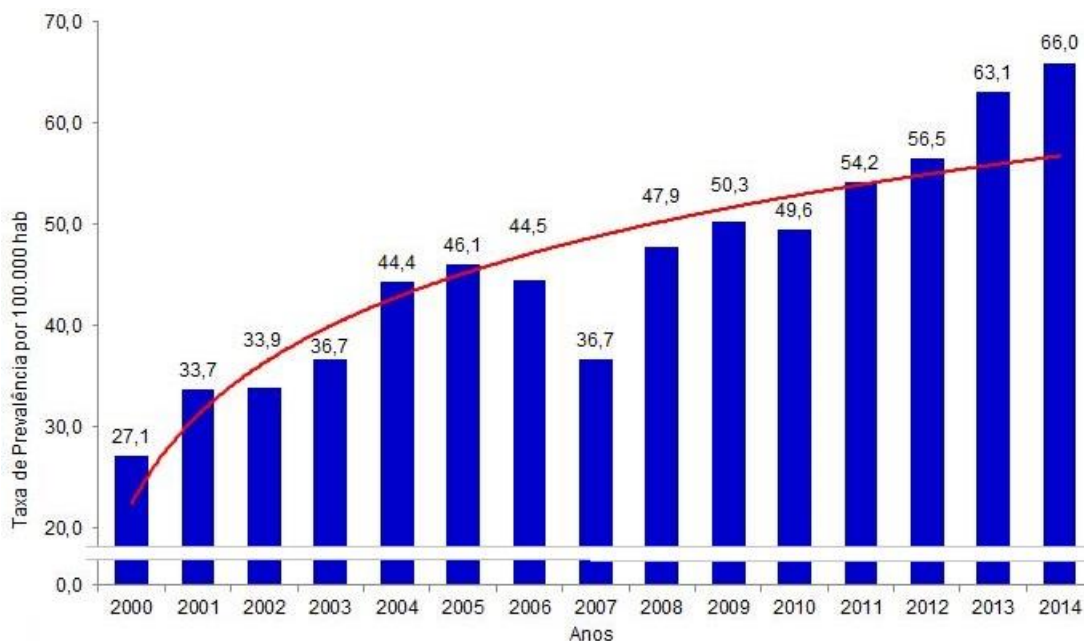


Fonte: TABNET.

Igualmente crescentes são as taxas de internação por infarto agudo do miocárdio (IAM), no município de Botucatu, de 2008 a 2017 (TABNET, 2018) e da prevalência de pacientes em diálise, a seguir descrita.

De 2000 a 2014, o número de pacientes em diálise no município de Botucatu, cresceu de 30 para 91, com uma média anual de 58,4 pacientes recebendo este tipo de procedimento (TABNET, 2018). Isto corresponde a uma prevalência média de 46,0 pacientes dialisados/ 100.000 hab., variando de 27,1 a 66,0, ao longo do período, conforme se observa no Gráfico 8.

Gráfico 8: Taxa de Prevalência de pacientes em diálise, por 100.000 habitantes, e linha de tendência logarítmica, município de Botucatu-SP, 2000 a 2014



Fonte: TABNET.

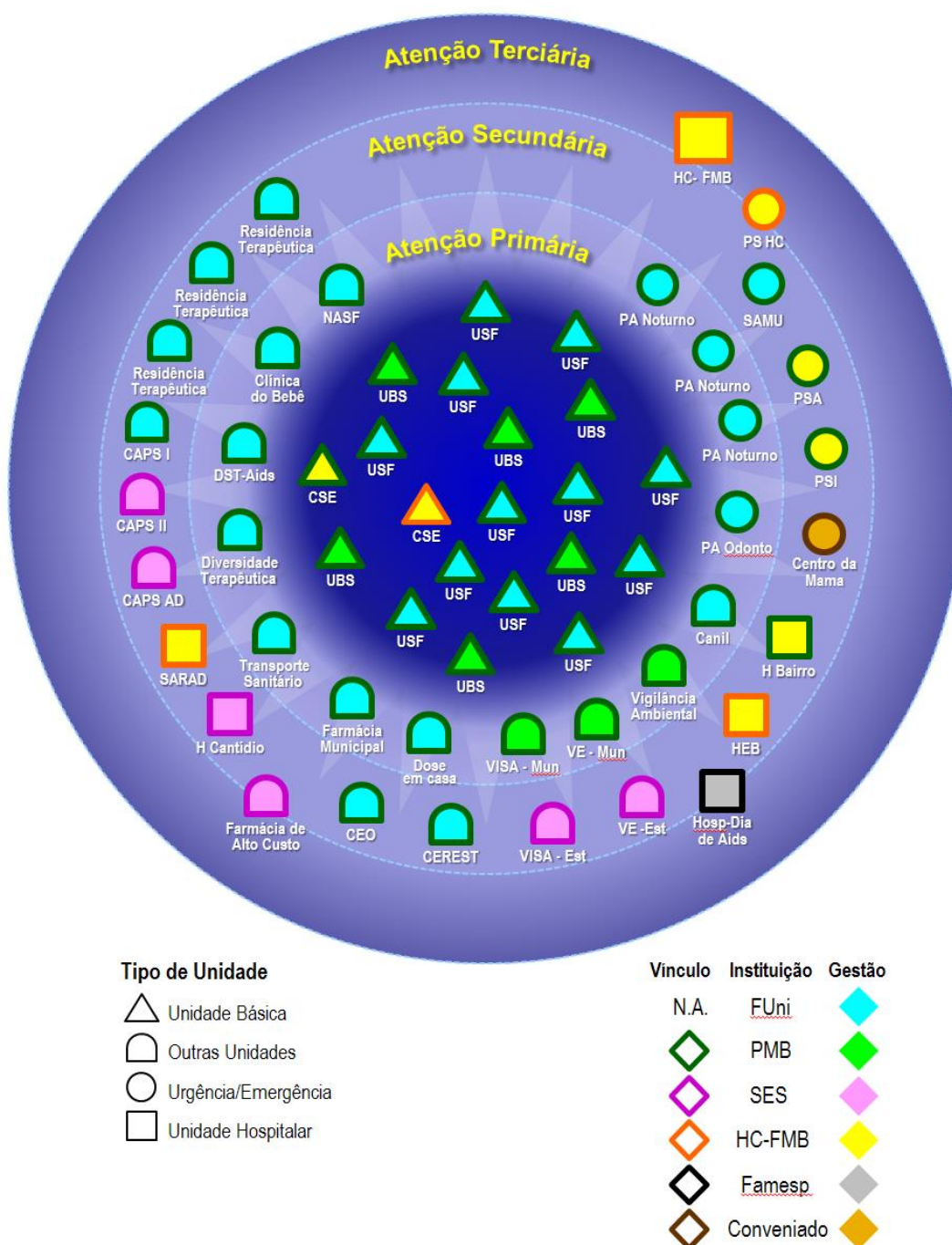
Em síntese, estes dados epidemiológicos estão em consonância com as informações demográficas anteriormente referidas no Subcapítulo 4.1.1: redução dos coeficientes de mortalidade em adultos, determinando o envelhecimento acelerado da população, especialmente a partir do ano 2.000, com a expansão absoluta e relativa do número de idosos, conforme ilustrado na Pirâmide Populacional. Tais fatos são corroborados pela persistente tendência de redução dos óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto DCNT, onde se destacam como principais as doenças respiratórias, o câncer, o DM e as DAC, particularmente ilustradas no Gráfico 6. Esta tendência parece expressar os impactos das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em alguns de seus fatores de risco, com destaque à APS, ao lado de outras políticas de caráter mais geral.

Este processo de prolongamento da vida se associa e certamente contribui ao relatado crescimento das taxas de internação por AVC e de prevalência de pacientes em diálise, a exigir a melhoria das condições de vida e o aprimoramento dos cuidados continuados na promoção, prevenção e controle da saúde, especialmente no tange às condições crônicas.

### 4.1.3. A Rede de Atenção à Saúde do Município de Botucatu

Em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS, o Município de Botucatu vem construindo, há mais de três décadas, sua Rede de Atenção à Saúde (RAS), integrada por um conjunto de ações e serviços de variada natureza, graus de complexidade, vinculação institucional e formas de gestão, cuja representação esquemática se encontra na Figura 2.

Figura 2 – SUS: Rede de Atenção à Saúde Município de Botucatu / SP, 2017





Observa-se: a) o centro ordenador na Atenção Primária, representado pela rede de Unidades Básicas, sob gestão da própria Secretaria Municipal de Saúde, da Fundação Uni e da Faculdade de Medicina de Botucatu, e um conjunto de unidades primárias de apoio; b) serviços ambulatoriais, de urgência e emergência, hospitalares e outros, de nível secundário, vinculados e/ou geridos diretamente pelas Secretarias Municipal ou Estadual de Saúde, Fundação UNI, FAMESP ou pela autarquia estadual Hospital das Clínicas da FMB (HC-FMB); c) os serviços de natureza terciária integrantes, primordialmente, do HC-FMB.

De forma suplementar, atuam no município unidades privadas vinculadas à Unimed (Hospital e Pronto-Socorro) e uma grande rede de serviços, não representadas na Figura 2, igualmente de caráter privado, incluindo clínicas e consultórios médicos, odontológicos e outros de natureza diagnóstica ou terapêutica.

#### Unidades e serviços da Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica)

A APS em Botucatu está constituída por 20 Unidades Básicas de Saúde, sendo doze Unidades da Estratégia Saúde da Família (USF), seis Unidades Básicas de Modelo Tradicional e duas Unidades do Centro Saúde Escola (CSE), totalizando 25 equipes básicas de saúde, considerando que algumas USF estão compostas por mais de uma equipe (ver Quadro 11).

Quadro 11 – Unidades de Básicas de Saúde, segundo modelo de atenção, tipo de gestão, população adscrita e pessoal de nível universitário, do município de Botucatu-SP, 2018

Modelo de Gestão	Tipo de Gestão	Unidades Básicas de Saúde	Implantação	Nº Equipes	Usuários cadastrados	Número de profissionais de nível universitário			
						Médico até 20 h	Médico 20 a 40 h	Enfermeiros	Dentista
Estratégia Saúde da Família	Indireta	USF Rubião Júnior	2003	03	12.419	-	4	2	2
		USF Santa Elisa	2012	01	3.974	-	2	1	1
		USF Santa Maria	2011	01	3.345	-	1	1	1
		USF Jardim Aeroporto	2003	02	9.715	-	3	2	1
		USF Parque Marajoara	2003	01	6.518	-	2	1	1
		USF César Neto	2003	01	1.735	-	1	1	1
		USF Comercíarios	2015	02	5.058	-	2	2	1
		USF Vitoriana	2003	01	6.173	-	2	1	1
		USF Jardim Peabiru	2006	02	10.632	-	3	2	2
		USF COHAB IV	2012	01	3.771	-	1	1	1
	USF Jardim Iolanda	2003	01	7.780	-	2	1	1	
USF Real Park	2010	01	4.207	-	1	1	-		
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>NA</b>	<b>17</b>	<b>75.327</b>	<b>-</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>12</b>
Modelo Tradicional	Direta	UBS CECAP	1988	01	15.967	5	0	2	3
		UBS São Lúcio	1988	01	10.552	3	1	1	2
	Prefeitura Municipal	UBS COHAB I	1984	01	17.485	8	1	2	3
		UBS Vila Jardim	1993	01	9.448	6	1	2	2
	Secretaria Municipal de Saúde	UBS Jardim Cristina	1997	01	12.958	7	1	2	2
		UBS CSI	1975	01	16.756	10	3	2	4
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>NA</b>	<b>06</b>	<b>83.166</b>	<b>39</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>16</b>
Centro de Saúde Escola	Indireta	CSE Vila dos Lavradores	1972	01	42.408	29	2	8	2
	Convênio Unesp (FAMESP)	CSE Vila Ferroviária	1981	01	16.069	11	2	2	2
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>NA</b>	<b>02</b>	<b>58.477</b>	<b>40</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>				<b>25</b>	<b>216.970 **</b>	<b>69</b>	<b>32</b>	<b>37</b>	<b>32</b>

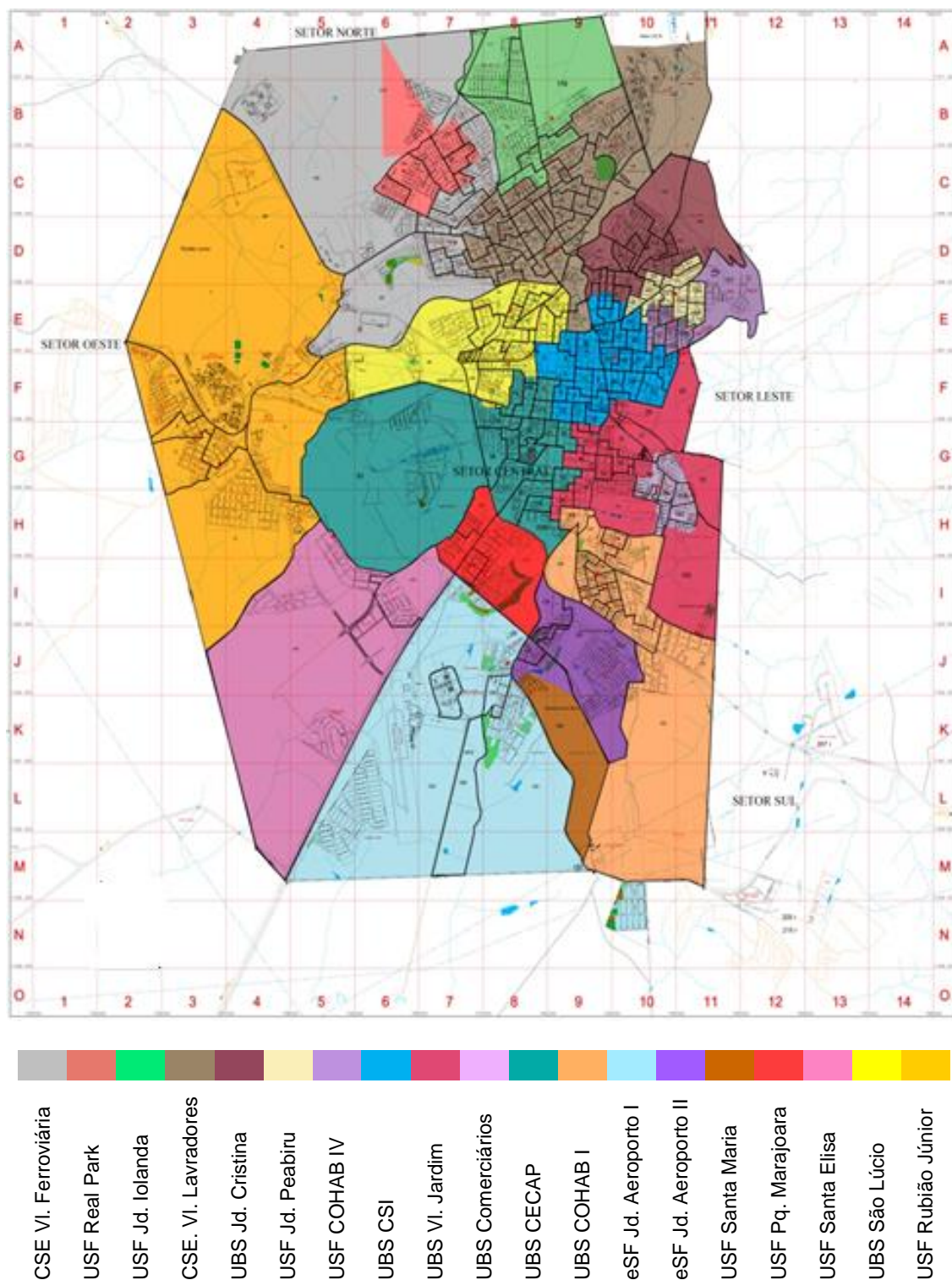
Fonte: elaborado pela autora.

\* Inclui: Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Pedagogo, Nutricionista e Assistente Social.

\*\* Usuários cadastrados por Unidade no Sistema Municipal de Saúde (Vivver), em maio de 2018,. Inclui usuários cadastrados em mais de uma unidade.

A Figura 3 apresenta as áreas de abrangência das unidades de APS, na área urbana do Distrito Sede de Botucatu.

Figura 3 - Zona urbana, segundo área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, Município de Botucatu-SP, 2015.



A seguir, são descritos sumariamente os demais serviços que compõem a rede de atenção à saúde no Município de Botucatu:

a. Outros serviços integrantes da Atenção Primária à Saúde

a.1. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): composta por 2 assistentes sociais; 2 educadores físicos; 9 farmacêuticos; 2 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 5 psicólogos e 3 médicos (pediatra, ginecologista e psiquiatra).

a.2. Farmácia Municipal (central e dispensários nas UBS): fornecimento de medicamentos da RENAME ampliada, além de processos administrativos e judiciais.

a.3. Dose em Casa: entrega de medicamentos, insumos de enfermagem e suplementos alimentares em domicílio.

a.4. Clínica de Diversidades Terapêuticas: práticas manuais, acupuntura e homeopatia.

a.5. Outros: Programa DST/HIV/Aids; Clínica do Bebê; Vigilâncias Municipais: Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Canil; Transporte Sanitário.

b. Serviços de saúde pública de nível secundário

b.1. CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador).

b.2. CEO (Centro de especialidades Odontológicas): referenciado pelas UBS, conta com 11 cirurgiões dentistas.

b.3. Outros: Centro de Diagnósticos de Doenças de Mama; Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica Estaduais.

c. Serviços Ambulatoriais da Rede de Atenção à Saúde Mental

c.1. Centro de Atenção Psicossocial CAPS I; CAPS II e CAPS AD.

c.2. Serviço de Residência Terapêutica: acolhe 24 moradores.

d) Unidades e Serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

d.1. Unidades de Pronto Atendimento Noturno, das 18 às 22 h, em três UBS.

d.2. Unidade de Pronto Atendimento Odontológico, das 18 às 21 h.

d.3. SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (dois veículos).

d.4. Prontos-Socorros: Pediátricos (PSI), Adulto (PSA) e PS do HC-FMB (unidade referenciada).

e. Unidades de Atenção Hospitalar

e.1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp (HC-FMB): Unidade de média e alta complexidade, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde e associado à FMB-Unesp; atende 68 municípios (dois milhões de pessoas), com 461 leitos.

e.2. Hospital Estadual: 80 leitos para cirurgias eletivas; serviço de quimioterapia.

e.3. Hospital do Bairro: serviços de clínica oftalmológica e exames laboratoriais e radiológicos; abriga o Pronto-Socorro Pediátrico.

e.4. Hospital Dia: portadores de HIV-Aids, Hepatites B e C e HTLV I e II.

e.5. Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) "Prof. Cantídio de Moura Campos": internações psiquiátricas, 80 leitos.

e.6. SARAD (Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas): 42 leitos, administrado pelo HC-FMB.

Todavia, cabe ressaltar que se de um lado o município de Botucatu tem um conjunto bastante variado de serviços, em todos os níveis de atenção, cenário que certamente enriquece as possibilidades do trabalho na lógica das Redes de Atenção à Saúde, por outro lado, torna-se mais desafiador, difícil e complexo articular todos os serviços. Cada conjunto de equipamentos de saúde tem um gestor, que por sua vez tem sua lógica de pensamento, autonomia e tantas outras diferenças, convivendo com três modos de atenção na APS e diversos modelos de gestão administrativas, os quais envolvem os três entes federados. Ademais os serviços terciários atuam em uma combinação de objetivos e intenções, sendo elas acadêmicas e assistenciais. Neste contexto, a ausência de protocolos e linhas do cuidado que orientem o acesso e a articulação destes equipamentos de saúde apontam provável prejuízo do desenvolvimento do trabalho em Rede.

No Apêndice 4 se encontra a descrição detalhada dos serviços acima mencionados, incluído informações sobre gestão, clientela, finalidade e outras.

## 4.2. O Componente Estrutura

### 4.2.1 Dimensões: População SUS-Dependente e Estrutura da APS

Embora o município de Botucatu disponha de uma rede diversificada de unidades do SUS, parte expressiva da população mantém vínculos com serviços do sistema privado, sejam eles de caráter direto, em consultórios e clínicas, sejam mediante planos de saúde (Saúde Suplementar). Neste campo, destaca-se a cooperativa médica UNIMED, ao lado de outras modalidades, como cooperativas odontológicas e seguros de saúde. Esta situação merece consideração quando se pretende planejar ações programáticas de promoção e controle de doenças crônicas, centradas nos serviços públicos, uma vez que perto de um terço da população botucatuense está à margem de seu alcance, como visto a seguir.

Na Tabela 1, observa-se que, em anos recentes, o número médio de beneficiários de Saúde Suplementar no município de Botucatu foi, aproximadamente, de 43.000, correspondentes acerca de 30% da população, o que situa Botucatu entre a cobertura nacional e estadual, respectivamente 25% e 40%, em valores aproximados. Deduz-se daí que 70% da população botucatuense se vale exclusivamente das ações e serviços do SUS, ou seja, a denominada população “SUS-dependente” (desconsiderando aqueles que porventura frequentem diretamente serviços particulares). Observa-se ainda que, a exemplo do que ocorre no país, o contingente da população coberta pela Saúde Suplementar vem decrescendo no último quinquênio (ANS, 2018).

Tabela 1: Estimativa da População SUS-dependente, município de Botucatu-SP, 2010 a 2016

Ano	População Total Estimada	Beneficiários de Saúde Suplementar (a)	População SUS-dependente (b)	Cobertura SUS (c)
2010	131.107	46.254	84.853	64,72
2011	132.868	41.609	91.259	68,68
2012	134.592	48.404	86.188	64,04
2013	136.269	43.300	92.969	68,22
2014	137.899	42.845	95.054	68,93
2015	139.486	41.334	98.152	70,37
2016	139.486	39.509	99.977	71,68
2017	139.486	39.166	100.320	71,92

Fonte: TABNET.

(a) Beneficiários segundo ANS (2018) - Agência Nacional de Saúde Suplementar, em dezembro de cada ano; (b) – População Total - Beneficiários Saúde Supl. (c) % População exclusiva SUS / População total.

A despeito de cerca de 30% dos botucatuenses se valerem da Saúde Suplementar, toda a população se encontra potencialmente coberta pelas unidades de APS do SUS, em crescimento e dentre elas se amplia a participação da Estratégia de Saúde da Família que, em 2018, chegou 41,1% da população total estimada. (Ver Tabela 2).

Tabela 2: Cobertura da Atenção Primária à Saúde, segundo modos de atenção, município de Botucatu-SP, dezembro/ 2015 e maio/ 2018

Competência	Dez/15	Mai/18
a - População municipal estimada	137.899	142.546
b - Estimativa de pop. coberta pela ESF (*)	41.400	58.650
c - Cobertura da pop. Municipal pela ESF (% b/a)	30,0%	41,1%
d - Estimativa da pop. coberta pelas UBS tradicionais e CSE (**)	82.800	83.640
e - Cobertura da pop. municipal pelas UBS tradicionais e CSE (% d/a)	60,0%	58,7%
f - Total Cobertura da pop. municipal (c + e)	90,1%	99,8%

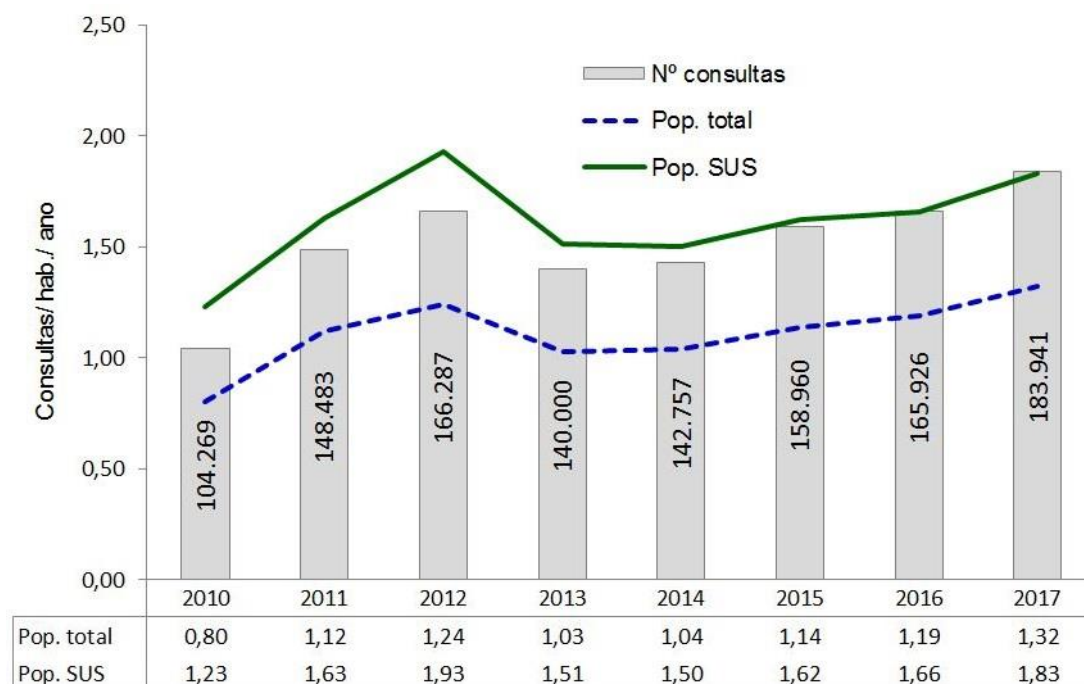
Fonte: e-Gestor AB.

(\*) Número de eSF x 3.450 (\*\*) Número de eAB + Número eSF-equivalente x 3.000

A rede de APS produziu, entre 2015 e 2017, uma média aproximada de 170.000 consultas médicas, conforme se observa no Gráfico 9.

Segundo os “Parâmetros Assistenciais do SUS” (BRASIL, 2002), o parâmetro de cobertura assistencial é de 2 a 3 de consultas médicas por habitante por ano, das quais 75% em “consultas médicas básicas”, ou seja, de 1,50 a 2,25 consultas/hab./ano (1,26 a 1,89 para programadas e 0,24 a 0,36 para urgências). No município de Botucatu, a média observada de 2010 a 2017, para a população total, foi de 1,11 consultas/hab./ano, variando de 0,80 a 1,32, neste período, com tendência crescente, conforme se observa no Gráfico 9. Se considerada somente a população SUS-dependente (conforme Tabela 1), o valor médio é de 1,61 e a amplitude de 1,23 a 1,83 consultas/hab./ano, igualmente ascendente, colocaria a produção de consultas médicas na atenção básica, em conformidade aos valores estabelecidos pelo SUS.

Gráfico 9: Consultas Médicas realizadas na Atenção Primária à Saúde: número total e número médio por habitante por ano, na população total (a) e na população SUS-dependente (b), município de Botucatu-SP, 2010 a 2017



Fonte: TABNET.

(a) N.º de consultas médicas básicas realizadas/ População total estimada no ano.

De igual maneira, observou-se a expansão das atividades de Saúde Bucal, na APS de Botucatu, seja pelo aumento da cobertura pelas Equipes de Saúde da Família, seja pelas unidades do modelo tradicional e do Centro de Saúde Escola, conforme apresentado na Tabela 3. Este fato é relevante a se considerar a importância da saúde bucal na evolução do DM.

Tabela 3: Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica, segundo modos de atenção, município de Botucatu-SP, dez/ 2015 e abr/ 2018

Competência	Dez/15	Abr/18
a - População municipal estimada	137.899	142.546
b - Estimativa de pop. coberta pela SB-ESF (*)	34.500	44.850
c - Cobertura da pop. municipal pela SB-ESF (% c/a)	25,02%	31,46%
d - Estimativa da pop. coberta pela SB - UBS tradicionais e CSE (**)	59.160	63.300
e - Cobertura da pop. municipal pela SB - UBS tradicionais e CSE – SB (% e/a)	42,90%	44,41%
f - Total Cobertura Pop. Municipal em SB (d + f)	67,92%	75,87%

Fonte: e-Gestor AB.

(\*) Número de eSF x 3.450 (\*\*) Número de eSF-equivalente x 3.000.



O desenvolvimento de ações e serviços da APS encontra-se alicerçado na estrutura humana de trabalhadores de saúde lotados nas unidades da APS de Botucatu, discriminadas, anteriormente, no Quadro 11.

Além dos profissionais contratados pelas instituições gestoras, várias unidades contaram, no período do estudo, com médicos vinculados ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Programa “Mais Médicos para o Brasil”, do Governo Federal, havendo também a participação de médicos residentes, aprimorandos e aproximadamente 700 alunos de graduação e pós-graduação, os quais realizaram estágio na rede básica.

#### **4.2.2. Dimensão: Gerenciamento Local**

Apresenta-se adiante (Quadro 12) os resultados das questões selecionadas do QualiAB, os quais se agregam ao componente de avaliação estrutura. Observa-se que, as unidades da APS do município de Botucatu apresentam resultados satisfatórios às condições de estrutura física, recursos de apoio, procedimentos básicos, acesso aos medicamentos e insumos básicos, revelando a existência de condições elementares de suporte atuação clínica e assistencial.

No entanto, os resultados que compõem a subdimensão “Estratégias de Educação Permanente no último ano” mostram que estas ocorreram em média em 87,50% das Unidades do CSE, 57,29% das USF e em 52,08% das UBS Tradicionais. A participação dos profissionais de nível superior foi de 100% nos serviços do CSE e de 50% para as da ESF e UBS Tradicional, entre as quais apenas 50% dos médicos estiveram envolvidos na educação permanente. Quanto aos enfermeiros, na ESF houve a participação de 75%, contra 66,67% nas UBS Tradicionais. Já os dentistas 66,67% e 50%, nesta ordem. Nos três modos de atenção as ações educacionais foram pouco presente entre os farmacêuticos.

Há urgente necessidade de se programar estratégias de educação permanente nos diversos serviços, imprescindíveis na constante atualização das condutas dos profissionais, no desenvolvimento de suas capacidades para solucionar problemas e no aperfeiçoamento dos processos de trabalho voltados ao cuidado das pessoas com condições crônicas de saúde. Capacidades estas que são pressupostos para a implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, entre as quais

é fundamental uma educação permanente que transponha os modelos tradicionais de educação dos profissionais em direção à valorização do trabalhador, e que considere suas experiências e conhecimento prévio e que seja fundamentada na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizada em pequenos grupos, sempre tendo como referência e ponto de partida as questões do mundo do trabalho que incidem sobre a produção do cuidado (MENDES, 2011; BRASIL, 2013b).

Quadro 12 – Avaliação de questões selecionadas do QualiAB.

<b>COMPONENTE ESTRUTURA</b>				
<b>Dimensão: Gerenciamento Local</b>				
<b>Subdimensão: Estrutura Física</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
16.7	A Unidade possui salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas	50,00	41,67	66,67
16.11	A Unidade possui sala para realização de atividades educativas e grupos	100,00	91,67	100,00
16.12	A Unidade possui consultório dentário	100,00	83,33	100,00
<b>% Média</b>		<b>83,33</b>	<b>72,22</b>	<b>88,89</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Satisfatório</b>	<b>Aceitável</b>	<b>Satisfatório</b>
<b>Subdimensão: Recursos de Apoio</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
17.10	A Unidade possui acesso à Internet	100,00	83,33	100,00
17.11	A Unidade possui acesso aos sistemas de informações para alimentação do banco de dados	100,00	100,00	100,00
<b>% Média</b>		<b>100,00</b>	<b>91,67</b>	<b>100,00</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>
<b>Subdimensão: Procedimentos Básicos</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
20.1	Exames Clínicos Laboratoriais (sangue, urina e fezes) colhidos na Unidade.	100,00	100,00	100,00
20.2	Glicemia de ponta dedo feita na Unidade	100,00	100,00	100,00
20.8	Eletrocardiograma (ECG) feito na Unidade	100,00	100,00	100,00
<b>% Média</b>		<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>

Continua.

Quadro 12 – Avaliação de questões selecionadas do QualiAB (Continuação)

<b>COMPONENTE ESTRUTURA</b>				
<b>Dimensão: Gerenciamento Local</b>				
<b>Subdimensão: Acesso aos Medicamentos e Insumos Básicos</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Indicadores</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
22.2.1	Regular Disponibilidade de medicamentos para diabetes tipo II	100,00	100,00	100,00
22.3.1	Regular Disponibilidade de medicamentos para hipertensão arterial	100,00	100,00	100,00
66.1	Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes na rotina da unidade	100,00	100,00	100,00
<b>% Média</b>		<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>
<b>Subdimensão: Estratégias de Educação Permanente no último ano</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Indicadores</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
109.1.2	Participação dos médicos	100,00	50,00	50,00
109.2.2	Participação dos enfermeiros	100,00	75,00	66,67
109.3.2	Participação dos dentistas	100,00	66,67	50,00
109.4.2	Participação dos farmacêuticos	50,00	33,33	33,33
109.5.2	Participação dos auxiliares/ técnicos de enfermagem	100,00	75,00	66,67
109.6.2	Participação dos auxiliares/ técnicos de higiene dental (auxiliar de saúde bucal)	100,00	50,00	50,00
109.7.2	Participação dos auxiliares de farmácia	50,00	41,67	33,33
109.9.2	Participação dos auxiliares administrativos	100,00	66,67	66,67
<b>% Média</b>		<b>87,50</b>	<b>57,29</b>	<b>52,08</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Satisfatório</b>	<b>Aceitável</b>	<b>Aceitável</b>

Fonte: QualiAB.

Deseja-se destacar que na ocorrência da inaptidão da equipe de saúde para o gerenciamento das condições crônicas, em virtude de falta de capacitação, a falha pode ser percebida no âmbito micro e afetar as relações entre a equipe e as pessoas usuárias e suas famílias (Mendes, 2012). Segundo o autor, a incompetência das equipes também reflete no plano meso, considerando que garantir as condições para que as equipes de saúde manejem bem as condições crônicas é responsabilidade da organização de saúde, o que inclui a provisão de

educação permanente. Cabe ainda impacto desta deficiência no plano macro, em virtude de possíveis inadequações das normas sobre os currículos de graduação e pós-graduação.

Ao encontro destas observações, ressalta-se que não é suficiente acreditar que acesso dos profissionais aos protocolos estabelecidos seja eficaz por si só. Há que se promover ações educativas para articula-los ao processo de trabalho das equipes.

### **4.3. O Componente Processo**

#### **4.3.1. Dimensão: Gestão da Atenção**

No Quadro 13, apresenta-se a dimensão Gestão da Atenção em suas subdimensões: Educação em Saúde, Organização do fluxo assistencial; Prevenção e diagnóstico; e Vigilância em saúde, respectivamente.

A respeito da subdimensão **Educação em Saúde**, percebe-se que a ESF se destaca com 80,56% de suas unidades desenvolvendo esta ação, enquanto os demais modos de atenção atingiram pontuações bastante inferiores. É notória a necessidade de programar ações na perspectiva da educação em saúde, em todos os grupos da APS do Município, tendo em vista que se trata de um grande pilar para o cuidado às pessoas com condições crônicas de saúde, que possibilita habilitar pessoas a serem corresponsáveis em seu plano de cuidado, desenvolver capacidade para solução de problemas e o acompanhamento de sua saúde.

Deseja-se ainda enfatizar que a Educação em Saúde também tem um papel fundamental no rearranjo do processo de trabalho das equipes, oportunizando novas ofertas de acesso e cuidado, mais inclusivas, e promissoras ao trabalho em equipe multiprofissional, como alternativa para o atendimento focado no profissional médico.

Também vale ressaltar que a realização de atividades de educação em saúde, é vital para a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, pois à partir da estratificação de risco, em média 70% das pessoas estarão classificadas com risco baixo, e estas, deverão ter em sua linha de cuidado uma frequência menor de

atendimentos individuais e várias oportunidades de atividades de educação em grupo (MENDES, 2012).

Os dados mostraram que abordagem de educação em saúde voltadas ao enfrentamento tabagismo, um dos importantes temas para prevenção e redução de riscos micro e macrovasculares na população com condições crônicas, não está incorporada na rotina de atendimento das equipes de saúde do Município, considerando que apenas 58,33% das equipes das ESF a utilizam na assistência aos usuários com DM, e nos demais modos de atenção esta não é uma prática.

Mostra-se que a realização de grupos, relativos às ações de Pré Natal, HAS, DM, entre outras condições crônicas, é uma realidade para 91,67% das USF, 66,67% das UBS tradicionais e 50% do CSE.

Olhando-se para o cenário das UBS com um todo, e possivelmente de muitas outras UBS do país, pode-se notar a dificuldade dos profissionais em realizar as práticas coletivas, ora pelo foco às condições agudas, sempre ganhando prioridade dentre as tarefas diárias, ora por falta de habilidade profissional para o seu desenvolvimento. Deste modo, a capacitação precisa acontecer para que as diversas categorias profissionais, inclusive as de nível médio, possam sentir-se confortáveis e preparadas para desempenhar estas ações na rotina de atendimento.

No que se refere à **organização do fluxo assistencial**, destaca-se que 100% das unidades do CSE realizam a avaliação dos resultados dos exames quando os mesmos chegam à Unidade, seguida das 83,33% das UBS Tradicionais e 75% das ESF. Quando os profissionais só conferem os exames na presença das pessoas usuárias, significa que os mesmos não farão tal procedimento na ocorrência da falta no dia da consulta. Esta questão foi incluída pelo fato de marcar uma tática importante para disparar a busca ativa.

No modelo de atenção hegemônico, centrado no atendimento individual, as vagas nas agendas dos profissionais estão sempre meses à frente, situação que participa da explicação de altos níveis de absenteísmo nas consultas, aumentando o risco de resultados alterados serem esquecidos, contribuindo para manutenção ou agravamento do descontrole metabólico e processos de vigilância em saúde ineficientes.

Quanto ao agendamento das consultas médicas com hora marcada para cada usuário, pode-se dizer que é realizado em 91,67% das ESF, 50% do CSE e 16,67% das UBS Tradicionais. Estes resultados revelam as oportunidades de acesso da comunidade aos serviços da APS, e denotam que grande parte das unidades do CSE e UBS tradicionais agendam vagas em bloco, podendo gerar demora no tempo de atendimento, que por sua vez pode repercutir negativamente na adesão das pessoas. Em contrapartida, todas as unidades oferecem a consulta médica e de enfermagem no mesmo dia como uma das opções de atendimento aos pacientes não agendados, importante oportunidade de acesso às pessoas em momentos de agudização das condições crônicas.

Evidencia-se que a convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para adultos com doenças crônicas (HAS e DM), com risco de complicações, em apenas 66,67% das USF, 33,33% das UBS Tradicionais, não sendo praticada pelas equipes do CSE. Tais resultados corroboram as respostas elencadas para a análise dos exames somente na presença dos usuários.

É importante que o Município elabore estratégias de monitoramento da frequência dos hipertensos e/ou diabéticos às atividades agendadas, e realize o emprego de esforços para garantir a adesão das pessoas com condições crônicas às atividades coletivas e individuais, com realização de busca ativa aos faltosos. A operacionalização da estratificação de risco dos usuários pode contribuir nesta tarefa, de forma a concentrar esforços para a vigilância em saúde ao menos dos usuários com maior grau de comprometimento de sua saúde.

A seguir, se apresenta o Quadro 13 que mostra a dimensão Gestão da Atenção em suas subdimensões Educação em Saúde e Organização do Fluxo Assistencial na análise de Processo.

Quadro 13 – Avaliação de questões relacionadas ao Componente Processo – Parte 1

<b>COMPONENTE PROCESSO</b>				
<b>Dimensão: Gestão da Atenção</b>				
<b>Subdimensão: Educação em Saúde</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
26.12	Abordagem ao tabagismo nas ações de educação em saúde realizadas na unidade no último ano	0,00	58,33	0,00
27.3	Realização de grupos relativos às ações programadas (Pré-Natal, hipertensão e diabetes, outros) como estratégias de educação em saúde desenvolvidas na Unidade	50,00	91,67	66,67
66.12	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, orientação de atividade física	100,00	91,67	66,67
<b>% Média</b>		<b>50,00</b>	<b>80,56</b>	<b>44,45</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Aceitável</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Insatisfatório</b>
<b>Subdimensão: Organização do Fluxo Assistencial</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
21.3	Avaliação dos Resultados quando os mesmos chegam à Unidade	100,00	75,00	83,33
28.1	As consultas médicas são agendadas com hora marcada para cada paciente	50,00	91,67	16,67
30.1	A consulta médica e de enfermagem no mesmo dia estão entre as opções de atendimento dos pacientes não agendados	100,00	100,00	100,00
31.9	A convocação de faltos em atividades e consultas agendadas é realizada para adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações	0,00	66,67	33,33
62.1	Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos é uma das ações de rotina para pessoas com DCNT	100,00	100,00	100,00
<b>% Média</b>		<b>70,00</b>	<b>86,67</b>	<b>66,67</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Aceitável</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Aceitável</b>

Continua

Quadro 13 – Avaliação de questões relacionadas ao Componente Processo – Parte 1  
(Continuação)

<b>COMPONENTE PROCESSO</b>				
<b>Dimensão: Gestão da Atenção</b>				
<b>Subdimensão: Prevenção e Diagnóstico</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
20.2	Realização de Glicemia de ponta de dedo (HGT) na unidade	100,00	100,00	100,00
66.4	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, prevenção e tratamento de obesidade às pessoas com DM	100,00	91,67	83,33
66.8	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés	100,00	75,00	83,33
66.9	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, realização de Treinamento para auto aplicação de insulina	100,00	100,00	83,33
<b>% Média</b>		<b>100,00</b>	<b>91,67</b>	<b>87,50</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>
<b>Subdimensão: Vigilância em Saúde</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>ESF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
62.3	Acolhimento de pacientes com queixas eventuais é uma das ações de rotina para pessoas com DCNT	100,00	100,00	83,33
62.6	Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento como rotina para a atenção aos pacientes com DCNT	100,00	100,00	16,67
62.9	Registro dos pacientes de risco diferenciado	0,00	16,67	0,00
93.6	Portadores de DM estão entre o público do atendimento odontológico	50,00	91,67	66,67
98.1	Os dados de produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade	100,00	75,00	66,67
<b>% Média</b>		<b>70,00</b>	<b>91,67</b>	<b>41,67</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Aceitável</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Insatisfatório</b>

Fonte: QualiAB.



Com vistas aos indicadores da subdimensão **prevenção e diagnóstico**, percebe-se que as Unidades do CSE desenvolvem 100% das metas, enquanto as Unidades da ESF e UBS Tradicional, 91,67% e 87,50%, respectivamente. Destaca-se que a rotina de avaliação dos pés das pessoas com DM é praticada por 83,33% das UBS Tradicionais e 75% das USF, e assim sendo, se constitui como um desafio para estes serviços, tal como a rotina de prevenção e tratamento da obesidade ainda é um desafio a ser superado para as USF e UBS.

Com relação à subdimensão **Vigilância em Saúde**, apenas 16,67% das USF realizam o Registro dos pacientes de risco diferenciado, não sendo praticado pela grande maioria dos serviços. Tal resultado compromete as estratégias de busca ativa e planejamento da assistência e acesso dos usuários, impactam de forma negativa na promoção da equidade do acesso, uma vez que pessoas que vivem com condições crônicas, em situações de risco alto, ou seja, que possuem controle metabólico prejudicado, morbidades associadas e/ou lesões de órgão alvo, competem com aquelas que já alcançaram as metas terapêuticas. Mais adiante será abordada a frequência de consultas por risco das pessoas com DM e poderá ser verificada a necessidade da estratificação do risco para a ordenação do cuidado da pessoa com DM.

Verifica-se ainda que as pessoas com DM estejam entre o público do atendimento odontológico apenas para 50% das unidades do CSE, 66,67% das UBS Tradicionais. Em contraponto, nas USF, 91,67% têm os usuários portadores de DM como foco da atenção odontológica (considerando que uma das equipes não possui equipe de odontologia).

A seguir, o Quadro 14 apresenta as subdimensões de Humanização do Cuidado e Seguimento Programático.

Na subdimensão **Humanização do Cuidado** 100% das equipes do CSE e da ESF declaram realizar a orientação e esclarecimento dos resultados dos exames nas ações de rotina às pessoas com DCNT. No entanto, no grupo das UBS Tradicionais esta porcentagem se deu em 83,33%, mostrando que parte destas unidades não atende a este critério, o que por sua vez se coloca como barreira na promoção do cuidado centrado na pessoa.

Em relação ao **Seguimento Programático** os resultados demonstram que a maioria das unidades de saúde da APS de Botucatu não se vale do uso de protocolo específico para o atendimento das pessoas com DM, sendo utilizado apenas em 50% das equipes do CSE, 33,33% das UBS Tradicionais e 25% das USF.

A abordagem da impotência sexual, a qual está associada ao diabetes, tabagismos, hipertensão, alcoolismo, entre outras condições crônicas de saúde, bem como a abordagem da importância da adesão dos homens às ações de tratamento da saúde, não fazem parte de parcela importante de unidades de saúde do município, nos diferentes modos de atenção.

No conjunto dos indicadores da subdimensão Seguimento Programático as unidades da ESF pontuaram 85,71%, seguida das unidades do CSE (85%) e, por fim, das UBS Tradicionais com 66,67% as quais apresentaram os mais baixos percentuais de unidades que referiram realizar a solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo estabelecido para o DM.

Abaixo se apresenta o Quadro 14 a subdimensão Humanização do Cuidado e Seguimento Programático.

Quadro 14 – Avaliação de questões relacionadas ao Componente Processo- Parte 2

<b>COMPONENTE PROCESSO</b>				
<b>Dimensão: Gestão da Atenção</b>				
<b>Subdimensão: Humanização do Cuidado</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>USF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
62.4	O esclarecimento e orientação dos resultados de exames são ações de rotina para pessoas com DCNT	100,00	100,00	83,33
63.3	Para as pessoas com DCNT consideradas "difíceis" (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros) usualmente a Unidades discute em equipe alternativas de abordagem/projeto terapêutico	50,00	83,33	66,67
<b>% Média</b>		<b>75,00</b>	<b>91,67</b>	<b>83,33</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>

Continua.

Quadro 14 – Avaliação de questões relacionadas ao Componente Processo- Parte 2 (Continuação).

<b>COMPONENTE PROCESSO</b>				
<b>Dimensão: Gestão da Atenção</b>				
<b>Subdimensão: Seguimento Programático</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>USF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
66.1	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, atendimento sem protocolo específico	50,00	25,00	33,33
66.2	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, acompanhamento com protocolo	100,00	91,67	33,33
67.2	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de Urina I	100,00	100,00	83,33
67.3	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de Microalbuminúria	100,00	75,00	83,33
67.4	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de Creatinina Sérica	100,00	100,00	66,67
67.7	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de HbA1c	100,00	100,00	100,00
67.8	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, solicitação de Exame de Fundo de Olho	100,00	100,00	83,33
67.9	Para pessoas com DM tipo II, a Unidade realiza, de rotina, Solicitação de Eletrocardiograma – ECG	100,00	100,00	83,33
68.12	Ações regularmente programadas para a saúde do homem, nesta Unidade, abordam a impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)	50,00	58,33	33,33
68.13	Ações regularmente programadas para a saúde do homem, nesta Unidade, abordam a importância da adesão às ações e tratamento de saúde	50,00	66,67	66,67
<b>% Média</b>		<b>85,00</b>	<b>85,71</b>	<b>66,67</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Aceitável</b>

Fonte: QualiAB.

### 4.3.2. Dimensão: Gerenciamento Local

O Quadro 15 apresenta o componente processo em sua dimensão Gerenciamento Local e subdimensão Informação, Planejamento e Avaliação.

Verifica-se que a prática de levantamento sobre a realidade local, por meio de dados dos programas de saúde não está incorporada no processo de trabalho de 50% das Unidades do CSE e das UBS Tradicionais e em 25% das USF, impactando os resultados de planejamento e reorganização da assistência na mesma proporção.

Estes achados corroboram com a análise de contexto que revelou que em todas as unidades de saúde existe um número superestimado de população cadastrada quando se compara às estimativas realizadas pelo IBGE, denotando que estes serviços enfrentam dificuldades para realizar as ações de planejamento e avaliação local.

Quadro 15 – Avaliação de questões relacionadas ao Componente Processo – Parte 3

<b>COMPONENTE PROCESSO</b>				
<b>Dimensão: Gerenciamento Local</b>				
<b>Subdimensão: Informação, Planejamento e Avaliação</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>USF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
101.1	A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de dados dos programas, como Pré-natal, atenção à criança, pessoas com doenças crônicas ou outros dados produção	50,00	75,00	50,00
103.4	As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal o planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais	50,00	75,00	50,00
<b>% Média</b>		50,00	75,00	50,00
<b>Avaliação</b>		<b>Aceitável</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Aceitável</b>

Continua

Quadro 15 – Avaliação de questões relacionadas ao Componente Processo – Parte 3  
(Continuação)

<b>COMPONENTE PROCESSO</b>				
<b>Dimensão: Gerenciamento Local</b>				
<b>Subdimensão: Reunião de Equipe</b>				
<b>Questão QualiAB</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de Unidade</b>		
		<b>CSE</b>	<b>USF</b>	<b>UBS Tradicional</b>
107.1	As Reuniões de equipe da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade semanal	0,00	25,00	16,67
107.2	As Reuniões de equipe da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade quinzenal	0,00	66,67	33,33
107.3	As Reuniões de equipe da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade mensal	50,00	0,00	16,67
107.6	Não ocorreram Reuniões de equipe da Unidade, o último ano	50,00	0,00	33,33
108.5	Entre os principais assuntos ou pautas das Reuniões de equipe, no último ano, esteve a organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações	100,00	75,00	66,67
108.8	Entre os principais assuntos ou pautas das Reuniões de equipe, no último ano, esteve a discussão dos casos	100,00	50,00	33,33
108.9	Entre os principais assuntos ou pautas das Reuniões de equipe, no último ano, esteve a elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)	50,00	25,00	33,33
108.1	Entre os principais assuntos ou pautas das Reuniões de equipe, no último ano, estiveram os informes	100,00	50,00	33,33
<b>% Média</b>		<b>56,25</b>	<b>32,14</b>	<b>16,67</b>
<b>Avaliação</b>		<b>Aceitável</b>	<b>Insatisfatório</b>	<b>Insatisfatório</b>

Fonte: QualiAB.

Os resultados obtidos na subdimensão Reunião de Equipe reforçam os efeitos da subdimensão Informação, Planejamento e Avaliação, tendo em vista que apontam a ocorrência de baixa periodicidade das reuniões de equipe no conjunto de Unidades Básicas de Saúde da APS de Botucatu.

Outro recurso importante para o desenvolvimento da atenção às condições crônicas de saúde que não vem sendo utilizado pela grande maioria das equipes é a elaboração dos projetos terapêuticos singulares para casos específicos. Apenas 50% das unidades do CSE, 33,33% das UBS Tradicionais e 25% das USF afirmaram realizar esta ação em reunião de equipe, a despeito da atuação do NASF-

AB no Município. Possivelmente, tal situação se coloca em virtude de a atenção estar focada na figura do profissional médico, como destacaremos adiante.

### 4.3.3. Dimensão: Acompanhamento da Pessoa com Diabetes Mellitus

#### 4.3.3.1. Perfil e proporção de pessoas com DM na APS de Botucatu

Neste estudo, consideraram-se pessoas com DM aquelas que retiraram medicamentos para esta condição nas APS de Botucatu, no período de 2015 a 2017, sendo apresentadas na Tabela 04, segundo os anos e os tipos unidade estudadas.

Tabela 04 – Número e distribuição de pessoas com Diabetes Mellitus que tiram medicações para esta condição de saúde em unidades da Atenção Primária em Saúde, Botucatu-SP, 2015-17

ANO	CSE		UBS TRADICIONAL		ESF		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2015	1.562	23,79	2.655	40,43	2.350	35,78	6.567
2016	1.603	23,02	2.857	41,03	2.504	35,96	6.964
2017	1.689	22,25	3.080	40,57	2.823	37,18	7.592

Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver®.

De acordo com esta Tabela, foi identificada a ocorrência de 6.567 pessoas com DM em 2015, 6.964 em 2016 e 7.592 em 2017, significando um incremento de 1.025 casos, no triênio. O aumento foi da ordem de 20% nas unidades de ESF, 16% nas UBS e 8% nas Unidades do CSE.

Em média, aproximadamente 40% das pessoas com DM estão cadastradas nas Unidades do Modelo Tradicional, 37% da ESF e nas Unidades do CSE, 23%.

A análise da distribuição das pessoas com DM, segundo as **faixas etárias**, revelou a maior ocorrência de casos no intervalo de idade de 45 a 64 anos, com a média de 47,09% do total, no período do estudo, conforme Tabela 05.

Tabela 05 – Proporção de pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo ano e faixa etária, APS de Botucatu-SP, 2015-17

ANO	20 - 44a	45 -64 a	65a e +
2015	8,88	45,21	45,91
2016	9,52	47,10	43,38
2017	11,04	48,97	39,99
Média	9,81	47,09	43,09

Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Em média, do total de pessoas com DM, 43,09%, tinha 65 anos ou mais, enquanto os usuários entre 20 a 44 anos obtiveram a menor proporção (9,81%).

O cálculo da proporção de DM na APS de Botucatu-SP foi alicerçado na estimativa populacional para o ano de 2017 (BOTUCATU EM DADOS, 2017), conforme as faixas etárias estudadas. A publicação intitulada “Botucatu em Dados” traz, dentre outras, informações demográficas relativas ao território de abrangência de cada unidade de saúde, em conformidade com as áreas censitárias do IBGE.

Isto posto, apresenta-se a seguir, na Tabela 06, a proporção de DM nas unidades APS de Botucatu, agrupadas segundo modo de gestão.

Tabela 06 – Proporção pessoas com Diabetes Mellitus (\*) na população com 20 anos ou mais de idade, segundo tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2017

Tipo Unidade	Estimativa População 2017	Total Casos de DM	Proporção
CSE	27.211	1.689	6,21
UBS TRADICIONAL	46.473	3.080	6,63
ESF	42.571	2.823	6,63
Total Geral	116.255	7.592	6,53

Fonte: Sistema Municipal de Saúde - Vivver® (casos de DM). Dados Demográficos (BOTUCATU EM DADOS, 2017).

(\*) Pessoas que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Observa-se que a maioria das pessoas com DM é atendida nas UBS Tradicionais, seguidas pelas unidades da ESF e do CSE. Se considerada a população das áreas de abrangência destas unidades, observa-se que esta diferença decorre do tamanho das populações adscritas, de modo que a proporção do DM é homogênea no conjunto do município, em média 6,53%, em adultos com 20 ou mais anos de vida, compatível com as prevalências observadas no Brasil e no

mundo, já mencionadas no Capítulo 1.3. (FID, 2014; SBD, 2016; BRASIL, 2011c.), aliás, discretamente inferiores.

Nas Tabelas, 07, 08 e 09, a proporção de DM é discriminada por tipo de UBS, sexo e idade. Em conformidade com a literatura (PARANÁ, 2018; BRASIL, 2011c), a proporção de pessoas com DM, cresce expressivamente com a idade. Passando de 1,36% na faixa de 20 a 44 anos, para 9,67% de 45 a 64 anos e 18,54% nas pessoas com 65 anos e mais. A título de comparação, deve-se mencionar que, em 2011, a proporção de DM autorreferido foi de 21,6% na faixa etária de 65 anos e mais, segundo levantamento nacional (BRASIL, 2011c).

Tabela 07 – Proporção pessoas com Diabetes Mellitus (\*) na população de 20 a 44 anos de idade, segundo o sexo e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2017

Tipo Unidade	20 a 44 anos								
	FEM			MASC			Total Pop	Total DM	
	Pop	DM	%	Pop.	DM	%		Nº	%
CSE	4.731	78	1,65	4.481	72	1,61	9.212	150	1,63
UBS TRADICIONAL	12.819	155	1,21	12.167	125	1,03	24.986	280	1,12
ESF	13.641	252	1,85	13.605	156	1,15	27.246	408	1,50
Total Pop.	31.191	485	1,55	30.253	353	1,17	61.444	838	1,36

Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver® (casos de DM). Dados Demográficos (BOTUCATU EM DADOS, 2017).

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Tabela 08 – Proporção de pessoas com Diabetes Mellitus (\*) na população de 45 a 64 anos de idade, segundo o sexo e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2017

Tipo Unidade	45 - 64 anos								
	FEM			MASC			Total Pop	Total DM	
	Pop.	DM	%	Pop.	DM	%		Nº	%
CSE	6.459	432	6,69	5.540	328	5,92	11.999	760	6,33
UBS TRADICIONAL	7.844	784	9,99	6.751	674	9,98	14.595	1.458	9,99
ESF	5.980	866	14,48	5.861	634	10,82	11.841	1.500	12,67
Total Pop.	20.283	2.082	10,26	18.152	1.636	9,01	38.435	3.718	9,67

Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver® (casos de DM). Dados Demográficos (BOTUCATU EM DADOS, 2017).

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.



Tabela 09 – Proporção de pessoas com Diabetes Mellitus (\*) na população com 65 anos e mais de idade, segundo o sexo e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2017

Tipo Unidade	≥ 65 anos								
	FEM			MASC			Total Pop	Total DM	
	Pop.	DM	%	Pop.	DM	%		Nº	%
CSE	3.652	464	12,71	2.348	315	13,42	6.000	779	12,98
UBS TRADICIONAL	4.178	825	19,75	2.714	517	19,05	6.892	1.342	19,47
ESF	1.821	566	31,08	1.663	349	20,99	3.484	915	26,26
Total Pop.	9.651	1.855	19,22	6.725	1.181	17,56	16.376	3.036	18,54

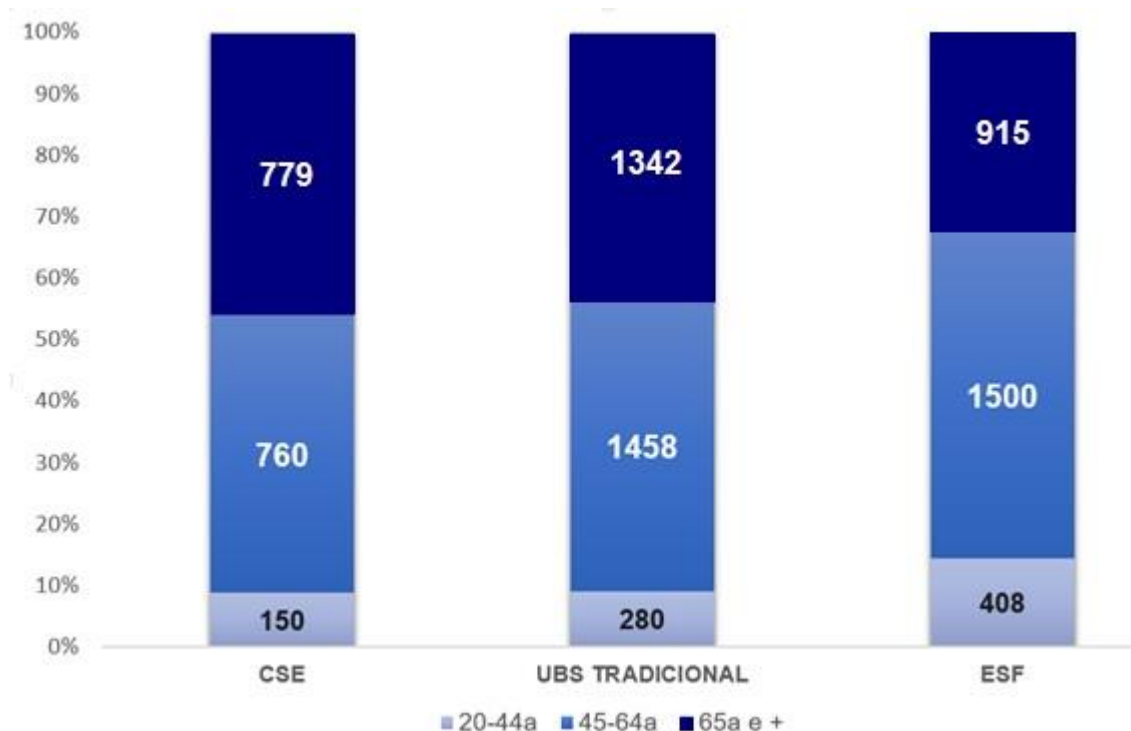
Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver® (casos de DM). Dados Demográficos (BOTUCATU EM DADOS, 2017).

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Deste grande conjunto de informações, deve-se destacar o seguinte: a) em todas as faixas etárias a proporção é maior no sexo feminino, a exemplo do padrão nacional (SBD, 2017); b) na faixa dos 20 a 44 anos, a proporção é sensivelmente menor nas UBS Tradicionais, em ambos os sexos; c) a partir dos 45 anos, a proporção é expressivamente maior nas unidades da ESF, especialmente entre as mulheres. A amplitude da proporção de DM variou de 1,03% em homens adultos jovens das UBS tradicionais, até 31,08%, em mulheres idosas das USF.

Assim sendo, evidencia-se que, nas unidades de ESF há uma presença maior de adultos jovens quando comparadas aos outros modos de atenção. Em contrapartida no CSE, predominam os idosos, ficando as UBS Tradicionais em situação intermediária, conforme ilustrado no Gráfico 10, a seguir.

Gráfico 10- Número e distribuição percentual de pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo faixa etária e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2015-17

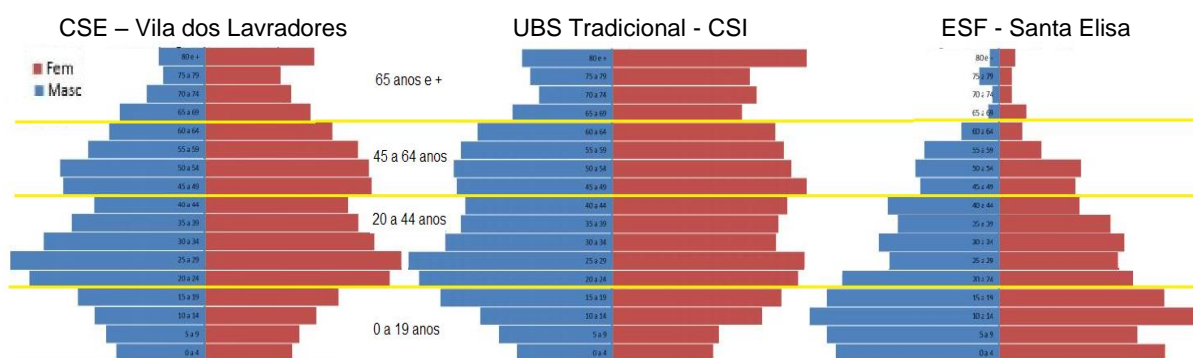


Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Tal distribuição espelha a composição etária dos territórios das unidades, a se considerar que as unidades de ESF localizam-se em áreas de ocupação urbana mais recente, incluindo novos conjuntos habitacionais, onde a população é mais jovem. Ao contrário, o envelhecimento populacional é maior no CSE e UBS Tradicionais. A título de exemplo, compare-se a pirâmide populacional de três áreas representativas de cada tipo de modo de gestão (ver Gráfico 11).

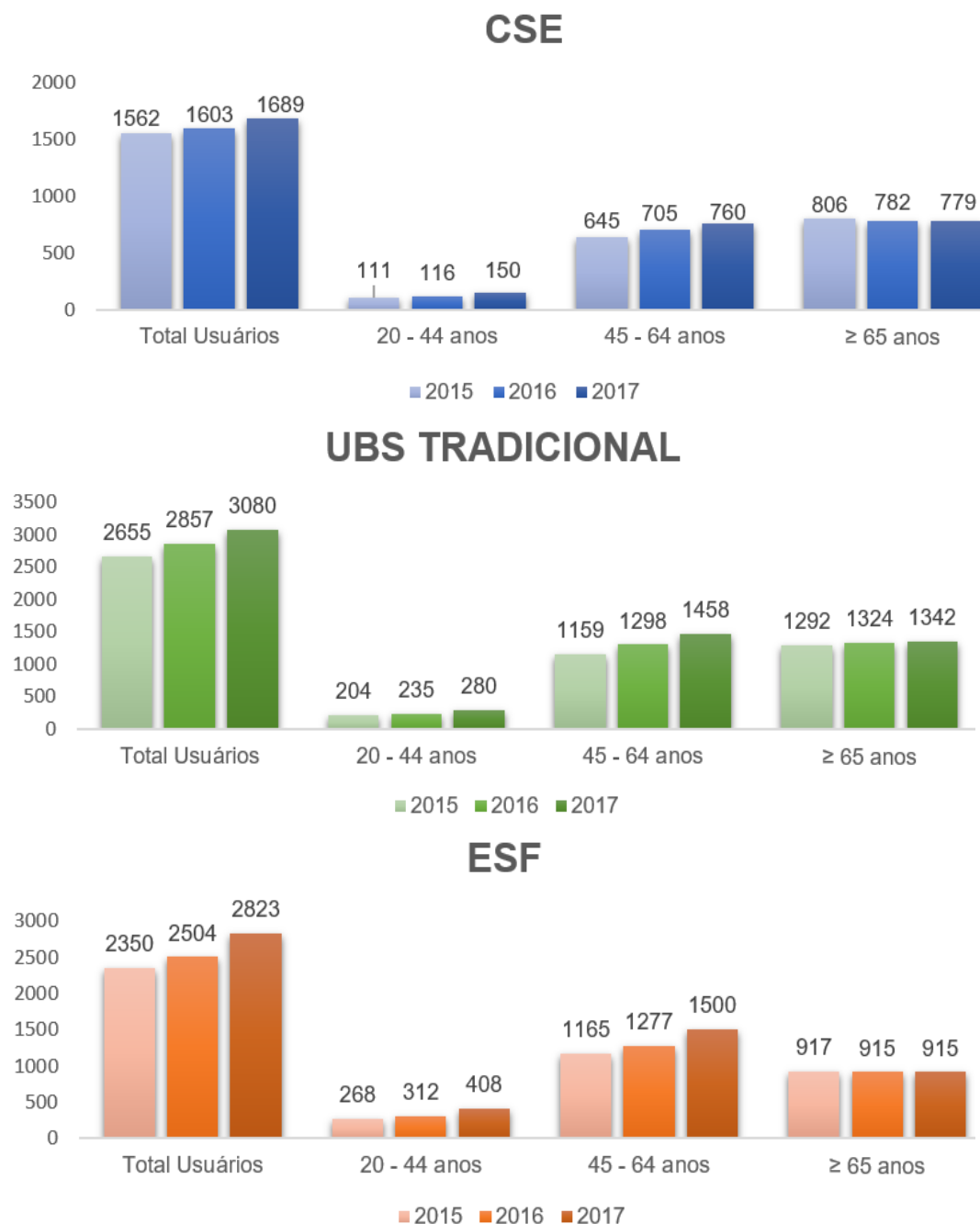
Gráfico 11 – Pirâmides Populacionais, de áreas escolhidas segundo modelo de gestão de UBS, Município de Botucatu, 2015



Fonte: BOTUCATU EM DADOS, 2015.

O Gráfico 12 apresenta a distribuição, das pessoas com DM, em números absolutos, segundo tipos de UBS e idade, durante o triênio 2015-17.

Gráfico 12 – Número de pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo faixa etária e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2015-17



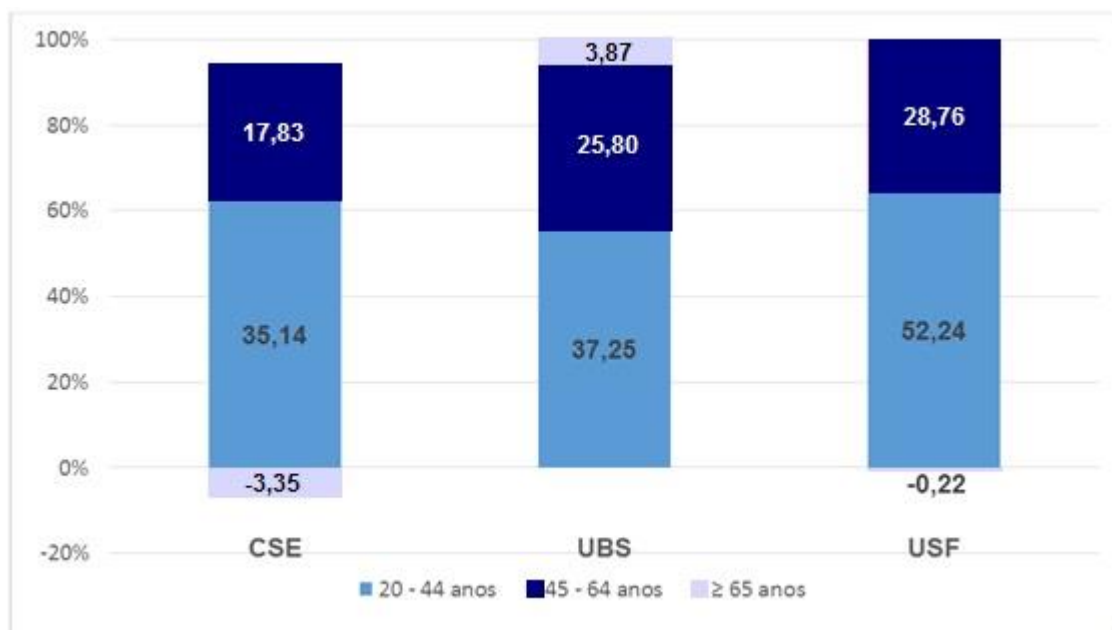
Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Enquanto o número de pessoas com DM com idade de 65 anos ou mais, manteve-se relativamente estacionário, cresceu sensivelmente o número de adultos

jovens (20 a 44 anos) e maduros (45 a 64 anos), especialmente entre os primeiros. Se o número total de pessoas com DM cresceu 16% no período, a amplitude desta variação foi +52,24% entre adultos jovens nas ESF a -3,35% entre idosos do CSE, conforme apresentado no Gráfico 13.

Gráfico 13- Percentual de aumento do número de pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo a faixa etária e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2015-17



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Quanto ao **sexo**, observa-se uma predominância feminina, em todo o período e tipos de UBS, com um total de 4.422 mulheres (58,25%) e 3.170 (41,75%) homens, no ano de 2017, e que a concentração do sexo feminino prevalece maior nas Unidades dos três modos de atenção à saúde podendo ser observado com mais clareza na ilustração do Gráfico14 a seguir.

A proporção de pessoas com DM no sexo feminino, no ano de 2017, foi de 7,23% contra 5,75% no masculino, valores semelhantes aos encontrados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013), respectivamente 7,0% e 5,4%, na população com idade de 18 anos e mais.

Gráfico 14- Proporção de pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo sexo e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2015-17

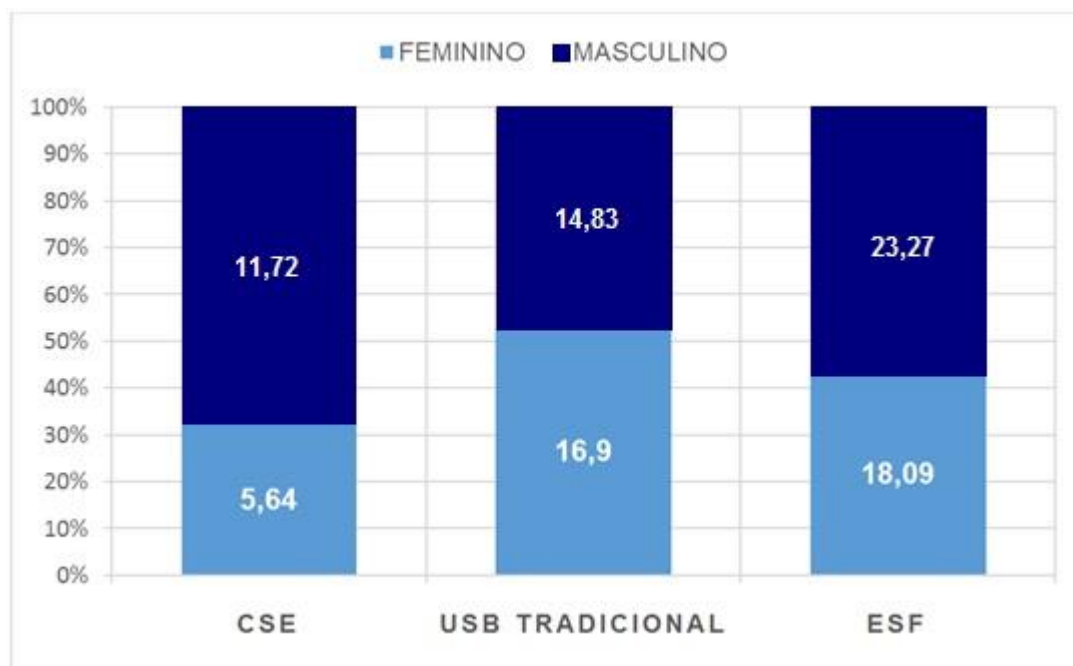


Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Constatou-se discreta variação da distribuição percentual entre os sexos nas três modalidades de serviços e diferentes anos. Durante o triênio houve crescimento do número absoluto de pacientes em ambos os sexos, sendo maior no sexo masculino (16,61%), e 13,54% no feminino. A distribuição deste incremento, por tipo de unidade encontra-se no Gráfico 15.

Gráfico 15- Porcentagem de crescimento do número de pessoas com Diabetes Mellitus(\*), segundo sexo e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2015-17



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Na elaboração do perfil das pessoas com DM, foi investigada a associação com a Hipertensão Arterial Sistêmica, por meio da retirada concomitante de hipoglicemiantes e anti-hipertensivos. A análise mostra que no triênio, 2015-17, 68,35% das pessoas com DM tinham HAS associada, resultado inferior ao encontrado por Ferreira (2009), de 80,9%. Em 2013, Moreschi (2015), no RS, encontrou a ocorrência de 76,9% desta associação. Na Tabela 10, pode-se observar que esta comorbidade é mais frequente nas unidades de ESF (6,51% acima do CSE), o que não seria de se esperar dado que nestas unidades a população e os casos de DM têm uma maior composição de adultos jovens. Tal circunstância é relevante por acarretar risco adicional de complicações cardiovasculares a estas pessoas.

Tabela 10 – Distribuição de pessoas com Diabetes Mellitus isolada e associada à Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2017

TIPO DE UNIDADE	DM		DM + HAS		TOTAL
CSE	591	34,99	1098	65,01	1689
UBS TRADICIONAL	1008	32,73	2072	67,27	3080
ESF	804	28,48	2019	71,52	2823
TOTAL GERAL	2403	31,65	5189	68,35	7592

Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Em 2017, as pessoas com DM insulínodépendentes representaram 29,45% do total. Neste subgrupo, a ocorrência de HAS associada foi mais elevada, chegando a 73,72% dos casos.

#### 4.3.3.2. Consultas realizadas

##### Consultas Médicas Básicas

Em 2016, foram registradas 15.325 consultas médicas às pessoas com DM, realizadas por profissionais clínicos gerais e médicos da Estratégia Saúde da Família da APS de Botucatu, sendo, no geral, 57,47% do tipo consulta espontânea e 42,53% agendadas, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 – Número e concentração de consultas médicas às pessoas com Diabetes Mellitus(\*) nas clínicas básicas, segundo tipo de atendimento e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipos de Unidade	Consulta agendada		Consulta espontânea		Total de consultas	Total de pessoas com DM	Consultas / pessoas com DM
	Nº	%	Nº	%			
CSE	469	50,70	456	49,30	925	1.603	0,57
UBS TRAD.	3.135	49,68	3.176	50,32	6.311	2.857	2,20
USF	2.913	36,01	5.176	63,99	8.089	2.504	3,23
TOTAL	6.517	42,53	8.808	57,47	15.325	6.964	2,20

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

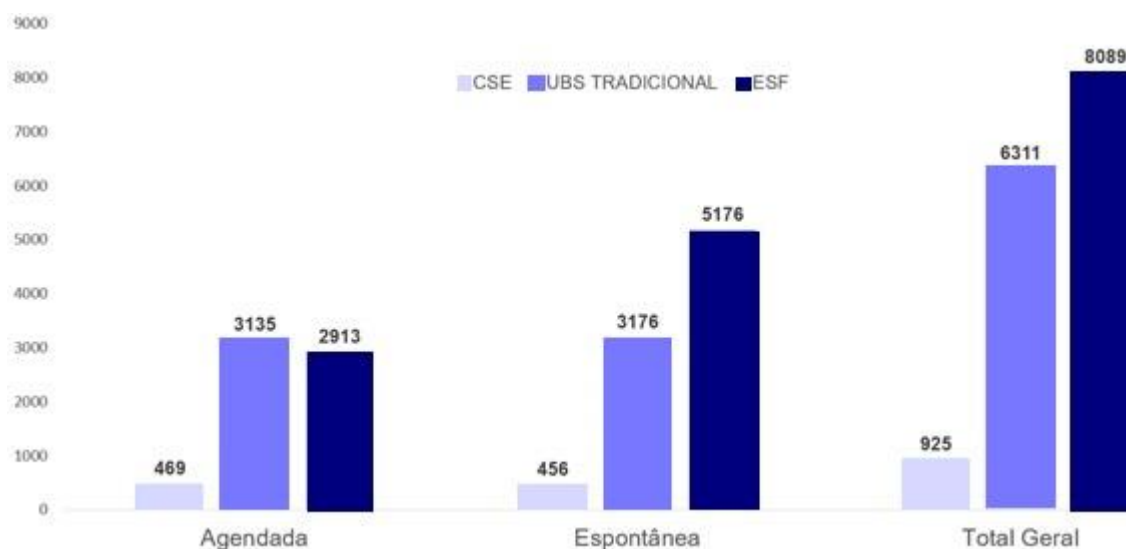
(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

As Unidades da ESF obtiveram a menor proporção de consultas agendadas (36,01%), no entanto, no total de atendimentos médicos, obteve a proporção de 3,23 consultas por pessoa com DM. Em contrapartida, as Unidades do CSE

apresentaram a maior proporção de atendimentos médicos agendados, porém, a relação do total de consultas para a população com DM cadastrada foi de 0,57 consulta para cada indivíduo. Ressalta-se que as concentrações representam o total da proporção entre o número total de consultas e o total de pessoas que retiraram medicações hipoglicemiantes (sujeitos desta pesquisa) e não os que efetivamente passaram por consulta médica no período.

Tais resultados estão expressos, em números absolutos, no Gráfico 16.

Gráfico 16 – Número de consultas médicas em clínicas básicas (\*) a pessoas com Diabetes Mellitus(\*\*), segundo tipo de atendimento e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016.



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Realizadas por médicos clínicos gerais ou médicos de ESF.

(\*\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

É importante mencionar que a rede básica de Botucatu realiza a distribuição de medicações a todos os munícipes, mediante apresentação de prescrições emitidas por profissionais vinculados aos serviços de saúde, públicos e privados. Dessa forma, nem todo acesso aos medicamentos significa que a pessoa realizou acompanhamento de saúde na rede pública de saúde.

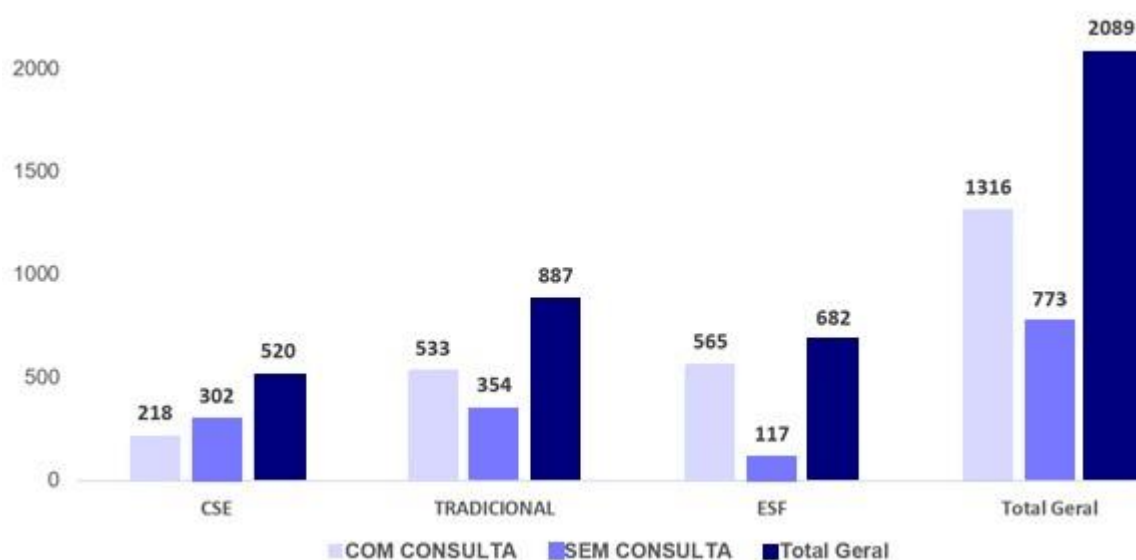
Tal circunstância é relevante considerando que, a título de exemplo, consta na relação municipal de medicamentos, estabelecida pela Secretaria de Saúde de Botucatu, a Vildagliptina (Galvus®), hipoglicemiante bastante procurado por pessoas com DM, com custo mensal médio aproximado de 1/3 do salário mínimo. Ou seja, representa um desembolso significativo para os padrões brasileiros de renda. Desta



maneira, a oferta deste e outros medicamentos, pode potencialmente atrair para os serviços do SUS, exclusivamente para tal finalidade, pessoas usuárias da Saúde Suplementar, que em Botucatu representam 30% da população, conforme mencionado no Capítulo 4.2 deste estudo.

Diante disso, buscou-se analisar o banco de dados a fim de elucidar o comportamento das pessoas que utilizam a medicação Vildagliptina, conforme Gráfico 17, apresentada na sequência.

Gráfico 17 – Número de pessoas com Diabetes Mellitus (\*) em uso de Vildagliptina, segundo a participação em atividades de consulta e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016.



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Constatou-se a presença de 2.089 indivíduos em uso deste medicamento, representando, em média, 30,18% do total de Pessoas com DM, identificadas no referido ano, percentagem relativamente homogênea entre as unidades dos diferentes modos de atenção à saúde.

No geral, 63,00% destas pessoas (1.316) participaram de atividades de consulta, considerando-se quaisquer profissionais atuantes na rede básica, ou seja, 773 pessoas procuraram as UBS apenas para retirada de medicamentos. Comparando-se os tipos de unidades, viu-se que esta proporção de pessoas com consultas é consideravelmente maior entre os usuários das ESF (82,84%), 60,09% nas UBS Tradicionais e 41,92% nos serviços do CSE.

Verificou-se ainda, que os usuários da Vildagliptina representam 41,20 % das pessoas com DM que não realizaram o exame laboratorial de HbA1c nas Unidades do CSE, 19,88% das UBS tradicionais e 10,80% das unidades da ESF, atingindo a média geral de 21,49% para o total de pessoas com DM sem este exame.

Contudo, a análise do banco de dados do Sistema Vivver® mostrou que para o ano de 2016, das 6.964 pessoas com DM, identificadas pela aquisição de hipoglicemiantes, 1.665 pessoas não passaram por atendimentos médicos, sendo que destas 773, como já mencionadas, frequentaram somente para a aquisição da medicação Vildagliptina, restando 882 pessoas que provavelmente são SUS-dependentes. No que tange da continuidade do cuidado, é importante que estes serviços estejam atentos para evitar a prática de renovação de receitas sem pelo menos um atendimento no semestre.

No que se refere a distribuição de atendimentos médicos em relação ao sexo, mostrou-se maior participação de feminina com uma concentração geral de 2,43 atendimentos por mulher com DM, contra 1,87 atendimentos para os homens (ver Gráfico 18). Esta superioridade de cobertura é 30% maior para as mulheres, portanto da predominância de 25% do sexo feminino no conjunto de pessoas com DM. A cobertura de consultas médicas no sexo feminino é mais expressiva nas unidades de ESF (32,7% maior) do que nas unidades do CSE (21,5% maior).

Gráfico 18 – Número e concentração de consultas médicas nas especialidades básicas às pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo sexo e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016



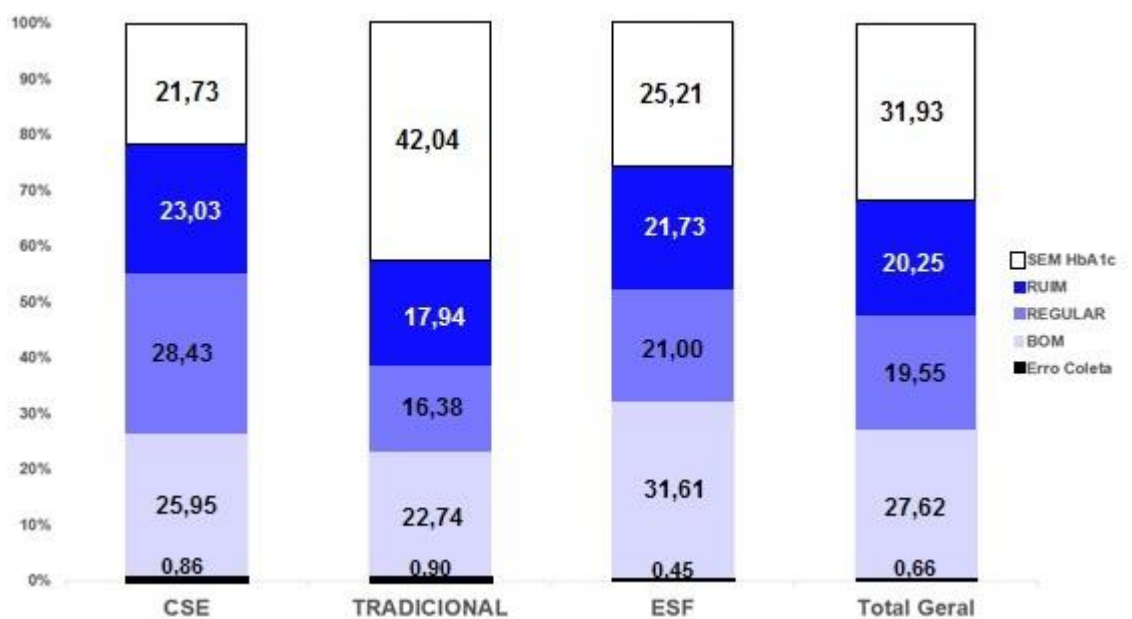
Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Uma das considerações mais importantes a ser apontada a respeito da assistência médica, se refere à distribuição dos atendimentos segundo a classificação do controle metabólico do DM, assim considerado: bom ( $HbA1c < 7,0\%$ ), regular ( $7,0\% HbA1c < 9,0\%$ ) e ruim ( $HbA1c \geq 9,0\%$ ).

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, a realização da HbA1c mínima deve ser de anual a quadrimestral a depender do risco e classificação do controle metabólico de cada pessoa com DM (PARANÁ, 2018). Observa-se no Gráfico 19 que, nas unidades de APS de Botucatu, em cerca de 32% das pessoas não há o registro desta classificação, pela ausência da realização do exame. Considerando aquelas pessoas que realizaram o exame HbA1c, constata-se que nas unidades de ESF predomina com mais evidência controle metabólico bom, e regular, também assim ocorre nas UBS Tradicionais. Nas unidades do CSE, predomina a condição regular de controle metabólico.

Gráfico 19 – Distribuição percentual de pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

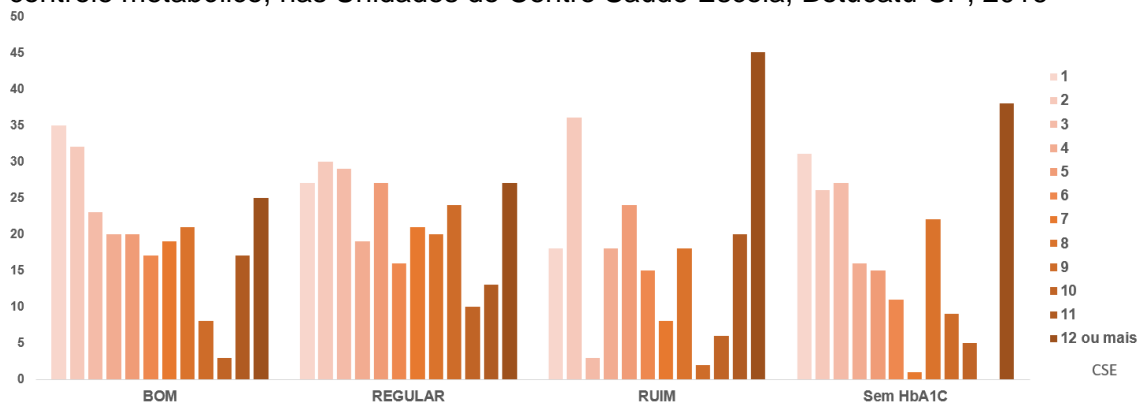
(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Considera-se que o acompanhamento individual deve-se pautar na análise do risco cardiovascular, no controle metabólico, na análise das comorbidades, bem como no desempenho da pessoa com DM ou qualquer indivíduo com condições crônicas de saúde, em relação plano de metas de cuidado elaborado (MENDES, 2012;BRASIL, 2013c; 2014a). Tais análises devem amparar as equipes das UBS como ferramenta para balizar os parâmetros de cuidado, avaliação e periodicidade do acompanhamento das pessoas (Brasil, 2013d).

Abaixo, os Gráficos 20, 21 e 22, individualizados por tipo de UBS, exibem a distribuição anual de consultas médicas, segundo classificação de controle metabólico, com variação de uma a doze ou mais consultas no ano de 2016.

Evidenciou-se a inobservância por parte das equipes assistenciais, quanto à situação de controle metabólico das pessoas com DM, no planejamento das consultas. Existe, em todos os modos de atenção, grande quantidade de usuários, com controle metabólico do DM, classificado como bom, ocupando posições de maior frequência de consultas médicas, ao passo que também se percebeu alta concentração de usuários com controle metabólico ruim com baixas frequências de atendimentos no ano, inclusive com apenas uma consulta.

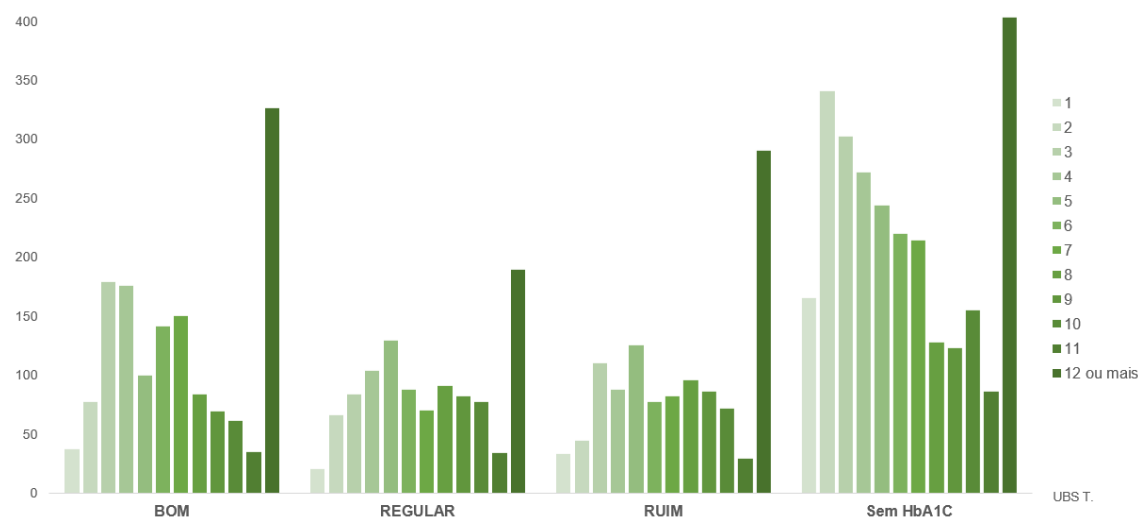
Gráfico 20 – Distribuição de pessoas com Diabetes Mellitus(\*) atendidas pelos médicos clínicos gerais, segundo número de consultas no ano e classificação de controle metabólico, nas Unidades do Centro Saúde Escola, Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

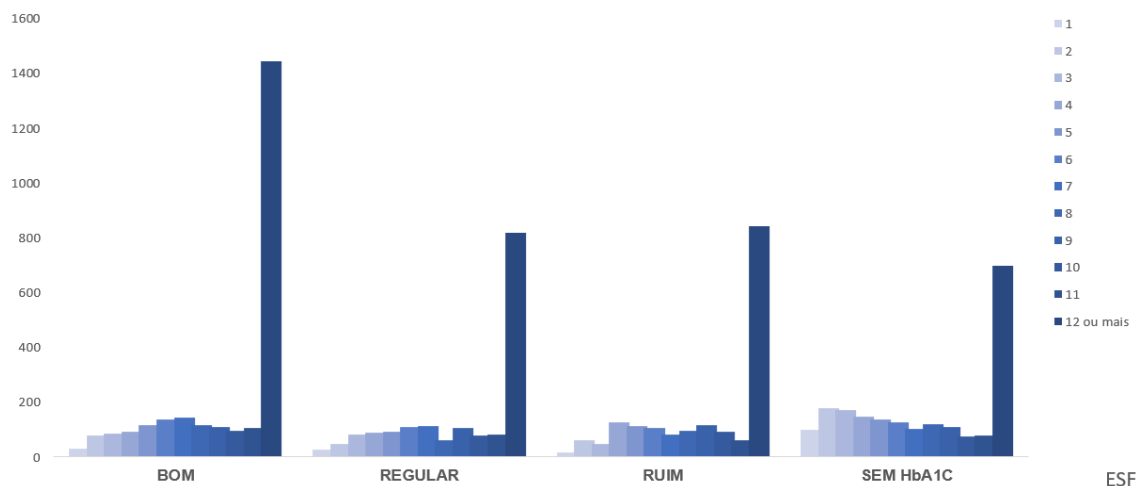
Gráfico 21 – Distribuição de pessoas com Diabetes Mellitus (\*) atendidas pelos médicos clínicos gerais, segundo número de consultas no ano e classificação de controle metabólico, nas Unidades de Modelo Tradicional de Atenção à Saúde, Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Gráfico 22 – Distribuição de pessoas com Diabetes Mellitus (\*) atendidas pelos médicos da Estratégia Saúde da Família, segundo número de consultas no ano e classificação de controle metabólico, nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Cabe mencionar que estes resultados expressam a focalização da atenção ao DM no profissional médico, melhor explicitado à frente quando apresentados os resultados referentes às demais categorias profissionais que compõe as equipes, e que, provavelmente, espelham o desfecho para o tratamento das demais condições de saúde no cenário da APS do Município. Ademais, há consistentes evidências na literatura mostrando que a maior frequência de atendimentos médicos, em particular, não está relacionada à melhoria dos resultados clínicos das pessoas acompanhadas (NRHI *apud* MENDES, 2012).

Percebe-se ainda que muitas pessoas com DM que não realizaram o exame de HbA1c obtiveram seis ou mais consultas médicas no ano. Tais resultados mostram a dificuldade, por parte das equipes, em se atentarem para o uso de protocolos clínicos e diretrizes da Política de Humanização do Cuidado, no que tange à prática da integralidade do cuidado, pois, independente do motivo de demanda que as pessoas com DM possam ter trazido nos momentos de consulta, especialmente as de caráter espontâneo, sua condição crônica de saúde deveria ter sido observada para a tomada de decisões adequadas à execução da programação em saúde, no âmbito individual e sanitário (BRASIL, 2004).

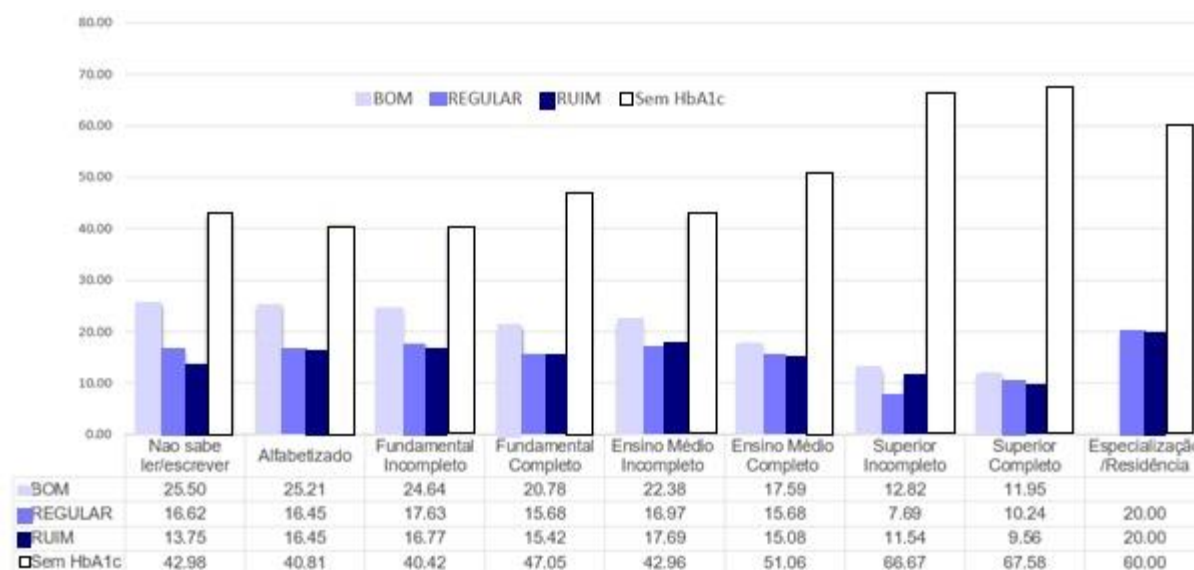
Neste contexto, ressalta-se que a APS, como pretensa ordenadora da rede de atenção, no sentido mais amplo, envolvendo todos os níveis atenção à saúde sejam

secundários ou terciários, deve propalar informações e diagnósticos pautados em parâmetros de riscos e necessidades de saúde, informações estas que irão direcionar a estrutura e planejamento necessários em todos os demais níveis de atenção do sistema de saúde (MENDES, 2015).

Conforme mencionado por este autor, a programação deve ser pautada por estratos de riscos, os quais fazem parte das linhas guia da APS (expressas em portarias e cadernos de atenção básica), em virtude de que os tratamentos clínicos diferem de um estrato para outro, de modo que as consultas médicas devem ser mais frequentes nos estratos de maior risco e vice-versa.

Merece consideração a estratificação das pessoas com DM, de acordo com seu grau de escolaridade e a classificação do controle metabólico, conforme consta do Gráfico 23

Gráfico 23- Relação entre Grau de Escolaridade e controle metabólico das pessoas com Diabetes Mellitus (\*), APS de Botucatu-SP, 2016



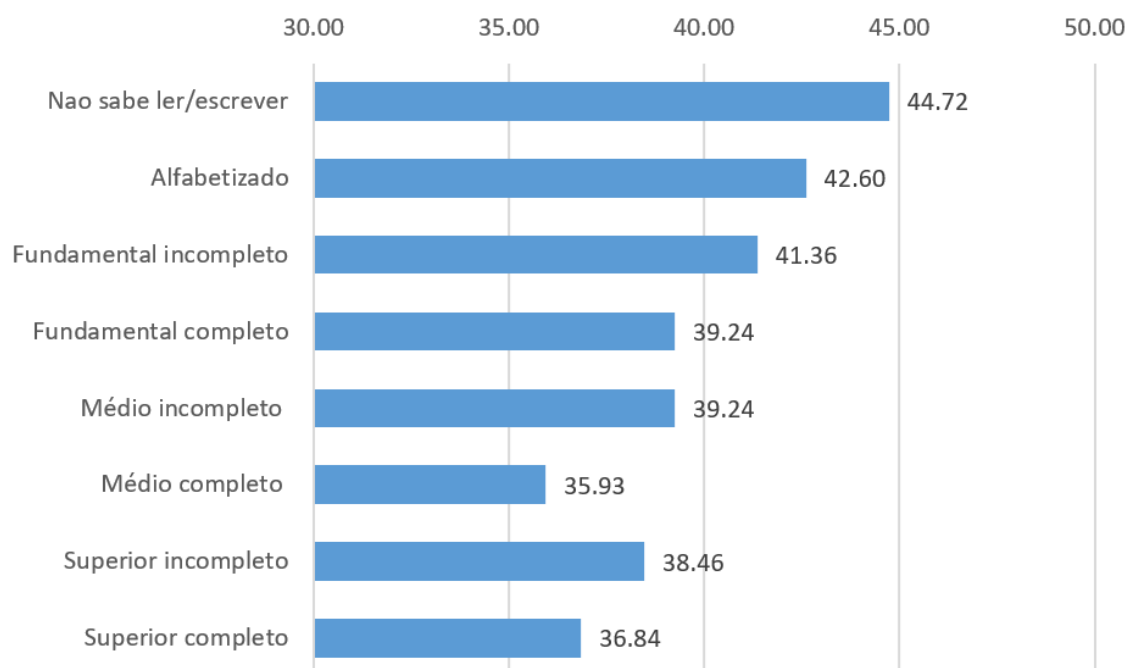
Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Observa-se que quanto maior o nível de escolaridade, menor é a concentração de usuários que realizaram o exame laboratorial de HbA1c, que determina sua classificação de controle metabólico. Consta-se ainda que, quanto menor o nível de escolarização, maior é a proporção de usuários com bom controle metabólico.

Tais resultados podem ser parcialmente explicados pela redução de participação em atividades de consulta médica à medida que as pessoas usuárias apresentam maior nível de escolaridade, conforme retratado no Gráfico 24.

Gráfico 24 – Proporção de consultas médicas para cada 100 pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo grau de escolaridade, APS de Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de Saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

### Consulta Médicas Especializadas

Mendes (2015) apresenta outro ponto fundamental, que exemplifica o potencial ordenador da APS em outros níveis de atenção e que, em nosso entendimento, impacta, consideravelmente, a promoção da equidade do acesso à saúde: a programação de consultas especializadas exclusivamente, às pessoas de alto ou muito alto risco.

Neste estudo, a estratificação de riscos dos usuários não foi abordada, em virtude da ausência de lançamentos de dados, de forma sistemática, por parte das equipes (relacionados aos resultados de peso, altura, níveis de pressão arterial sistêmica), bem como, em decorrência da ausência de acesso aos dados sobre possíveis internações, considerando que cada nível de atenção utiliza sistemas de informação de saúde distintos.



À despeito destas considerações, a classificação de controle metabólico, estimada pelos escores de HbA1c, na população de pessoas com DM estudada, vem a oferecer um parâmetro considerável de que o acesso à atenção médica especializada tem ocorrido sem a devida observação dos critérios clínicos estabelecidos. Ou seja, pacientes com controle metabólico bom, tendo acesso frequente a consultas especializadas, com potencial prejuízo às pessoas de maior risco.

Tabela 11 – Número absoluto e médio (\*) de consultas médicas especializadas para pessoas com Diabetes Mellitus (\*\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipo Unidade	Erro		BOM		REGULAR		RUIM		SEM HbA1c		Total Geral Consultas		Total Pessoas com DM
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CSE	4	44,44	130	40,12	112	36,72	62	26,72	124	16,92	432	26,95	1.603
TRADICIONAL	3	18,75	152	33,63	88	29,53	110	35,48	293	16,45	646	22,61	2.857
ESF	3	17,65	35	6,03	28	6,93	13	3,10	47	4,34	126	5,03	2.504
Total Geral	10	23,81	317	23,38	228	22,64	185	19,23	464	12,90	1.204	17,29	6.964

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Número médio = nº de consultas com médicos especialistas/ nº de pessoas na condição.

(\*\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

De forma geral, em 2016, 17,29% as pessoas com DM foram atendidas por médicos especialistas. A proporção de usuários contemplados foi bastante diferente entre os tipos unidades, sendo da ordem 26,95% para o total de pessoas com DM cadastradas nas Unidades CSE, 22,61% nas Unidades de Modelos Tradicionais e apenas 5,03% das Unidades do ESF. Tal resultado pode ser explicado, em parte, pelo fato de que, à exceção das unidades da ESF, médicos especialistas fazem parte de várias unidades que compõem o grupo de UBS Tradicional e CSE (ver Tabela 11)

Com relação à distribuição de consultas especializadas por classificação de controle metabólico, temos a maior proporção de atendimento entre as pessoas com controle metabólico bom (23,81%) e menor entre as pessoas com controle ruim (19,23%), resultados estes que se opõem com as diretrizes de atenção mencionadas anteriormente e validam o acesso indiscriminado aos profissionais especialistas.

Outra situação que merece destaque, é que entre as pessoas com DM atendidas, 23,81% não tinham padrão de HbA1c avaliado, em decorrência de erros de coleta de material ou falhas no laboratório clínico. Soma-se o fato de que 12,90% das pessoas com DM sequer colheram o referido exame para avaliação de sua condição metabólica e, a despeito disso, acessaram o atendimento especializado. Por fim, mencione-se que as maiores concentrações de consultas, se deram nas especialidades de ginecologia e obstetrícia, urologia, oftalmologia e geriatria.

### Consultas de Enfermagem

A proporção de consultas de enfermagem alcançou 54,71% do total de pessoas com DM, totalizando-se 3.810 atendimentos individuais, no ano de 2016. No entanto, a grande maioria dos atendimentos concentrou-se em unidades da ESF, equivalentes à cobertura de 105,71% dos usuários com DM cadastrados, ou seja, as consultas de enfermagem oferecidas tiveram o potencial de alcançar, em média, mais de consulta/ano a cada pessoa com DM. Nas demais unidades esta proporção foi de 27,86% para as UBS Tradicionais e de 22,89% para as do CSE, (ver Tabela 12).

Tabela 12 – Número absoluto e médio (\*) de consultas de enfermagem para pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipo Unidade	Erro Coleta		BOM		REGULAR		RUIM		SEM HbA1c		Total Geral Consultas		Total Pessoas com DM
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CSE	4	1,09	94	25,61	85	23,16	90	24,52	94	5,86	367	22,89	1.603
UBS TRADICIONAL	8		167	20,98	119	14,95	121	15,20	381	13,34	796	27,86	2.857
ESF	9		915	34,57	503	19,00	562	21,23	658	26,28	2647	105,71	2.504
Total Geral	0,236		24,02		13,2		14,75		17,27		3810	54,71	964

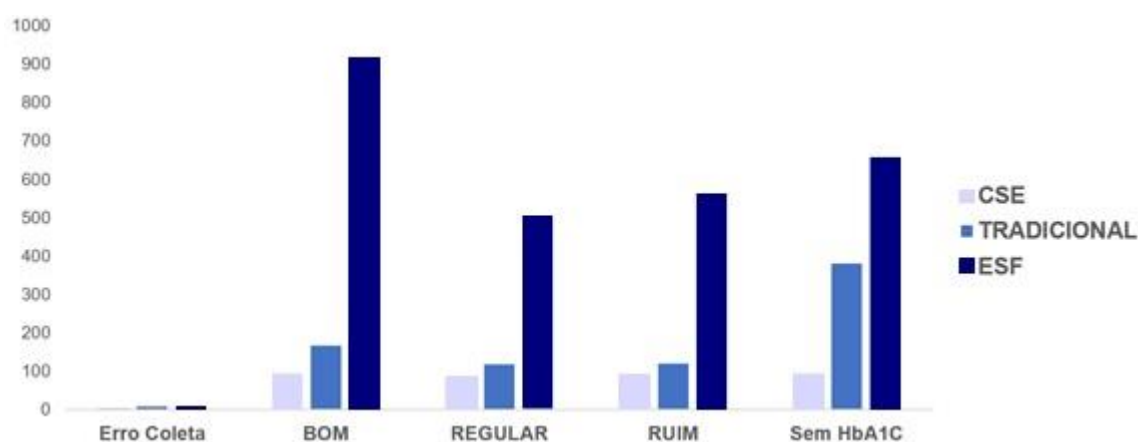
Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Número médio = nº de consultas de enfermagem/ nº de pessoas na condição.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

No Gráfico 25, verifica-se que, assim como observado nas consultas médicas, o comportamento da distribuição de consultas de enfermagem, por escore de controle metabólico, se apresentou diluída, com as menores proporções dedicadas aos usuários de pior classificação de risco.

Gráfico 25 – Distribuição de pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo o conjunto de consultas de enfermagem, tipo de unidade e classificação de controle metabólico, APS de Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver@.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Estes resultados estão em desacordo com as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, que no âmbito do DM, indicam a periodicidade anual mínima de uma consulta para pessoas de baixo risco, três consultas para pessoas de médio e quatro consultas para aquelas com risco considerado alto (BRASIL, 2013c; PARANÁ, 2018).

Embora não tenham sido calculados os referidos estratos de risco, pode-se afirmar que as metas de cobertura dos atendimentos de enfermagem estão distantes do alcance das metas mencionadas, tanto pelo que se observa pelos perfis de controle metabólicos contemplados, quanto pelo número de consultas de enfermagem realizadas.

A assistência de enfermagem tem papel importante no cuidado às pessoas com DM, bem como nas condições crônicas de saúde em geral, uma vez que tem o papel apoiador no planejamento e a execução dessas recomendações, construídas em equipe e com participação dos usuários e famílias, fortalecendo a compreensão dos riscos e desenvolvendo competências e habilidades para que a pessoa com DM possa superar problemas e ampliar sua autonomia e autocuidado (MENDES, 2012; 2015; BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018).

No entanto, em todas as UBS do Município de Botucatu, especialmente as de ESF, enfermeiros dividem seu tempo de trabalho entre atividades administrativas e assistenciais, o que potencialmente pode contribuir para o distanciamento destes profissionais da área clínica.

Outra questão considerada, para a análise do desempenho obtido por médicos e enfermeiros nas atividades assistenciais, está na centralidade na atenção destes profissionais em abordagens individuais de pacientes. Tal circunstância promove a sobrecarga na agenda de consultas, resultando na inoperância do sistema em virtude destes profissionais acumularem excessivas tarefas, demandas por pessoas usuárias com riscos menores, que conseguiriam ser contempladas pela atenção multiprofissional, direcionada pelo autocuidado apoiado, galgando melhores resultados e permitindo uso racional de recursos escassos (MENDES, 2012).

### Consultas Odontológicas

O estudo revelou que a atenção odontológica teve a menor participação no cuidado às pessoas com DM, no ano de 2016, representando proporção de apenas 3,17% (221 atendimentos) em relação ao total de pessoas identificadas com esta condição (6.964 indivíduos), de acordo com Tabela 13.

Feita a distribuição dos atendimentos realizados pelo número de pessoas com DM, em cada tipo de unidade de saúde, obteve-se a proporção de 4,35% das Unidades da ESF, 3,15% das UBS Tradicionais e 1,17% das Unidades do CSE, quando o esperado seria a obtenção da cobertura de atendimentos odontológicos de pelo menos uma consulta ao ano, no caso 100% (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018). Ou seja, uma flagrante insuficiência, quase ausência, deste tipo de atendimento.

Tabela 13 – Número total e médio (\*) de consultas odontológicas às pessoas com Diabetes Mellitus (\*\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipo Unidade	BOM		REGULAR		RUIM		SEM HbA1c		Total Geral Consultas		Total Pessoas com DM
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CSE	9	2,78	5	1,64	3	1,29	5	0,68	22	1,37	1.603
UBS TRAD.	18	3,98	9	3,02	12	3,87	51	2,86	90	3,15	2.857
ESF	35	6,03	25	6,19	18	4,29	31	2,86	109	4,35	2.504
Total Geral	62	0,89	39	0,56	33	0,47	87	1,25	221	3,17	6.964

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Número médio = nº de consultas odontológicas/ nº de pessoas na condição.

(\*\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

A promoção da saúde bucal é fundamental na população com doenças crônicas, especialmente quando se trata do DM e da HAS, pelo fato do DM estar associado como um dos principais fatores de risco para a periodontite e de os pacientes com HAS apresentarem duas vezes mais chances de desenvolverem a DM (BRASIL, 2014a).

A periodontite está relacionada a uma cascata de danos à saúde das pessoas, especialmente àquelas com DM, entre os quais se incluem: a) maior dificuldade para alcance das metas glicêmicas; b) destruição periodontal, provocando a perda dentária, que por sua vez prejudica ou causa a perda da função mastigatória; c) a condição de mastigação alterada leva às pessoas a mudarem seus hábitos alimentares, reduzindo consumo de frutas e vegetais e adicionando maior quantidade de amido e gorduras, podendo indiretamente, impactar negativamente no controle e metabólico destes indivíduos (BRASIL, 2013c; 2014d, 2015a; MENDES, 2015, SBD, 2017).

Neste cenário, é recomendada a avaliação odontológica anual das pessoas com DM, bem como a participação de dentistas em atividades de educação em saúde, de modo a orientar estas pessoas sobre os riscos e comorbidades associadas, ampliando capacidades dos mesmos para o autocuidado e a procura dos serviços quando necessários (BRASIL, 2013, SBD, 2018; PARANÁ 2018).

#### Consulta com outros Profissionais de Nível Superior

Em 2016, foram realizadas 1.258 consultas por profissionais de nível superior, além daqueles já abordados, voltadas às pessoas com DM. A maior frequência de atendimentos foi realizada por fisioterapeutas acupunturistas (38,08%), nutricionistas (23,45%) e fisioterapeutas gerais (15,42%), conforme Tabela 14.

Tabela 14 – Número de atendimentos por outros profissionais de nível superior, às pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo tipo de unidade e profissionais, APS de Botucatu-SP, 2016

Profissionais	CSE	UBS TRAD.	ESF	Total Geral
Assistente social	5	3	4	12
Avaliador físico		25	43	68
Fisioterapeuta acupunturista	38	167	274	479
Fisioterapeuta geral	29	47	118	194
Fonoaudiólogo	12	50	50	112
Nutricionista	167	61	67	295
Psicólogo clínico	75	7	16	98
<b>Total Geral</b>	<b>326</b>	<b>360</b>	<b>572</b>	<b>1.258</b>

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

O número médio de consultas realizadas, pelo conjunto de profissionais mencionados, segundo a população de cada categoria de classificação de controle metabólico, está apresentado na Tabela 15 que segue.

Tabela 15 – Número total e médio (\*) de consultas, realizadas por outros profissionais de nível superior, às pessoas com Diabetes Mellitus (\*\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipo Unidade	Erro		BOM		REGULAR		RUIM		SEM HbA1c		Total Geral Consultas		Total Pessoas com DM
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CSE		0,00	80	24,69	105	34,43	97	41,81	44	6,00	326	20,34	1.603
UBS TRAD.	3	18,75	72	15,93	32	10,74	57	18,39	196	11,01	360	12,60	2.857
ESF	19	111,76	164	28,28	141	34,90	119	28,33	129	11,91	572	22,84	2.504
<b>Total Geral</b>	<b>22</b>	<b>52,38</b>	<b>316</b>	<b>23,30</b>	<b>278</b>	<b>27,61</b>	<b>273</b>	<b>28,38</b>	<b>369</b>	<b>10,26</b>	<b>1.258</b>	<b>18,06</b>	<b>6.964</b>

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Número médio = nº de consultas por outros profissionais de nível superior/ nº de pessoas na condição.

(\*\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

A análise mostrou que a proporção total de consultas por pessoa com DM, atingiu 18,06% e, em relação a cada tipo de Unidade, viu-se que as Unidades da ESF atingiram a maior cobertura de 22,84% e as UBS de Modelo Tradicional 12,60%.

Em relação à população existente em cada classe de escore metabólico, viu-se que as maiores médias de consultas se deram entre as pessoas com controle

ruim (28,38%) e regular (27,61%), mostrando-se mais ajustadas as recomendações para o planejamento do cuidado (BRASIL, 2013).

A inserção dos profissionais não médicos, no contexto da APS, leva em consideração que o trabalho em equipe multiprofissional, realizado de forma colaborativa e interdependente, amplia o potencial de compreensão e intervenção sobre as demandas e necessidades em saúde, tanto no cuidado individual, quanto no coletivo (BRASIL, 2014).

Os resultados apontam pouca expressão dos profissionais de nível superior (não médicos), considerando que o Município conta com equipe de NASF-AB implantada desde 2011.

Trabalho em equipe: por meio de trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente, agrega maior capacidade de análise e de intervenção sobre problemas, demandas e necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo. Desse modo, produz potencialmente ações mais abrangentes que aquelas encontradas em trabalhos segmentados ou uniprofissionais, desde que bem construídas e articuladas.

#### **4.3.3.3. Atividades de Educação em Saúde e Visitas Domiciliares**

A educação em saúde a ser desenvolvida junto às pessoas com DM deve estar direcionada para a promoção da autogestão do DM, por meio de processo de facilitação de conhecimentos, habilidades e capacidades destas pessoas acerca da doença e qualidade de vida (SBD, 2018).

Entre seus objetivos gerais, as atividades educativas devem promover o apoio à tomada de decisão, orientação o autogerenciamento e a resolução de problemas, bem como estabelecer coparticipação do usuário no cuidado, em busca de melhores resultados clínicos (MENDES, 2012; 2014).

Em Botucatu-SP, para o ano de 2016, identificou-se a realização de apenas 181 atividades de educação em grupo voltadas aos usuários com DM, o que significa a proporção de 2,60% para o total de pessoas nesta condição.

Trata-se de um resultado que revela potencial de impacto negativo importante nos desfechos de controle metabólico dos usuários, uma vez que revelam a não

incorporação de práticas educativas no cotidiano de trabalho das equipes da APS do Município, corroborando com os resultados de “processo”.

Na tabela 16, apresenta-se os dados referentes às visitas domiciliares realizadas por profissionais de nível superior.

Tabela 16 – Número total e médio (\*) de atividades de visitas domiciliares às pessoas com Diabetes Mellitus (\*\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipo Unidade	Erro		BOM		REGULAR		RUIM		SEM HbA1c		Total Atividades		Total de pessoas
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CSE	-	-	1	0,31	-	-	-	-	3	0,41	4	0,25	1.603
UBS TRAD	-	-	3	0,66	-	-	1	0,32	11	0,62	15	0,53	2.857
ESF	-	-	86	14,83	40	9,90	39	9,29	70	6,46	235	9,38	2.504
Total Geral	-	-	90	6,64	40	3,97	40	4,16	84	2,34	254	3,65	6.964

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Número médio = nº de visitas domiciliares por profissionais de nível superior/ nº de pessoas na condição.

(\*\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Quanto à Visita Domiciliar por profissionais de Nível Superior, verificou-se a ocorrência de 254 visitas domiciliares, sendo 235 realizadas pelas equipes de ESF, 15 pelas Unidades Tradicionais e 4 visitas nas Unidades do CSE, para o ano de 2016.

#### 4.3.3.4. Padrão de Retirada de Medicamentos

No município de Botucatu, as entregas de medicamentos são realizadas para atender a necessidade de consumo para 30 dias. Na Tabela 17 é apresentada a frequência de retirada de medicamentos pelas pessoas com DM, segundo padrão de retirada, classificação de controle metabólico e tipo de unidade, no ano de 2016.

A análise das frequências de retiradas dos medicamentos por parte dos usuários, ao longo do ano de 2016, revela que, no geral, a maioria das pessoas com de DM (57,02%) apresentou frequência ruim, ou seja, número de comparecimentos nas unidades e serviços para aquisição de seus medicamentos menor ou igual à seis ocorrências no ano.



Como visto na secção avaliação do componente da “estrutura”, o Município oferece regularmente as medicações padronizadas para o tratamento do DM, segundo informações prestadas pelas equipes, na avaliação do QualiAB. Esta informação reduz a possibilidade do fenômeno observado nas dispensações de remédios estarem ocorrendo por desabastecimento dos insumos medicamentosos.

Embora não se possa descartar que parte das pessoas com DM tenham adquirido tais medicamentos com recursos próprios, há um forte indicativo de que tais pessoas não tenham, efetivamente, concretizada a adesão à terapia medicamentosa e tal circunstância esteja contribuindo para dificuldades de alcance das metas terapêuticas.

Tabela 17 – Frequência de retirada de medicamentos pelas pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo padrão de retirada de medicamento (M), classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

M - Padrão de Retirada de Medicações	CSE		UBS TRADICIONAL		ESF		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>M - BOM</b>	<b>267</b>	<b>16.66</b>	<b>489</b>	<b>17.12</b>	<b>347</b>	<b>13.86</b>	<b>1103</b>	<b>15.84</b>
Erro Coleta			4	0.82	3	0.86	7	0.10
BOM	58	21.72	84	17.18	103	29.68	245	3.52
REGULAR	74	27.72	65	13.29	69	19.88	208	2.99
RUIM	43	16.10	43	8.79	56	16.14	142	2.04
SEM HbA1c	92	34.46	293	59.92	116	33.43	501	7.19
<b>M - REGULAR</b>	<b>469</b>	<b>29.26</b>	<b>749</b>	<b>26.22</b>	<b>672</b>	<b>26.84</b>	<b>1890</b>	<b>27.14</b>
Erro Coleta	4	0.85	2	0.27	4	0.60	10	0.14
BOM	105	22.39	119	15.89	157	23.36	381	5.47
REGULAR	95	20.26	106	14.15	143	21.28	344	4.94
RUIM	77	16.42	84	11.21	114	16.96	275	3.95
SEM HbA1c	188	40.09	438	58.48	254	37.80	880	12.64
<b>M - RUIM</b>	<b>867</b>	<b>54.09</b>	<b>1619</b>	<b>56.67</b>	<b>1485</b>	<b>59.31</b>	<b>3971</b>	<b>57.02</b>
Erro Coleta	5	0.58	10	0.62	10	0.67	25	0.36
BOM	161	18.57	249	15.38	320	21.55	730	10.48
REGULAR	136	15.69	127	7.84	192	12.93	455	6.53
RUIM	112	12.92	183	11.30	250	16.84	545	7.83
SEM HbA1c	453	52.25	1050	64.85	713	48.01	2216	31.82
<b>Total Geral</b>	<b>1603</b>		<b>2857</b>		<b>2504</b>		<b>6964</b>	<b>100.00</b>

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Destaca-se que entre as pessoas com DM, a frequência de retirada de medicamentos, classificada como ruim, 31,82% não realizaram ao menos um exame

de HbA1c no ano; 10,48% apresentaram classificação metabólica da doença como “boa”; 7,83% como HbA1c ruim e 6,53% como “Regular”.

Neste contexto, os resultados apontam os farmacêuticos e auxiliares de farmácia com profissionais importantes nas práticas de vigilância em saúde, voltadas às pessoas com condições crônicas, considerando que no ato da dispensação de medicamentos pode ser identificada possível dificuldade de adesão à terapêutica medicamentosa e ao tratamento como um todo, já que estes profissionais devam ter contato com os usuários e/ou seus familiares mensalmente.

No entanto, como visto na avaliação de processo, o nível médio como um todo e os farmacêuticos são os profissionais que menos participam das atividades de educação permanente, fato que deve ser observado pela gestão e gerencia local.

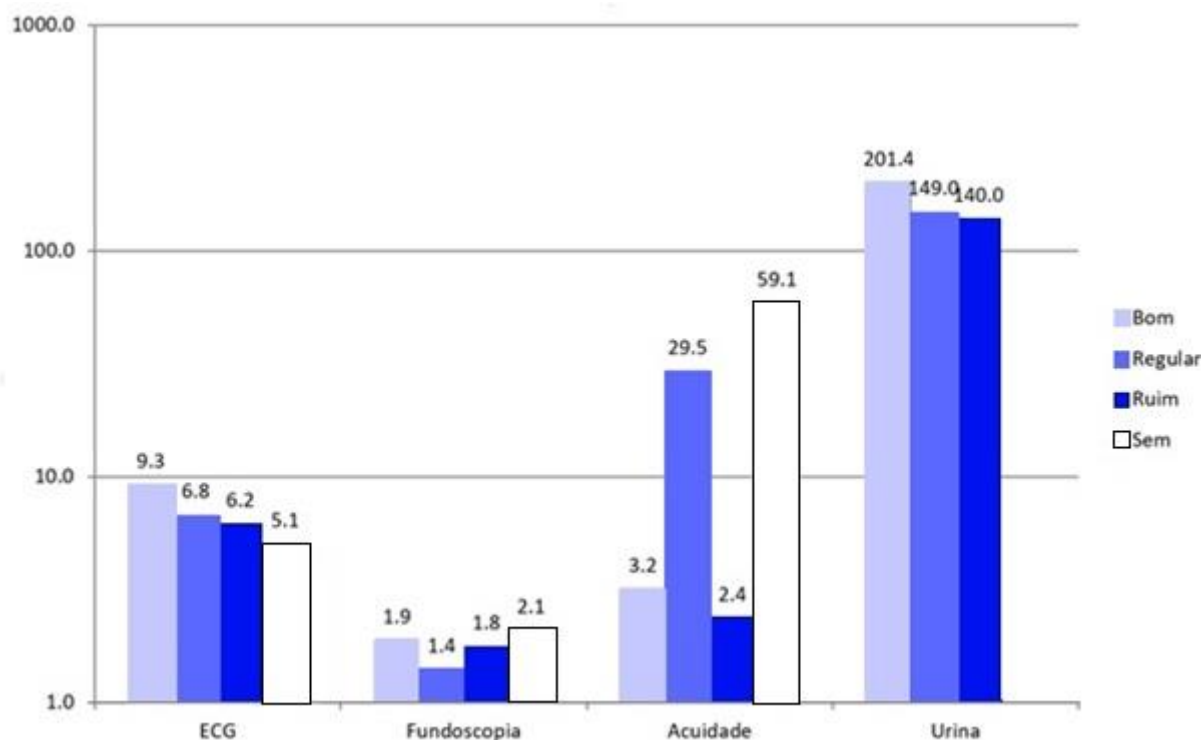
#### **4.3.3.5. Exames Complementares**

Apresenta-se no Gráfico 26, o número médio de exames de Eletrocardiograma (ECG), Fundoscopia, Potencial de Acuidade Visual e Urina I, para realizados no ano de 2016, nas unidades de APS de Botucatu.

Pode-se constatar que, à exceção do exame para aferição do potencial de acuidade visual, a maioria dos exames mencionados foi realizada para o grupo de pessoas com DM com classificação de controle metabólico bom, enquanto aquelas, classificadas com controle ruim, obtiveram a menor parcela.

O Ministério da Saúde preconiza: a realização de, no mínimo, um procedimento anual de fundoscopia e um de urina Tipo I, independentemente do escore de risco do paciente; a realização de um exame de ECG a cada dois anos para pessoas com DM com Risco Baixo, e um exame anual para os demais níveis de risco (BRASIL, 2015c).

Gráfico 26 – Número médio de exames complementares selecionados realizados para cada 100 Pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo tipo de exame e classificação de controle metabólico, APS de Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS

Assim sendo, para o exame de ECG, viu-se que **para cada 100 pessoas** com DM e bom controle metabólico, foram realizados: 9,3 exames de ECG, 1,9 Fundoscopia, 3,2 exames de Acuidade Visual, e 201 exames de Urina I. Ao se considerar os usuários com controle metabólico ruim, temos: 6,2 ECG; 1,8 fundoscopias; 3,2 exames de Acuidade Visual e 149 exames de Urina I.

Chama a atenção, a realização, de alguns exames, muito aquém das recomendações parametrizadas. Ao contrário, observa-se que o exame de Urina Tipo I foi realizado com frequência acima do preconizado.

Os resultados vão ao encontro daqueles obtidos na análise de processo, onde se verifica que não há utilização de protocolos específicos para a condição de Diabetes Mellitus nos serviços da APS do Município, bem como a ocorrência inexpressiva de atividades de educação permanente e de reuniões de equipe, necessárias ao planejamento e avaliação das ações realizadas pelas equipes.

### Aferição de Hemoglobina Glicosilada

Os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015c) para diagnóstico e acompanhamento do Diabetes Mellitus estimam que a necessidade de aferição de HbA1c, por pessoa diabética, com classificação de risco baixo ou médio, é de dois exames ao ano; àquelas com risco alto ou muito alto devem-se realizar quatro aferições anuais.

Na tabela 18 e no Gráfico 27, são apresentados os resultados relacionados à frequência de realização do exame de HbA1c na APS de Botucatu.

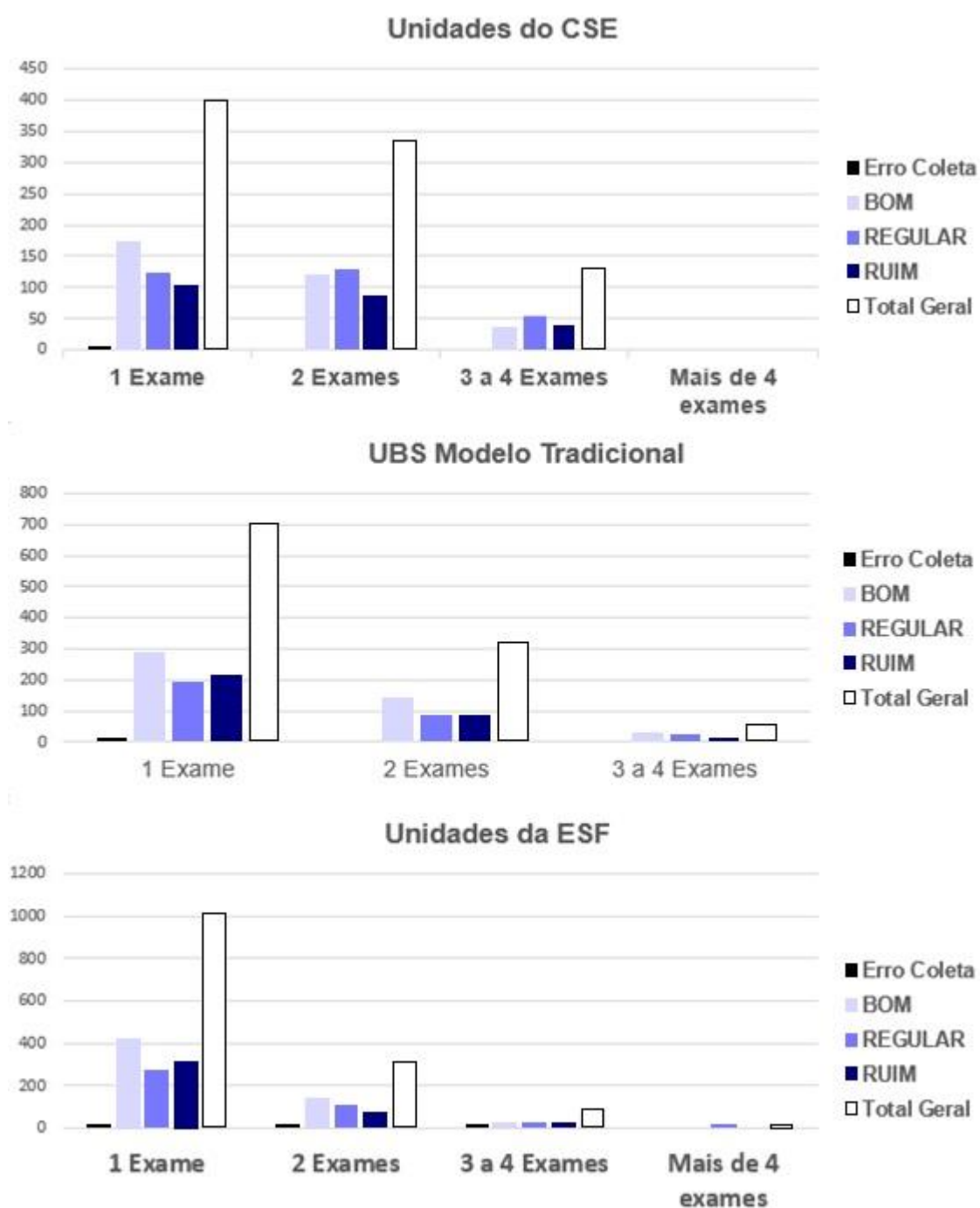
Tabela 18 – Frequência anual de aferição de HbA1c em pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipo Unidade	Frequência de Exame HbA1C	BOM		REGULAR		RUIM		Total HbA1C /Frequência Exame		Total pessoas com DM
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CSE	1 Exame	171	52,78	123	40,33	103	44,40	401	25,02	1.603
	2 Exames	118	36,42	128	41,97	87	37,50	336	20,96	
	3 a 4 Exames	35	10,80	54	17,70	40	17,24	131	8,17	
	Mais de 4 exames					2		2		
UBS TRADICIONAL	1 Exame	285	63,05	191	64,09	214	69,03	702	24,57	2.857
	2 Exames	143	31,64	86	28,86	84	27,10	317	11,10	
	3 a 4 Exames	24	5,31	21	7,05	12	3,87	57	2,00	
	Mais de 4 exames									
ESF	1 Exame	415	71,55	268	66,34	315	75,00	1.012	40,42	2.504
	2 Exames	135	23,28	104	25,74	78	18,57	318	12,70	
	3 a 4 Exames	30	5,17	31	7,67	27	6,43	90	3,59	
	Mais de 4 exames			1	0,25			1	0,04	
<b>Total Geral</b>		<b>223</b>	<b>3,20</b>	<b>2.023</b>	<b>29,05</b>	<b>166</b>	<b>2,38</b>	<b>6.534</b>		<b>6.964</b>

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Gráfico 27 – Frequência anual de aferição de HbA1c em pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, na APS de Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Observa-se que, em todos os tipos de Unidades, a maioria dos usuários realizou apenas um exame anual de hemoglobina glicosilada (HbA1c). As pessoas com controle metabólico ruim e que, portanto, necessitariam de um

acompanhamento mais estreito, são as que menos realizaram exames de HbA1c, em todas as categorias de frequência de aferição.

### Cobertura do Conjunto de Exames Essenciais

A Tabela 19, trata da proporção de pessoas com DM que realizaram o conjunto de exames complementares, a saber: Glicemia de Jejum, Hemoglobina Glicosilada, Triglicérides, Colesterol (total, LDL e HDL), Urina Tipo I e Creatinina Sérica. A Fundoscopia também faz parte deste grupo de exames recomendados, no entanto, foi abordado item anterior, em razão de ser o único exame feito fora da UBS, podendo sofrer alguma variação de acesso fora da governabilidade das equipes da APS.

Tabela 19 – Percentual de pessoas com Diabetes Mellitus (\*) que realizaram o conjunto de exames complementares (\*\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipo Unidade	BOM		REGULAR		RUIM		Total Geral		Total pessoas com DM
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CSE	266	82,10	247	80,98	189	81,47	702	43,79	1603
TRADICIONAL	225	49,78	130	43,62	143	46,13	498	17,43	2857
ESF	397	68,45	270	66,83	284	67,62	951	37,98	2504
<b>Total Geral</b>	<b>888</b>	<b>12,75</b>	<b>647</b>	<b>9,29</b>	<b>616</b>	<b>8,85</b>	<b>2151</b>	<b>30,89</b>	<b>6964</b>

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

(\*\*) Glicemia de Jejum, Hemoglobina Glicosilada, Triglicérides, Colesterol (total, LDL e HDL), Urina Tipo I e Creatinina Sérica.

Constata-se uma baixa proporção de usuários com o conjunto de exames complementares preconizados, em todos os grupos de controle metabólico, sendo a maior proporção (12,75%), novamente, no grupo de controle bom, seguido dos grupos com classificação regular e ruim, respectivamente, 8,85% e 9,29%.

#### 4.4. Componente Resultado

O componente de avaliação de resultado apresenta a condição de alcance do controle metabólico do Diabetes Mellitus e possíveis comorbidades associadas.

Apresenta-se no item abaixo a avaliação do sucesso terapêutico no controle metabólico dos níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c).

##### 4.4.1. HbA1c na Meta

É apresentado na Tabela 20 o total de pessoas com DM, classificadas segundo o padrão de controle metabólico pelo HbA1c. O parâmetro de distribuição adotado seguiu as proporções orientadas para a classificação de risco do DM (BRASIL, 2015c). Assim sendo, espera-se a proporção de 20% das pessoas com controle metabólico “bom”, 50% classificadas como “regular” e 25% como “ruim”, e os restantes 5% representam o estrato de risco “muito ruim”, não contemplado neste estudo.

Tabela 20 – Proporção de pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo classificação de controle metabólico e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

Tipo Unidade	BOM		REGULAR		RUIM		Total com HbA1c (A)		% A/B	Pessoas com DM (B)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº (A)	%		
CSE	324	37,63	305	35,42	232	26,95	861	100,00	53,71	1.603
UBS TRADICIONAL	452	42,64	298	28,11	310	29,25	1060	100,00	37,1	2.857
ESF	580	41,31	404	28,77	420	29,91	1404	100,00	56,07	2.504
Proporção	1356	40,78	1007	30,29	962	28,93	3325	100,00	47,75	6.964

Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Conforme tabela acima, observou-se que a proporção total de pessoas com DM e escore metabólico “bom” foi de 40,78%, estando acima do parâmetro esperado. Quanto às pessoas com controle metabólico “regular”, obtiveram-se 30,29% e com resultado “ruim” viu-se 28,93%, resultados muito divergentes da proporção esperada. Entretanto, verifica-se a ocorrência de 52,25% dos usuários sem resultados para HbA1c.

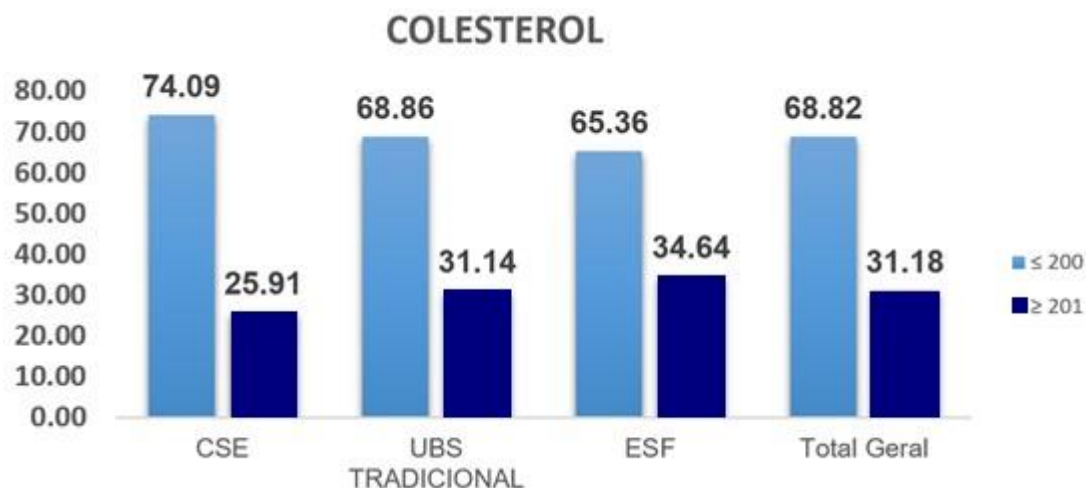
#### 4.4.2. Lipídeos séricos

Também foram obtidos os resultados relativos aos exames de lipídios séricos. Mais uma vez a proporção de exames realizados ficou aquém do número de pessoas com DM: 54,78% para colesterol total, 50,54% para LDL-Colesterol e 73,57% para triglicérides.

Os Gráficos 28, 29 e 30 apresentam os resultados destes exames, distribuídos segundo os modos de atenção da APS e o atingimento das metas de normalidade.

Observa-se que no caso do Colesterol total, cerca de 70% das pessoas com DM que realizaram o exame apresentaram valores dentro da meta de normalidade. O LDL-Colesterol apresenta resultados equilibrados entre normais e alterados e no caso dos triglicérides predominam os resultados fora da normalidade, ou seja longe do atingimento da meta.

Gráfico 28 – Percentual de resultados de exame de colesterol total para pessoas com Diabetes Mellitus, segundo atingimento da meta e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016

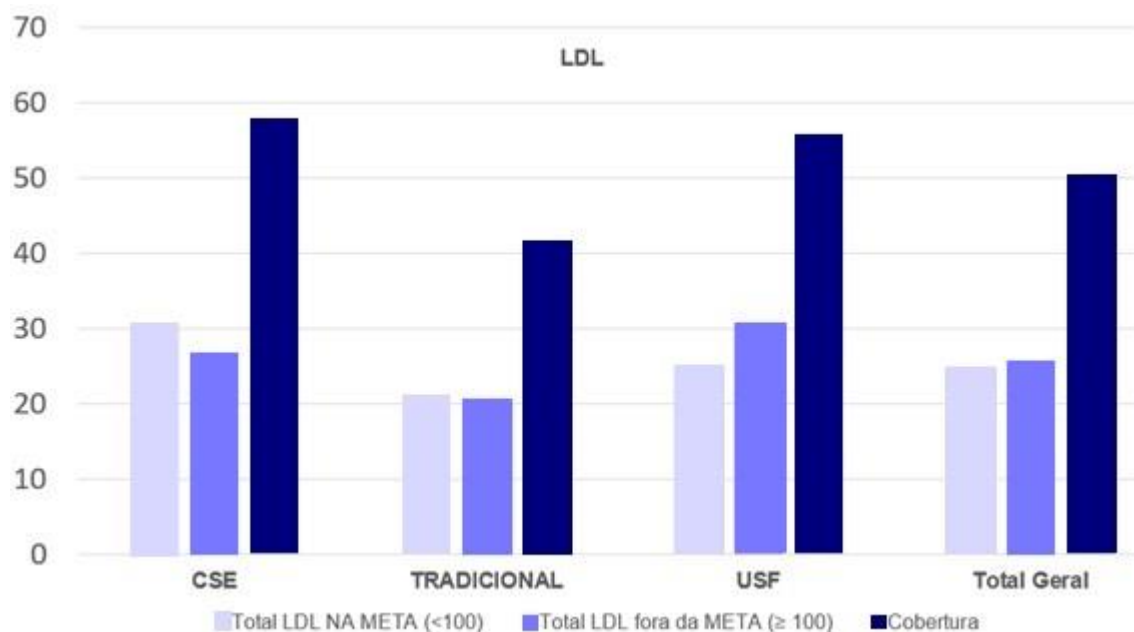


Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.



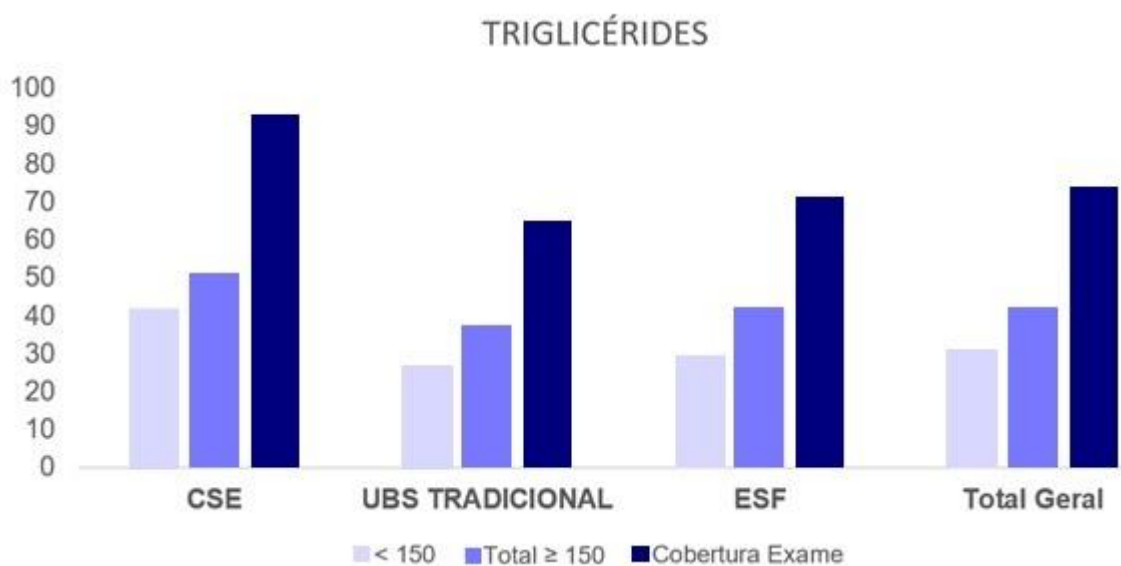
Gráfico 29 – Percentual de resultados de exame de LDL-colesterol para pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo atingimento da meta e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

Gráfico 30 – Percentual de resultados de exame de triglicérides para pessoas com Diabetes Mellitus (\*), segundo atingimento da meta e tipo de unidade, APS de Botucatu-SP, 2016



Fonte de dados: Sistema Municipal de saúde - Vivver®.

(\*) Pessoas (20 anos e +) que retiraram medicamentos específicos para DM na APS.

## **5. Considerações Finais**

## 5. Considerações Finais

### 1.

O mundo assiste, em décadas recentes, a um acelerado processo de transição demográfica, com aumento da esperança de vida, queda de natalidade e fertilidade e envelhecimento da pirâmide populacional. Igualmente transita o perfil epidemiológico com redução da preponderância das doenças infecciosas e o crescimento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destacadamente doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares e cardiovasculares), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e Diabetes Mellitus (DM), além dos acidentes de toda natureza e causas. Esta situação vem determinando a necessidade de revisão dos modelos de atenção à saúde, seja na compreensão de seus determinantes epidemiológicos (sociais e biológicos), seja na organização das ações e serviços de saúde, com foco na integralidade e longitudinalidade do cuidado (promoção – prevenção – recuperação – reabilitação) envolvendo indivíduos, famílias, comunidades, profissionais e gestores de saúde. Dentre as DNCT destaca-se o Diabetes Mellitus, com quase meio bilhão de casos em todo mundo. Doença de curso insidioso, com frequentes complicações clínicas e repercussões na qualidade de vida e na própria sobrevivência.

### 2.

Em Botucatu, este quadro não é diferente. Com seus 142.546 habitantes (2018), duplicados nas três últimas décadas, com cerca de 95% vivendo na área urbana e um Índice de Envelhecimento de 86,2%, acima da média regional e estadual, como, aliás, estão também os indicadores sociais. Em contraste são inferiores os indicadores expressos na dimensão econômica, ampliando os desafios à execução de políticas voltadas aos idosos.

### 3.

Neste município, o cenário epidemiológico das condições crônicas de saúde é favorável com acelerada e persistente redução da Taxa de Mortalidade Prematura (<70 anos) por DCNT e das Taxas de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório. Em contrapartida, crescem as Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral, na população maior de 40 anos, e a Taxa de Prevalência de

pacientes em diálise; expressões do envelhecimento da população, do prolongamento da vida e da disponibilização dos serviços de saúde, incluídas as ações na atenção básica.

#### 4.

Para fazer frente a este quadro sanitário, o município dispõe de uma Rede de Atenção à Saúde com 58 pontos, tendo como centro ordenador a Atenção Primária, representada por 20 Unidades Básicas, sob gestão da própria Secretaria Municipal, da Fundação Uni e da Faculdade de Medicina de Botucatu, além de outras unidades primárias de apoio. Diversos são os serviços secundários ambulatoriais, de urgência e emergência e hospitalares, sob gestão dos mencionados parceiros, acrescidos da Secretaria de Estado da Saúde, FAMESP e Hospital das Clínicas da FMB. De modo geral, esta rede pode ser considerada, do ponto de vista estrutural (equipamentos e recursos humanos), como satisfatória ao atendimento à saúde em geral e às DCNT, em particular, especialmente se comparados ao panorama estadual e nacional. Considerando a presença dos serviços de Saúde Suplementar, Botucatu possui 72% de sua população com cobertura exclusiva do SUS, sendo que no plano da APS 41% são vinculadas à Saúde da Família e os demais às UBS tradicionais e do Centro de Saúde Escola, com parâmetros potenciais de assistência médica e odontológica satisfatórios e crescentes na última década.

#### 5.

Foi revelada a existência de 6.964 pessoas que, durante o ano de 2016, utilizaram a rede básica de serviços de saúde do Município de Botucatu/SP para tratamento de Diabetes Mellitus, seja em atendimentos médicos, ou de outros profissionais, seja no acesso a medicamentos específicos para esta doença, fossem eles usuários do SUS ou não. A proporção de 6,53%, nas populações atendidas na APS de Botucatu, é compatível com os parâmetros nacionais e internacionais, distribuindo-se uniformemente pelos distintos territórios e modos de atenção das unidades da APS.

Estes indivíduos eram predominantemente do sexo feminino (58,33% - 4.062) com distribuição semelhante entre os distintos tipos de unidades. Em relação à faixa etária, a maioria tinha 65 anos ou mais de idade. Observou-se que enquanto a proporção nesta faixa de idade permaneceu estável no triênio 2015-17, entre os adultos jovens houve um crescimento da ordem de 50%.

## 6.

Constatou-se que a maior parte das atividades de atenção à saúde na APS estava focada em ações curativas individuais, realizadas por médicos, em detrimento das atividades de promoção e prevenção e das atividades coletivas de caráter educativo e em grupos, com baixa ocorrência de atividades multiprofissionais, seja com a participação de enfermeiros, seja, principalmente, na baixíssima atenção odontológica.

## 7.

Em 2016, foram realizadas 15.325 consultas médicas para os usuários com DM, alcançando a concentração média de 2,20 consultas por usuário, evidenciando a oferta deste instrumento de atendimento aos usuários do SUS. Predominaram as consultas espontâneas (não agendadas), com 57,47% do total. A concentração de consultas médicas foi sensivelmente maior no sexo feminino (2,43) quando comparada ao masculino (1,87 consultas por pessoa). Observou-se ainda uma polaridade na frequência de consultas, com um grande número de pessoas com 1 a 2 consultas e outros com número elevado de 12 ou mais atendimentos médicos, inclusive em pacientes sem o exame de controle metabólico. Merece ser mencionada a relação inversa entre escolaridade e a participação em consultas e no controle metabólico.

## 8.

A maioria de usuários não acessa de forma regular os dispensários de medicamentos para sua retirada, o que pode estar fortemente associado à baixa adesão ao tratamento medicamentoso, com conseqüente desequilíbrio no controle metabólico. Constatou-se grande número de usuários que frequentam as UBS apenas para retirar medicamentos, especialmente a Vildagliptina.

## 9.

Observou-se também a baixa cobertura e concentração do conjunto de exames complementares indicados para o DM, destacando-se a não realização do exame laboratorial de hemoglobina glicosilada em 51,65% dos indivíduos, sendo que nas unidades tradicionais este valor chegou a 62,34%, exame este imprescindível para a classificação do controle metabólico e do acompanhamento da evolução da doença. Baixas são também as coberturas de exames complementares sobre lipídios séricos

e outros. É especialmente baixa a realização de exames relacionados ao diagnóstico precoce de comorbidades e complicações do DM, como fundoscopia e eletrocardiografia.

10.

Conclui-se que, a despeito dos avanços e da existência de uma complexa estrutura de saúde no município, a qualidade da atenção ainda é insatisfatória, relacionada, principalmente, a importantes fragilidades no componente processo da atenção prestada, em especial quanto à prevalência do enfoque curativo, em detrimento das ações de promoção de saúde e prevenção, e a fragilidade do cuidado e do controle metabólico dos casos de Diabetes Mellitus.

11.

Muitos são os pontos levantados neste estudo que ainda merecem uma melhor elucidação sobre sua natureza e determinantes. No entanto, temos a convicção de que iniciativas, muito rápidas e eficientes, precisam ser adotadas, envolvendo desde o diagnóstico precoce e ampliação das ações de busca ativa aos trabalhos de promoção da saúde e prevenção das complicações das condições crônicas. Como pesquisadora e gestora, experimentamos sensação muito ruim ao desvelar os resultados deste estudo. A qualidade da atenção ao Diabetes Mellitus no município de Botucatu comporta melhorias. Nós todos, profissionais de saúde do SUS, percebemos em todo o Brasil a peregrinação crescente das pessoas com DM aos serviços escassos e distantes de hemodiálise. Sabemos o que deve e precisa ser feito, no entanto, agimos como as pessoas com DM, que não executam o plano terapêutico! Não devemos perpetuar o sentimento de impotência e frustração diante dos processos de trabalhos ineficientes. Porém, é necessária uma direção, promovida pelos gestores, no sentido de mudar esta realidade. Há que se valorizar os profissionais da APS, de modo que se sintam úteis e contribuindo com a população assistida. Recomendamos que brevemente seja atualizado o processo de territorialização em todas as UBS, promovendo o reajuste da área de abrangência e da população cadastrada à capacidade operacional de cada equipe. A curto prazo, deve-se promover a implantação do protocolo e da linha de cuidado para a atenção ao Diabetes Mellitus no Município, baseada na Pirâmide de Risco. O banco de dados deste estudo poderá ser utilizado pelas equipes de saúde, facilitando a identificação das pessoas com DM adscritas e a estratificação de risco das mesmas.

Recomenda-se que este processo seja realizado, inicialmente, em equipes piloto, e que envolvam oficinas de trabalho, entre outras atividades de educação permanente, com o objetivo de integrar novas tecnologias de cuidado e redesenhar processos de trabalho e fluxos de atendimento, especialmente com o intuito de ampliar as ofertas de acesso e prestação do cuidado, a exemplo das atividades de educação em saúde e da maior participação dos profissionais de nível médio e outros profissionais de nível superior. Alcançada esta etapa, é possível que, progressivamente, com a coordenação adequada dos gestores, os profissionais incorporem a nova lógica de cuidado às demais condições de saúde.

## 12.

Finalmente, desejamos explicitar que o sistema de informações em saúde utilizado pelo Município, permitiu abordar dados relacionados aos atendimentos de cada pessoa com DM, o que não seria possível caso fosse utilizado em Botucatu somente o sistema federal (e-SUS), que disponibiliza somente relatórios de totalização de produções. Foi possível saber com quem, por quem, como, quando e onde ocorreram atendimentos e procedimentos. Contudo, o tratamento dos dados não é possível de se realizar no dia a dia de trabalho, seja no âmbito da gestão, seja domínio da gerência das UBS. Faz-se imperativo disponibilizar sistema informação clínica que apoie o manejo das condições de saúde, sejam elas, agudas ou crônicas.

## **Referências**



## Referências

ABEGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, n. 9603, p. 1929-1938, 2007.

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050 acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. 97 p. Disponível em: <[http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_24.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2018.

AKERMAN, M. et al. PMAQ São Paulo: avaliação, articulação em rede e resultados preliminares. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 233-268.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations. **Diabetes Care**, v. 20, suppl. 1, p. S5-S10, 1997.

ANS - AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados gerais: beneficiários de planos privados de saúde**, 2018. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BETINE, P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 12 maio 2018.

BLAS, E.; KURUP, A. S. (Ed.). **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva: World Health Organization, 2010. 291 p.

BLOOM, D. E. et al. **The global economic burden of non-communicable diseases: report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health**. Geneva: World Economic Forum, 2011. 47 p.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M. A. S. (Coord.). **Botucatu em dados: indicadores de saúde: triênios 2007 a 2009 e 2010 a 2012**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2015. 31 p.

ALMEIDA, M. A. S. et al. (Coord.). **Botucatu em dados**: mortalidade e população. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2016. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002. **Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101\\_12\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html)>. Acesso em: 9 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus)>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool - PCAtool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad29.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde**: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ\\_2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. v. 3, p. 57-58. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/colecao2011/livro\\_3.pdf](http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em saúde para o auto-cuidado, avaliação contínua da qualidade da atenção ao diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. v. 1. (Cadernos de Atenção Primária, n. 28). Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos->

norteadores/cadernos\_de\_atencao\_basica\_-\_ volume\_i.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. v. 2. (Cadernos de Atenção Primária, n. 28). Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_ volume\\_ii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_ volume_ii.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. (Cadernos de Atenção Primária, n. 30). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab30>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab\\_28v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab_28v1.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 28 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_do\\_encas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_encas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica sobre a realização do teste rápido de proteinúria nos exames de pré-natal**: Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt\\_teste\\_rapido\\_proteinura\\_exames\\_prenatal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_proteinura_exames_prenatal.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_crônica\\_cab35.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica_cab35.pdf) >. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_39.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME 2014**. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename2014-v2.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/06/ParametrosSUS.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436/GM, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

BRUIN-KOOISTRA, M. et al. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. **Int J Qual Health Care**, v. 24, n. 3, p. 301-310, 2012.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Desafios da avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 189-231.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica**: critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. Botucatu: Unesp-FMB, 2016. 183 p.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2012. 96 p.

CENTRO DE PESQUISAS EM AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Educação permanente em hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Gerência de Ensino e Pesquisa e Gerência de Saúde Comunitária/Grupo Hospitalar Conceição, 2011.

CHIN, H. Cómo conseguir el cambio. In: PICKERING, S.; THOMPSON, J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier, 2010 *apud* 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. 512 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

DE SALAZAR, L.; GRAJALES, C. D. La evaluación-sistematización: una propuesta metodologica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 9, n. 3, p. 545-555, 2004.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: \_\_\_\_\_. **Explorations in quality assessment and monitoring**. An Arbor, MI: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**: explorations in quality assessment and monitoring. An Arbor, MI: Health Administrations Press, 1988. v. 1.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual. Rev. Bull.**, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milkbank Q.**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

FID - FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. La Fundación Fred Hollows. **Diabetes y salud ocular**: una guía para los profesionales de la salud. Bruselas, BE: Federación Internacional de Diabetes, 2015.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FRENK, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006 *apud* OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. Entre os compôs científicos e burocráticos. A trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil**: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 17-57.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber Livro, 2005. 77p.

GONCALVES, M. J. F. Avaliação de Programa de Saúde: o Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. **Saúde Transform. Soc.**, v. 3, n. 1, p. 13-17, 2012.

GONDIM, G. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS\\_CURSO\\_VIGILANCIA/20.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Botucatu**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas**. 6. ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2014.



KESSNER, D. M.; FALL, C. E; SINGER, J. Assessing health quality. The case for tracers. **N. Engl. J. Med.**, v. 288, n. 4, p. 189-194, 1973.

LOPES, R. M. et al. Tese de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl. 2, p. S283-S297, 2004.

LORIG, K. et al. **Living a healthy life with chronic condition**: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3. ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

MAGLUTA, C. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 414-416, 2013.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 15, n. 6, p. 523-530, 2003. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5d4e/053f60c45055b94fdcc7851ee973d7c24772.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence Multicenter: study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, v. 15, p. 1509-1516, 1992.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MALTA, D. C. et al. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18, suppl. 2, p. 3-16, 2015.

MALTA, D.C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MAXWELL, M. H. et al. Error in blood-pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients. **Lancet**, v. 2, n. 8288, p. 33-36, 1982.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

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. 512 p.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: linha-guia de hipertensão arterial, Diabetes mellitus, doença renal crônica.** 3. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia%20de%20hipertensao.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 406 p.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MOYSÉS, S. T. et al. (Org.). **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. 193 p.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

NRHI - HEALTH PAYMENT REFORM SUMMIT. From volume to value: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh: Network for Regional Healthcare Improvement, 2008 *apud* 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. 512 p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p. Disponível em:

<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&alias=1219-linhas-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes-9&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&alias=1219-linhas-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes-9&Itemid=965)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_coordenada\\_APS\\_construindo\\_redes\\_atencao\\_sus\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PAHO - PANAMERICAN HEALTHY ORGANIZATION. **Participatory evaluation of healthy municipalities**: a practical resource kit for action. Washington: PAHO, 2004.

PALLONI, A. P. M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 15-32.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes**. Curitiba: SESA, 2014. 56 p. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/web\\_final\\_diabetse\\_linhaguia.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/web_final_diabetse_linhaguia.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2017.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2018. 57 p.

MARATHE, P. H.; GAO, H. X.; CLOSE, K. L. American diabetes association standards of medical care in diabetes 2017. **J. Diabetes**, v. 9, n. 4, p. 320-324, 2017.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 259-269. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

POTVIN, L. et al. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: ROOTMAN, I. (Ed.). **Evaluation in health promotion**: principles and perspectives. Copenhagen: World Health Organization, 2001. p. 45-62. (WHO Regional Publications, European Series, v. 92).

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

SANINE, P. R. **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo**. 2014. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Assessoria Técnica. **Manual de orientação clínica: diabetes mellitus**. São Paulo: SES/SP, 2011. 46 p. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-mellitus/manual-de-orientacao-clinica-do-diabetes-mellitus/lc\\_diabetes\\_manual\\_atualizado\\_2011.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-mellitus/manual-de-orientacao-clinica-do-diabetes-mellitus/lc_diabetes_manual_atualizado_2011.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCHRAMM, J. M. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SEADE. Fundação Sistema Estadual, 2018. **Perfil dos municípios paulistas**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www.perfil.seade.gov.br/#>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. Crít. Ciênc. Soc.**, v. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: <<http://www.iqq.com.br/uploads/biblioteca/Avaliacao%20de%20Qualidade%20em%20Saude.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005. p. 15-40.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde TABNET – Tabulador para internet do DATASUS**. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

TANAKA, O. U.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. A avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 3, p. 325-332, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a12v8n3.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

TANAKA, O. U.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY . **Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf)> Acesso em: 12 out. 2017.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Ann. Intern. Med.**, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 1997.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Eff. Clin. Pract.**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/)>. Acesso em: 18 jun. 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Formal meeting of Member States to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non communicable diseases**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/NCDs/pdf/A\\_NCD\\_2-en.pdf](http://apps.who.int/gb/NCDs/pdf/A_NCD_2-en.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics: chronic diseases**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/ncds/en/>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cataloguing-in-Publication Data**  
**Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014.  
Disponível em:  
<[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 22 jan. 2018.

## **Apêndices**

**APÊNDICE 1. Lista de medicações dispensadas pela Atenção Primária de Saúde do Município de Botucatu-SP**

<b>Tipo Medicação</b>	<b>Nome do Medicamento</b>
<b>Medicações Anti-hipertensivas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Captopril 25 mg comprimido</li> <li>2. Clonidina, cloridrato 0,150mg comprimido</li> <li>3. Enalapril, maleato 10mg comprimido</li> <li>4. Enalapril, maleato 20mg comprimido</li> <li>5. Enalapril, maleato 5mg comprimido</li> <li>6. Espironolactona 25mg comprimido</li> <li>7. Furosemida 10mg/ml ampola 2ML</li> <li>8. Furosemida 40mg comprimido</li> <li>9. Hidroclorotiazida 25 mg comprimidos</li> <li>10. Losartana Potássica 50MG Comprimido</li> <li>11. Metildopa 250 mg</li> <li>12. Propranolol, cloridrato 40mg comprimido</li> <li>13. Anlodipino</li> <li>14. Nifedipina</li> </ol>
<b>Medicações Hipoglicemiantes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Glibenclamida 5mg comprimido</li> <li>2. Gliclazida 30mg comprimido (Liberação modificada)</li> <li>3. Insulina Humana NPH 100 UI/ML FR 10 ML– Uso Adulto e Pediátrico</li> <li>4. Insulina Humana NPH 100 UI/ML 10 ML</li> <li>5. Insulina Humana NPH 100 UI/ML REFIL 3 ML</li> <li>6. Insulina Humana REGULAR 100 UI/ ML FR 10ML – Uso Adulto</li> <li>7. Insulina Humana REGULAR 100 UI/ ML FR 10ML – Uso Adulto e Pediátrico</li> <li>8. Insulina Humana REGULAR 100 UI/ ML Refil 3ML</li> <li>9. Metformina, Cloridrato 500mg comprimido</li> <li>10. Metformina, Cloridrato 850mg comprimido</li> <li>11. Vildagliptina 50 mg comprimido</li> </ol>



## APÊNDICE 2. Informações adicionais sobre o Município de Botucatu.

### Perfil Demográfico

Quadro A1 – Taxa Geométrica Média de crescimento populacional anual comparada, município de Botucatu-SP, 2010 a 2018.

ÁREA	Taxa Média (% a.a.)
Município de Botucatu	1,08
Região de Governo Polo Cuesta	0,96
Região Administrativa de Sorocaba	1,05
Estado de São Paulo	0,82

Fonte: SEADE, 2018

Quadro A2 - Índice de Envelhecimento do município de Botucatu-SP, região e estado de São Paulo, 2018.

Área	Índice
Município de Botucatu	86,20
Região de Governo Polo Cuesta	80,50
Região Administrativa de Sorocaba	72,67
Estado de São Paulo	75,25

(\*) Índice de Envelhecimento = número de pessoas de 60 anos e mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade na população residente. Fonte: SEADE, 2018.

Quadro A3 - Taxas de Natalidade e de Fecundidade, do município de Botucatu, regiões e estado de São Paulo, 2016.

Área	Taxa de Natalidade (a)	Taxa de Fecundidade (b)
Município de Botucatu	12,75	46,46
Região de Governo Polo Cuesta	13,22	49,08
Região Administrativa de Sorocaba	13,87	50,46
Estado de São Paulo	13,84	49,73

(a) por mil habitantes; (b) por mil mulheres entre 15 e 49 anos  
Fonte: SEADE, 2018.

Quadro A4 - Taxa de Mortalidade da População por 100.000 habitantes, segundo faixas etárias, município de Botucatu, regiões e estado de São Paulo, 2016.

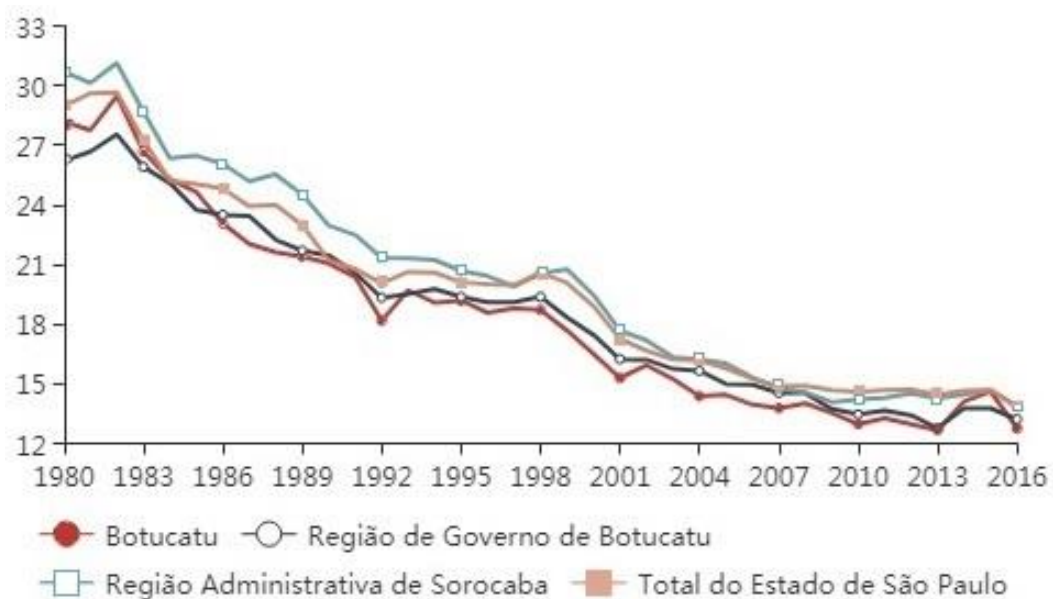
Área	Taxa de Mortalidade (*)	
	15 a 34 anos	60 anos e mais
Município de Botucatu	94,77	3778,17
Região de Governo Polo Cuesta	110,58	3838,68
Região Administrativa de Sorocaba	104,70	3788,51
Estado de São Paulo	104,02	3500,93

(\*) por 100.000 mil hab. na respectiva faixa etária

Fonte: SEADE, 2018.

Fonte: IBGE, 2018

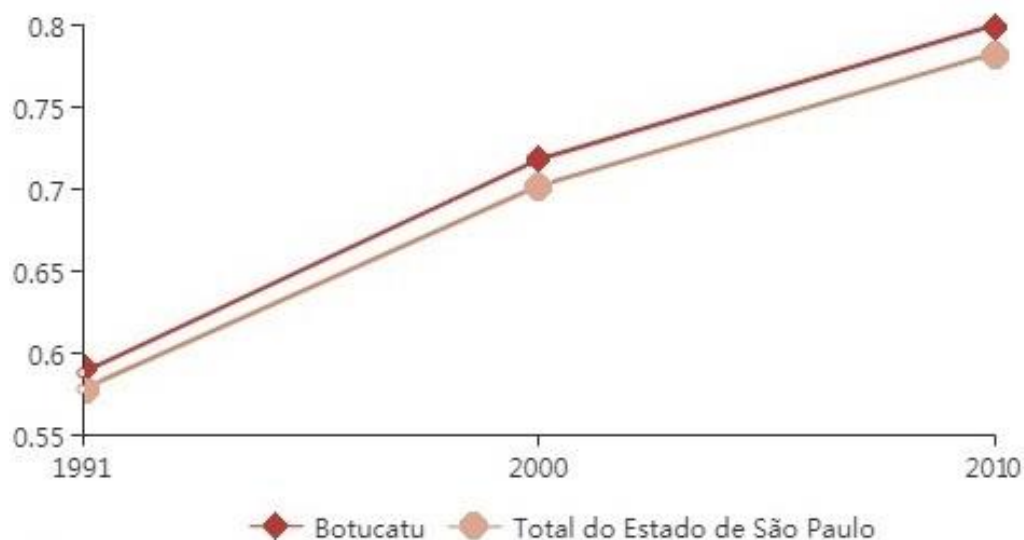
Gráfico A1 - Taxa de Natalidade (por mil habitantes), município de Botucatu-SP, regiões e estado de São Paulo, 1980 a 2016.



Fonte: SEADE, 2018.

## Indicadores Econômicos e Sociais

Gráfico A2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), município de Botucatu e estado de São Paulo, 1991 a 2010.



Fonte: SEADE, 2018.

Quadro A5 - Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS<sup>4</sup>), segundo dimensões, município de Botucatu, região administrativa de Sorocaba e estado de São Paulo, 2014

Área	Dimensão IPRS		
	Riqueza	Longevidade	Escolaridade
Município de Botucatu	43	71	57
Região Administrativa de Sorocaba	43	68	59
Estado de São Paulo	47	70	54

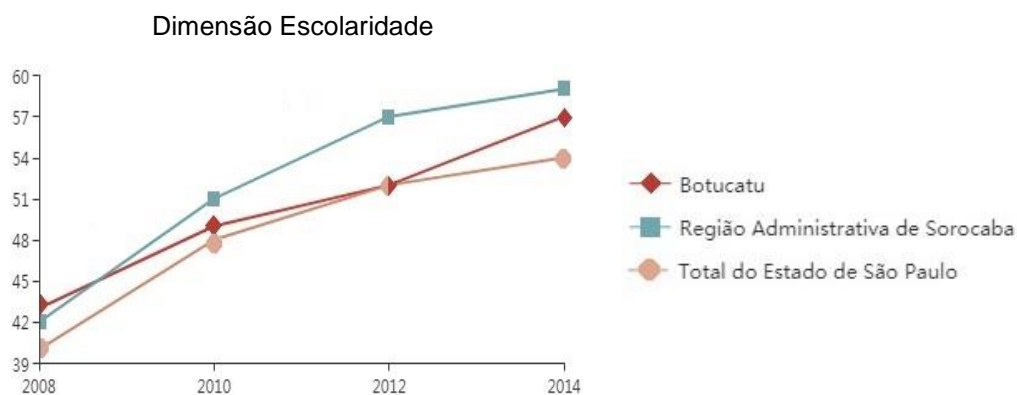
(\*) por 100.000 mil hab. na respectiva faixa etária  
Fonte: SEADE, 2018

<sup>4</sup> IPRS - Dimensão Riqueza: combina dados relacionados ao consumo residencial de energia elétrica, consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços, a remuneração média dos empregados com carteira assinada e do setor público e o valor adicionado fiscal.

IPRS – Dimensão Longevidade: combinação dados de mortalidade perinatal, mortalidade infantil, mortalidade de adultos entre 15 e 39 anos e mortalidade de pessoas entre 60 e 69 anos de idade.

IPRS - Dimensão Escolaridade: combina dados relativos à média da proporção de alunos da rede pública que atingiram o nível adequado nas provas de português e matemática (5º ano do EF); média da proporção de alunos da rede pública que atingiram o nível adequado nas provas de português e matemática (9º ano do EF); taxa de atendimento escolar na faixa de 4 a 5 anos e a taxa de distorção idade-série no ensino médio. (SEADE, 2018)

Gráfico A3 - Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), segundo dimensão escolaridade, município de Botucatu, região administrativa de Sorocaba e estado de São Paulo, 2008 a 2014.



Fonte: SEADE, 2018 – Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS.

## Perfil de Escolaridade

Quadro A6 - Indicadores de Escolaridade, município de Botucatu, regiões e estado de São Paulo, 2010.

Área	Taxa de Analfabetismo (a)	Cobertura de ensino médio completo (b)
Município de Botucatu	4,11	65,56
Região de Governo Polo Cuesta	5,60	...
Região Administrativa de Sorocaba	5,38	56,19
Estado de São Paulo	4,33	57,89

(a) Taxa de Analfabetismo da População de 15 anos e mais (b) População de 18 a 24 Anos com pelo Menos Ensino Médio Completo

Fonte: SEADE, 2018

### **APÊNDICE 3. Indicadores Epidemiológicos adicionais sobre condições crônicas de saúde**

Encontram-se abaixo informações colhidas de fontes secundárias pela autora e apresentadas sob a forma de Tabelas e Gráficos. Parte destas informações está mencionada no texto principal deste trabalho.

Quadro A7 - Taxa de Mortalidade Prematura (< 70 anos) pelo conjunto de DCNT, município de Botucatu -SP, 2000 a 2016.

Ano	Nº óbitos prematuros	População 30-69 anos	Taxa óbitos prematuros DCNT observada	Taxa óbitos prematuros DCNT esperada	Varição (Em %) entre observado e esperados
2000	217	46.527	446,40	---	---
2001	198	47.888	413,46	437,472	-7,38
2002	198	49.270	401,87	405,1908	-2,80
2003	199	50.682	392,64	393,8326	-2,30
2004	191	52.119	366,47	384,7872	-6,67
2005	172	53.522	321,07	359,1406	-12,39
2006	202	55.025	367,11	314,6486	+14,34
2007	199	56.522	352,08	359,7678	-4,09
2008	185	58.069	318,59	345,0384	-9,51
2009	219	59.660	367,08	312,2182	+15,22
2010	228	61.274	372,10	359,7384	+1,37
2011	188	62.895	298,91	364,658	-19,67
2012	200	64.523	309,97	292,9318	+3,70
2013	226	66.153	341,63	303,7706	+10,21
2014	192	67.805	283,16	334,7974	-17,12
2015	221	69.363	318,61	277,4968	+12,52
2016	246	69.363	354,66	312,2378	+11,31
<b>TOTAL</b>	<b>3.481</b>				

Fonte: TABNET, 2018.

Quadro A8 - Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral por 100.000 habitantes, na população entre 30-59 anos, município de Botucatu, 2000 a 2014.

Ano	Nº de óbitos/AVC 30-59 anos	População 30-59 anos	TX. MORTALIDADE AVC 30-59 ANOS
2000	2	39.382	4,11
2001	2	40.086	2,27
2002	5	40.726	2,31
2003	1	41.346	4,77
2004	2	41.968	2,42
2005	1	43.379	12,28
2006	1	44.098	4,99
2007	2	48.627	5,08
2008	2	51.311	3,90
2009	1	52.766	1,90
2010	4	51.385	7,78
2011	1	51.976	1,92
2012	4	52.545	7,61
2013	1	54.477	1,84
2014	2	55.553	3,60

Fonte: TABNET, 2018

Quadro A9 - Prevalência de pacientes em diálise, por 100.000 habitantes, município de Botucatu-SP, 2000 a 2014.

ANO	Nº de pacientes atendidos	População Residente	Taxa de Prevalência
2000	30	110.550	27,14
2001	38	112.847	33,67
2002	39	115.094	33,89
2003	43	117.289	36,66
2004	53	119.431	44,38
2005	56	121.519	46,08
2006	55	123.551	44,52
2007	46	125.527	36,65
2008	61	127.445	47,86
2009	65	129.305	50,27
2010	65	131.107	49,58
2011	72	132.868	54,19
2012	76	134.592	56,47
2013	86	136.269	63,11
2014	91	137.899	65,99

Fonte: TABNET, 2018.

Quadro A10 - Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral por 100.00 hab., na população maior de 40 anos, município de Botucatu-SP, 2000 a 2017.

Ano	Internações por AVC > 40 anos	População > 40 anos	Taxa Internação AVC > 40 anos
2000	81	35.503	22,81
2001	96	36.807	26,08
2002	93	38.131	24,39
2003	75	39.473	19,00
2004	94	40.821	23,03
2005	73	42.158	17,32
2006	81	43.425	18,65
2007	80	44.683	17,90
2008	58	45.967	12,62
2009	116	47.273	24,54
2010	134	48.625	27,56
2011	140	49.988	28,01
2012	133	51.389	25,88
2013	127	52.817	24,05
2014	145	54.110	26,80
2015	158	55.499	28,47
2016	156	55.499	28,11
2017	143	55.499	25,77

Fonte: TABNET, 2018.

Quadro A11 - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio - IAM, município de Botucatu-SP, 2008 a 2017.

ANO	Nº de óbitos nas internações por IAM	Nª total de internações por IAM	% de óbitos nas internações por IAM
2008	7	74	9,46
2009	17	100	17,00
2010	17	106	16,04
2011	12	134	8,96
2012	13	137	9,49
2013	15	143	10,49
2014	16	124	12,90
2015	28	358	7,82
2016	27	358	7,54
2017	7	74	9,46

Fonte: TABNET, 2018.

Quadro A12 - Prevalência de pacientes em diálise, por 100.000 habitantes, município de Botucatu-SP, 2000 a 2014.

ANO	Nº de pacientes atendidos	População Residente	Taxa de Prevalência
2000	30	110.550	27,14
2001	38	112.847	33,67
2002	39	115.094	33,89
2003	43	117.289	36,66
2004	53	119.431	44,38
2005	56	121.519	46,08
2006	55	123.551	44,52
2007	46	125.527	36,65
2008	61	127.445	47,86
2009	65	129.305	50,27
2010	65	131.107	49,58
2011	72	132.868	54,19
2012	76	134.592	56,47
2013	86	136.269	63,11
2014	91	137.899	65,99

Fonte: TABNET, 2018.

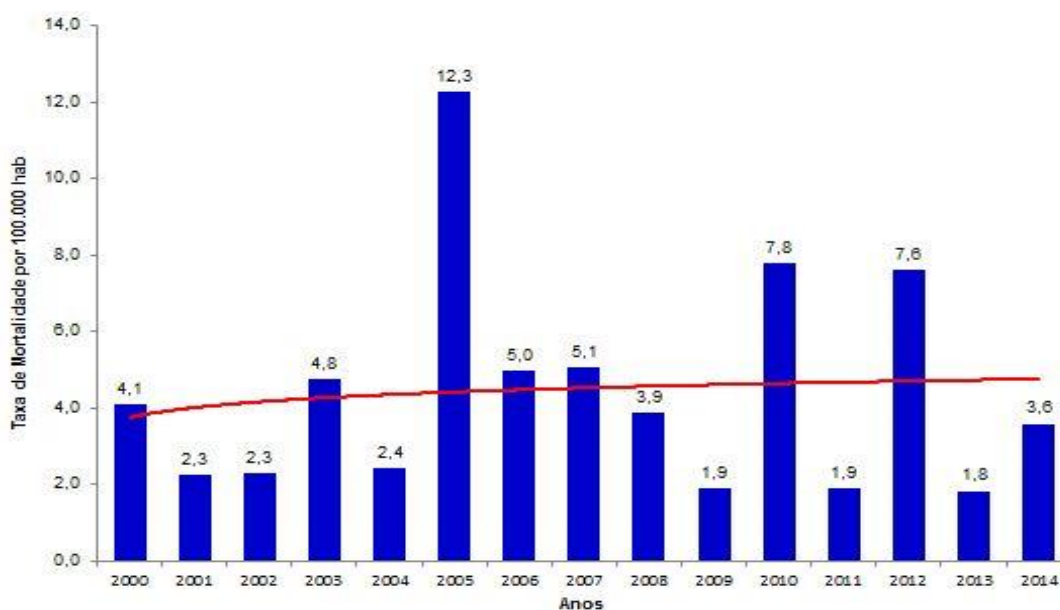
Quadro A13 - Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatorio (DAC), por 100.000 hab., população geral e 30 a 59 anos, município de Botucatu-SP, 2000 a 2017.

ANO	Óbitos por DAC	Óbitos por DAC Pop. 30-59a	Pop. Total	Pop. 30-59a	Taxa Mortalidade por DAC	Taxa Mortalidade por DAC Pop. 30-59a
2000	276	64	110.550	40.215	249,66	159,14
2001	253	48	112.847	41.438	224,2	115,84
2002	270	45	115.094	42.662	234,59	105,48
2003	306	47	117.289	43.894	260,89	107,08
2004	310	40	119.431	45.113	259,56	88,67
2005	270	51	121.519	46.315	222,19	110,12
2006	286	48	123.551	47.549	231,48	100,95
2007	283	49	125.527	48.788	225,45	100,43
2008	279	48	127.445	50.025	218,92	95,95
2009	291	49	129.305	51.254	225,05	95,6
2010	295	60	131.107	52.463	225,01	114,37
2011	243	49	132.868	53.632	182,89	91,36
2012	252	41	134.592	54.780	187,23	74,84
2013	288	52	136.269	55.904	211,35	93,02
2014	270	37	137.899	57.090	195,8	64,81
2015	303	55	139.486	58.154	217,23	94,58
2016	298	45	139.486	58.154	213,64	77,38
2017	290	50	139.486	58.154	207,91	85,98

Fonte: TABNET, 2018.

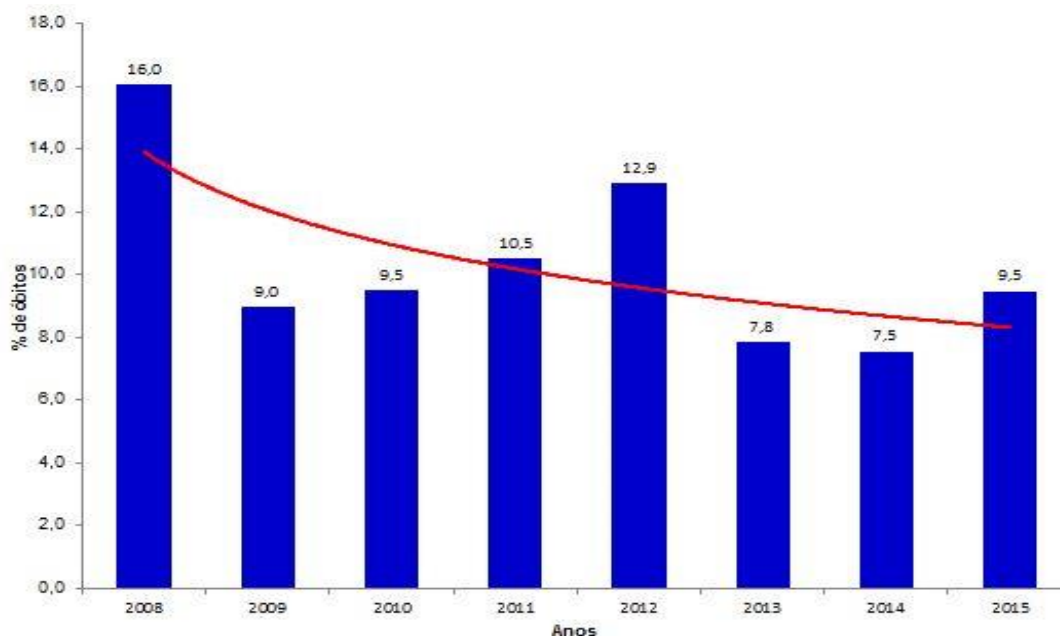


Gráfico A4 - Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral por 100.000 habitantes, e linha de tendência logaritmica, na população entre 30-59 anos, município de Botucatu, 2000 a 2014.



Fonte: TABNET, 2018

Gráfico A5 - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio - IAM, e linha de tendência logaritmica, município de Botucatu-SP, 2008 a 2017.



Fonte: Site: <http://tabnet.saude.sp.gov.br> (SESSP/SIH-SUS - Sistema de Informação Hospitalar do SUS. Atualizado em 03/2017).

#### **APÊNDICE 4. Detalhamento das unidades integrantes da Rede de Atenção à Saúde do Município de Botucatu**

##### Unidades e serviços da Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica)

A APS em Botucatu está constituída por 20 Unidades Básicas de Saúde, sendo doze Unidades da Estratégia Saúde da Família (USF), seis Unidades Básicas de Modelo Tradicional e duas Unidades do Centro Saúde Escola (CSE), totalizando 25 equipes básicas de saúde, considerando que algumas USF estão compostas com mais de uma equipe (ver áreas de abrangência das unidades no mapa da Figura A1)

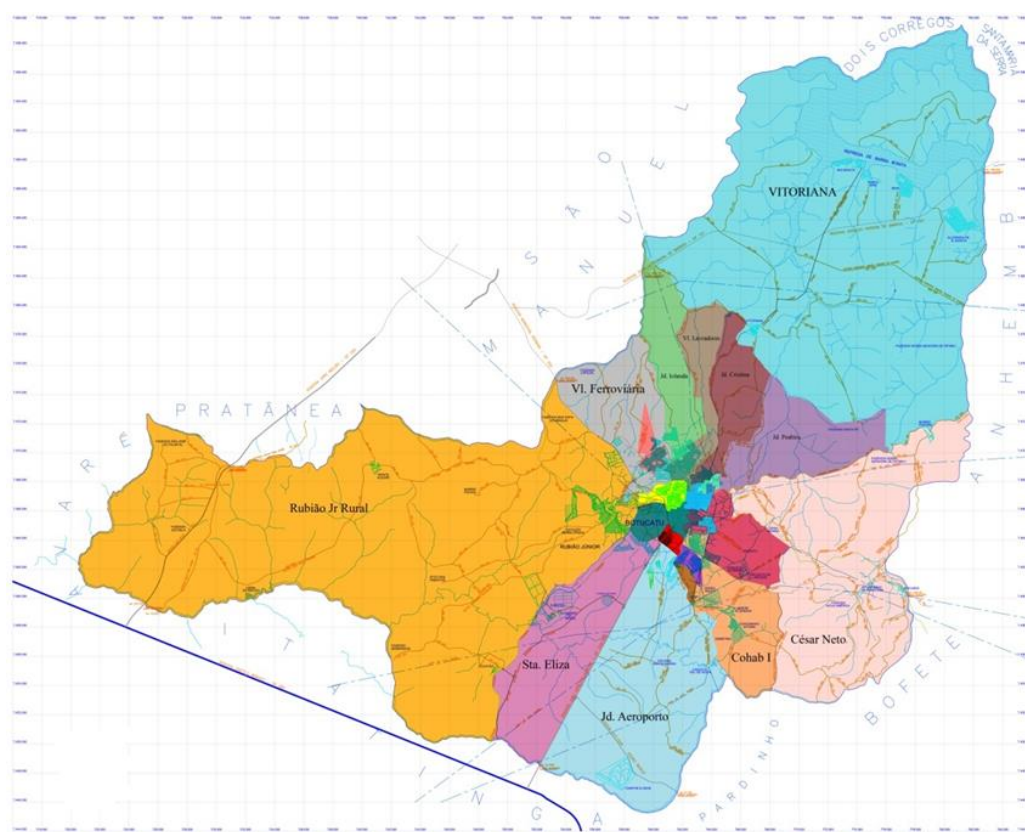
A SMS do Município iniciou a implantação da Estratégia Saúde da Família em 2003, e atualmente conta com 17 equipes de saúde da família (eSF), sendo elas: eSF Rubião Júnior I, II e III, eSF Jardim Santa Elisa, eSF Santa Maria, eSF Jardim Aeroporto I e II, eSF, Parque Marajoara, eSF, César Neto, eSF Comerciantes I e II, eSF, Vitoriana, eSF, Jardim Peabiru I e II, eSF, COHAB IV, eSF Jardim Iolanda, eSF Real Park. O conjunto de Unidades Básicas de Modelo Tradicional é composto por: UBS CECAP, UBS São Lúcio, UBS COHAB I, UBS Vila Jardim, UBS Jardim Cristina e UBS Centro Saúde I (CSI). Já o Centro Saúde Escola (CSE) é integrado pelas unidades: Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária, sendo vinculado à Faculdade de Medicina de Botucatu para integração docente-assistencial, destinado ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência com extensão de serviços à comunidade, respondendo por aproximadamente 30% da APS do município.

A modalidade de gestão difere entre os três grupos de Unidades Básicas. As UBS de Modelo Tradicional estão sob gestão direta da Prefeitura Municipal de Botucatu e trabalham com funcionários públicos municipais. Já as USF e o CSE estão sob gestão indireta por meio de parceria com Organizações Sociais da área da saúde. Assim sendo, as USF são operadas mediante Contrato de Gestão firmado há nove anos com a Fundação UNI, a qual também realiza a contratação dos profissionais para tal atividade. O CSE, vinculado à FMB, é gerido mediante convênio firmado junto à Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar – FAMESP. Ambas as Fundações foram instituídas pela Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.

Todas as UBS funcionam de segunda as sextas-feiras, das 7:00 às 17:00 horas, com exceção das USF Vitoriana e César Neto, que atendem das 7:30 às 16:30 horas, em virtude de estarem localizadas na sede de distritos rurais, com pouco acesso ao serviço de transporte público.

De maneira geral, os serviços da APS de Botucatu estão estruturados para o desenvolvimento da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, nas áreas básicas de clínica médica, ginecologia e pediatria, envolvendo as condições de saúde relacionadas aos programas prioritários, a saber: adulto, pré-natal e puerpério, criança e adolescente, idoso, mulher, DST/HIV/Aids, saúde bucal, saúde escolar, saúde do trabalhador, saúde mental, hanseníase e tuberculose. O cuidado é promovido em diversas modalidades de atendimento: consultas individuais, grupos terapêuticos, atividades de educação em saúde, busca ativa, vigilância em saúde, visitas domiciliares, atividades em sala de espera, aconselhamento, coleta de exames, vacinação, pequenos procedimentos cirúrgicos, procedimentos odontológicos, entre outros.

Figura A1 - Território municipal, segundo área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, Botucatu-SP, 2016



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. UPESC-FMB

### Outros serviços vinculados à Atenção Primária à Saúde

- ✓ **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB):** implantado em 2011, com o objetivo de ampliar a capacidade de atendimento das equipes da APS e qualificar os encaminhamentos dos usuários para os demais níveis de rede de atenção à saúde do SUS. A equipe é formada por 2 assistentes sociais; 2 educadores físicos; 9 farmacêuticos; 2 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 5 psicólogos e 3 médicos (pediatra em 20 h, ginecologista em 40 h e psiquiatra em 15 h semanais). Atua junto às UBS (exceto no CSE, em virtude deste se referir às especialidades do HC-FMB), desenvolvendo ações interdisciplinares, de forma multiprofissional e intersetorial, promovendo a educação pelo trabalho, integralidade do cuidado, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização no atendimento, por intermédio das atividades de matriciamento. (incluindo discussões de casos, atendimentos e projetos terapêuticos compartilhados, educação permanente com as equipes estudos epidemiológicos do território de abrangência das UBS e outras).
- ✓ **Farmácia Municipal** – Serviço de assistência farmacêutica para fornecimento de medicamentos básicos da RENAME ampliada, além de processos administrativos e judiciais, nos dispensários das UBS e na farmácia central.
- ✓ **Dose em Casa** – Programa de entrega de medicamentos insumos de enfermagem e suplementos alimentares em domicílio, para pacientes com diagnóstico de DM e HAS, com idade superior a 60 anos ou dificuldade de deambulação (acamados, cadeirantes, etc).
- ✓ **Clínica de Diversidades Terapêuticas:** serviço de apoio às pessoas usuárias com dor crônica, por meio de práticas manuais, acupuntura e homeopatia, realizada por fisioterapeutas e médico, oferecendo oportunidade de acesso às terapêuticas integrativas e complementares, de forma articulada com a terapêutica convencional, proporcionando alívio da dor e maior qualidade de vida. O Atendimento ocorre exclusivamente de forma referenciada pelas UBS, com apoio do NASF-AB.
- ✓ **Programa DST/HIV/Aids:** objetiva a promoção da saúde e prevenção em DST/AIDS à população em geral. O programa com equipe composta por uma enfermeira e seis agentes redutores de danos que atuam em todas as unidades

básicas de saúde, em diversos equipamentos sociais (como o CRAS e CREAS), em todo o território do município, especialmente locais de grande vulnerabilidade social como em áreas de prostituição e drogadição.

- ✓ **Clínica do Bebê:** clínica de atendimento interdisciplinar na atenção à criança recém-nascida integra o espaço saúde “Dra. Cecília Magaldi”, na região central. atendimentos realizados durante a primeira semana de vida do bebê, para: avaliação precoce de risco e diagnósticos; garantia de cuidado mais adequado a cada condição de vida e saúde; estímulo ao aleitamento materno exclusivo; e rastreamento e acompanhamento do recém-nascido de risco realizado nas UBS. Além da consulta, são também realizados testes da linguinha, do coraçãozinho, da orelhinha, do pezinho, entre outros. A equipe é formada por três técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma médica pediatra e duas fonoaudiólogas.
- ✓ **CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador:** objetiva promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Atende toda a região do Polo Cuesta, capacitando a rede básica de serviços, apoiando investigações de maior complexidade, assessorando a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiando a formulação de políticas públicas, apoiando a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho, além de estabelecer o nexo causal dos pacientes encaminhados ou notificados em acidente do trabalho.
- ✓ **CEO – Centro de especialidades Odontológicas:** Serviço especializado destinado a atender a clientela encaminhada pelos cirurgiões dentistas das unidades de saúde. Contempla sete especialidades odontológicas, com a participação de 11 cirurgiões dentistas especializados.
- ✓ **Centro de Diagnósticos de Doenças de Mama:** Serviço conveniado para exames de mamografia, ultrassons de mama e obstétricos.
- ✓ **VE- Vigilância Epidemiológica Municipal:** realiza conjunto de atividades com o propósito de fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, com responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de prevenção, controle ou erradicação de doenças e agravos, bem como dos fatores que as condicionam.

- ✓ **VA- Vigilância Ambiental:** responsável por realizar vigilância das doenças, transmitidas por vetores e hospedeiros intermediários, relacionadas aos fatores ambientais de risco e agravos à saúde. Atua ainda na promoção da participação e controle social, com estratégias de trabalho integradas aos serviços da rede de atenção, especialmente junto à vigilância epidemiológicas e sanitária, UBS e HC-FMB. Ainda nesta esfera, atua o **Canil Municipal** responsável pelo controle de zoonoses e às políticas de bem estar animal.
- ✓ **VISA- Vigilância Sanitária Municipal:** controle de riscos sanitários à prestação de serviços de saúde, bem como dos demais serviços e produtos de interesse sanitário, nos ambientes de trabalho; no meio ambiente e eventos toxicológicos. Realiza ações educativas de forma intersetorial e interdisciplinar, voltadas ao setor regulado e à população; cadastro e inspeção dos estabelecimentos sujeitos à Visa; recebimento e atendimento de denúncias e instauração de processos administrativos sanitários.
- ✓ **VE e VISA Estaduais** - nas atividades de maior complexidade e/ou de caráter regional, atuam no município os Grupos de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, vinculados respectivamente ao Centros de Vigilância Sanitária e Epidemiológica da SMS.
- ✓ **Transporte Sanitário** – Serviço de transporte de pacientes, para deslocamento a ou entre serviços de saúde, por razões sociais e/ou dificuldade de deambulação.

#### Serviços Ambulatoriais da Rede de Atenção à Saúde Mental

- ✓ **CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I:** Serviço de referência e tratamento, de atenção diária, para pessoas que sofrem com transtornos mentais leves, com capacidade para acolher usuários encaminhados pelas UBS, situações de crise psiquiátrica e ou dependência química, em todas as faixas etárias. Atua de forma articulada com a rede de saúde e socioassistencial; atua também na organização e qualificação do matriciamento de todas as UBS e serviços da rede socioassistencial do município.
- ✓ **CAPS II e AD – Centro de Atenção Psicossocial II:** Serviços de referência para casos de maior complexidade e com necessidades diferenciadas de

acompanhamento, em situações clínicas em saúde mental e, particularmente na atenção aos usuários dependentes de álcool e drogas.

- ✓ **Serviço de Residência Terapêutica:** equipamento de inclusão social, em domicílios supervisionados, de moradores sem inserção familiar e comunitária, egressos de hospitais psiquiátricos. O município conta com três Unidades de Residência Terapêutica, gerenciadas pela Fundação, UNI acolhendo 24 moradores.

#### Unidades e Serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

- ✓ **Unidades de Pronto Atendimento Noturno:** Atendimento a pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, de natureza clínica, de todo o município, realizado por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, das 18 às 22 h. Os PA COHAB I e COHAB IV trabalham com acesso direto e o PA CECAP com acesso referenciado pelo Pronto-Socorro Adulto.

- ✓ **Unidade de Pronto Atendimento Odontológico Noturno:** Atendimento de urgências odontológicas, das 18 às 21 h, em casos de dores orofaciais, processos infecciosos de origem odontogênica e traumatismos dentoalveolares.

- ✓ **SAMU 192 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:** inclui central de regulação médica, uma Unidade de suporte básico e uma Unidade de suporte avançado de urgências e emergências (Clínica, Cirúrgica, Obstétrica, Traumática e Psiquiátrica). Inaugurado em 2011, tem abrangência regional, sendo também responsável pela realização da regulação dos municípios de Anhembi, Areiópolis e Pardinho.

- ✓ **PSI – Pronto-Socorro Pediátrico:** instalado no Hospital do Bairro (antigo Hospital Sorocabano), inaugurado 2013, com leitos de observação e isolamento. Vinculado à FMB-Unesp, por meio de convênio com a PMB.

- ✓ **PSA – Pronto-Socorro Adulto:** localizado na região central, atendendo usuários acima de 15 anos de idade com patologias de média e baixa complexidade. Também está vinculado à FMB-Unesp, mediante convênio com a PMB.

- ✓ **Pronto-Socorro – HC-FMB:** constituído por duas unidades, para atendimento de Adultos e Infantil, instalado dentro do Hospital das Clínicas, contando com leitos

de observação e leitos de UTI Adulto, sendo retaguada para casos de maior complexidade, como Pronto-Socorro Referenciado. Possui, ainda, estrutura para diagnóstico, como: exames laboratoriais, eletrocardiograma, tomografia, Raios X e ultrassonografia.

Além dos serviços do SUS, Botucatu dispõe do **Pronto-Socorro Unimed:** Pronto Atendimento, funcionado 24 horas por dia, com médicos clínicos e pediatra. Possui retaguada em exames laboratoriais e Raios X de urgência, mantendo também leitos de retaguada e de UTI. Não possui estrutura para atender politraumatismos, porém, pela retaguada hospitalar, possui capacidade para atendimento de médio e alto risco e estabilização de pacientes.

#### Unidades de Atenção Hospitalar

- ✓ **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu- Unesp (HC-FMB):** vincula-se à SMS de São Paulo para fins administrativos e associa-se à Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp para fins de ensino, pesquisa e extensão, sendo a maior instituição do SUS na região. Estima-se que a abrangência populacional de atendimento do HC-FMB seja de dois milhões de pessoas. Integra a Diretoria Regional de Saúde (DRS VI) Bauru, atendendo os 68 municípios da região, além de outras regiões do estado de São Paulo e de alguns estados do País.

É hospital de média e alta complexidade, com o total de 461 leitos dos quais 451 deles estão disponíveis para o SUS, divididos em: 158 cirúrgicos, 107 clínicos, 29 obstétricos, 61 pediátricos, 3 psiquiátricos; 19 referentes a Hospital Dia, sendo 4 para AIDS e 15 para saúde mental; 54 leitos de UTI, sendo 17 neonatal, 30 adultos tipo III e 7 pediátricos tipo III, além de mais 17 leitos de UCI, sendo 15 neonatal convencional e 5 neonatal Canguru. Está habilitado como Centro de Referência Cardiovascular, em Oftalmologia, Neurologia, Ortopedia, Terapia Renal Substitutiva, UNACON, Parto de Alto Risco e Hemocentro, sendo ainda importante centro transplantador de rins, córneas, pâncreas, fígado e captador de órgãos.

Atua ainda como referência secundária e terciária para toda a região de saúde de Botucatu (Polo Cuesta), no atendimento ao politraumatizado e gestantes



normais e de risco, na realização de tomografia, ressonância magnética, cintilografia, hemodinâmica e litotripsia, e nas especialidades de angiologia, cardiologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, ginecologia, gastrologia, imunologia, infectologia, mastologia, moléstias infecciosas, nefrologia, neurologia clínica, neurologia cirúrgica, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia e urologia.

Junto ao HC-FMB, funciona a Farmácia de Alto Custo, sob gestão direta da SES, para fornecimento de medicamentos especiais e de alto custo, segundo protocolos clínicos e processos administrativos.

- ✓ **Hospital Estadual:** inaugurado em 2014, faz parte de o Complexo Hospitalar do HC-FMB, com capacidade para 80 leitos, realizando cirurgias eletivas de pequena e média complexidade, referenciadas pelo Instituto Central, e também dos municípios da região de saúde Polo Cuesta.
- ✓ **Hospital do Bairro:** antigo Hospital Regional da Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana, desapropriado pela Prefeitura Municipal em 2012, estando sob gestão do HC-FMB; desenvolve serviços de clínica oftalmológica, coleta de exames laboratoriais do HC-FMB, exames radiológicos de abrangência regional e abriga o Pronto-Socorro Pediátrico (ver adiante); possui enfermarias clínicas e cirúrgicas (80 leitos) atualmente aguardando reativação.
- ✓ **Hospital Dia:** referência no atendimento de usuários portadores de HIV-Aids, Hepatites B e C e HTLV I e II para o interior paulista.
- ✓ **Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) “Prof. Cantídio de Moura Campos”:** hospital público estadual, de referência regional (DRS VI de Bauru) e especializada em internações psiquiátricas, com 80 leitos. As portas de entrada para o CAIS são: os CAPS I, II e III e o Pronto-Socorro Referenciado do HC-FMB.
- ✓ **Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas (SARAD):** inaugurado 2013, integra o Programa “Recomeço”, com novo modelo de tratamento no SUS a dependentes químicos. Conta com 42 leitos, em blocos destinados ao tratamento de pacientes do sexo masculino e feminino e ao processo de

desintoxicação de dependentes. Atende usuários de Botucatu e dos demais municípios do DRS VI de Bauru. É administrado pelo HC-FMB.

Além dos serviços do SUS, Botucatu dispõe do **Hospital Unimed**: de caráter exclusivamente privado, de média complexidade, com 104 leitos divididos em: 36 cirúrgicos, 25 clínicos, 16 obstétricos, 16 pediátricos e 11 complementares (5 de UTI Adulto, 2 de UTI Neonatal, 1 de Isolamento, e 3 de UCI Adulto). Atende nas especialidades de clínica médica, cirurgia vascular, cardiologia clínica, endocrinologia, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, neurologia clínica e cirúrgica, otorrinolaringologia, urologia, pneumologia, ortopedia, gastrologia, proctologia e pediatria. Possui serviços terceirizados de: laboratório de análises clínicas, Raios X, endoscopia, ultrassonografia, tomografia e ressonância nuclear magnética. Possui duas portas de entrada: o Pronto Atendimento, localizado no próprio hospital e os consultórios particulares, através de demanda espontânea.

**Anexos**

**ANEXO 01: Indicadores para o monitoramento da linha de cuidado das pessoas com Diabetes Mellitus.**

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Observação
Prevalência de DM no município.	Número de pessoas com DM cadastradas, com 18 anos ou mais, no município/ População adulta ( $\geq 18$ anos) no município x 100.	Cadastro individual do sistema de informação vigente (numerador) e Censo do IBGE (denominador).	Os parâmetros para este indicador devem ser pactuados a partir das prevalências de inquéritos atualizados.
Prevalência de DM na equipe.	Número de pessoas com DM cadastradas, com 18 anos ou mais, em determinado local e período/Número de pessoas com 18 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período x 100.	Cadastro individual do sistema de informação vigente (numerador e denominador).	Os parâmetros para este indicador devem ser pactuados a partir das prevalências de inquéritos atualizados.
Proporção de pessoas com DM em acompanhamento ambulatorial.	Número de pessoas com DM cadastradas em determinado local, com, pelo menos, uma consulta médica e uma de enfermagem nos últimos 12 meses/ Número de pessoas com DM cadastradas no mesmo local e período x 100.	Mapa de atendimento do sistema de informação vigente (numerador) e cadastro individual do sistema de informação vigente (denominador).	As metas para este indicador devem ser pactuadas conforme diretrizes clínicas nacionais ou locais.
Proporção de pessoas com DM com exame de hemoglobina glicada (Hb glicada) avaliado.	Número de pessoas com diabetes com exame de Hb glicada avaliado, em determinado local e período/ Número de pessoas com DM cadastradas no mesmo local e período x 100.	Mapa de atendimento do sistema de informação vigente (numerador) e cadastro individual do sistema de informação vigente (denominador).	As metas para este indicador devem ser pactuadas conforme diretrizes clínicas nacionais ou locais.

continua

continuação

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Observação
Proporção de pessoas com DM com avaliação do pé diabético.	Número de pessoas com diabetes com avaliação do pé diabético em determinado local período/Número de usuários com DM cadastrados no mesmo local e período x 100.	Mapa de procedimentos do sistema de informação vigente (numerador) e cadastro individual do sistema de informação vigente (denominador).	As metas para este indicador devem ser pactuadas conforme diretrizes clínicas nacionais ou locais.
Proporção de pessoas com DM com exame de retinografia avaliado.	Número de usuários com DM com exame de retinografia (fundo de olho com oftalmologista) avaliado em determinado local período/Número de usuários com DM cadastrados no mesmo local e período x 100.	Mapa de atendimento e cadastro individual do sistema de informação vigente (numerador) e cadastro individual do sistema de informação vigente (denominador).	As metas para este indicador devem ser pactuadas conforme diretrizes clínicas nacionais ou locais.
Proporção de pessoas com diabetes com exame de creatinina avaliado.	Número de usuários com DM com exame de creatinina avaliado em determinado local período/Número de usuários com DM cadastrados no mesmo local e período x 100.	Mapa de atendimento e cadastro individual do sistema de informação vigente (numerador) e cadastro individual do sistema de informação vigente (denominador).	As metas para este indicador devem ser pactuadas conforme diretrizes clínicas nacionais ou locais.
Taxa de internações por DM na população adulta.	Número de internações por DM na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos e mais, no mesmo local e período x 1.000.	Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – procedimento: 03.03.03.003-8 (numerador) e Censo do IBGE (denominador).	

continua

conclusão

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Observação
Tempo médio de internação por DM.	Número total de dias de internação por DM/Número total de internações por DM.	Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – procedimento: 03.03.03.003-8 (numerador e denominador).	
Taxa de amputação por DM.	Número total de amputações por DM na população de 18 anos e mais, em determinado local e período/População com 18 anos e mais, no mesmo local e período x 1.000.	Sistema de Informação Hospitalar – SIH (numerador) e Censo do IBGE (denominador).	
Taxa de mortalidade por DM e suas complicações na população adulta:	Número de óbitos por DM e suas complicações na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/População com idade entre 18 e 59 anos e mais, no mesmo local e período x 1.000.	Sistema de Informação sobre Mortalidade (numerador) e IBGE (denominador).	

Fonte: Brasil, 2013c

**ANEXO 02:****AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS****DE ATENÇÃO BÁSICA QUALIAB****I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO**

1. Esta Unidade se caracteriza por ser:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” \*
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” \* **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” \* **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) \* “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada** à Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

\*Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família

2. A instituição que assume a gestão administrativa do serviço é:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 6) Ministério da Saúde
- 7) Consórcio intermunicipal
- 8) Outros - especifique: \_\_\_\_\_

3. Localização geográfica da Unidade:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

4. No território de atuação desta Unidade existe a presença de grupos populacionais:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Indígenas
- 2) Quilombolas
- 3) Populações ribeirinhas
- 4) Ciganos e nômades urbanos
- 5) Acampados e assentados
- 6) Trabalhadores sazonais e volantes
- 7) Pessoas em situação de rua
- 8) Profissionais do sexo
- 9) Moradores de abrigos, albergues

- 10) Encarcerados  
 11) Imigrantes  
 12) Outros - especifique: \_\_\_\_\_  
 13) Não ocorre a presença dessas populações no território

**5. Quais os períodos de funcionamento da Unidade:**

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Todas as manhãs de segunda a sexta  
 2) Todas as tardes de segunda a sexta  
 3) Todas as noites de segunda a sexta  
 4) Algumas manhãs durante a semana  
 5) Algumas tardes durante a semana  
 6) Algumas noites durante a semana  
 7) Finais de semana  
 8) 24 horas

**6. A Unidade possui equipe de saúde da família:**

**Selecione apenas uma alternativa**

- 1) Sim. Número de equipes: \_\_\_\_\_  
 2) Não

**7. Número de profissionais fixos e volantes na Unidade por categoria:**

**(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)**

<b>Profissional</b>	<b>Nº de profissionais <b>FIXOS</b> na unidade (Presença diária no serviço)</b>	<b>Nº de profissionais <b>VOLANTES</b> (Atende alguns períodos)</b>
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		



18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros - especifique:		

8. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Mais médico
- 2) Proxab médico
- 3) Proxab enfermeiro
- 4) Proxab dentista
- 5) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

9. As ações de rotina realizadas pelos seguintes PROFISSIONAIS são:

*Selecione um item para cada alternativa*

	Não possui esse profissional	Recepção de casos não agendados	Promoção e educação em saúde	Visita domiciliar	Atendimento individual	Grupos	Participação reuniões de equipe	Avaliação de faltosos	Registro em prontuário	Atividades na comunidade	Outras
1 - Médico de Família											
2 - Médico Clínico Geral											
3 - Médico Pediatra											
4 - Médico Ginecologista											
5 - Enfermeiro											
6 - Auxiliar/técnico de enfermagem											
7 - Dentista											
8 - Auxiliar/Técnico consultório dentário											
9-Farmacêutico											
10- Outros											

**10.** Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no Pré Natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes
- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Distribuição de preservativos
- 15) Participação em reuniões de equipe
- 16) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 17) Esse serviço não dispõe desse profissional

**11.** A rede municipal ou regional oferece para a Unidade o acesso aos seguintes serviços:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
- 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- 6) Serviços de atenção ao idoso
- 7) Serviços de atenção à criança
- 8) Serviços de atenção à mulher
- 9) Serviços de referência em Tuberculose
- 10) Serviços de referência em DST, aids e hepatites virais
- 11) Ambulatórios de especialidades
- 12) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- 13) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
- 14) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 15) ONG (Organização Não Governamental)
- 16) Ações comunitárias ligadas grupos religiosos
- 17) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 18) Não tem acesso a serviços de apoio

**12.** O apoio técnico à equipe da Unidade é feito por:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipe multiprofissional externa ao serviço
- 3) Outro tipo de apoio (por exemplo, apoiador do estado, do COSEMS, Telessaúde, outros)
- 4) Não é realizado por nenhuma instância

**13.** O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é: *Selecione um item para cada alternativa*

ESPECIALIDADES	Tempo de espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 Meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não Sabe	Não encaminha
1) Oftalmologia							
2) Otorrinolaringologia							
3) Ortopedia							
4) Gastroenterologia							
5) Cardiologia							
6) Neurologia							
7) Psiquiatria							
8) Geriatria							
9) Fisioterapia							
10) Psicologia							

**14.** Em relação ao número de consultas médicas realizadas NO ÚLTMO MÊS (considerando todas as faixas etárias e todas as especialidades) informe:

**Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números**

- 1) Total de CONSULTAS MÉDICAS realizadas: \_\_\_\_\_
- 2) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram por AGENDAMENTO: \_\_\_\_\_
- 3) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram “EXTRAS” (não agendadas): \_\_\_\_\_
- 4) Dados não disponíveis

**15.** Em relação à população da área de abrangência da Unidade, informe:

**Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números**

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): \_\_\_\_\_
- 2) O número aproximado de famílias: \_\_\_\_\_
- 3) Dados não disponíveis

## II. RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

**16.** Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso à pessoas com deficiências
- 3) Ventilação e iluminação adequadas
- 4) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 5) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 6) Sala de espera
- 7) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 8) Sala de vacina
- 9) Sala de Curativo

- 10) Sala de esterilização de material
- 11) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 12) Consultório dentário
- 13) Gerador de energia

17. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Cadeira de rodas
- 2) Geladeira exclusiva para vacinas
- 3) Mesa para exame ginecológico
- 4) Equipamentos odontológicos
- 5) Carrinho de emergência
- 6) Desfibrilador
- 7) Cilindro de oxigênio
- 8) Oxímetro
- 9) Nebulizador (Aparelho para inalação)
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados
- 12) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 13) Veículo para uso da Unidade

18. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Vacinação
- 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 3) Pequenas suturas
- 4) Retirada de pontos
- 5) Hidratação por via venosa
- 6) Aplicação de tratamento endovenoso
- 7) Aplicação de tratamento intramuscular
- 8) Troca de sonda vesical de demora
- 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 10) Profilaxia pós exposição (PEP)
- 11) Curativo de úlceras agudas e crônicas
- 12) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 13) Não realiza nenhum procedimento

19. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Hepatite A
- 4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/vop
- 5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
- 6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- 7) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- 10) dT (dupla adulto)

- 11) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
- 12) Rotavírus Humano
- 13) Febre Amarela
- 14) Anti-rábica
- 15) Influenza
- 16) P10 (Pneumocócica 10)
- 17) Pneumocócica23 valente
- 18) Meningocócica C
- 19) Vacina contra HPV
- 20) Não realiza vacinação

**20. Exames feitos e\ou colhidos na Unidade:**

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Coleta de Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para sífilis
- 6) Teste rápido para hepatites virais
- 7) Teste rápido de proteinúria
- 8) Eletrocardiograma (ECG)
- 9) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 10) Não realiza nenhum exame

**21. Os resultados dos exames são avaliados:**

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Não são avaliados

**22. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que:**

*Selecione um item para cada alternativa*

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			Não dispensa esse grupo de medicamentos
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	
1) Para DST				
2) Para diabetes				
3) Para hipertensão arterial				
4) Para dislipidemias				
5) Antibióticos mais utilizados				
6) Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				
7) Não dispensa medicamentos				

**23. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:**

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)
- 7) Encaminhamento para laqueadura
- 8) Encaminhamento para vasectomia
- 9) Outros. Quais: \_\_\_\_\_
- 10) Nenhum

### III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

#### III 1. Educação em saúde

**24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:**

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Gestação na adolescência
- 2) Planejamento reprodutivo
- 3) Educação alimentar
- 4) Atividades físicas
- 5) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
- 6) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
- 7) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 8) Prevenção de DST e aids
- 9) Tabagismo
- 10) Saúde bucal
- 11) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 12) Controle da proliferação de vetores (de doenças como dengue, leishmaniose, malária, outros)
- 13) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 14) Outras Qual (is): \_\_\_\_\_
- 15) Não foi realizada nenhuma atividade nesse período

**25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS") são:**

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
- 7) Outras - especifique: \_\_\_\_\_
- 8) Não realiza atividades na comunidade

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) DST e aids
- 3) Tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 7) Climatério e menopausa
- 8) Doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 9) Obesidade e/ou desnutrição
- 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros)
- 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 12) Tabagismo
- 13) Outras - especifique: \_\_\_\_\_
- 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HAS, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré Natal, hipertensão e diabetes, outros)
- 4) Atividades em sala de espera
- 5) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 7) Outras Quais: \_\_\_\_\_
- 8) Não realiza atividades de educação em saúde

### III. 2. Organização do Assistência

28. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea

29. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras - especifique: \_\_\_\_\_
- 7) Não atende demanda espontânea

**30.** As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS ("extras" ou "demanda espontânea") são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados

**31.** A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Recém-nascidos
- 4) Recém-nascidos de risco
- 5) Crianças em seguimento acima de dois anos
- 6) Crianças até dois anos
- 7) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 8) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 9) Adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
- 12) Sífilis
- 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Quais: \_\_\_\_\_
- 14) Não se faz convocação de faltosos

### III. 3. Saúde da Mulher

**32.** As ações regularmente desenvolvidas para a SAÚDE DA MULHER são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Pré Natal
- 2) Coleta de citologia oncológica (Papanicolaou)
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais
- 5) Diagnóstico e Tratamento de DST
- 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 8) Detecção precoce de câncer de mama
- 9) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 10) O serviço não desenvolve ações para a Saúde da Mulher



33. A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada nas seguintes situações:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
- 3) Uma ou mais vezes ao ano para mulheres com citologia alterada
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de Papanicolaou
- 6) Serviço não realiza esse exame

34. Como estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama, a unidade realiza

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
- 2) Capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 3) Capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 4) Orientação das usuárias para autopalpação sem técnica específica e sobre sinais de alerta
- 5) Discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama
- 6) Não realiza nenhuma atividade relativa ao diagnóstico precoce do câncer de mama

---

35. A solicitação de MAMOGRAFIA de rotina para usuárias sem queixas é feita:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Para todas as pacientes que solicitem exame
- 2) Para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69-74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 5) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 6) Esse exame não é solicitado

---

36. Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente, a equipe:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Informa o resultado (negativo ou positivo)
- 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré Natal, se for o caso
- 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados pré concepcionais ou contracepção, a depender do caso
- 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame
- 6) Esse teste não é solicitado pela Unidade

37. A proporção média de gestantes com início do Pré Natal no 1º TRIMESTRE é:

**Selecione apenas uma alternativa**

- 1) 90% ou mais
- 2) Entre 90% 80%
- 3) Entre 80% e 60%
- 4) Menos de 60%
- 5) A Unidade não dispõe destas informações
- 6) Não realiza o Pré Natal

38. Na atenção ao Pré natal de baixo risco quais das seguintes ações são realizados de rotina:

**Selecione uma ou mais alternativas**

- 1) O primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez
- 2) registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante – que fica com a usuária
- 3) 6 consultas ou mais durante o pré natal
- 4) consultas semanais entre no último mês de gestação (36ª a 41ª semanas)
- 5) prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
- 6) Não realiza o Pré Natal

39. Os EXAMES SOLICITADOS de rotina para **todas** as gestantes durante o PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO são:

**Selecione um item para cada alternativa**

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo ou Eritrograma (Hb e Ht)			
2) Urina I			
3) Urocultura			
4) Teste rápido de proteinúria			
5) Tipagem sanguínea e fator Rh			
6) Coombs indireto caso Rh negativo			
7) Teste rápido ou sorologia para sífilis			
8) Teste rápido ou sorologia para HIV			
9) Sorologia para Rubéola			
10) Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)			
11) Sorologia para hepatite B (HbsAg)			
12) Sorologia para hepatite C			
13) Glicemia de jejum			
14) Teste de intolerância à glicose			
15) Ultra-Som obstétrico			
16) Papanicolaou (colpocitologia oncótica) se indicado			

17) Bacterioscopia da secreção vaginal			
18) Outros. Quais _____			
20) Não realiza o Pré Natal			

**40.** As ações regularmente desenvolvidas no atendimento de PRÉ NATAL abordam os seguintes aspectos:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 3) Identificação das gestantes de alto risco
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Orientações sobre o parto normal e humanizado
- 6) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
- 7) Avaliação das condições de trabalho
- 8) Prevenção de transmissão vertical de DST (sífilis e HIV)
- 9) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 10) Realização de grupos educativos para gestantes
- 11) Pré Natal do parceiro(a)
- 12) Registro em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Perinatal
- 13) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 14) Não realiza o Pré Natal

**41.** As atividades realizadas de rotina no atendimento de PRÉ NATAL em áreas endêmicas para **MALÁRIA** são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de Malária
- 2) Realização do exame da gota espessa em toda consulta Pré Natal e no momento do parto
- 3) Encaminhamento da lâmina para exame da gota espessa e realização do teste rápido) Dispensação de tratamento e acompanhamento da adesão
- 5) Registro de todos os exames no Sivep-Malária e preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 6) O serviço não está localizado em área endêmica de Malária

---

**42.** As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Cartazes na sala de espera
- 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 3) Discussões na sala de espera
- 4) Grupos periódicos para gestantes
- 5) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes

**43.** No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência, retornando à Unidade após o parto

- 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na Unidade
- 3) Acompanhada na própria Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

**44.** Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- 6) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

**45.** Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Somente na Unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

**46.** As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) na Unidade abordam os seguintes aspectos:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
- 2) Aleitamento materno
- 3) Suplementação de Ferro
- 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
- 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)
- 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
- 8) Orientações sobre alimentação
- 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 12) Outras - especifique: \_\_\_\_\_
- 13) A Unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato

**47.** As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na Unidade
- 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento

- 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) A Unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio

**48.** Entre as gestantes que realizaram Pré Natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA?

**Selecione apenas uma alternativa**

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

**49.** As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são:

**Selecione uma ou mais alternativas**

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica

**50.** Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos:

**Selecione uma ou mais alternativas**

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 4) Acompanhamento multiprofissional da Unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denúncia ao DISQUE 180
- 9) Outro. Qual (is): \_\_\_\_\_
- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica

#### **III.4. Saúde da Criança e do Adolescente**

**51.** As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem:

**Selecione uma ou mais alternativas**

- 1) Avaliação do crescimento
- 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)

- 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares)
- 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
- 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 8) Grupo com mães/pais
- 9) Vigilância do trabalho infantil
- 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
- 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
- 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
- 16) Outras Quais: \_\_\_\_\_
- 17) Não realiza atividades planejadas para crianças

**52.** O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
- 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
- 5) Não atende crianças

---

**53.** O PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) na Unidade é agendado:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 5) Na última consulta de Pré Natal
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atende crianças

**54.** As ações realizadas pela Unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Higiene pessoal e bucal
- 4) Avaliação de acuidade visual
- 5) Avaliação de acuidade auditiva
- 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
- 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Inclusão social e combate ao preconceito
- 11) Trabalho infantil

- 12) Sexualidade e educação sexual
- 13) Prostituição infantil
- 14) Saúde e meio ambiente
- 15) Posse responsável de animais
- 16) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

**55.** As ações regularmente desenvolvidas na COMUNIDADE para SAÚDE DA CRIANÇA ocorrem nos seguintes locais: *Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Domicílio
- 2) Creche, escolas, outros
- 3) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 4) Reuniões em parceria com CRAS (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- 5) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- 7) Não atende crianças

**56.** As ações realizadas, de rotina, na Unidade na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Incentivo a prática de atividades física
- 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ ou desnutrição
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- 7) Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais
- 8) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
- 9) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
- 10) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 11) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
- 13) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

---

**57.** Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Sexualidade e prevenção de DST/aids
- 2) Gravidez na adolescência
- 3) Prostituição na adolescência
- 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
- 5) Agressividade e conflito com a lei
- 6) Inclusão social e combate ao preconceito
- 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
- 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
- 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
- 10) Saúde e meio ambiente

- 11) Outros - especifique: \_\_\_\_\_  
 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

**58.** As atividades para ADOLESCENTES são regularmente realizadas nos seguintes locais:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Escolas
- 4) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 5) Reuniões em parceria com CRAS (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
- 6) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 7) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
- 8) Não atende adolescentes

**59.** As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende crianças e adolescentes

**60.** Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são realizados os seguintes procedimentos:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
- 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Acompanhamento multiprofissional na Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica



### III.5. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

**61.** As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Diabetes e Hipertensão
- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador
- 14) DST, HIV/aids e hepatites virais
- 15) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 16) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos

**62.** As ações de rotina para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
- 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
- 4) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 5) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 6) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 7) Orientação de atividades físicas
- 8) Grupos de apoio para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (dieta, adesão ao tratamento, outros)
- 9) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 10) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 11) Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 12) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

**63.** Para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS consideradas “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidade:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria Unidade

- 2) Encaminha para serviço de referência
- 3) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
- 4) Discute o caso com supervisão externa
- 5) Realiza busca ativa
- 6) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 7) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 8) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

**64.** Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:  
*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Prevenção e tratamento de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado
- 8) Introdução de terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) Outras atividades
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de hipertensão arterial

**65.** Exames solicitados de rotina para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL são:  
*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Urina I
- 2) Potássio
- 3) Creatinina sérica
- 4) Glicemia de jejum
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Ácido úrico
- 8) Eletrocardiograma – ECG
- 9) Exame de fundo de olho
- 10) Outros Quais: \_\_\_\_\_
- 11) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

**66.** Para pessoas com DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:  
*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Prevenção e tratamento de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
- 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
- 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 12) Orientação de atividade física

- 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

**67.** Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Glicemia de jejum
- 2) Urina I
- 3) Microalbuminúria
- 4) Creatinina sérica
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
- 8) Exame de fundo de olho
- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Outros Quais: \_\_\_\_\_
- 11) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

**68.** As ações regularmente programadas para a SAÚDE DO HOMEM nesta Unidade abordam as seguintes condições:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) DST/ aids e hepatites virais
- 3) Andropausa
- 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 5) Paternidade e relações familiares
- 6) Métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 8) Situações de violência
- 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
- 10) Risco cardiovascular
- 11) Incontinência urinária masculina
- 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
- 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
- 14) Outras - especifique: \_\_\_\_\_
- 15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

**69.** As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
- 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 3) Prevenção de quedas
- 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
- 5) Orientação sobre alimentação
- 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids
- 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
- 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
- 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 11) Investigação do suporte familiar e social
- 12) Atenção domiciliar

- 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- 14) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 15) Não existem atividades específicas para idosos

**70.** As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende idosos

**71.** Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Denúncia à autoridade policial
- 4) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

**72.** As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
- 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
- 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
- 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
- 5) Grupo de apoio aos cuidadores
- 6) Outras - especifique: \_\_\_\_\_
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

**73.** As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- 3) Visitas periódicas com médico(a)
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar

- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 9) Registro das ações domiciliares em prontuário
- 10) Atenção à família em caso de óbito
- 11) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos cuidados no domicílio

**74.** Na ATENÇÃO AO IDOSO a Unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Grupos religiosos
- 2) Associações de Bairro
- 3) Centro de Convivência do Idoso
- 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
- 6) CRAS
- 7) CREAS
- 8) Organização Não Governamental (ONG)
- 9) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
- 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da Unidade

### III. Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

**75.** Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de ALGUMA DOENÇA OU AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose, sífilis, HIV/AIDS, meningite, dengue, violência doméstica ou sexual, entre outros), a Unidade realiza:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na Unidade
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
- 6) Capacitação da equipe
- 7) Encaminhamento para outros serviços
- 8) Outros Quais: \_\_\_\_\_
- 9) Não realiza nenhuma atividade

**76.** O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE DST/AIDS, realizadas pela Unidade, consiste em:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Escolares de nível fundamental
- 3) Jovens e adolescentes
- 4) Idosos
- 5) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
- 6) LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais)
- 7) Outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência

9) Não realizamos essas ações de forma planejada

**77.** Na rotina, o critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Conforme solicitação dos usuários
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
- 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
- 4) Não distribuimos preservativos nesta Unidade

**78.** As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de doenças sexualmente transmissíveis (DST/aids) são:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Aconselhamento pré teste
- 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
- 4) Teste rápido ou sorologia para hepatites virais
- 5) Teste rápido ou sorologia para sífilis
- 6) Tratamento sintomático das DST
- 7) Investigação etiológica e tratamento das DST na Unidade
- 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 9) Encaminhamento de todos os portadores de DST para serviço de referência
- 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de aids e hepatites virais
- 11) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 12) A Unidade não atende DST/aids

**79.** Nos casos com resultado NEGATIVO das sorologias para HIV e hepatites B e C a Unidade:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição
- 2) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- 3) Orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros)
- 4) Orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras)
- 5) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

**80.** Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para HIV, hepatites B e C, a Unidade realiza:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Acompanhamento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento

- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

**81.** As ações realizadas por esta Unidade na atenção às pessoas com HIV são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis clinicamente e com imunidade preservada
- 2) Conta com uma equipe especializada em HIV/aids que acompanha e trata pacientes com HIV
- 3) Busca ativa de faltosos ao seguimento quando acionada pelo serviço especializado em HIV/aids da região
- 4) Atendimento de queixas agudas, acompanhamento de condições crônicas, vacinação, Pré Natal e protocolos preventivos de câncer
- 5) Não realiza atividades assistenciais nestes casos, as pessoas com HIV são atendidas em serviços especializados em HIV/aids

---

**82.** Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para sífilis, a Unidade realiza:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Tratamento e seguimento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

**83.** Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE (suspeitos ou confirmados) a Unidade realiza:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 3) Ações educativas
- 4) Pesquisa de HIV
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Tuberculose

---

**84.** Com relação à atenção aos casos de HANSENIASE a Unidade realiza:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Hanseníase

**85.** Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violência
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade
- 11) Capacitação da equipe
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos atenção a pessoas com deficiências

**86.** As ações realizadas pela Unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Assistência ao trabalhador
- 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
- 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- 5) Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
- 6) Encaminhamento para serviços de referência
- 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
- 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador



**87.** No caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfurocortante - as condutas tomadas são:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
- 3) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 5) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 6) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 7) Profilaxia pós exposição (PEP) até 72h e de acordo com avaliação de risco
- 8) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 9) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 10) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (SINAN)
- 11) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
- 12) Encaminhamento para serviço de referência
- 13) Nenhuma das condutas anteriores

**88.** As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool são:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de outras drogas
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
- 15) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

**89.** As ações realizadas em casos de uso abusivo de OUTRAS DROGAS (exceto o álcool) são:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de álcool
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, NA, outros)

- 15) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

---

**90.** As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica
- 3) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 4) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 5) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 6) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
- 7) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na Unidade
- 8) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
- 9) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
- 10) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 11) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 12) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 13) Não realizamos atendimento dessa população específica

**91.** O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) A critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

**92.** Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Grupos de autoajuda (AA, NA, outros)
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 4) CAPS I ou II - Centro de Atenção Psicossocial
- 5) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 6) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas para adultos, crianças e adolescentes
- 7) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 8) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
- 9) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- 10) Comunidades Terapêuticas
- 11) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 12) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 13) Consultório na Rua

- 14) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 15) Outros Quais: \_\_\_\_\_
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

### III. 7. Saúde Bucal

**93. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:**

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Gestantes
- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescentes
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na Unidade

**94. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são:**

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

**95. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da Unidade são:**

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Aplicação tópica de flúor
- 2) Restauração de amálgama
- 3) Restauração com resina composta
- 4) Extração de dente
- 5) Drenagem de abscesso
- 6) Sutura
- 7) Frenectomia
- 8) Remoção de cistos
- 9) Acesso à polpa dentária
- 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 11) Coleta de material para biópsia

- 12) Pulpotomia
- 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- 14) Tratamento de alveolite
- 15) Ulotomia/Ulectomia
- 16) Cimentação de prótese
- 17) Outro. Qual (is): \_\_\_\_\_
- 18) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

#### **IV GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL IV.1 Informação,**

##### **Planejamento e Avaliação em Saúde**

**96.** Para registro dos dados a Unidade utiliza os seguintes sistemas de informação:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/ AB Coleta de Dados Simplificada (CDS)
- 3) e-SUS/ AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 4) Sistema de informação próprio do município
- 5) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 6) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 7) SIS Pré Natal
- 8) SIS HIPERDIA
- 9) Outros sistemas de informação. Quais: \_\_\_\_\_
- 10) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

**97.** Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Número de consultas médicas
- 2) Número de consultas de enfermagem
- 3) Número de atendimentos odontológicos
- 4) Número de consultas por faixa etária
- 5) Número de grupos realizados
- 6) Número de vacinas realizadas
- 7) Número de coletas de Papanicolaou
- 8) Número de visitas domiciliares
- 9) Número de atendimentos não agendados ou "extras"
- 10) Faltas em atendimentos agendados
- 11) Primeiro atendimento no ano por usuário
- 12) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 13) Não realiza registro de nenhuma informação

**98.** Os dados da produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são: ***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Não são utilizados para planejamento

**99.** O planejamento local, realizado pela equipe da Unidade, é feito com base em:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Dados assistenciais da própria Unidade

- 2) Dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade
- 3) Dados epidemiológicos da população do município
- 4) Levantamentos específicos realizados pela própria Unidade
- 5) Discussões com o conjunto dos profissionais do serviço
- 6) Discussões com a participação dos usuários
- 7) A Unidade não realiza planejamento local

**100.** A área de abrangência da Unidade é definida:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria da Saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência

**101.** A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Dados dos programas, como Pré Natal, atenção à criança, a pessoas com doenças crônicas ou outros
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 3) Dados do cadastro das famílias
- 4) Estudos na comunidade
- 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 6) Não realizou nenhum tipo de levantamento

**102.** Nos últimos 3 anos, a Unidade participou das seguintes processos avaliativos:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
- 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Quais: \_\_\_\_\_
- 7) Não participou de nenhuma avaliação

**103.** As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
- 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
- 3) Planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
- 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
- 5) Não houve modificações
- 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior

## **IV.2 Características do Processo Gerencial**

**104.** A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Enfermeiro

- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social
- 5) Outro profissional. Qual: \_\_\_\_\_
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

**105.** A carga horária do GERENTE da Unidade é de:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) 40 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 2) 40 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 3) 30 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 4) 30 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 5) 20 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 6) 20 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 7) Outra Qual: \_\_\_\_\_
- 8) Essa Unidade não tem gerente

**106.** O relacionamento predominante da Unidade com o NÍVEL CENTRAL

(Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
- 3) Visita eventual de supervisão
- 4) Comunicações escritas ou por internet
- 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central

**107.** As REUNIÕES DE EQUIPE da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade:

***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Não ocorreram reuniões

**108.** Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIOES de equipe, no último ano, foram:

***Selecione uma ou mais alternativas***

- 1) Informes
- 2) Rotinas Administrativas
- 3) Escala de pessoal
- 4) Avaliação e Planejamento das atividades
- 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
- 6) Atualizações técnicas
- 7) Conflitos interpessoais
- 8) Discussão de casos
- 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
- 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local

11) Outros - especifique: \_\_\_\_\_

12) Não ocorreram reuniões

**109.** No último ano, os diferentes profissionais da Unidade participaram das seguintes ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO:

*Selecione um item para cada alternativa*

	Não tem o profissional	Educação permanente	Cursos treinamentos presenciais	Cursos online/EAD	Especialização	Congressos	Não fez nenhuma capacitação
Médicos							
Enfermeiros							
Dentistas							
Farmacêuticos							
Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem							
Auxiliares/Técnicos de Higiene Dental							
Auxiliares de Farmácia							
Agentes Comunitários							
Profissionais Administrativos							
Outros profissionais Quais:							

**110.** Os principais temas abordados nas ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
- 2) Saúde da Mulher
- 3) Saúde da Criança
- 4) Saúde do Homem
- 5) Saúde do Idoso
- 6) Saúde Mental
- 7) DST e aids
- 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
- 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 10) Outros Quais: \_\_\_\_\_
- 11) Não realizou atividades

---

**111.** As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da Unidade, no último ano foram:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade
- 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
- 3) Ampla divulgação do papel do **Conselho Local de Saúde** (mural, jornal, facebook e outros)
- 4) Reuniões periódicas do **Conselho Local de Saúde**
- 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
- 6) Incentivo à participação nas reuniões do **Conselho Municipal de Saúde**
- 7) Realização de **pré Conferências** à Conferência Municipal de Saúde
- 8) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular

---

**112.** As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao Conselho Local de Saúde (conselho de gestão local)
- 7) Diretamente com o nível central
- 8) Conselho Municipal de Saúde
- 9) Outros - especifique: \_\_\_\_\_
- 10) Não há canais formais de reclamação

**113.** Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa Unidade são:

*Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais
- 14) Falta de participação da comunidade
- 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal



16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário

17) Outros Quais: \_\_\_\_\_

18) Não existem obstáculos importantes

---

**114.** Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

*Selecione uma ou mais alternativas*

1) Gerente da Unidade

2) Médicos

3) Enfermeiros

4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

5) Equipe toda de profissionais

6) Secretário (a) Municipal de Saúde

7) Outros Quais: \_\_\_\_\_

---

**115.** Observações / Sugestões / Críticas:

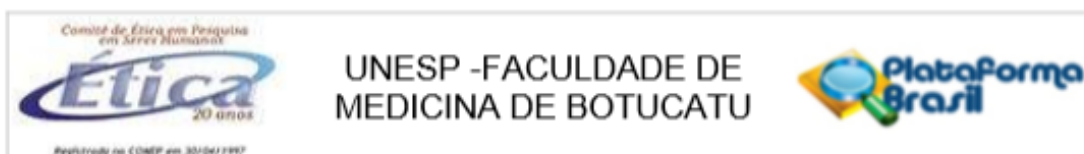
---

---

---

---

## ANEXO 03: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atenção às condições crônicas tendo o Diabetes Mellitus como condição traçadora:  
Uma pesquisa avaliativa dos Serviços da Atenção Primária à Saúde de um município do interior de São Paulo

**Pesquisador:** Daniela Cristina da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67436517.2.0000.5411

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.046.711

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal, de caráter analítico e com abordagem quantitativa, voltado a avaliação de serviços de saúde, focado na avaliação de estrutura, processo e resultados da Atenção às condições crônicas.

#### Objetivo da Pesquisa:

**OBJETIVO GERAL:** Avaliar a qualidade da atenção às condições crônicas, utilizando-se o Diabetes Mellitus como condição traçadora, na população assistida pelos diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde do município de Botucatu – SP.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** (a) Avaliar a estrutura disponível na Atenção Primária em Saúde no município de Botucatu para atenção ao Diabetes Mellitus; (b) Avaliar o seguimento da saúde por perfil de risco das pessoas que convivem com Diabetes Mellitus; (c) Avaliar as ações sobre fatores de risco ao Diabetes Mellitus e de seus registros pelas equipes; (d) Avaliar os processos de atenção às pessoas que convivem com o Diabetes Mellitus desenvolvidos pelas equipes locais, incluindo o reconhecimento das diretrizes propostas nos protocolos de atenção; (e) Avaliar a percepção dos profissionais (Dentistas, Enfermeiros e Médicos) da APS em relação à capacidade institucional para o cuidado prestado às pessoas que convivem com Diabetes Mellitus; (f) Analisar Percepção das

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.018-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1808

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

