



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

Renata Elisa Brambilla

**Avaliação da organização da atenção à saúde
de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2
em serviços de Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

**Botucatu
2019**

Renata Elisa Brambilla

**Avaliação da organização da atenção à saúde de
pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em serviços
de Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Associado Antonio de Padua Pithon Cyrino
Coorientadoras: Profa. Dra. Nádia Placideli Ramos
Profa. Dra. Maria Alice Amorim Garcia

Botucatu
2019

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

Brambilla, Renata Elisa.

Avaliação da organização da atenção à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em serviços de Atenção Primária à Saúde / Renata Elisa Brambilla. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Antonio de Padua Pithon Cyrino
Coorientador: Nádia Placideli Ramos
Coorientador: Maria Alice Amorim Garcia
Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Diabetes mellitus - Prevenção & controle.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; avaliação de serviços de saúde; diabetes mellitus; prevenção & controle.

FOLHA DE DEDICATÓRIA

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim,
fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

Através dos meus pais, agradeço a toda minha família, sempre tão presentes e minha fonte inesgotável de amor, de orações e de torcida.

Aos amigos e amigas queridos, família que escolhi, por toda a compreensão e torcida.

Aos Professores do ProfSaúde pela paciência, ensinamentos e EXEMPLO de competência extrema, além de muito carinho.

Aos colegas do ProfSaúde pela amizade e por todo o companheirismo.

Ao Programa de Mestrado Profissional ProfSaúde, pela excelência e oportunidade.

Às minhas colegas de equipe, na Unidade de Estratégia de Saúde da Família em que atuo, pela retaguarda e paciência.

Meu Esposo que não me deixou desistir, nem sequer em pensamento, e lutou comigo até o final, batalha por batalha, por mais árdua e também gratificante que tenha sido a luta. Obrigada pelas orações, pela compreensão e companheirismo.

E por fim, mas nem por isso menos importante - pelo contrário, sem eles não teria conseguido concluir – agradeço imensamente: Prof. Associado Antonio de Padua Pithon Cyrino, Profa. Dra. Maria Alice Amorim Garcia, Profa. Dra. Nádia Placideli Ramos e a Profa. Associada Elen Rose Castanheira, obrigada por nos lembrar que além de exímios profissionais, excelentes pessoas tornam nosso cotidiano mais leve.

Sem vocês e a torcida de todos essa conquista não teria sido possível, meu muito obrigado!

*“Descobrir consiste em olhar para o que
todo mundo está vendo e pensar uma
coisa diferente”.*

Roger Von Oech

RESUMO

Introdução: o diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) é caracterizado como um problema de saúde pública que exige políticas públicas que facilitem o acesso aos serviços de saúde e que estes atuem de forma efetiva na atenção a estas condições. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como estratégia fundamental. É nesse contexto, que o “Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica” - QualiAB coloca-se como ferramenta avaliativa dos serviços de APS e pode ser instrumento de direcionamento tanto para equipes das unidades de saúde quanto para as gestões municipais. **Objetivo:** avaliar a organização da atenção à saúde de pessoas com DM 2 em serviços de APS de uma Região de Saúde do interior do estado de São Paulo. **Materiais e Métodos:** estudo avaliativo, quantitativo, transversal e descritivo. Os indicadores que foram analisados são provenientes do banco de respostas do questionário QualiAB aplicado em serviços de APS, em 2017, dos municípios da região de saúde de Araras que aderiram a pesquisa (Santa Cruz da Conceição, Leme, Conchal e Araras). **Resultados:** a organização da atenção à saúde de pessoas com DM 2 prestada pelos serviços de APS da região de saúde de Araras, está ainda distante do que é considerado desejável. Identificou-se pouco desenvolvimento de ações de educação e de promoção à saúde, recomendando-se que tais práticas sejam ampliadas baseado em conhecimento já disponível em políticas públicas e recomendações vigentes no país.

Palavras-chave: diabetes mellitus; prevenção & controle; avaliação de serviços de saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes mellitus (DM 2) is characterized as a public health problem that requires public policies that facilitate access to health services and that they act effectively in the care of type 2 diabetes mellitus. Primary Health Care (PHC) is presented as a fundamental strategy. It is in this context that the “Questionnaire for Evaluation and Monitoring of Primary Care Services” - QualiAB stands as an evaluation tool for PHC services and can be a guiding instrument for both health unit teams and municipal administrations. **Objective:** To evaluate the organization of health care for people with type 2 diabetes mellitus in PHC services in a health region in the interior of the state of São Paulo. **Materials and Methods:** evaluative, quantitative, cross-sectional and descriptive study. The indicators that were analyzed come from the QualiAB questionnaire answers database applied in Primary Health Care services in 2017, from the municipalities of the Araras health region that joined the survey (Santa Cruz da Conceição, Leme, Conchal and Araras). **Results:** the organization of health care for people with DM 2 provided by PHC services in the Araras health region are still far from those considered desirable. Little development of education and health promotion actions was identified, recommending that such practices be expanded based on knowledge already available in public policies and recommendations in force in the country.

Keywords: diabetes mellitus; prevention & control; health service evaluation; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da Região de Saúde de Araras	19
Quadro 1 – Indicadores de qualidade para Atenção as pessoas com DM tipo 2 por unidades de saúde, segundo QualiAB 2017	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP – HSL	Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês
IPRS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
QUALIAB	Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 O Diabetes Mellitus no contexto dos serviços de Atenção Primária à Saúde.....	12
1.2 Avaliação da atenção às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em serviços de Atenção Primária à Saúde.....	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos.....	16
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3.1 Instrumento de Coleta dos Dados	17
3.2 Local do Estudo.....	18
3.3 População do Estudo.....	19
3.4 Construção da Avaliação.....	20
3.5 Análise dos Dados	22
3.6 Aspectos Éticos.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS	37

APRESENTAÇÃO

Sou natural de Araras, interior de São Paulo, onde vivi até os 17 anos. Me mudei para a cidade de São Paulo com a finalidade de me preparar para o vestibular e após dois anos na capital, regressei ao interior, mais precisamente à cidade de Campinas, para justamente cursar a Faculdade de Medicina. Dessa forma, ao final da graduação, ingressei na residência de Medicina de Família e Comunidade na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Durante o primeiro ano de residência, em 2013, prestei concurso público municipal em Araras, para o cargo de médica de Estratégia Saúde da Família.

Em fevereiro de 2014, dei início a minha trajetória profissional na cidade em que nasci e na qual sempre desejei me estabelecer e exercer a medicina, como médica de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família.

Durante esses quatro anos participei de Congressos e cursos de aperfeiçoamento. Destaca-se o Curso de Pós-Graduação de Preceptoría de Residência Médica no SUS pelo IEP - HSL (Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês), no ano de 2016. E, em 2017 iniciei o Mestrado Profissional em Saúde da Família e Comunidade pelo ProfSaúde UNESP em Botucatu.

Ao longo do período de minha atuação profissional, a alta prevalência das DCNT (Doenças Crônicas não Transmissíveis) – como o Diabetes Mellitus tipo 2 – tem me mostrado a importância da organização dos serviços de Atenção Primária para cuidar desses indivíduos. Portanto, acredito que seja nossa a responsabilidade de orientar, acompanhar e minimizar possíveis danos que possam comprometer a qualidade de vida dos nossos respectivos assistidos.

Com base na frequência com a qual me deparo com o diagnóstico em meu cotidiano - tão impactante para os pacientes e para a gestão em saúde em qualquer nível - direcionei meu estudo a um instrumento que avalia a organização dos serviços de APS no cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Diabetes Mellitus no contexto dos serviços de Atenção Primária à Saúde

A população brasileira passa atualmente por um processo acelerado e progressivo de envelhecimento, o qual se explica, basicamente, pela diminuição dos níveis de fecundidade e de mortalidade. O número de jovens diminuiu e o de idosos aumentou rapidamente. Esse fenômeno denominado transição demográfica é acompanhado por um processo de transição epidemiológica. Sabe-se que o número de pessoas acometidas por doenças crônicas é diretamente relacionado à idade, ou seja, a incidência destas vem aumentando progressivamente no Brasil, apesar de se manter a carga de doenças infecciosas e de causas externas (MENDES, 2012).

Dentre as doenças crônicas que mais afetam a população encontra-se o Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Trata-se de um conjunto de transtornos metabólicos, cuja característica comum é a hiperglicemia que decorre de defeitos na secreção da insulina, ação insulínica ou em ambas (MILECH et al., 2016). Consequentemente associadas à diversas disfunções e insuficiências de vários órgãos, em especial olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (DAUDT, 2013).

Sabe-se, que o DM não tratado acarreta em outras complicações, sendo elas agudas ou crônicas, tendo como exemplos cetoacidoses, neuropatias, nefropatias, e estas, associam-se com maiores níveis de mortalidade e altos custos com tratamentos e internações no SUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

O DM pode em muitos casos permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não por seus sintomas, e sim por seus fatores de risco. Por isso, é importante que as equipes de APS estejam atentas, não só para os sintomas do Diabetes, mas também seus fatores de risco (hábitos alimentares, sedentarismo e obesidade) (BRASIL, 2013). Segundo dados do Ministério da Saúde, estimam-se que em 30 anos, de 2000 a 2030, o Brasil passará a ter um aumento na prevalência de DM de 4,6% para 11,3%, subindo da 8ª para a 6ª posição pela classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à prevalência desta doença (BRASIL, 2015).

O aumento de idosos com o envelhecimento populacional, a obesidade, o sedentarismo e as mudanças no estilo de vida causadas pela urbanização, são

citadas como causas da prevalência elevada de pessoas com Diabetes Mellitus (FERREIRA e FERREIRA, 2009).

Estima-se que o custo de tratamento de pacientes com DM, no SUS seja de aproximadamente de US\$ 2 Mil por paciente, sendo que destes, quase $\frac{3}{4}$ relativos aos custos diretos como medicamentos, tiras reativas, internações e procedimentos, exames laboratoriais e de imagem, além das próprias consultas médicas (BAHIA et al., 2011).

A Atenção Primária à Saúde¹ (APS) tem desenvolvido ao longo dos anos um olhar específico para essa população. O Caderno de Atenção Básica nº 36 denominado “Estratégias para o Cuidado do portador de Diabetes Mellitus” (BRASIL, 2014); às “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” (BRASIL, 2013a) e o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (BRASIL, 2013b) são alguns exemplos de documentos norteadores das ações que competem à APS.

1.2 Avaliação da atenção às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em serviços de Atenção Primária à Saúde

Segundo o modelo conceitual de Donabedian (1980), podemos avaliar os serviços de saúde e sua qualidade, seguindo três categorias: “estrutura” que descreve o que há no serviço; “processo” que relata a interação entre pacientes e fornecedores do serviço de cuidado à saúde e suas práticas e “resultado” que demonstra os efeitos dos cuidados nos pacientes e populações (DONABEDIAN, 1980).

Conforme Furtado (2001), o processo avaliativo vincula-se ao planejamento, pois auxilia a tirar lições das experiências e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas.

A avaliação deve estar voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos a avaliação, portanto, assume um caráter instrumental, voltado para a otimização do desempenho e para a utilização dos recursos, privilegiando a ótica gerencial.” (FURTADO, 2001, p. 168)

¹ A terminologia “Atenção Primária à Saúde (APS)” será utilizada para designar o nível primário de atenção à saúde. No entanto, o termo “Atenção Básica” presente nos materiais do Ministério da Saúde, será mantido inalterado em trechos retirados desses materiais.

Entende-se por avaliar, um processo que realiza um julgamento de valor a partir de critérios e padrões a serem alcançados e que devem ser claros e conhecidos por todos os atores envolvidos. Tendo por objetivo implementar melhorias quanto a estrutura, processo e resultados das ações de saúde (FURTADO, 2001; BRASIL, 2007).

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a ideia é que estes padrões esclareçam caminhos para a identificação de problemas e norteiem as ações e serviços desenvolvidos, possibilitando melhores práticas a serem colocadas em desenvolvimento para o avanço do estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

No contexto brasileiro, há diferentes instrumentos para avaliação dos serviços de APS, sendo eles: o PCATool (Primary Care Assessment Tool); o PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e o QualiAB (Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica). O objetivo destes instrumentos é a obtenção da melhoria da qualidade da Atenção Básica através de tomadas de decisões conscientes por parte dos serviços e gestores.

O Ministério da Saúde propõe iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica (AB), especialmente desde 2011 com o PMAQ, na possibilidade de uma maior transparência e efetividade das ações direcionadas para os serviços de APS (BRASIL, 2012).

Contudo, já no ano de 2007 havia sido validado e aplicado o instrumento QualiAB, focado na autoavaliação de serviços de APS, especificamente para investigação do processo de trabalho quanto gerência e assistência, tendo como diferencial a aplicabilidade em diferentes tipologias destes serviços (CASTANHEIRA et al., 2011).

Diante deste contexto, faz-se importante avaliar a atenção aos portadores de DM em serviços de APS, na qual pode-se analisar a estrutura, ou seja, os profissionais provedores da atenção primária e os instrumentos, recursos físicos e financeiros que contribuem para o funcionamento da atenção médica. No processo, avalia-se as ações que compõem a atenção à saúde, tais como: cuidado preventivo, educação do paciente, diagnósticos e a chegada ao tratamento (processo técnico), podendo estender-se às ações interpessoais entre a equipe, pacientes e seus familiares. Como resultado, podemos também utilizar este referencial para a produção

de conhecimento e a melhoria do cuidado aos portadores de DM na APS (DONABEDIAN, 1980).

O presente trabalho destina-se compreender como estão os cuidados às pessoas com DM pelos serviços de APS e demonstrar a importância da avaliação dos serviços de saúde neste contexto.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a organização de ações para atenção à saúde das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em serviços de Atenção Primária à Saúde na região de saúde de Araras.

2.2 Específicos

Avaliar e identificar as ações desenvolvidas de cunho assistencial e de prevenção de agravos às pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, em serviços de APS.

Selecionar indicadores referentes a recursos materiais, procedimentos, insumos básicos e medicamentos direcionados para atenção à saúde das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, em serviços de APS.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, transversal e descritiva para avaliar a organização de ações às pessoas com DM tipo 2 em serviços de APS, construída a partir da seleção de um conjunto de indicadores do instrumento QualiAB em sua versão 2016, sobre essa temática.

3.1 Instrumento de Coleta dos Dados

O Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) trata-se de um instrumento de autoavaliação na forma de um questionário desenvolvido e validado em 2007, a partir de um projeto de pesquisa, visando a avaliação de serviços da atenção básica, com foco na gerência e assistência destes serviços (CASTANHEIRA et al., 2011).

O QualiAB visa avaliar todos os tipos de serviço da Atenção Básica, já que sua abordagem considera todas as configurações de serviços existentes, tanto os serviços organizados como Estratégias Saúde da Família (ESF), quanto como Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre outros diferentes arranjos (CASTANHEIRA et al., 2011).

Apresenta como potencial o fato de poder ser aplicado tanto em ESF (Estratégia Saúde da Família) ou USF (Unidade de Saúde da Família), quanto em Unidades Básicas de Saúde “tradicionais”, as quais não possuem equipes de Estratégia Saúde da Família, e outros arranjos organizacionais (CASTANHEIRA et al., 2011).

O instrumento QualiAB é um instrumento eletrônico, composto por 115 questões tem por finalidade avaliar todo o processo de trabalho que compete aos serviços de APS, fundamentando-se nas principais diretrizes, normativas e políticas vigentes no país sobre essa questão (PLACIDELI, CASTANHEIRA, 2017).

Estrutura-se nas dimensões “gestão e gerenciamento local” e “gestão da atenção à saúde”, subdividindo-se em domínios com composição de indicadores sobre estrutura e processo de trabalho dos serviços (anexo 1).

Ressalta-se que o instrumento faz parte do Sistema de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica, o qual disponibiliza aos serviços um Caderno de Boas Práticas para organização dos mesmos. Nele, estão os critérios,

padrões e indicadores de qualidade adotados na avaliação. (CASTANHEIRA et al., 2016)

Dentre os indicadores que compõe o QualiAB há os relacionados com o tema Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa, que abordam questões sobre doenças crônicas, inclusive as direcionadas para a atenção às pessoas com DM tipo 2, fato que justifica a escolha deste instrumento para o presente estudo.

3.2 Local do Estudo

Os serviços avaliados neste estudo estão inseridos em municípios da Região de Saúde de Araras, no estado de São Paulo, que é composta por Araras, Conchal, Leme, Santa Cruz da Conceição e Pirassununga, destacando que está última não aderiu à aplicação do instrumento do QualiAB no ano de 2017.

Os municípios os quais terão seus serviços analisados caracterizam-se por serem de pequeno e médio porte, sendo o maior, Araras, com população estimada pelo IBGE em 2017 de 131.282. Já o município menor, Santa Cruz da Conceição, conta com 4.409 habitantes (IBGE, 2017).

Segundo dados do IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social), de 2008 a 2014, houve aumento da longevidade nas quatro cidades: atingindo aproximadamente a expectativa de vida de 73 anos em Araras e Conchal; 65 anos em Leme e de 61 anos em Santa Cruz da Conceição. O mesmo índice nos fornece informações a respeito da riqueza das cidades, cujos escores mostram-se abaixo da média do Estado de São Paulo. Ademais, enquanto à escolaridade, apenas Santa Cruz da Conceição apresenta escore abaixo do nível médio do Estado, em 2014. (IPRS, 2014). Na figura 1 pode ser visualizada a distribuição dos municípios desta região de saúde.

Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 14 e respectivos DRS, Regiões de Saúde e Municípios.

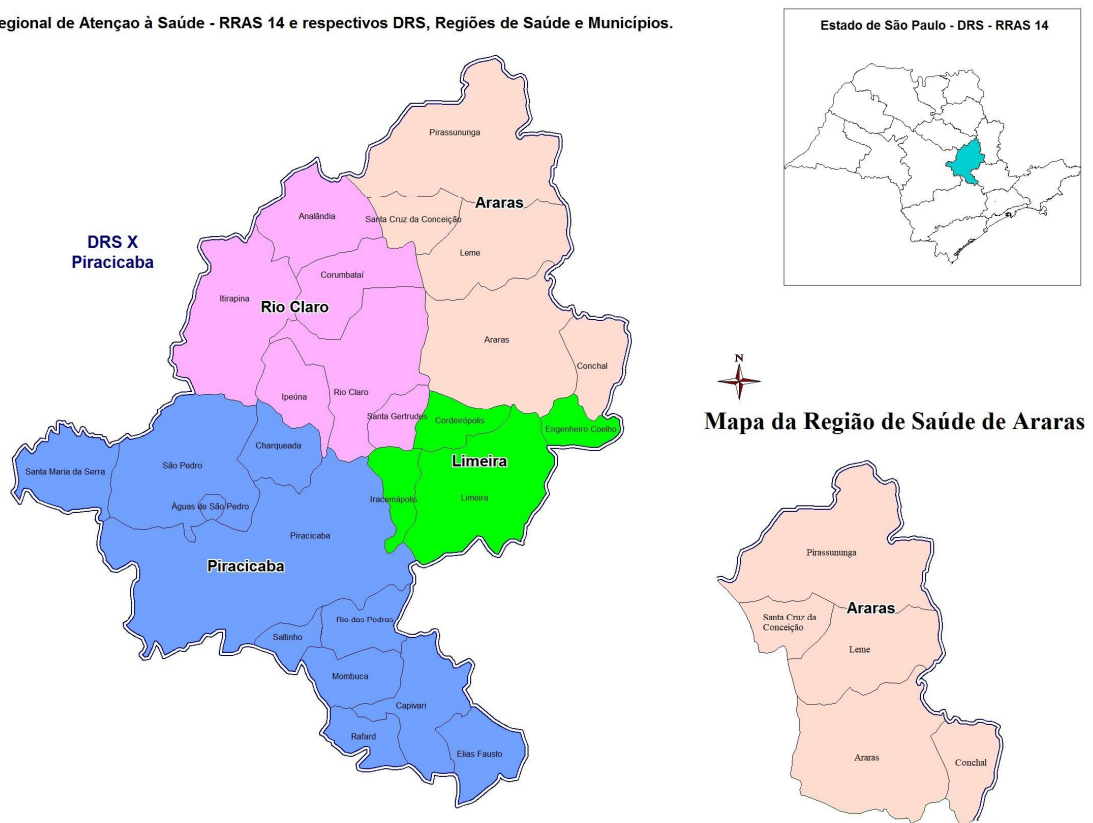


Figura 1 – Mapa da Região de Saúde de Araras

Fonte: Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 14 e respectiva Região de Saúde e Município.
FONTE: SES/SP.

3.3 População do Estudo

A população do estudo compreende as 43 unidades de saúde, as quais aderiram a aplicação do instrumento QualiAB em 2017, distribuídas nos municípios: Araras, Conchal, Leme e Santa Cruz da Conceição.

As unidades de saúde destes quatro municípios que aderiram à aplicação do QualiAB em 2017 foram, em Araras 22 unidades de saúde, das quais 13 se caracterizam como Unidade de Saúde da Família (USF); 8 como Unidade Básica de Saúde (UBS) “Tradicional” e 1 autodenomina-se Mista. Já na cidade de Leme foram 15 unidades de saúde no total, sendo elas: 8 USF; 3 UBS “Tradicional”; 2 UBS “Tradicional” com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 1 Ambulatório de Especialidades e 1 UBS “Tradicional” e Atenção Especializada da Criança de Risco. Em Conchal foram 5 unidades de USF. E, por fim, Santa Cruz da

Conceição uma USF. Resultando desta maneira, no universo estudado compreendido por 43 unidades de saúde.

3.4 Construção da Avaliação

Para analisar a organização destes serviços compreendidos na Região de Saúde de Araras quanto as ações realizadas na atenção às pessoas com DM tipo 2, por meio de indicadores do instrumento QualiAB para essa finalidade, foi realizada o processo de seleção destes indicadores em consonância com as políticas vigentes no país, tais como: o Caderno de Atenção Básica nº 36 denominado “Estratégias para o Cuidado do portador de Diabetes Mellitus” (BRASIL, 2014); as “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” (BRASIL, 2013a) e o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis”. Além das políticas nacionais foram considerados também o modelo de avaliação proposto no estudo de RAMOS (2018) e os conceitos sobre avaliação de serviços de saúde, segundo Donabedian, delimitando-se escolher indicadores avaliativos sobre estrutura e processo de trabalho dos serviços.

Desta forma, foram selecionados o total de 30 indicadores de qualidade julgados como essenciais para avaliar a atenção às pessoas com DM tipo 2 que devem ser desenvolvidas pelas unidades de saúde; a partir de questões do instrumento referente aos seus domínios quanto: “recursos materiais, procedimentos e insumos básicos”, “educação em saúde” e “seguimento programático” (Anexo 2).

Os indicadores foram divididos em dois conjuntos, sendo o grupo 1 (“Estrutura na Atenção ao DM tipo 2”) composto por sete indicadores que destinam-se a avaliação da estrutura dos serviços, e o grupo 2 (“Processo de Trabalho na Atenção ao DM tipo 2”) vinte e três indicadores para avaliação do processo de trabalho na atenção às pessoas com DM tipo 2, que apresentam-se descritos no quadro 1.

Ressalta-se que dentro de cada um destes conjuntos alguns indicadores foram agrupados por proximidade na temática existente entre eles, para uma melhor análise.

Quadro 1 – Indicadores de qualidade para Atenção as pessoas com DM tipo 2 por unidades de saúde, segundo QualiAB 2017.

Grupos	Indicadores
Estrutura na Atenção ao DM tipo 2	O serviço dispõe de coleta de exames clínicos laboratoriais na atenção às pessoas com DM tipo 2
	O serviço dispõe do teste de HGT na atenção às pessoas com DM tipo 2
	O serviço dispõe de Eletrocardiograma (ECG) na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Regularidade dos medicamentos previstos na RENAME na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Faltas eventuais dos medicamentos previstos na RENAME na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Faltas frequentes dos medicamentos previstos na RENAME na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Não dispensa os medicamentos previstos na RENAME na atenção às pessoas com DM tipo 2
Processo de Trabalho na Atenção ao DM tipo 2	Atendimento sem protocolo na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Acompanhamento com protocolo na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Glicemia de jejum como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	Urina I como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	Microalbuminúria como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	Creatinina sérica como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	Triglicerídeos como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	Hemoglobina glicada a cada 3 meses, depois a cada 6 meses como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	Exame de fundo de olho como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	ECG como exame solicitado de rotina para pessoas com DM tipo 2
	Orientação de dieta às pessoas com DM tipo 2
	Tratamento e/ou prevenção de obesidade na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Solicitação periódica de exames na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Avaliação e orientação em saúde bucal na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Treinamento para auto aplicação de insulina na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Fornecimento do glicosímetro na atenção às pessoas com DM tipo 2
	Atividades em grupo para pessoas com DM tipo 2
Orientação de atividade física para pessoas com DM tipo 2	
Orientação e suporte para abandono do tabagismo para pessoas com DM tipo 2	
Realização de Grupos relativos à ações programadas como estratégia de educação em saúde realizada na unidade aos pacientes com DM tipo 2.	
TOTAL	30 indicadores

FONTE: QualiAB 2016.

3.5 Análise dos Dados

Foi realizada uma análise descritiva, a partir do cálculo das frequências de respostas dos serviços estudados, presentes no banco de dados do QualiAB, aplicado no ano de 2017 na Região de Saúde de Araras em 43 unidades de saúde. A análise dos dados foi realizada a partir de dois grupos de indicadores do QualiAB, utilizando-se do Programa Excel/Windows 10.

Os resultados apresentam-se descritos com os percentuais de respostas dos serviços.

3.6 Aspectos Éticos

A presente pesquisa seguiu aos aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), por meio do parecer CEP 3.197.215 (anexo 3).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O universo estudado, a partir dos dados extraídos do questionário QualiAB, corresponde a: 26 (60,46%) unidades de saúde da família (USF), 11 (25,59%) unidades básicas de saúde (UBS) “tradicionais”, 2 (4,65%) UBS “tradicionais” com programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e outras 4 (9,30%) classificadas em “outras modalidades”.

Estas unidades de saúde, quanto aos indicadores da dimensão “estrutura” (Donabedian, 1980) utilizados, relativo a disponem de estrutura para que os exames possam ser realizados no próprio serviço”, mostra que 43 (100%) delas possuem a potencialidade para realizar glicemia capilar (HGT); 36 (83,7%) para realizar a coleta de exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes) e 15 (34,9%) dispõem do eletrocardiograma (ECG) no local.

A gama de exames realizados nas unidades tem por finalidade o acesso a investigações complementares, sendo seus resultados norteadores para a melhor adoção dos cuidados, buscando a facilitação do acesso. Uma vez que se deve evitar o deslocamento do usuário a outros serviços de saúde. Não menos importante, é a solicitação criteriosa dos mesmos (CASTANHEIRA et al., 2016, p. 35).

Em relação à “presença dos medicamentos” previstos na RENAME 2018 (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) nos serviços, para a atenção ao diabetes mellitus tipo 2 - vide anexo 4 - tem-se que: em 10 unidades (23,3%) são encontrados com regularidade; havendo faltas eventuais das medicações em 2 (4,7%) delas. Nenhuma unidade (0%) indicou a ocorrência de falta frequente desses medicamentos, embora 31 (72,1%) das unidades não dispensem as medicações previstas pela RENAME. Cabe observar que a não dispensação na unidade pode corresponder a um acesso realizado em outra unidade de saúde, como ocorre no município de Araras, ou em uma unidade central, uma vez que, os dados disponíveis não nos permitem melhor caracterizar tal aspecto.

A assistência farmacêutica na Atenção Básica é caracterizada por ser descentralizada. Município, Secretarias de Estado e Ministério da Saúde atuam de forma diferentes e complementares. Os governos estaduais e nacional atuam no apoio técnico e nos repasses financeiros enquanto que, cabe às prefeituras, os papéis de selecionar, adquirir, distribuir e dispensar as medicações. Os municípios menores, por comprarem menor quantidade de medicações, têm também, menor poder de

negociação por preços mais baixos; além de menor número de profissionais capacitados na área e menor infraestrutura. Pelas características dos municípios deste estudo estas podem ser, inclusive, dificuldades enfrentadas por eles o que explicaria tão baixa porcentagem (23,3%) de disponibilidade regular de medicamentos para a atenção ao diabetes mellitus tipo 2 nas unidades (MENDES, 2014).

Sobre o segundo grupo de indicadores, denominado Processo de Trabalho na Atenção ao DM tipo 2, iniciaremos com dados sobre dois indicadores: “Atendimento com ou sem protocolo na atenção às pessoas com diabetes mellitus tipo 2”. Estes são dois indicadores que se referem aos processos que norteiam o atendimento ao paciente, ou seja, se seguem uma sistematização ou não. Ocorrem atendimentos sem protocolo na atenção às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em 17 (39,5%) unidades e com protocolo, em 17 (39,5%) serviços.

Os exames de rotina complementar mínima são necessários tanto para um primeiro atendimento, quanto para o seguimento da pessoa com DM 2. No QualiAB, cujos resultados são analisados pelo presente trabalho, foram denominados como sendo “de rotina”, e cada indicador se refere a um exame. A frequência com que cada um desses exames deve ser realizado irá depender do acompanhamento de cada paciente, quando deve se considerar seus riscos cardiovasculares, metas de cuidado, complicações existentes ou prognóstico. De uma forma geral, recomenda-se que a maioria dos exames seja realizada uma vez ao ano para pessoas com bom controle metabólico (BRASIL, 2013).

Como primeiros exemplos de exames de rotina mínima, temos dois indicadores: “a solicitação da glicemia de jejum e a hemoglobina glicada (Hb glicada)”. A sugestão é que sejam realizados duas vezes ao ano, quando a pessoa com DM 2 estiver com sua meta glicêmica dentro do desejado e a cada 3 meses, caso contrário.

Nas unidades analisadas, os exames como a glicemia de jejum e a hemoglobina (Hb) glicada (a cada 3 meses, depois a cada 6 meses) são realizados em 41 (95,30%) serviços, ambos os indicadores. O controle glicêmico pode ser monitorado tanto pela glicemia de jejum como pela Hb glicada. A glicemia pode ser utilizada para orientar o ajuste de dose da medicação utilizada, enquanto que a Hb glicada é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico nos últimos dois/três meses.

A dosagem da hemoglobina glicada passou a ser considerada parâmetro essencial na avaliação do controle do DM após a publicação dos resultados de dois

grandes estudos clínicos: Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), em 1993, e United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), em 1998, relativos ao diabetes mellitus tipos 1 e 2 (DM1 e DM2), respectivamente. Esses estudos demonstraram, claramente, que manter o nível de hemoglobina glicada abaixo de 7% na pessoa com diabetes reduz significativamente o risco de desenvolvimento das complicações micro e macrovasculares da doença em relação ao paciente cronicamente descontrolado (SUMITA, ANDRIOLO 2008).

O DM tipo 2 é uma doença cujas complicações crônicas podem ser classificadas em macro e microvasculares e recebem as seguintes interferências: genética; tempo de evolução da doença e controle realizado de forma adequada ou não. As complicações macrovasculares são as que podem causar eventos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica. Dentre as microvasculares podemos citar: nefropatia diabética (ND), retinopatia diabética (RD) e neuropatia diabética (NeD) (TSCHIEDEL, 2014).

O estágio inicial da nefropatia diabética (ND), também conhecida como nefropatia incipiente ou fase de microalbuminúria, é caracterizado pela presença de pequenas quantidades de albumina na urina (TSCHIEDEL, 2014).

Por isso a importância do indicador “solicitação de exames de rotina pelas unidades de saúde, como, urina I, microalbuminúria e creatinina sérica”, para avaliar a função renal. As unidades que o fazem de rotina são: urina I em 39 serviços (90,70%), creatinina sérica em 36 serviços (83,70%) e microalbuminúria em 20 serviços (46,50%).

Dos pacientes diabéticos, 40% deles são acometidos pela ND, e dos que ingressam em programas de diálise ela aparece como principal causa da insuficiência renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O “exame de fundo de olho”, ou fundoscopia, é uma forma de rastreamento da retinopatia diabética. Por ser uma condição assintomática nas suas fases iniciais, não é possível detectá-la sem a realização deste exame. Após 20 anos do diagnóstico, mais de 60% dos pacientes com DM tipo 2 apresentam alguma forma de retinopatia. E de 4 a 8% dos pacientes já apresentam perda da acuidade visual no momento do diagnóstico.

O diagnóstico da retinopatia grave se feito precocemente, apresenta intervenção efetiva. No DM tipo 2, o rastreamento deve ser iniciado no momento do diagnóstico e a periodicidade, anual ou de acordo com a gravidade de cada caso.

A fundoscopia sob dilatação da pupila não apresenta a mesma sensibilidade que a fotografia do fundo de olho sob dilatação pupilar, no entanto, a escolha do método depende da disponibilidade de recursos de cada lugar.

Das 43 unidades, apenas 9 (20,9%) delas, referiram fazer o exame de fundo de olho, como exame solicitado de rotina para pessoas com DM 2. Porcentagem bastante baixa se considerada a importância do exame (BRASIL, 2013).

O eletrocardiograma (ECG) pode ser solicitado para avaliação cardiológica. No entanto, em pacientes assintomáticos e com ECG normal, não foi detectado benefício da realização do rastreamento. Portanto, o ECG como avaliação adicional para identificação de doença coronariana está indicado apenas nos pacientes com sintomas cardíacos típicos ou atípicos e quando o ECG de repouso se encontra alterado (BRASIL, 2013).

Já para o indicador “ECG como exame solicitado de rotina para pessoas com DM 2” identificamos que 20 unidades (46,5%) afirmam realizá-lo.

A doença aterosclerótica que afeta as artérias coronárias, cerebrais e periféricas (membros inferiores) tem seu processo iniciado mais cedo no diabetes e, com frequência, manifesta-se de forma mais grave. Isso porque a associação entre DM e a doença vascular se dá por dois motivos diferentes. Inicialmente, pela prevalência aumentada no diabetes dos fatores de risco vasculares já conhecidos como, hipertensão arterial sistêmica (HAS); tabagismo e dislipidemia. E também pelo próprio estado diabético que induz anormalidades lipídicas, como valores aumentados nos níveis de algumas lipoproteínas (as de densidade muito baixa e as de baixa densidade) e diminuição da lipoproteína de alta densidade, por exemplo (AUSIELLO, GOLDMAN, 2005). O tratamento da dislipidemia - que é a elevação das taxas de lipídios e de lipoproteínas (PEREIRA, 2011) no DM, é indicado entre outros motivos para reduzir o risco cardiovascular, uma vez que pacientes diabéticos apresentam um aumento neste risco de duas a quatro vezes se comparados a pessoas não diabéticas (PEREIRA, 2011; SBD, 2014).

Nesse contexto, chegamos a três importantes indicadores:

- “Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes mellitus tipo 2”, em que 38 (88,4%) serviços afirmaram realizar;

- “Triglicerídeos como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes mellitus tipo 2”, 39 (90,7%) destes serviços realizam;

- “Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos na atenção às pessoas com Diabetes mellitus tipo 2” observado que 33 (76,7%) dos serviços avaliados realizam.

Esses resultados indicam alta adesão, por parte dos serviços, na solicitação dos exames laboratoriais relacionados a dislipidemia, sejam eles anuais, conforme solicitam os protocolos de DM, ou ‘de rotina’ (não especificando a periodicidade com que os exames são requeridos, porém deixando clara a necessidade de fazê-lo com frequência e de forma programada).

A obesidade é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de resistência insulínica e do diabetes mellitus tipo 2 (FREITAS, et al 2014). Daí a importância do indicador “tratamento e/ou prevenção de obesidade na atenção às pessoas com DM tipo 2”, com 31 (72,1%) das unidades referindo fazê-lo.

Trata-se de um fenômeno da sociedade moderna o fato da obesidade e do sedentarismo serem crescentes e fazem com que as doenças crônicas sejam a causa do adoecimento de um número cada vez maior de pessoas.

As estratégias passam não só pelos serviços de saúde, mas também pelas escolas e pela mídia, buscando informação e conscientização em larga escala.

São necessárias medidas enérgicas e de muita informação para reverter esse grave quadro para as sociedades como um todo, sendo muito difícil de ser suportado por qualquer sistema de saúde. Seria como legar um ônus às futuras gerações. Nesse contexto, a OMS lançou uma estratégia global de Alimentação Saudável e Atividade Física que será tema principal da 56ª Conferência Mundial de Saúde (SOLLA et al., 2004).

Quanto aos indicadores de “orientação de dieta” 40 (93%) e “atividade física” 37 (86%), que em sua maioria são desenvolvidas pelos serviços de APS, a adaptação a um estilo de vida que mantenham bons hábitos alimentares junto a prática de exercícios físicos faz parte do tratamento inicial do DM tipo 2 (SBD, 2014).

Em estudo realizado em UBSs por Faria et al. (2014) a aceitação a novas dietas e para a maioria dos diabéticos o maior desafio a se colocar em prática, devido à dificuldade de adaptação de novas rotinas alimentares. Sendo que os remédios tem maior aceitação pois políticas de saúde garantem aos mesmos distribuição gratuita.

Segundo Colberg et al (2016) a adoção e manutenção de atividades físicas são fatores relevantes ao tratamento do DM, tendo suas recomendações e precauções variantes de características pessoais e estado de saúde de cada paciente.

As complicações decorrentes do DM são numerosas e diversas. A doença periodontal, considerada uma das principais complicações do DM, além das anteriormente citadas, dificulta o controle glicêmico e, por sua vez, a pessoa com diabetes é três vezes mais suscetível à periodontite. A periodontite ou doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória crônica que pode levar à perda dentária, devido aos seguintes motivos: a pessoa com diabetes possui uma resposta hiperinflamatória aos periodontopatógenos; está mais susceptível às infecções; apresenta destruição periodontal (devido a substâncias inflamatórias produzidas) e a própria hiperglicemia faz com que haja menos colágeno no tecido periodontal (ABREU et al., 2014).

Ainda podemos citar a xerostomia (condição associada à baixa produção de saliva) e, devido a essa condição, uma predisposição à candidíase oral (infecção fúngica oportunista) (AGUIAR, 2014).

A partir dessas informações, podemos entender um pouco melhor a importância da realização da “avaliação e orientação em saúde bucal na atenção às pessoas com DM 2” pelos serviços de APS. O resultado deste indicador foi: 21 das 43 unidades afirmaram realizá-lo, o que nos fornece uma porcentagem de 48,8%.

Além da avaliação clínica destes pacientes pelos (as) cirurgiões (ãs) dentistas, as informações sobre cuidados de higiene bucal e sobre a relação bidirecional entre a doença periodontal e o diabetes precisam ser transmitidas pela equipe com igual prioridade.

No que se refere ao indicador de “orientação e suporte para o abandono ao tabagismo” 20 (46,5%), de acordo com Wünsch Filho (2010) o tabaco é uma das grandes epidemias causadoras de óbito e morbidade, sendo o principal causador de câncer no mundo. A predisposição as neoplasias duplicam suas incidências para portadores de DM, muito comuns no fígado, pâncreas, endométrio, reto, mama e bexiga. Também trazendo alterações cardiovasculares, cardiorrespiratórias, nefropatias e alterando o perfil lipídico deixando evidências a associação à resistência à insulina, que contribui para o aparecimento do DM tipo 2.

Danos causados por este hábito, que acentuam a DM são melhorados quando o abandono ao hábito é retratado, junto à mudança de estilo de vida na alimentação e prática de exercícios físicos (HOCAYEN & MALFATTI 2012).

As mesmas complicações crônicas devido ao DM tipo 2 citadas anteriormente, como a neuropatia diabética (mais precisamente a polineuropatia

periférica sensitivo-motora) e as alterações cardiovasculares (no caso, a doença vascular periférica) podem levar ao quadro conhecido como pé diabético. O resultado de ambas alterações leva a possíveis lesões que, com muita frequência, apresentam como resultado amputações dos membros afetados acarretando repercussões importantes na qualidade de vida da pessoa com DM tipo 2 (CUBAS; TSCHIEDEL, 2014).

Por isso se faz necessário um conjunto de orientações preventivas e de autocuidado como, por exemplo, relacionado à higiene dos pés; tipo de calçados adequados; hidratação dos pés; entre outras. De acordo com a literatura, a maioria das pessoas com DM tipo 2 desconhece as orientações básicas e a adesão por parte das que são orientadas é bastante baixa. A avaliação clínica quanto à sensibilidade dos pés, sua apresentação e possíveis focos infecciosos também se caracteriza como conduta de extrema importância (CUBAS; TSCHIEDEL, 2014).

O indicador destinado a analisar o “controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés na atenção às pessoas com DM 2” apresentou 32 respostas positivas, ou seja, 74,4% afirmaram realizá-lo em suas unidades.

Dentre as atribuições dos profissionais da ESF está o “treinamento de auto aplicação de insulina” 38 (88,40%) junto com “o fornecimento de glicosímetro” 23 (53,5%). O estudo de JMF Batista (2013) compreende que a propensão aos indivíduos com DM que tem treinamento quanto ao controle insulínico, tem níveis de glicemia próximos à normalidade, e obtêm bons resultados contra o avanço da doença (BATISTA et al., 2013).

Os dois últimos indicadores que serão analisados referem-se ao conceito de ‘grupo’. Utilizamos a palavra para designar um conjunto de pessoas ou coisas que formam um todo. Ou, de forma simplificada, apenas agrupamento de diversas pessoas (MICHAELIS, 2019).

Na APS, nas equipes de Estratégia Saúde da Família, o vocábulo expande o sentido de aglomerado. Surgem, nos grupos, espaço de educação em saúde, um espaço de trocas de experiências; exercício de respeito e tolerância as diferentes vivências e culturas e, portanto, um grande aprendizado, em todos os aspectos. Podem ser dos mais diversos moldes: palestras; campanhas; oficinas; teatro; vídeos; caravanas, vivências, gincanas; contadores de histórias; rodas de conversas; mutirões; passeatas, programas de rádio; grupos de caminhadas; entre outros. Quando há elementos da cultura da própria comunidade, a sensibilização e a

mobilização da população local sobre cuidados de saúde ocorrem de modo muito mais eficaz (BRASIL, 2000).

A gravidade do DM tipo 2, ou seja, as complicações, a diminuição e/ou a perda de qualidade de vida, e os elevados níveis de mortalidade relacionados à doença determinam a necessidade de propostas que visem à reorientação de um modelo de atenção à saúde, que priorize programas de promoção da saúde e a integralidade do cuidado. A promoção da saúde é um processo que confere à comunidade características como autonomia, cidadania e consequente controle sobre os determinantes de saúde (IMAZU et al, 2015; BESSEN et al, 2007).

Para o indicador “Atividades em Grupo para pessoas com DM tipo 2” identificamos que apenas 10 serviços (23,3%) as realizam, o que demonstra baixa realização de atividades em grupos, por parte das unidades, o que condiz com outro indicador também referente aos grupos educativos: “Realização de Grupos relativos a ações programadas como estratégia de educação em saúde realizada na unidade aos pacientes com diabetes DM 2”. Este segundo indicador apresenta como resultado 18 unidades (41,9%) e mostra que comparativamente ao primeiro ocorre com maior frequência, porém realizados pela minoria dos serviços avaliados.

Considerando como parâmetro satisfatório que estes serviços realizassem a totalidade dos indicadores analisados, visto que são preconizados nas legislações e recomendações do Ministério da Saúde, ao considerar cada um dos indicadores individualmente, podemos destacar que mais da metade das unidades avaliadas afirmam dispor e solicitar exames laboratoriais, como: dispor de coleta de exames clínicos laboratoriais; dispor do teste de HGT; solicitar glicemia de jejum; o exame de Urina I; Microalbuminúria; Creatinina sérica; entre outros.

A maioria dos serviços também afirmaram realizar ações relacionadas aos temas: dieta; obesidade; atividade física; auto aplicação de insulina e cuidado com os pés.

Em contrapartida, menos de 50% das unidades realizam medidas de grande importância ao cuidado às pessoas com DM tipo 2. Podemos citar dentre elas a falta dos medicamentos específicos para essa população e o ECG que tanto quando avaliado como exame solicitado de rotina, como quando analisamos se o serviço dispõe do exame, apresenta baixa adesão.

Ainda foi observado que ações como o exame de fundo de olho, no sentido de prevenção de agravos e as de promoção da saúde causam grande preocupação

por suas baixas ocorrências nos serviços analisados. Destacando que, todos esses resultados foram encontrados em um universo onde 60,4% das unidades se caracterizam como USFs (Unidade de Saúde da Família) em que se espera que haja maior ênfase em atividades com este enfoque.

Esse cenário, no entanto, não difere do restante do país de acordo com estudo de MEDINA (2014), as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas equipes de APS do país também se mostram incipientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, os indicadores avaliados apontam que ainda existem muitas ações na atenção às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que precisam ser instituídas nas unidades de saúde da região estudada. Tanto as de caráter biomédico (o processo de solicitação de exames, por exemplo); quanto o fornecimento de medicamentos e, principalmente, as ações relacionadas à promoção e educação em saúde.

Dentre os serviços analisados, os resultados obtidos com o estudo ficaram distantes dos considerados desejáveis.

Sem bons programas de educação em saúde e de promoção a saúde, são deixadas de lado duas grandes características e/ou vantagens da APS, que existem para favorecer o autocuidado e controle por parte das equipes de modo mais próximo a esses pacientes, que por consequência, trará melhor qualidade de vida às pessoas com DM tipo 2.

Pode-se inferir que os resultados encontrados não sejam limitados às 43 unidades analisadas neste estudo, pois resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos.

Como recomendação, deve-se ampliar as ações de educação e de promoção à saúde, tendo como norteadores os materiais/protocolos já existentes, como por exemplo, os cadernos de atenção básica e/ou novas pesquisas em diferentes regiões de saúde que somadas aos resultados já existentes, podem contribuir com processos de gestão, organização do próprio serviço e melhoria na atenção às pessoas com DM tipo 2. Espera-se que, a partir da sinergia entre os profissionais da saúde e os gestores, a mudança seja gradativa e em novas tratativas haja a melhora do desempenho da região de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. S.; TAKAHASHI, D. Y; SILVA, H. A. B; FUKUSHIMA, H; AMBRÓSIO, L. M. B; ANDRADE, P. V. C; POSSAMAI, S. M. B; ROMITO, G. A; HOLZHAUSEN, M. Diabetes Mellitus: o que os periodontistas devem saber. Braz J Periodontol. V. 24, n. 4, p. 22-28, 2014.

AGUIAR, G.C. Proposta de protocolo para atendimento odontológico em pacientes portadores de diabetes mellitus – Município de Sarzedo/MG. Trabalho de Conclusão de Curso. Minas Gerais. 2014. 40p.

AUSIELLO, D.; GOLDMAN, L. Cecil tratado de medicina interna. 22ª edição. Rio de Janeiro, 2005.

BATISTA, J. M. F.; BECKER, T.A.C.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. O ensino em grupo do processo de aplicação de insulina. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.15, n.1, p.71-9, 2013 [acesso em 24 de setembro de 2019];. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.1612013>.

BAHIA, L. R.; ARAUJO, D. V.; SCHAAN, B. D.; DIB, S. A.; NEGRATO, C. A.; LEÃO, M. P.; et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. Value Health, v.1, n. 14, p. 137-140, 2011.

BESSEN CB, Souza Netto M, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. Saúde e Sociedade 2007; 16(1): 57-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: [s.n.], 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: [s.n.], 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: [s.n.], 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: [s.n.], 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: [s.n.], 228 p., 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Saúde Brasil 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: [s.n.], 2015.

CASTANHEIRA, E. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde Soc, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011.

CASTANHEIRA, E. et al. Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. [S.I.]: [s.n.], 2016. Disponível em: www.abasica.fmb.unesp.br. Acesso em: 25 jun 2018.

COLBERG, R et al. Tate. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care. Nov 1, 2016

CUBAS, Marcia Regina et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Fisioterapia em Movimento, [S.I.], v. 26, n. 3, set. 2017. ISSN 1980-5918. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/21595>>. Acesso em: 23 set. 2019.

DAUDT, C. Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil. Porto Alegre, p. 24-27, 2013.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press., p. 77 - 125, 1980.

FARIA, H.T.G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. Rev. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p.257-263, 2014.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Arq Bras Endocrinol. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia, São Paulo, p. 80 - 86, 2009.

FREITAS, M C; CESCHINI, F L; RAMALLO, B T. Resistência à insulina associado à obesidade: Efeitos anti-inflamatórios do exercício físico. R. Bras. Ci. e Mov. 2014; 22(3): 139-147.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Um método construtivista para a avaliação em saúde, Campinas, p. 165-181, 2001.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretária de Saúde. Mapa DRS 10 Piracicaba. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/aceso-rapido/grupos-macrorregionais-da-politica-estadual-de-humanizacao/macro-4-campinas-sao-joao-da-boa-vista-piracicaba-e-taubate/informacoes-gerais>. Acesso em: 24 set 2019.

GROSS, J.L; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 279-284, July 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301999000300014>.

HOCAYEN, P., & MALFATTI, C. (2011). Tabagismo em pacientes diabéticos: Predisposição às doenças crônico-degenerativas e neoplasia. Cinergis, 10(2), 19-25. Recuperado de <http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/2056>

IMAZU MFM, FARIA BN, ARRUDA GO, SALES CA, MARCON SS. Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015;23(2):200-07

IPRS. SEADE. IPRS, 2014. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/iprs2016/view/pdf/iprs/mun3503307.pdf>. Acesso em: 02 maio 2018.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? Saúde debate [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp.69-82.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da saúde da família. 2012. ed. BRASÍLIA: [s.n.], 2012.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 10 set. 2019.

MILECH, A. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional, 2016.

PEREIRA R. A relação entre dislipidemia e diabetes Mellitus tipo 2. Cadernos UniFOA. Volta Redonda, ano VI, n.17; dezembro 2011. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/17/89.pdf>

PLACIDELI, N, CASTANHEIRA, ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. Revista Kairós Gerontologia 2017, 20(2): 247-269.

RAMOS, NP. Avaliação da atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de Atenção Primária [Tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho; 2018. 199 p.

SANTOS, REBECCA SOARES DE ANDRADE FONSECA DOS, et al. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. spe [Acessado 23 Agosto 2019] , pp. 268-282. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005368>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005368>.

SUMITA, NAIRO MASSAKAZU; ANDRIOLO, ADAGMAR. Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, vol. 44, núm. 3, junho, 2008, pp. 169-174 Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial Rio de Janeiro, Brasil

THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP — Clustering of long-term complications in families with diabetes in the diabetes control and complications trial. *Diabetes*, 46(11): 1829-39, 1997.

TSCHIEDEL, B. Complicações crônicas do diabetes. *JBM* , SETEMBRO/OUTUBRO 2014, VOL. 102, Número 5, 7-12; <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4502.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2019.

ANEXOS

ANEXO 1 – Descrição da estrutura do instrumento QualiAB 2016, segundo dimensões, domínios, subdomínios e questões.

DIMENSÃO (nº indicadores)	DOMÍNIO (nº indicadores)	SUBDOMÍNIO	QUESTÕES*
GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL (38 indicadores)	Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos (12)	—	16, 17,18,19,20,22 (22.1-22.6), 23
	Informação, Planejamento e Avaliação (6)	---	97, 98,99,100,101, 103
	Coordenação do Trabalho (20)	Gestão da Unidade	105,106,107,108, 111, 112
		Qualificação profissional	109 (109.1 – 109.9)
Organização do Fluxo Assistencial		21, 28, 29, 30, 31	
GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (63 indicadores)	Educação em Saúde (4)	---	24, 25, 26, 27
	Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social (15)	---	75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91
	Seguimento Programático (44)	Saúde da Mulher	32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43,44, 45, 46,47,48, 49, 50
		Saúde da Criança e do Adolescente	51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60
		Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa	61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73
		Saúde Bucal	93, 94, 95

* Conforme número das questões no questionário QualiAB 2016.

ANEXO 2 – Questões direcionadas à atenção as pessoas com DM tipo 2, segundo estrutura e processo de trabalho dos serviços de APS.

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

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			
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	Não dispensa esse grupo de medicamentos
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				

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

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

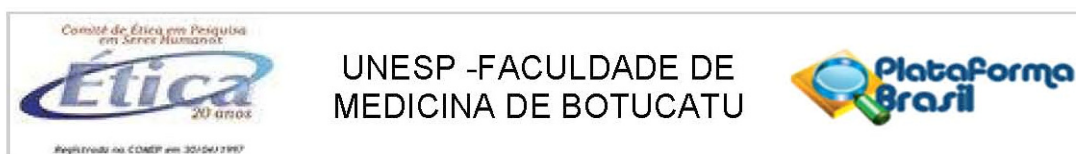
- 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

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

ANEXO 3 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da organização da atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em serviços de Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: RENATA ELISA BRAMBILLA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08498719.9.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.197.215

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de Mestrado do Curso de Mestrado em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu onde o pesquisador irá avaliar os serviços de saúde da região de Araras, baseado no modelo conceitual de Donabedian, para o atendimento do DM tipo II. Para isso o pesquisador irá basear-se em um banco de dados contendo as respostas do questionário Quali-AB de 2017 do qual avaliou 43 unidades de saúde.

O pesquisador avaliará: (1) estrutura: os profissionais provedores da atenção primária e os instrumentos, recursos físicos e financeiros que contribuem para o funcionamento da atenção médica. (2) processo: as ações que compõem a atenção à saúde, tais como: cuidado preventivo, educação do paciente, diagnósticos e a chegada ao tratamento (processo técnico), podendo estender-se às ações interpessoais entre a equipe, pacientes e seus familiares.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a organização de ações de atenção à saúde das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em serviços de Atenção Primária à Saúde na região de saúde de Araras.

Objetivo Secundário:

Avaliar e identificar as ações desenvolvidas de cunho assistencial e de prevenção de agravos às

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

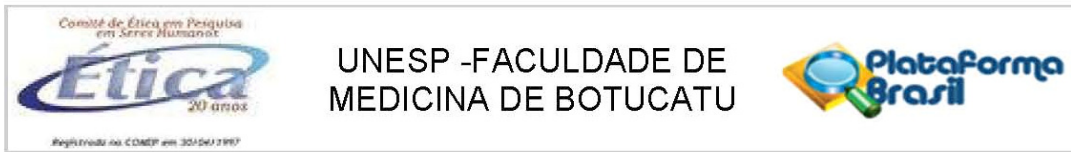
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.197.215

peças com diabetes mellitus tipo 2. - Avaliar e identificar os indicadores referentes a recursos materiais, procedimentos, insumos básicos e medicamentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há risco direto por se tratar de uma análise dos dados secundários do sistema Quali AB.

Benefícios:

Avaliação e melhora da atenção às pessoas com DM 2. Espera-se que a partir da análise e da apresentação dos resultados da pesquisa aos gestores haja o estímulo a medidas de melhoria da atenção às pessoas com DM 2.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos obrigatórios:

- Folha de rosto: adequada.
- Projeto de pesquisa: Adequado.
- Autorização institucional: Adequada
- TCLE: solicita-se dispensa do Termo com a justificativa: "Em relação aos aspectos éticos o presente projeto é de aspecto descritivo e não envolve pesquisa em seres humanos, além disso há um parecer de número 1.897.223 de 19 de janeiro de 2017 do projeto de pesquisa: Qualificação da Rede de Cuidados em DST, HIV/aids e Hepatites Virais em Regiões Prioritárias dos Estados de Santa Catarina e São Paulo - QualiRede DST/HIV/HV sendo, então realizado a dispensa do consentimento informado uma vez que o presente projeto irá analisar parte do banco de dados gerado pela pesquisa citada acima que possui parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) positivo, além disso, todos os preceitos éticos estabelecidos serão respeitados no que se refere ao zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos."

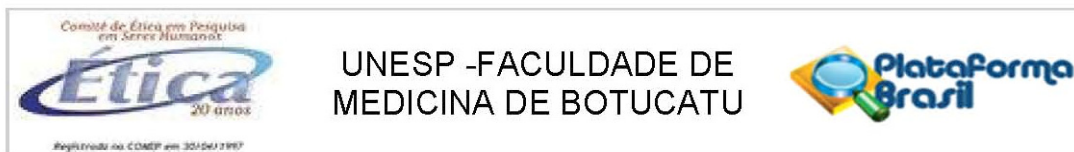
Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.197.215

apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 11 de MARÇO de 2019, o projeto analisado está APROVADO para ser iniciado, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, ao final da execução do projeto de pesquisa, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades", na forma de "NOTIFICAÇÃO", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1298270.pdf	18/02/2019 22:50:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	pbpare.pdf	18/02/2019 22:47:32	RENATA ELISA BRAMBILLA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	infpb.pdf	18/02/2019 22:47:20	RENATA ELISA BRAMBILLA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	18/02/2019 22:40:39	RENATA ELISA BRAMBILLA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopb.pdf	18/02/2019 22:39:35	RENATA ELISA BRAMBILLA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinadaDIRETOR.pdf	18/02/2019 22:37:46	RENATA ELISA BRAMBILLA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

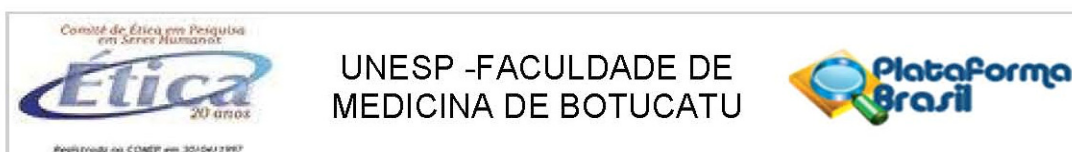
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.197.215

BOTUCATU, 13 de Março de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

ANEXO 4 – RENAME 2018**Medicamentos hipoglicemiantes orais:**

- Glibenclamida comprimido 5 mg
- Gliclazida comprimido de liberação controlada 30 mg / 60 mg / 80 mg
- Metformina, cloridrato comprimido de 500 mg e 850 mg

Insulinas:

- Insulina humana NPH 100 UI/ml
- Insulina regular 100 UI/ml

Insumos:

- Glicosímetro
- Lancetas para punção digital
- Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina
- Tiras reagentes de medida de glicemia capilar relevantes