

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE**

Christiane Chaves Augusto Leite Simão

**Estudo da Rede de Atenção ao Diabetes Mellitus em Juiz de Fora, Minas
Gerais: Avaliação da Atenção Primária à Saúde quanto às Dimensões de
Estrutura, Processo e Resultado e Caracterização da População Admitida na
Atenção Secundária à Saúde**

**Juiz de Fora
2016**

Christiane Chaves Augusto Leite Simão

Estudo da Rede de Atenção ao Diabetes Mellitus em Juiz de Fora, Minas Gerais: Avaliação da Atenção Primária à Saúde quanto às Dimensões de Estrutura, Processo e Resultado e Caracterização da População Admitida na Atenção Secundária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde. Área de concentração: Saúde Brasileira.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Baumgratz de Paula

Coorientadores: Profa. Dra. Mônica Barros Costa

Prof. Dr. Fernando Antônio Basile Colugnati

Juiz de Fora

2016

Christiane Chaves Augusto Leite Simão

Estudo da Rede de Atenção ao Diabetes Mellitus em Juiz de Fora, Minas Gerais: Avaliação da Atenção Primária à Saúde quanto às Dimensões de Estrutura, Processo e Resultado e Caracterização da População Admitida na Atenção Secundária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde. Área de concentração: Saúde Brasileira.

Aprovada em _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rogério Baumgratz de Paula – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Adriana Aparecida Bosco
Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte

Maximiliano Ribeiro Guerra
Universidade Federal de Juiz de Fora

Ao meu amado filho, Raphael, a quem,
desde o primeiro instante de sua
existência, eu dedico o melhor de mim

AGRADECIMENTOS

A Deus agradeço por ter me dado força, persistência, paciência.

À minha amada mãe, Teresinha, agradeço o incentivo, a renúncia de toda uma vida que permitiram meu crescimento físico, intelectual e emocional; agradeço seu amor incondicional e por ser meu maior exemplo.

Ao meu marido, Antônio, agradeço por ser meu parceiro de vida, compreensivo e incentivador, meu grande amor.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Rogério Baumgratz de Paula, Profa. Dra. Mônica Barros Costa e Prof. Dr. Fernando Colugnati, agradeço por me proporcionarem mais que crescimento acadêmico, agradeço por me permitirem crescer profissional e pessoalmente. Espelhar-me-ei em vocês sempre em minha trajetória profissional.

Às colegas de equipe, Elaine, Chislene e Layla, agradeço por compartilharem o trabalho e seus frutos.

Ao Prof. Dr. Marcus Gomes Bastos, à Fundação Imepen e ao Niepen, agradeço o incentivo à pesquisa.

À Fapemig, agradeço pelo financiamento desta pesquisa.

A todos que de alguma forma contribuíram para essa conquista, o meu muito obrigada.

*"Não sou obrigado a vencer, mas tenho o dever de ser verdadeiro.
Não sou obrigado a ter sucesso, mas tenho o dever de corresponder
à luz que tenho."
(Abraham Lincoln)*

RESUMO

Introdução: O *diabetes mellitus* é uma condição com elevada morbimortalidade. A complexidade do manejo da doença requer mudanças no sistema de saúde, cuja assistência deve estar em concordância com o Modelo de Atenção a Condições Crônicas. O objetivo do presente estudo é descrever indicadores da qualidade da assistência ao indivíduo com *diabetes mellitus* no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, e explorar associações entre eles. Métodos: Em estudo observacional transversal realizado em 14 Unidades de Atenção Primária à Saúde, foi aplicado um questionário a médicos, gerentes e agentes comunitários de saúde, contemplando perguntas sobre estrutura e processo da assistência. Além disso, foram colhidos dados clínico-laboratoriais de prontuários dos pacientes com *diabetes mellitus* nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e de pacientes encaminhados a um centro multiprofissional de Atenção Secundária à Saúde. As variáveis categóricas e quantitativas foram analisadas de forma descritiva. A exploração de associações entre elementos da Estrutura e Processo das Unidades de Atenção Primária à Saúde e os parâmetros clínicos dos usuários em sua admissão na Atenção Secundária à Saúde foi realizada através de Regressão Linear de Efeitos Aleatórios. Resultados: Em relação à estrutura das Unidades de Atenção Primária à Saúde, observou-se insuficiência de consultórios para atendimento multiprofissional e de medicamentos para dispensação. Merece destaque a carência de profissionais, com 53,8% das equipes da Estratégia de Saúde da Família incompletas, além da elevada proporção de médicos e enfermeiros que informam problemas com o encaminhamento para a Atenção Secundária à Saúde (70,0%). Como indicador de processo, destaca-se a baixa disponibilidade (51,2%) de resultado de hemoglobina glicada (HbA1c) registrado nos prontuários. Na análise dos prontuários da Atenção Secundária à Saúde, 18,7% dos pacientes apresentavam HbA1c < 7% e 43,9% tinham níveis de pressão arterial inferiores a 140 x 90 mmHg em sua consulta inicial. Não foi encontrada associação entre elementos da estrutura e processo das Unidades de Atenção Primária à Saúde e os resultados da assistência apresentados na consulta inicial na Atenção Secundária à Saúde. Conclusão: Embora tenham sido detectados déficits importantes na estrutura e processo da assistência ao usuário com *diabetes mellitus* nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, estes não se

relacionaram ao estado clínico dos pacientes ao ingressarem na Atenção Secundária à Saúde.

Palavras-chave: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Avaliação de Resultados da Assistência ao Paciente. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is a condition with high morbidity and mortality. The complexity involved in managing patients with Diabetes mellitus requires changes in the health system that must be aligned with the Model of Care for Chronic Conditions. The objective of this study was to describe indicators of quality care for individuals with Diabetes mellitus in a medium-sized municipality in Brazil and to explore associations among these indicators. **Methods:** In this cross-sectional, observational study, physicians, managers, and community health agents filled out a questionnaire addressing issues related to health care structure and process at 14 primary health care units. We collected clinical and laboratory data from medical records of patients with Diabetes mellitus attending the primary health care units and from those referred to a multiprofessional secondary health care center. Categorical and quantitative variables were analyzed descriptively. Using random-effects linear regression, we explored the associations between structure and process elements at the primary health care units and clinical parameters of the users upon their admission to the secondary health care center. **Results:** Regarding the structure of the primary health care units, we observed an insufficient number of both offices available for multiprofessional care and amount of medications available to the patients. There was a shortage of professionals, with 53.8% of incomplete teams in the Family Health Strategy program, as well as a high proportion of problems reported by physicians and nurses regarding referrals to the secondary health care unit (70.0%). Also, there were a low percentage (51.2%) of glycosylated hemoglobin (HbA1c) results (a process indicator) in the medical records. In the medical records at the secondary health care unit, 18.7% of the patients presented HbA1c levels < 7% and 43.9% had blood pressure levels below 140x90 mmHg. There was no clear association between structure and process indicators at the primary health care units and the results of care recorded in the secondary health care units. **Conclusion:** Although we detected important structure and process problems in the care of patients with Diabetes mellitus at the primary health care units, these problems were not associated with the clinical status of the patients upon their admission to the secondary health care unit.

Keywords: Quality, Access and Evaluation of Health Care. Evaluation of Results of Patient Care. Research on Health Services. Diabetes mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009	20
Figura 2 – A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde	22
Figura 3 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	23
Quadro 1 – Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção	26
Figura 4 – Rede assistencial de hipertensão e diabetes	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
CCM	Chronic Care Model
CCS	Condições Crônicas de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHDM	Centro Hiperdia Minas
CHDM/JF	Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora
Cr	Creatinina Sérica
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DM	Diabetes mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GJ	Glicemia de jejum
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de Massa Corporal
Imepen	Fundação Instituto Mineiro de Ensino e Pesquisa em Nefrologia
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MG	Minas Gerais
Niepen	Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Tratamento em Nefrologia
PA	Pressão Arterial
PPgS	Programa de Pós-graduação em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES-MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SUS	Sistema Único de Saúde
TFGe	Taxa de Filtração Glomerular estimada
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1	O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO ATUAL	17
2.2	A SITUAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO	19
2.3	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	21
2.3.1	O papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde	24
2.3.2	A função da Atenção Secundária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde	26
2.4	O DIABETES MELLITUS NA ATUALIDADE	28
2.5	AS DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	30
2.6	A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICA	32
3	RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA	34
4	HIPÓTESE	35
5	OBJETIVOS	36
5.1	OBJETIVO GERAL	36
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
6	MÉTODOS	37
6.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	37
6.2	ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	39
6.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	39
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
9	CONCLUSÕES	65
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXOS	71

1 INTRODUÇÃO

As condições crônicas de saúde (CCSs) constituem um desafio para a Saúde Pública em todo o mundo. O fenômeno de transição epidemiológica, caracterizado pelo predomínio de CCSs como causa de morbimortalidade, é mundial, mas, no Brasil, as doenças infecciosas e carenciais predominantes no passado ainda têm impacto significativo (MENDES, E. V., 1999). Contribuem para isso o processo de acelerada transição demográfica que se observa na população brasileira, com aumento da proporção de adultos e idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), além da transição nutricional, em que o maior acesso aos alimentos, aliado a hábitos dietéticos pouco saudáveis, tem exposto cada vez mais a população a fatores de risco para as CCSs (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Como consequência, observa-se uma mudança no padrão das necessidades de saúde da população, que passa a demandar atenção com foco em cuidados permanentes, de forma contínua e proativa (MENDES, E. V., 2012). Como resposta a essa situação, têm sido propostas mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010), muitas já incorporadas à prática, enquanto outras ainda se encontram apenas no plano teórico.

Nesse contexto, surge o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes, a partir de modelos de cuidado a CCS que mostraram resultados satisfatórios em outros países, como o *Chronic Care Model* (CCM), o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo da Determinação Social da Saúde (MENDES, E. V., 2012). Este modelo é apresentado no contexto da criação das Redes de Atenção à Saúde (RASs), que são organizações poliárquicas de serviços de saúde vinculados entre si que buscam garantir a integralidade do cuidado frente a uma condição de saúde específica (MENDES, E. V., 2011). Esta proposta foi incorporada oficialmente ao SUS em 2010, como forma de melhorar a qualidade da atenção às CCSs (BRASIL, 2010), todavia, na prática, muitas RASs ainda não estão em funcionamento.

No MACC, o conhecimento da população e sua estratificação de risco constitui tarefa essencial da Atenção Primária à Saúde (APS), que, no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), assim expressaria parte do seu papel de

gerenciamento da saúde da população nas RASs (MENDES, E. V., 2011). A importância do PSF pode ser observada através da detecção de progresso em indicadores de saúde no país desde a criação do programa em 1994 e sua posterior expansão, refletindo melhora da qualidade do atendimento prestado pelo SUS (ATUN et al., 2013; KLAFKE et al., 2015; MACINKO; HARRIS, 2015; RASELLA et al., 2014). Em relação às CCSs, com a ampliação da cobertura do PSF, são descritas reduções das taxas de mortalidade e de hospitalização por doenças cerebrovasculares e cardíacas (RASELLA et al., 2014).

Entretanto, como o PSF é gerenciado pelo município, ainda existem desigualdades na qualidade da atenção prestada, decorrentes de variação na disponibilidade de equipamentos básicos, da composição das equipes e do suporte às mesmas. Assim, apesar dos avanços, o sistema ainda enfrenta desafios relacionados ao financiamento e à organização (MACINKO; HARRIS, 2015). Em concordância, Rodrigues e outros (2014), em revisão sobre o tema, enumeram fragilidades e desafios da APS na coordenação das RASs. Como principais fragilidades, destacam o precário funcionamento do mecanismo de referência e contrarreferência, o desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais de APS, a dificuldade de cooperação entre profissionais de atenção primária e secundária e a dificuldade de acesso à atenção especializada.

Nesse cenário de CCS, o diabetes mellitus (DM) configura-se como doença de prevalência crescente e que, quando inadequadamente controlado, evolui com complicações crônicas como as doenças cardiovasculares, a nefropatia, a retinopatia e a neuropatia que são responsáveis por elevadas taxas de morbidade e mortalidade, as quais podem ser reduzidas através do bom controle metabólico. (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1993; UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO ATUAL

O atual sistema público de saúde do Brasil, SUS, foi instituído na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2015) e regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), chamadas de Leis Orgânicas da Saúde. Foi concebido no contexto de luta pela redemocratização do país, que vivia sob a Ditadura Militar, e sua criação foi impulsionada pela sociedade civil.

A assistência médica no período militar (1964-1984) era prestada aos trabalhadores formais através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que posteriormente se unificaram, fazendo surgir o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o qual finalmente originou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Os trabalhadores rurais e a parcela de trabalhadores urbanos informais excluídos desse sistema, em caso de necessidade, precisariam pagar pela assistência à saúde ou dependeriam da disponibilidade de instituições filantrópicas que o faziam como caridade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; PAIM et al., 2011).

Nessa época, os recursos para financiamento da assistência médica eram proporcionais à arrecadação e ao número de beneficiários existentes. Eram empregados em algumas poucas unidades próprias do Inamps e, principalmente, na compra de serviços da iniciativa privada. Os convênios com a iniciativa privada estabeleciam a remuneração por procedimento, o que fortalecia a prática de se cuidar da doença, do caráter curativo, em detrimento do cuidado da saúde, preventivo. Além disso, essa forma de remuneração tornou-se grande fonte de corrupção, com emissão fraudulenta de internações hospitalares, consultas e outros procedimentos inexistentes (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; PAIM et al., 2011).

Nesse cenário nacional e sob a influência da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), que colocou a saúde como um direito fundamental do homem e responsabilidade do Governo,

delinea-se a Reforma Sanitária Brasileira. Impulsionado por trabalhadores da saúde, intelectuais universitários e outros setores da sociedade civil, o movimento, que lutava pela universalização da saúde no Brasil, foi consagrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo relatório final serviu de subsídio para os constituintes elaborarem a seção “*Da Saúde*” da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006).

Com a promulgação da Constituição Federal, o SUS é consubstanciado e a saúde passa a ser um direito universal assegurado pela lei. De acordo com as diretrizes do SUS, o sistema deve ter a participação da comunidade, ser descentralizado, com direção única em cada esfera de governo e prover atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 2015).

Em setembro de 1990, foi sancionada a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), que regulamenta e operacionaliza o SUS. Essa lei, chamada Lei Orgânica da Saúde, estabelece que as ações e serviços de saúde devem obedecer aos princípios organizativos e doutrinários de universalidade de acesso, integralidade da assistência, preservação da autonomia individual, direito à informação, descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade, entre outros.

A subsequente implementação do SUS impeliu o fortalecimento da APS, cujas atribuições favoreciam o atendimento aos princípios do sistema. A projeção da APS materializou-se no processo de municipalização da saúde na década de 90, quando se iniciou sua estruturação sob a responsabilidade dos municípios brasileiros, incentivados pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento (LAVRAS, 2011). Experiências bem-sucedidas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e com o PSF, originados no Nordeste brasileiro para assistência à saúde materno-infantil de populações mais carentes ou de alto risco (PAIM et al., 2011), tornaram o PSF a principal estratégia de estruturação da APS no SUS, o que foi regulamentado em 1998 (BRASIL, 1998).

2.2 A SITUAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

A Reforma Sanitária e a implementação do SUS trouxeram enorme avanço na assistência à saúde dos brasileiros. Contudo, considerando que os sistemas de saúde devem constituir respostas às necessidades de saúde das populações e que estas decorrem de fatores contextuais diversos, é preciso entender a situação de saúde do Brasil, a fim de se otimizar o processo de construção contínua que deve permear o SUS.

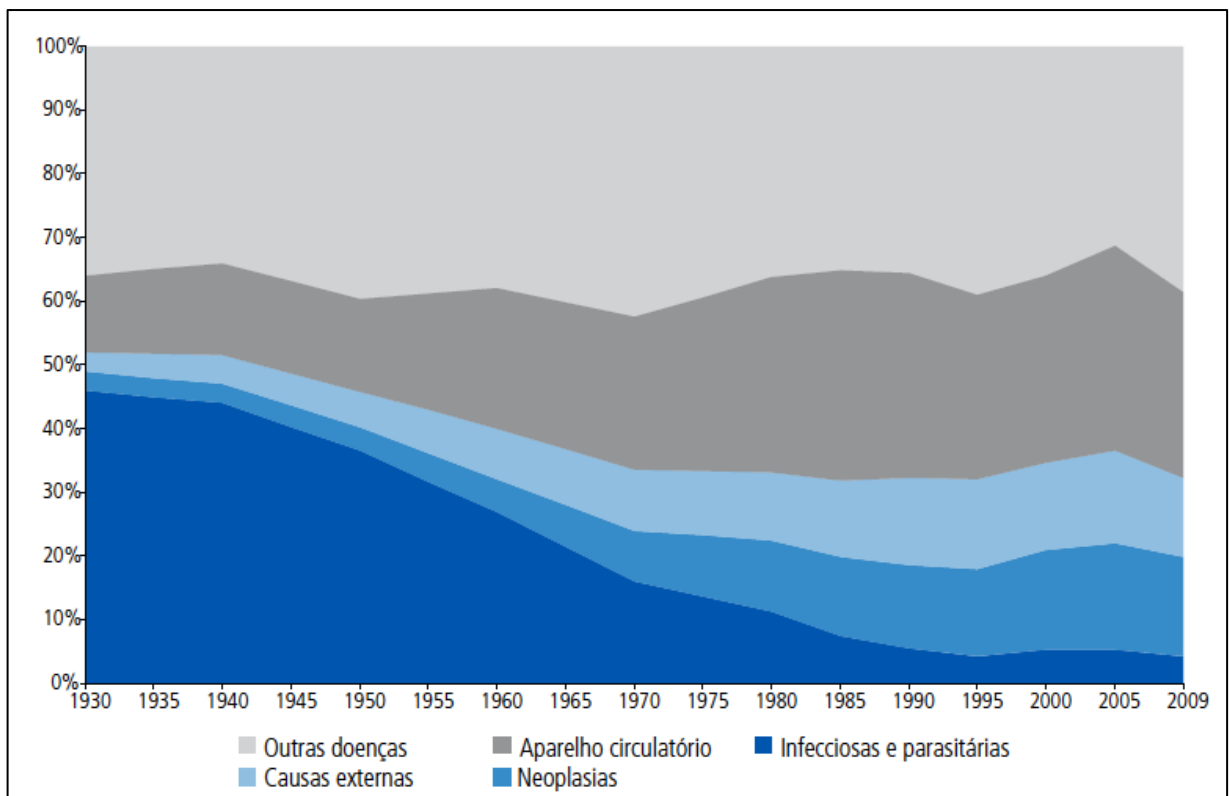
Observa-se no país uma transição demográfica acelerada, com redução da proporção de jovens e aumento do número de idosos na população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). A redução progressiva da taxa de mortalidade observada desde meados do século XX, decorrente de políticas de Saúde Pública e avanços da Medicina, particularmente o acesso aos antibióticos recém-descobertos, associada à redução da taxa de fecundidade, mais pronunciada a partir da década de 80, devido ao maior acesso a métodos contraceptivos, resultou num aumento da expectativa de vida ao nascer (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Além disso, tem sido observado, nas últimas décadas, o fenômeno de transição nutricional com redução de indicadores de desnutrição em crianças, ao mesmo tempo que houve aumento epidêmico da prevalência de sobrepeso e obesidade no país (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003), que hoje já acomete mais da metade da amostra da população brasileira avaliada através de pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas através de inquérito telefônico (BRASIL, 2014). A urbanização, a adoção de hábitos alimentares inadequados, o acesso facilitado a alimentos processados e ultraprocessados, tal como a bens de consumo como televisão e computadores, o estilo de vida sedentário, dentre outros fatores, são responsáveis por esse fenômeno, que exerce forte influência no perfil de saúde da população (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Relacionada a esses fenômenos, observa-se ainda, no Brasil, a transição epidemiológica, em que há aumento do número de casos de doenças crônicas como principal causa de morbimortalidade na população. Há aumento de sua prevalência à medida que a idade avança, de forma que 79,1% dos indivíduos acima de 65 anos têm pelo menos uma doença crônica (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTATÍSTICA, 2010). Este processo pode ser verificado ao se analisar a evolução das causas de mortalidade, como pode ser observado na Figura 1 (MENDES, E. V., 2012). Atualmente as doenças cardiovasculares e o câncer representam as duas principais causas de morte no Brasil e juntas foram responsáveis por 47,1% das mortes no país, em 2013 (BRASIL, 2013b). Outro indicador que ilustra esse fenômeno é a medida dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*disability-adjusted life years – DALYs*), na qual se observa que as doenças crônicas são responsáveis por 77,2% dos DALYs, com destaque para doenças neuropsiquiátricas, doenças cardíacas crônicas, acidente vascular encefálico, pneumopatias crônicas, diabetes mellitus, neoplasias e doenças musculoesqueléticas, que juntas ocupam 12 e 13 posições entre as 15 principais causas de DALYs em homens e mulheres, respectivamente, no Brasil (LEITE et al., 2015).

Figura 1 – Evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009



Fonte: Mendes (2012, p. 36)

O aumento proporcional do número de casos de doenças crônicas, no Brasil, superpõe-se a uma agenda inacabada de doenças infecciosas e carenciais predominantes no passado e ao forte crescimento das causas externas. Essa situação complexa denomina-se tripla carga de doenças (MENDES, E. V., 1999). Considerando-se que a organização do sistema de atenção à saúde deve evoluir de forma a acompanhar as necessidades de saúde da população, no Brasil, a política de saúde necessita se adequar à tripla carga de doenças, com predomínio significativo das condições crônicas.

Prover atenção à saúde de portadores de doenças crônicas é um grande desafio para os sistemas de atenção à saúde. Diante de uma condição crônica, os profissionais, os usuários e o próprio sistema devem se organizar de forma proativa, contínua e integrada, com foco nas pessoas e nas famílias, por meio de cuidados permanentes, descritos num plano elaborado em comum acordo pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias (MENDES, E. V., 2012).

Por tudo isso, para o cuidado adequado do indivíduo com uma condição crônica, é fundamental que haja implementação de mudanças significativas no sistema de atenção à saúde do Brasil, idealizado em meados do século XX, quando ainda predominavam as condições agudas e, portanto, ainda voltado para responder às condições agudas e aos eventos decorrentes da agudização de condições crônicas. Possivelmente, esse sistema de atenção à saúde tem se mostrado ineficaz por ser fragmentado, reativo, episódico, focado na doença e sem a participação dos usuários como protagonistas no cuidado com a sua saúde (MENDES, E. V., 2012).

2.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

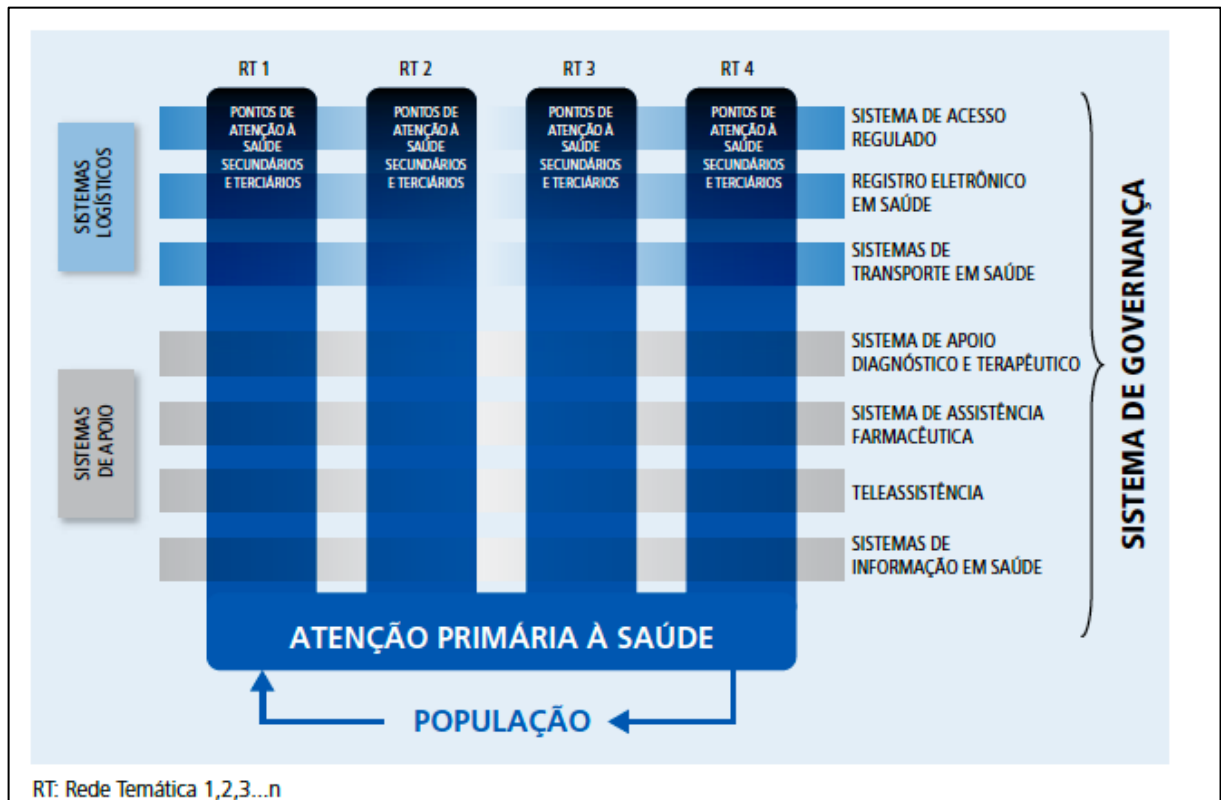
Como resposta a essa situação de saúde da população e forma de adequar o sistema de saúde às novas necessidades de saúde da população, é proposta a implementação das Redes de Atenção à Saúde.

As Redes de Atenção à Saúde são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade

do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 89). As RASs estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atenção. Têm como objetivo melhorar a qualidade da assistência e seus resultados com equidade e uso eficiente de recursos. Constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

Nas RASs, a população precisa ser adscrita, bem definida e a estrutura operacional constituída pelos pontos da rede e ligações que os comunicam (Figura 2). Os modelos de atenção à saúde organizam o funcionamento das RASs e são diferenciados para condições agudas e crônicas. A proposta de implementação das RASs foi incorporada ao SUS, oficialmente, a partir de 2010, como forma de melhorar qualidade da atenção às CCSs (MENDES, E. V., 2011).

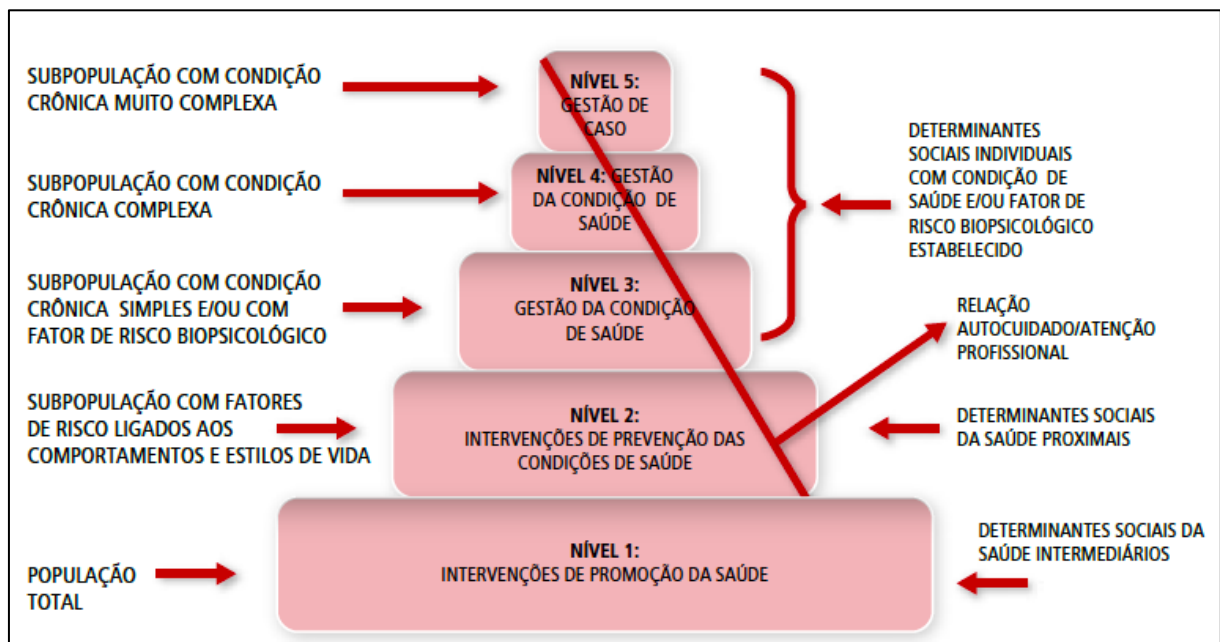
Figura 2 – A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011, p. 86)

O MACC proposto por Mendes (2011) surge a partir de modelos de cuidado de condições crônicas que mostraram resultados satisfatórios em outros países, como o CCM, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo da Determinação Social da Saúde, adaptado ao sistema público de saúde brasileiro. Este modelo se baseia em estratificar a população de acordo com fatores de risco e condições de saúde apresentados pelos indivíduos, considerando a capacidade de autocuidado dos mesmos e os determinantes sociais de saúde, e distribuir essa população em níveis de intervenção de saúde caracterizados em promocionais, preventivos e de gestão de clínica (MENDES, E. V., 2012). O MACC pode ser representado conforme mostra a Figura 3.

Figura 3 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2011, p. 246)

O MACC incorpora variáveis do CCM com evidências robustas em sua avaliação, entre elas a existência de sistema de identificação das pessoas usuárias, estratificação da população em subpopulações por riscos, registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos, prontuários eletrônicos e suas funcionalidades como alertas e lembretes, atenção integral, contínua e integrada,

coordenação da RAS pela APS, suporte especializado à APS, educação permanente dos profissionais, entre outras.

No MACC, o conhecimento profundo dos usuários e sua estratificação em estratos de risco constitui elemento central da gestão fundamentada nas necessidades de saúde da população, rompendo com a gestão baseada em oferta, característica dos sistemas fragmentados. Essa estratégia, pautada em diretrizes clínicas e linhas guia, permite identificar pessoas com necessidades similares, agrupá-las e distribuir recursos e cuidados específicos para cada grupo, reduzindo a iniquidade nos serviços de saúde. Isso implica o cadastramento de todos os usuários e suas famílias, tarefa essencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estratificar a população de acordo com seu risco permite determinar os grupos que irão demandar cuidados profissionais predominantemente na ESF e os grupos de risco que necessitarão de atenção compartilhada dos generalistas da ESF e de especialistas. Nesse modelo, é fundamental que a relação entre médicos generalistas e especialistas seja coordenada pelos generalistas, ao estratificar a população para referenciar casos, quando necessário (MENDES, E. V., 2012).

Dessa forma, a Atenção Secundária à Saúde (ASS) seria mais bem utilizada, sendo reservada para os usuários com condições crônicas mais complexas. Os problemas de dificuldade de acesso à ASS, chamados “vazios assistenciais da média complexidade”, podem, dessa forma, ser atenuados sem implicar, necessariamente, o aumento da oferta de serviços secundários. Nesse contexto, além de desempenharem a função assistencial com maior eficácia e efetividade, os especialistas de uma determinada RAS poderão desempenhar outras funções imprescindíveis à atenção secundária no MACC: supervisão das equipes da ESF, educação permanente na ASS e na ESF, além de desenvolvimento de pesquisas acerca de temas relacionados (MENDES, E. V., 2012).

2.3.1 O papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

A APS constitui elemento fundamental das RASs, capaz de organizar o sistema de atenção à saúde. Para isso, deve se responsabilizar pela saúde da população, ao ter conhecimento e relacionamento íntimo com a população adscrita,

e exercer uma gestão de base populacional. Deve também desempenhar a função de comunicação, sendo capaz de organizar o fluxo de referência e contrarreferência de pessoas e informações entre os diferentes pontos das RASs. Além disso, a APS precisa ser resolutiva e capaz de solucionar a maioria dos problemas de saúde de sua população, atributo inerente ao nível de cuidados primário (MENDES, E. V., 2012).

No contexto da assistência ao usuário com DM, a APS deve ser capaz de conhecer a população com DM, realizar sua estratificação de risco, prover assistência aos usuários de risco baixo e moderado, definir o itinerário terapêutico do usuário na RAS e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Além disso, precisa conhecer a rede de atenção ao DM e a competência de cada ponto de atenção, bem como identificar as necessidades da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com relação ao sistema logístico e de apoio para o cuidado dos usuários com DM (BRASIL, 2013a).

No ano de 2013, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais reeditou a *“Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica”*. Nesse documento, foram traçadas as atribuições dos níveis de atenção primário e secundário, a fim de se organizar a assistência aos usuários na RAS. Segundo o documento, cabe à APS realizar ações de promoção à saúde e prevenção de complicações, que incluem realizar o rastreamento de DM em indivíduos com fatores de risco, fazer o diagnóstico da doença, cadastrar os usuários diagnosticados, realizar a primeira consulta e estratificar seu risco, além de acompanhar os usuários e diagnosticar precocemente suas complicações. Paralelamente, deve elaborar e acompanhar a execução do plano de cuidados e do plano de autocuidado apoiado dos usuários de baixo a moderado risco e realizar o encaminhamento dos usuários de alto e muito alto risco para a atenção especializada, cooperando com o plano de cuidado por ela feito, além de elaborar e acompanhar o plano de autocuidado apoiado segundo as recomendações da atenção secundária (MINAS GERAIS, 2013).

A estratificação de risco, atribuição essencial da APS, que possibilita o correto fluxo e contrafluxo do usuário e garante a equidade, importante princípio do SUS, segue critérios bem definidos conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção

Risco	Critérios: controle glicêmico (HbA1c), complicações e capacidade para o autocuidado*
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> • Glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes) ou • Diabético com HbA1c < 7%, capacidade de autocuidado suficiente e • Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e • Ausência de complicações crônicas**
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Diabético com HbA1c < 7% e capacidade de autocuidado insuficiente ou • Diabético com HbA1c entre 7% e 9%, capacidade de autocuidado suficiente • Em qualquer das duas situações acima, deve haver • Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e • Ausência de complicações crônicas**
Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de complicações crônicas com capacidade de autocuidado suficiente
Muito alto	<ul style="list-style-type: none"> • Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de complicações crônicas com capacidade de autocuidado insuficiente

Legenda: HbA1c: hemoglobina glicada

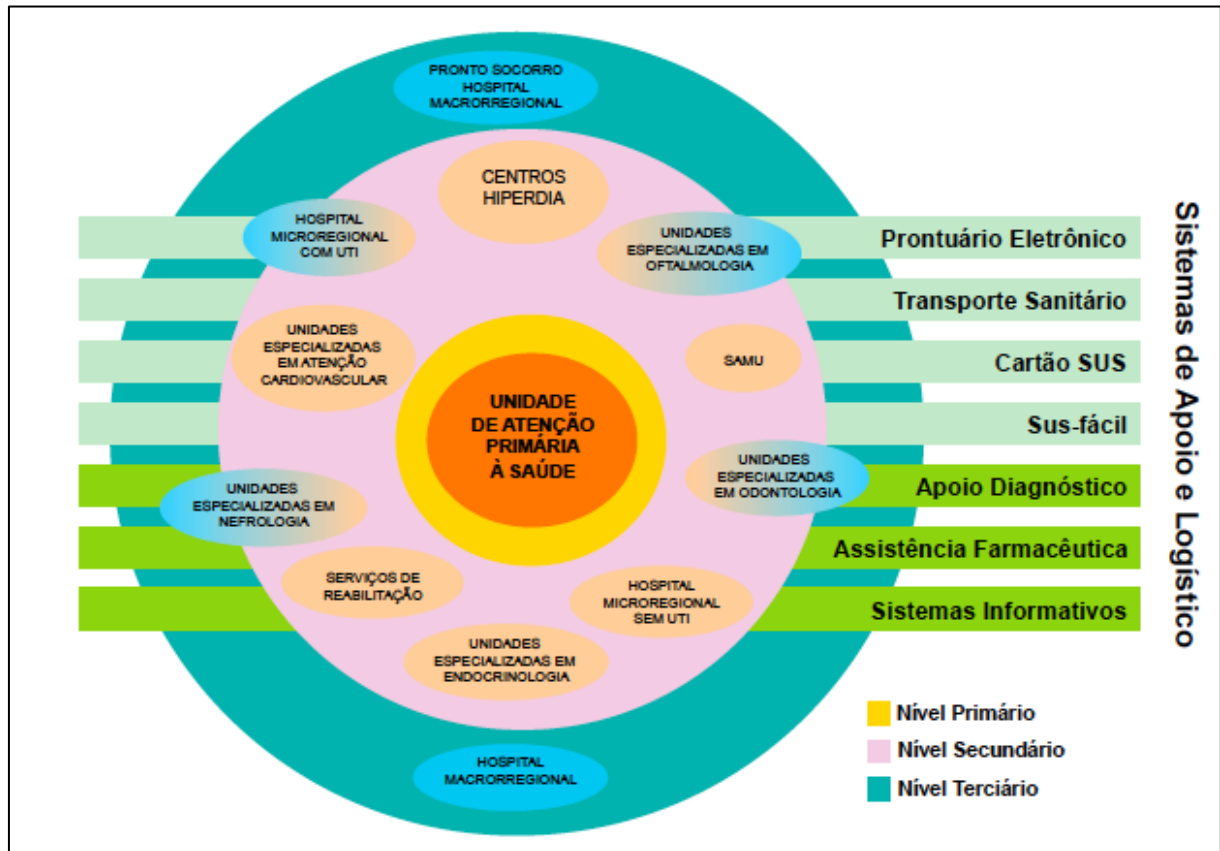
Fonte: A autora, adaptado de Minas Gerais (2013)

2.3.2 A função da Atenção Secundária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

Como resposta à crescente prevalência e morbimortalidade por doenças crônicas, a partir de 2009, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) passou a priorizar a Rede Hiperdia Minas, rede de atenção ao DM, hipertensão arterial (HAS), doenças cardiovasculares e doença renal crônica (DRC). A rede foi modelada por equipe multiprofissional, com base nos conceitos do MACC, conforme proposta da Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes da SES-MG apresentada na Figura 4 (ALVES JÚNIOR, 2011). No âmbito da atenção secundária,

foram implantados 11 centros de referência para usuários hipertensos e diabéticos, denominados Centro Hiperdia Minas (CHDM).

Figura 4 – Rede assistencial de hipertensão e diabetes



Fonte: Alves Júnior (2011, p. 8)

Em Juiz de Fora, o CHDM foi implantado em maio de 2010 por meio de convênio entre a SES-MG, a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (Imepen) e atende 37 cidades de Minas Gerais localizadas nas microrregiões de Juiz de Fora, Santos Dumont e São João Nepomuceno. A unidade de Juiz de Fora (CHDM/JF) conta com equipe multiprofissional qualificada, visando contribuir para a integralidade do cuidado do indivíduo com DM. No CHDM/JF, o usuário com DM de alto e muito alto risco tem à sua disposição angiologistas, endocrinologistas, cardiologistas, nefrologistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, dentistas, farmacêuticos, educadores físicos e assistentes sociais.

Para receber atendimento no CHDM/JF, o indivíduo deve ser encaminhado pelo médico da UAPS de sua região, que assim o faz após atendimento em primeira consulta e sua estratificação de risco, caso o usuário se enquadre na categoria de DM de alto ou muito alto risco.

2.4 O DIABETES MELLITUS NA ATUALIDADE

O DM é uma doença crônica não transmissível que pode evoluir com complicações crônicas de elevada morbidade e mortalidade. É doença de prevalência crescente, constituindo importante problema para a Saúde Pública. Em 2012, sua prevalência foi estimada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico em 6,9% da população com idade superior a 18 anos (BRASIL, 2014). A *Internacional Diabetes Federation* (IDF), por sua vez, admite que essa taxa estivesse em 9%, no mesmo período, considerando a população brasileira entre 20 e 79 anos de idade, e propõe uma projeção para 2035 de mudança proporcional de 61,1% no número de pessoas com a doença (GUARIGUATA et al., 2014).

Segundo o Datasus, o DM foi responsável por 58.017 mortes, no Brasil, no ano de 2013 (BRASIL, 2013c) e constitui importante fator de risco para doenças cardiovasculares, principal grupo de causas de mortalidade no Brasil, responsável por 29,8% de todos os óbitos ocorridos no país no mesmo ano (BRASIL, 2013b). No Estado de Minas Gerais, em 2005, o DM representou a décima causa de carga de doença, medida em DALY, em homens e a sexta causa, em mulheres. Além disso, doenças relacionadas ao DM, tais como doença cardíaca isquêmica e acidente vascular cerebral, foram responsáveis por uma proporção ainda maior de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (LEITE; VALENTE; SCHRAMM, 2011).

Na realidade, o termo DM compreende um grupo de doenças caracterizadas, dentre outros mecanismos, por defeito no metabolismo de carboidratos, relacionado à deficiência absoluta ou relativa de insulina, associada ou não à resistência à ação desse hormônio. Sua etiologia é diversa, sendo os tipos mais comuns o tipo 1, de origem autoimune, responsável por 5% a 10% dos casos e

o tipo 2, caracterizado por resistência à ação da insulina e graus variados de déficit na sua secreção, representando 85% a 90% dos casos (MILECH et al., 2016).

O DM cursa frequentemente com hiperglicemia que, persistente na evolução da doença, promove lesão endotelial com complicações microvasculares (nefropatia, neuropatia e retinopatia diabéticas) e macrovasculares (acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença arterial periférica). Estes transtornos, além de representarem a principal causa de mortalidade nessa população, são responsáveis por elevada morbidade e altos custos financeiros (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1993; UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998).

Atualmente sabe-se que muitas dessas complicações podem ser prevenidas pelo bom controle metabólico que inclui, principalmente, o controle da glicemia, da pressão arterial (PA) e do perfil lipídico (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1993; UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998), aliados à prática do autocuidado, à revisão clínica periódica e à pronta intervenção, quando necessária. Todavia, o que se observa é que as complicações crônicas têm elevada prevalência decorrente não apenas de questões do próprio indivíduo, sendo as barreiras psicológicas as mais prevalentes, como também de barreiras impostas pelo sistema de atenção à saúde, a segunda categoria mais frequentemente reportada pelos pacientes (SIMMONS et al., 2007).

No Brasil, mudanças na assistência aos indivíduos com DM se fazem essenciais, uma vez que, embora tenha havido redução de 71% da mortalidade por complicações agudas da doença entre 1991 e 2010 (KLAFKE et al., 2015), 90% dos indivíduos com DM tipo 1 e cerca de 70% daqueles com DM tipo 2 se apresentam com controle glicêmico inadequado (MENDES, A. B. et al., 2010; VIANA et al., 2013) e, portanto, sob risco de complicações crônicas da doença.

2.5 AS DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, o manejo do indivíduo com DM é direcionada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (MILECH et al., 2016), cujas diretrizes se encontram alinhadas com evidências científicas de elevada qualidade e com as diretrizes das principais sociedades do mundo (STANDARDS..., 2016).

No âmbito do SUS, as diretrizes da SBD foram incorporadas de forma adaptada às diretrizes governamentais como as “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus”, elaboradas pelo Governo federal (BRASIL, 2013a) e a “Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica”, elaborada pelo Governo estadual de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013), ambos os documentos foram publicados em 2013.

As duas diretrizes que guiam a assistência ao indivíduo com DM no SUS em Minas Gerais descrevem de forma detalhada como deve ser a assistência a esses indivíduos. Determinam que, a partir do diagnóstico de DM, o indivíduo deverá receber consultas médica e de enfermagem para acompanhamento da doença. Na consulta de enfermagem deverá ser colhido o histórico do paciente, realizado exame físico e diagnóstico de suas necessidades de cuidado, bem como o planejamento e implementação da assistência e a avaliação do processo de cuidado. A consulta médica de avaliação inicial deverá ser realizada pelo médico da APS. Ela deverá incluir a história clínica e exame físico detalhados, avaliação laboratorial e estratificação do risco cardiovascular e do risco relacionado ao DM para a organização da RAS. Os exames complementares incluem glicemia de jejum e HbA1c, colesterol total, HDL e triglicérides, creatinina sérica, exame simples de urina e pesquisa de excreção urinária de albumina e fundoscopia ocular. Também pode ser solicitado o eletrocardiograma de repouso como parte da avaliação inicial. No seguimento do indivíduo, os exames de glicemia de jejum e HbA1c devem ser realizados duas vezes ao ano quando o controle glicêmico encontra-se adequado ou a cada três meses se há descontrole glicêmico. Os demais exames podem ser solicitados uma vez ao ano (BRASIL, 2013a; MINAS GERAIS, 2013).

São consideradas metas de bom controle uma glicemia de jejum menor ou igual a 130mg/dL, HbA1c inferior a 7% (BRASIL, 2013a; MINAS GERAIS, 2013), colesterol LDL inferior a 100mg/dL (MINAS GERAIS, 2013). Uma TFGe inferior a 60mL/min/1,73m² sugere DRC, independente da existência de lesão do parênquima renal, desde que persista por mais de 3 meses. Além disso, a existência de lesão do parênquima renal, rastreada no indivíduo com DM através da pesquisa da excreção urinária de albumina (EAS e/ou albuminúria) aumentada (>30mg/g), também pode indicar a existência de nefropatia diabética.

A estratificação do risco relacionado ao DM para a organização da RAS considera informações sobre a HbA1c, a capacidade de autocuidado do indivíduo, além da existência de complicações crônicas e de internações por complicações agudas, conforme já apresentado anteriormente no quadro 1 (fl.26) (BRASIL, 2013a; MINAS GERAIS, 2013).

Essa estratificação de risco permite que cada elemento da RAS exerça sua função na assistência ao indivíduo com DM, incluindo a realização do número mínimo de consultas, procedimentos e exames complementares para cada estrato. Preconiza-se que o indivíduo de baixo e moderado risco realizem o acompanhamento de sua condição crônica na APS, que deve ser responsável por elaborar e acompanhar a execução do seu plano de cuidado e autocuidado apoiado. Tais indivíduos devem receber entre 2 e 3 consultas médicas e de enfermagem ao ano. Para os indivíduos de alto e muito alto risco, a APS deve realizar seu encaminhamento para a atenção secundária e cooperar com o plano de cuidado por ela elaborado. Deve ainda realizar 3 consultas médicas e 2 consultas de enfermagem ao ano, além daquelas realizadas na ASS. Ressalta-se a importância da atenção programada ao indivíduo e da busca ativa dos casos como função primordial da APS (BRASIL, 2013a; MINAS GERAIS, 2013).

O tratamento do diabetes inclui mudanças do estilo de vida associadas a medicamentos orais e/ou insulina. A escolha da terapia farmacológica deve considerar os níveis glicêmicos (HbA1c), bem como as comorbidades e possibilidade de acesso dos indivíduos às medicações (BRASIL, 2013a; MINAS GERAIS, 2013), uma vez que, no Brasil, a distribuição gratuita de medicamentos e insumos necessários à aplicação de insulina e monitorização de glicemia capilar encontra-se regulamentada (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007).

2.6 A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

A qualidade da assistência médica envolve diversos elementos passíveis de avaliação, incluindo o desempenho do profissional, seja em nível técnico ou de relacionamento interpessoal, o autocuidado realizado pelo paciente e o sistema de atenção à saúde.

A avaliação da qualidade da assistência médica engloba, classicamente, três categorias: estrutura, processo e resultado. O quesito *estrutura* abrange atributos do cenário em que a assistência é prestada. Inclui recursos materiais, tais como instalações, equipamentos e financiamento; recursos humanos (número e qualificação dos profissionais) e estrutura organizacional que compreende não apenas a organização da equipe médica, como também métodos de revisão e de financiamento. O item *processo* engloba aquilo que é verdadeiramente realizado ao prover e receber assistência. Inclui tanto as ações do usuário ao buscar assistência e executar o que foi orientado como as ações do médico ao realizar um diagnóstico e recomendar ou promover o tratamento. Como *resultados* entende-se o grupo de efeitos da assistência sobre o estado de saúde dos pacientes e das diversas populações (DONABEDIAN, 1988).

Acredita-se que uma boa estrutura eleve a probabilidade de um processo adequado, que, por sua vez, aumentaria a possibilidade de resultados satisfatórios, embora a ligação entre esses elementos já tenha sido descrita como frágil (PEREIRA, 2007).

Na avaliação da qualidade da assistência, não se pode dizer que uma das três categorias é superior às demais, ou seja, cada uma pode ser mais ou menos apropriada para um determinado propósito. Medidas de processo, tais como desempenho técnico dos profissionais, por exemplo, são de detecção fácil e rápida, com base nos registros médicos. Ao contrário, muitos resultados são tardios e sua avaliação pode se tornar mais difícil, sobretudo quando ocorrem após o término da assistência prestada. Por outro lado, a maioria dos resultados reflete todas as dimensões da assistência, incluindo o autocuidado por parte do usuário e o sistema de saúde, fato que pode ser entendido como vantagem ou como desvantagem, por não possibilitar a localização do problema (DONABEDIAN, 1988).

Nesse sentido, é importante ressaltar que os resultados podem não constituir uma medida direta das atitudes dos profissionais da saúde e podem ser influenciados por outros fatores sobre os quais as instituições e os provedores de assistência não têm controle, como comorbidades, gravidade da doença, classe socioeconômica que pode influenciar na compreensão de instruções ou adesão ao tratamento e até mesmo o acaso (MANT, 2001).

3 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, o conhecimento de dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais de usuários, bem como de aspectos da estrutura e processos do sistema de saúde, destaca-se como forma de se identificarem fragilidades e potencialidades do sistema e também de subsidiar decisões políticas e planejamento da atenção à saúde de indivíduos com CCS.

Considerando a escassez de estudos que avaliam a RAS direcionada aos usuários com DM e a importância de seu conhecimento para a melhoria da qualidade da assistência e, conseqüentemente, do controle metabólico e morbimortalidade relacionada à doença, pesquisas voltadas a este tema precisam ser desenvolvidas.

Tais estudos devem buscar, preferencialmente, conhecer as características dos pacientes com DM, além dos elementos relacionados à estrutura e ao processo da assistência prestada, visando à implantação de melhorias e, em última análise, ao controle metabólico adequado e à conseqüente redução da morbimortalidade nessa população.

4 HIPÓTESE

Na RAS dos indivíduos com DM, elementos da qualidade da assistência nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, MG, estão inadequados e podem influenciar o estado de saúde dos pacientes por ocasião de sua primeira consulta no ambulatório de diabetes do CHDM/JF.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura e os processos de trabalho das UAPSs e os resultados da assistência prestada ao indivíduo com DM na APS, no município de Juiz de Fora, após a implantação do CHDM/JF.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever elementos estruturais e processuais das UAPSs relacionados à assistência ao usuário com DM;
- Descrever o perfil clínico dos usuários cadastrados nas UAPSs como portadores de DM;
- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários encaminhados ao ambulatório de DM do CHDM/JF;
- Explorar associação entre os elementos estruturais e processuais da APS e os resultados da assistência aos usuários com DM registrados nos prontuários da APS e na consulta inicial no CHDM/JF.

6 MÉTODOS

O presente estudo constitui parte de um projeto maior que estuda a RAS ao DM, HAS e DRC, além de fatores de risco e proteção para essas condições no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o nº 133.399 (Anexo A).

Foi realizado estudo observacional transversal, em que foram avaliados prontuários de pacientes com DM atendidos em 14 UAPSs, além de características físicas e organizacionais destas unidades, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Também foram avaliados prontuários de pacientes com DM atendidos no CHDM/JF, unidade de ASS que oferece atendimento de caráter multiprofissional.

6.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora estava constituída, na época da coleta dos dados, por 63 unidades distribuídas nas 7 regiões administrativas em que a cidade é dividida. Destas, 39 unidades atuavam no modelo de Estratégia de Saúde da Família, 22 unidades no modelo tradicional de assistência e 2 unidades num modelo misto ou de transição. A APS cobria aproximadamente 81% da população, ficando cerca de 19% da população em área descoberta pela APS (JUIZ DE FORA, 2014).

Após avaliação dos registros eletrônicos da ASS, foram convidadas a participar as UAPSs com maior e menor número de encaminhamentos ao CHDM/JF, entre setembro de 2010 e agosto de 2011, num total de 14 unidades, sendo duas (maior e menor encaminhamento) em cada uma das sete regiões administrativas da cidade.

Nestas unidades, foram analisados prontuários de pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados como diabéticos e que possuíam pelo menos um registro de consulta em seu prontuário médico, desde o

ano de 2010. Foram colhidos dados referentes às duas últimas medidas de PA, GJ, HbA1c e creatinina sérica (Cr), para cálculo da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), registrados nos prontuários.

Para análise das características físicas e organizacionais das UAPSs, foi utilizado questionário semiestruturado, adaptado de Pereira (2007) (Anexo B), aplicado pelos pesquisadores ao gerente, a um médico e a um agente comunitário de saúde (ACS) de cada UAPS. O questionário original foi construído com base na legislação vigente à época visando a uma avaliação normativa e incluía indicadores de gestão e execução das ações de atenção básica voltadas para o diabetes.

O questionário utilizado no presente estudo foi resultado de uma adaptação com o objetivo de estender a avaliação à assistência à HAS e ao DRC. Contemplava perguntas relacionadas à avaliação do serviço prestado às CCSs, que foram categorizadas a posteriori em estrutura e processo da assistência prestada, segundo a proposta de Donabedian (1988) para avaliação da qualidade da atenção à saúde.

As questões relacionadas à estrutura contemplaram atributos dos recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizacional. As questões relativas ao processo abordaram as estratégias em prover o cuidado médico, envolvendo questões relacionadas à equipe de saúde. As perguntas, que tinham respostas dicotômicas, foram agrupadas a fim de compor indicadores que pudessem sumarizar a estrutura e o processo de cada UAPS. Cada resposta favorável à assistência ideal recebeu um ponto e os somatórios de pontos de estrutura e de pontos de processo foram utilizados com essa finalidade.

Também foi considerada medida de processo a proporção de pacientes com resultado de HbA1c e creatinina anotada no prontuário, ao longo do ano anterior à coleta dos dados, indicador que denominamos taxa de monitoramento glicêmico e taxa de monitoramento renal respectivamente.

Para essa avaliação, foi adotado o período de um ano, para a HbA1c, uma vez que era muito baixo o percentual de pacientes que tinham esse resultado dentro do intervalo preconizado para a realização desse exame em indivíduos com DM de baixo risco (que representa a maioria dos diabéticos atendidos na APS), que seria de seis meses, além de tornar possível a comparação com a literatura. Os resultados de PA, glicemia, HbA1c e creatinina extraídos dos prontuários

compuseram parte da categoria resultados, completando a tríade avaliativa proposta por Donabedian (1988).

6.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

No CHDM/JF, foram analisados prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de diabetes, no período de agosto de 2010 a dezembro 2014. Foram colhidos os registros iniciais na ASS dos seguintes parâmetros: UAPS de origem, idade, sexo, escolaridade, renda, uso de tabaco, uso de álcool, medicações em uso, prática de atividade física, peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), PA, GJ, HbA1c, colesterol LDL e TFG_e. Os prontuários de pacientes encaminhados por UAPS de outros municípios, de pacientes com idade inferior a 18 anos e daqueles cuja falta de dados inviabilizasse a pesquisa foram excluídos da análise. Essas informações foram analisadas, no contexto avaliativo da qualidade do serviço médico, também como resultado da assistência nas UAPS, uma vez que foram colhidos apenas os dados dos usuários por ocasião de sua admissão na ASS.

Na análise dos dados, foram consideradas metas de bom controle para indivíduos diabéticos GJ \leq 130 mg/dL, HbA1c $<$ 7,0%, PAS $<$ 140mmHg, PAD $<$ 90 mmHg. Foi considerado sugestivo de DRC TFG_e \leq 60 mL/min. (MILECH et al., 2016; STANDARDS..., 2016). Em relação à periodicidade da realização dos exames na APS, foram considerados adequados intervalos inferiores a seis meses para aferição da PA, para dosagem da GJ e da HbA1c. Para a dosagem de Cr e cálculo da TFG_e, foi considerada adequada a periodicidade inferior a 12 meses (BRASIL, 2013a).

6.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas e quantitativas foram analisadas de forma descritiva. Os resultados foram apresentados em porcentagens, média e desvio ou erro padrão, mediana e intervalo interquartil. As variáveis numéricas foram comparadas pelo teste t de Student e as variáveis categóricas através do Qui-quadrado de Pearson. A exploração de associações entre elementos da estrutura e

processo das UAPSs e os parâmetros clínicos dos usuários em sua admissão no CHDM/JF foi realizada através de Regressão Linear de Efeitos Aleatórios, tendo as UAPSs como conglomerados, uma vez que se assumiu que dados de uma mesma UAPS não são completamente independentes. Os dados foram analisados através do programa SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados sob a forma de artigo, que contém os principais achados do estudo, conforme o modelo 1 disposto no artigo 23 do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde (PPgS/UFJF) - área de concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O artigo intitulado “*Qualidade da assistência prestada na Rede de Atenção ao Diabetes: estrutura, processos e resultados da atenção primária à saúde*” foi submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública¹, sob o código CSP_1033/16 (Anexo C).

¹ As citações e referências do artigo “*Qualidade da assistência prestada na Rede de Atenção ao Diabetes: estrutura, processos e resultados da atenção primária à saúde*” apresentam-se de acordo com as orientações fornecidas pelo periódico Cadernos de Saúde Pública.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, observou-se elevada frequência de carências estruturais e, sobretudo, processuais nas UAPSs avaliadas, além de resultados insatisfatórios da atenção fornecida pela APS nos pacientes que estão recebendo assistência nas UAPSs, seja de forma exclusiva ou compartilhada com a ASS.

Esses achados ratificam a necessidade de reorganização do SUS, dado que a APS constitui o eixo estruturante das RASs e o exercício de suas funções pode ser comprometido pelas falhas apresentadas. Apesar de não terem sido observadas associações estatísticas entre os elementos da estrutura e processos da APS com os resultados da assistência no presente estudo, é razoável que seja feito o provimento das UAPSs com condições básicas já reconhecidas e regulamentadas de estrutura e processo, para assim tentar melhorar parcialmente o resultado da assistência.

Dessa forma, espera-se que os frutos deste trabalho sirvam não somente para a incorporação científica do conhecimento produzido, mas também para que gestores de saúde e outros profissionais utilizem-nos para a tomada de decisão na otimização da assistência a essa condição crônica de saúde que tem gerado grande impacto negativo na população brasileira e mundial.

Diante das fragilidades do estudo já descritas, sugere-se a realização de mais pesquisas para a melhor caracterização do panorama assistencial relacionado ao DM, além de estudos capazes de detectar indicadores robustos de estrutura e processo que auxiliem o aperfeiçoamento da atenção e redução da morbimortalidade associada a essa condição.

9 CONCLUSÕES

Existem deficiências importantes na estrutura e processo das UAPs, além de resultados insatisfatórios da assistência ao DM na RAS avaliada. Todavia, essas lacunas não exerceram influência sobre os desfechos intermediários analisados.

REFERÊNCIAS

- ALVES JÚNIOR, A. C. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais**. Brasília: OPAS; MS, 2011.
- ATUN, R. et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. **Lancet**, London, v. 381, n. 9867, p. 690-697, Feb 2013.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S181-S191, 2003. Suplemento 1.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.
- BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2006a. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários aos portadores de diabetes mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 out. 2007. Seção 1, p. 49.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

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, 2013a. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores de mortalidade: C.4** Mortalidade proporcional por grupos de causas. 2013b. Disponível em: <<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/c04.def>>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores de mortalidade: C.12** Taxa de mortalidade específica por diabete melito. 2013c. Disponível em: <<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/c12.def>>. Acesso em: Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 164 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 90/2015, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. (Série textos básicos, n. 119).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conass, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s332-s340, 2008. Suplemento 2.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How it can be accessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sep 1988.

GUARIGUATA, L. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes research and clinical practice**, Limerick, v. 103, n. 2, p. 137-149, Feb 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. (Série Estudos e Análises informação demográfica e socioeconômica, n. 3).

JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde**. Juiz de Fora (MG): Secretaria de Saúde, 2014.

KLAFKE, A. et al. The decline in mortality due to acute complications of diabetes mellitus in Brazil, 1991-2010. **BMC public health**, London, v. 15, p. 772, Aug 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; SCHRAMM, J. M. A. (Coords.). **Relatório final**: carga global de doença do Estado de Minas Gerais, 2005. Brasília: MS; Fiocruz, 2011.

LEITE, I. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, jul. 2015.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, Jun 2015.

MANT, J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. **International journal for quality in health care**, Oxford, v. 13, n. 6, p. 475-480, Dec 2001.

MENDES, A. B. et al. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. **Acta diabetologica**, Berlin, v. 47, n. 2, p. 137-145, Jun 2010.

MENDES E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2014.

MILECH, A. et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, London, v. 377, p. 1778-1797, 2011. (Série Brasil).

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família**. 2007. 114f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, v. 349, p. g4014, 2014.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S29-S36, 2003. Suplemento 1.

SIMMONS, D. et al. Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. **Diabetes care**, New York, v. 30, n. 3, p. 490-495, Mar 2007.

STANDARDS of Medical Care in Diabetes 2016. **Diabetes care**, Alexandria, v. 39, p. S1-S112, 2016. Supplement 1.

THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 329, n. 14, p. 977-986, Sep 1993.

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). **Lancet**, London, v. 352, n. 9131, p. 837-853, Sep 1998.

VIANA, L. V. et al. Poor glycaemic control in Brazilian patients with type 2 diabetes attending the public healthcare system: a cross-sectional study. **BMJ open**, London, v. 3, n. 9, p. e003336, Sep 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP- HU/UFJF

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO DEGENERATIVAS E DETECÇÃO DE SEUS FATORES DE RISCO

Pesquisador: Chislene Pereira Vanelli

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 08222412.8.0000.5133

Instituição Proponente: FUNDACAO INST MINEIRO DE EST E PESQUISAS EM NEFROLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.224.792

Apresentação do Projeto:

Parte desta pesquisa se trata de um estudo avaliativo, que incorpora a avaliação normativa, em seus componentes de estrutura e processo abordando a atenção ao diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica e a doença renal crônica nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), bem como na atenção secundária que é feita no Centro HIPERDIA de Juiz de Fora, o qual busca fornecer assistência especializada às doenças crônicas não transmissíveis citadas anteriormente. Assim, esta parte do estudo compreende as duas primeiras etapas. A primeira etapa consistirá na análise dos prontuários dos usuários atendidos no Centro Hiperdia Juiz de Fora, visando a descrição do perfil sócio demográfico e clínico desses usuários. A segunda etapa, um nível intermediário para se delinear a amostra do inquérito domiciliar, será realizada nas Unidades de Atenção Primária da cidade de Juiz de Fora, nas quais será feita uma análise do perfil sócio demográfico e clínico da população, além da caracterização das equipes das unidades avaliadas. Este levantamento é imprescindível para a realização do plano amostral utilizado no inquérito domiciliar da etapa 3. Já a terceira etapa corresponde a uma análise qualitativa que compreenderá o levantamento domiciliar, esta será subdividida em três encontros. No primeiro encontro, será aplicado um questionário para a avaliação dos fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis. No segundo encontro serão colhidos dados antropométricos

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.038-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5180 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.224.792

e material sanguíneo para os exames de glicose, insulina e creatinina, após jejum de 12 horas, e ainda será coletada a urina (amostra isolada) para dosagem de microalbuminúria. No terceiro encontro, serão analisados os resultados dos exames complementares e realizado aconselhamento quanto a hábitos de vida saudáveis e prevenção das principais doenças crônicas não transmissíveis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Descrever o perfil sócio-demográfico e clínico da população atendida no programa HIPERDIA Minas, na cidade de Juiz de Fora;- Avaliar normativamente a RAS vinculada ao Centro HIPERDIA Minas de Juiz de Fora;- Estimar a prevalência e identificar os fatores de risco relacionados às DCNT, na população atendida pelas UAPS, na cidade de Juiz de Fora.

Objetivo Secundário:

- Entender os processos de registro, atendimento e encaminhamento de pacientes ao programa HIPERDIA Minas da cidade de Juiz de Fora;- Identificar a forma de acesso dos indivíduos com DCNT aos serviços de saúde, em cidade de porte médio do estado de Minas Gerais;- Conhecer a frequência de indivíduos com diagnóstico prévio de DM, HAS e DRC, em cidade de porte médio do estado de Minas Gerais;- Avaliar os fatores de risco e fatores de proteção para DM, HAS e DRC, em cidade de porte médio do estado de Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo descrição do Projeto, os riscos aos sujeitos da pesquisa são mínimos. Com relação aos benefícios, infere o projeto que poderá ser fornecido importantes indicadores de vigilância epidemiológica e de gestão do serviço, permitindo direcionar as ações de prevenção, controle e tratamento do diabetes mellitus, da hipertensão arterial sistêmica e da doença renal crônica. Ressalta, como ganhos secundários, poderá ser analisado a forma de organização dos serviços, tanto da atenção primária, quanto secundária, podendo servir para diminuir ou aumentar a resolubilidade destes casos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está claramente descrita, tanto em seus métodos e procedimentos, quanto as suas justificativas. A pesquisa está em andamento desde 2012, sendo que o presente pedido trata-se de emenda ao projeto para correção do TCLE, que até então estava indicando de forma errônea o título do projeto. O TCLE estava indicando como título "Avaliação Normativa da Estratégia da rede

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 38.038-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.224.792

de atenção a saúde, vinculada ao programa HIPERDIA", quando o título correto é "Estudo da Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Degenerativas e Detecção de seus Fatores de Risco". Portanto, não se trata de analisar aprovação do projeto ou não, cujos documentos já foram devidamente analisados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram aprovados anteriormente pelo CEP, sendo a presente emenda, uma correção do título da pesquisa no TCLE, que fora novamente apresentado corretamente.

Recomendações:

Vide conclusões ou pendências e listas de adequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise detida do projeto e sua adequação à Resolução do CNS n. 466/2012, verificou-se que está adequado de forma geral, em relação aos seus procedimentos, métodos, objetivos e justificativas, tendo o seguinte parecer: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	dispensa TCLE2012.jpg	14/09/2012 14:40:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo 1 - TCLE.docx	14/09/2012 14:42:53		Aceito
Outros	ANEXO II ¿ QUESTIONÁRIO.docx	14/09/2012 14:46:22		Aceito
Outros	ANEXO III ¿ QUESTIONÁRIO 2.docx	14/09/2012 14:48:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO IV ¿ TCLE 2.docx	14/09/2012 14:50:01		Aceito
Outros	ANEXO V - QUESTIONÁRIO 3.docx	14/09/2012 14:51:42		Aceito
Outros	ANEXO VI ¿ ORIENTAÇÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA.docx	14/09/2012 14:53:17		Aceito
Outros	Declaração SMS.jpg	17/09/2012 07:56:52		Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 38.038-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.224.792

Outros	Declaração de infraestrutura.PDF	14/09/2012 14:38:52		Aceito
Outros	Declaração Análises Clínicas.PDF	01/10/2012 14:37:30		Aceito
Outros	Declaração HU.PDF	01/10/2012 14:37:09		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.PDF	01/10/2012 15:00:48		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_82224.pdf	01/10/2012 15:09:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CEP 25-06.pdf	25/06/2013 17:13:07		Aceito
Outros	adendo CEP 25-06.pdf	25/06/2013 17:13:47		Aceito
Outros	PB_PROJETO_DE_PESQUISA_82224. pdf	25/06/2013 17:14:04		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_191242_E1.pdf	25/06/2013 17:15:06		Aceito
Outros	Adendo CEP 25-03-14.pdf	25/03/2014 11:04:20		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_295178 E2.pdf	25/03/2014 11:09:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Adendo CEP 17-07-15.pdf	17/07/2015 10:51:22		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_556538 E3.pdf	17/07/2015 10:54:31		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 12 de Setembro de 2015

Assinado por:
Leandro Marques de Resende
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 38.038-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4008-5205 Fax: (32)4008-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXO B – Questionário semiestruturado para análise das características físicas e organizacionais das UAPSs (Adaptado de PEREIRA, 2007)

ANEXO III – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS COM O GESTOR DA UAPS

Pesquisa: Estudo da rede de atenção às doenças crônicas não degenerativas e detecção de seus fatores de risco

Responsáveis: Chislene Pereira Vanelli / Elaine Amaral de Paula / Flávia Lopes de Macedo

Unidade: _____ Questionário Nº _____

Entrevistado: _____

Tempo de trabalho em UAPS: _____ Na equipe atual: _____

Equipamentos e insumos

1. Qual a forma de envio dos dados ao Sistema de Informações da Atenção Básica?

- computador exclusivo
- computador compartilhado
- de forma manual

2. Possui impressora (não precisa ser exclusiva)? Sim Não Não sabe

Possui insumos como:

3. Papel Sim Não Não sabe

4. Tinta de impressora Sim Não Não sabe

5. Em quantidade suficiente? Sim Não Não sabe

6. Possui fichas de acompanhamento suficientes para a demanda das unidades?

- Sim Não Não sabe

7. Possui material educativo para distribuição pelas equipes?

- Sim Não Não sabe

Estrutura física

8. A unidade possui consultórios suficientes para atendimento do médico e do enfermeiro ao mesmo tempo? Sim Não Não sabe

9. A UAPS dispõe de suprimento de fitas reagentes em quantidade suficiente para a dispensação aos usuários? Sim Não Não sabe

10. A UAPS faz dispensação de medicamentos Sim Não Não sabe

Antidiabéticos orais

Antihipertensivos

11. A quantidade de medicamentos disponibilizada atende a demanda da Unidade?

- Sim Não Não sabe

12. Se não, com que frequência, em média, os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do tempo sem medicamentos na unidade

Os medicamentos acabam na metade do período

Os medicamentos acabam próximo ao final do período

A Unidade possui os itens abaixo em quantidade suficiente para a demanda?

13. Fichas de cadastramento no Hiperdia Sim Não Não sabe

14. Receituário Sim Não Não sabe

15. Pedido de exames Sim Não Não sabe

16. Formulários de Prontuários Sim Não Não sabe

17. Esta UAPS está cadastrada no programa saúde da família? Sim Não Não sabe (se NÃO pule para a questão 26)

Recursos humanos

18. Quantas equipes de Saúde da Família possui essa UAPS? _____

19. Quantos agentes de saúde compõem essa unidade? _____

20. Cada equipe está composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde? Sim Não Não sabe

21. Se não, quem falta?

- médico
- enfermeiro
- auxiliar de enfermagem
- agentes comunitários de saúde

22. Há outros profissionais

- estudante de graduação
- estudante de pós graduação
- nutricionista
- odontólogo
- educador físico
- assistente social

23. Quais e quantos profissionais fizeram o curso de especialização em Saúde da Família?

Médico	<input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
Auxiliar de enfermagem	<input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
Agentes comunitários de saúde	<input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe

24. Quais e quantos profissionais fizeram curso introdutório em Saúde da Família?

Médico	<input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
Auxiliar de enfermagem	<input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
Agentes comunitários de saúde	<input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe

Os profissionais receberam capacitação específica nas ações de acompanhamento e controle do diabetes mellitus?

25. Médico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
26. Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
27. Aux. de enfermagem	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
28. Agente Comunitário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe

Os profissionais receberam capacitação específica nas ações de acompanhamento e controle da hipertensão arterial?

29. Médico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
30. Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
31. Aux. de enfermagem	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
32. Agente Comunitário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe

Os profissionais receberam capacitação específica nas ações de acompanhamento e controle da doença renal crônica?

33. Médico Sim Não Não sabe
 34. Enfermeiro Sim Não Não sabe
 35. Aux. de enfermagem Sim Não Não sabe
 36. Agente Comunitário Sim Não Não sabe

37. A equipe monitora os usuários quanto à ida às consultas agendadas?

- Sim Não Não sabe

38. Realiza busca ativa de usuários faltosos à consulta?

- Sim Não Não sabe

39. O médico ou enfermeiro visitam os usuários acamados?

- Sim Não Não sabe

40. Esses usuários são visitados com que frequência?

- Quinzenal Mensal Trimestral Semestral Variável NA

Referência

41. São realizadas “Referência” e “Contra referência” de usuários entre a atenção básica e outros níveis de complexidade? Sim Não Não sabe

42. Na unidade de saúde existem fluxos especiais para os usuários que necessitam de consulta na atenção secundária, independente da CMC? Sim Não Não sabe

43. Ao encaminhar um usuário para uma consulta no centro HIPERDIA, existe a informação da unidade de saúde de origem?

- Sempre Na maioria das vezes Poucas vezes
 Nunca Não sabe

44. Na UAPS, existe uma comissão de regulação de encaminhamentos de usuários para consultas aos especialistas? Sim Não Não sabe

45. A coordenação realiza análise do perfil das doenças crônicas não transmissíveis utilizando os sistemas de informação disponíveis? Sim Não Não sabe

46. O encaminhamento para a referência é formalizado com garantia de atendimento?

- Sim Não Não sabe

47. Para onde são referenciados os usuários com diabetes mellitus?

- Centro HIPERDIA
 PAM Marechal
 Hospital Universitário
 Outro

48. Para onde são referenciados os usuários com hipertensão arterial?

- Centro HIPERDIA
 PAM Marechal
 Hospital Universitário
 Outro

49. Para onde são referenciados os usuários com doença renal crônica?

- Centro HIPERDIA

- PAM Marechal
- Hospital Universitário
- Outro

50. A equipe monitora os usuários quanto ao encaminhamento realizado?

- Sim Não Não sabe

51. Existem problemas quanto ao encaminhamento? Sim Não Não sabe

Que tipo de problemas?

52. Falta de vaga Sim Não Não sabe
53. Dúvidas quanto à unidade de encaminhamento Sim Não Não sabe
54. Dúvidas quanto aos critérios de encaminhamento Sim Não Não sabe
55. Resistência dos usuários ao encaminhamento Sim Não Não sabe
56. Dificuldade de locomoção ao local encaminhado Sim Não Não sabe

57. A equipe monitora os usuários quanto à realização de exames?

- Sim Não Não sabe

Uso das informações

58. A equipe alimenta as planilhas de acompanhamento:

- Do SIAB? Sim Não Não sabe
- Do Hiperdia? Sim Não Não sabe
- Do Siga-Saúde Sim Não Não sabe

59. A UAPS utiliza as informações compiladas para planejamento de ações?

- Sim Não Não sabe

60. A coordenação analisa os relatórios emitidos pelo SISHiperdia?

- Sim Não Não sabe

61. Os casos acompanhados são discutidos nas reuniões das equipes?

- Sim Não Não sabe

Integração das ações

62. A coordenação desenvolve ações integradas com as unidades de média complexidade visando melhorar o fluxo? Sim Não Não sabe

63. A coordenação desenvolve ações integradas com a vigilância epidemiológica visando o monitoramento dos fatores de risco para as condições crônicas?

- Não Não sabe Sim: Quais? _____
-
-

64. Considera que a Unidade seja reconhecida pela população local como referencia para o atendimento de antigos e novos problemas de saúde?

- Sempre Quase sempre Poucas vezes Nunca

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADO COM O MÉDICO DA UAPS

Pesquisa: Estudo da rede de atenção às doenças crônicas não degenerativas e detecção de seus fatores de risco

Responsável: Chislene Pereira Vanelli / Elaine Amaral de Paula / Flávia Lopes de Macedo

Unidade: _____ **Questionário N°** _____

Entrevistado: _____

Tempo de trabalho em UAPS: _____ **Na equipe atual:** _____

Normatização

1. Na Unidade existe protocolo de atendimento/manual de controle para diabetes mellitus?

- Sim Não Não sabe

O rastreamento para diabetes mellitus é feito por:

2. Glicemia capilar Sim Não Não sabe

3. Glicemia de jejum Sim Não Não sabe

4. Na Unidade existe protocolo de atendimento/manual de controle para hipertensão arterial?

- Sim Não Não sabe

O rastreamento para hipertensão arterial é feito por:

5. Medida da pressão arterial em todas as consultas médicas Sim Não Não sabe

6. Na Unidade existe protocolo de atendimento/manual de controle para doença renal crônica?

- Sim Não Não sabe

O rastreamento para doença renal crônicas é feito por:

7. Creatinina sérica Sim Não Não sabe

8. Proteinúria Sim Não Não sabe

Como?

9. Hematócrito (anemia) Sim Não Não sabe

10. Uso de medicamentos nefrotóxicos Sim Não Não sabe

A equipe verifica aspectos como:

11. Pressão arterial de indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde?

- Sim Não Não sabe

12. IMC dos indivíduos consultados na unidade de saúde?

- Sim Não Não sabe

13. Circunferência abdominal dos indivíduos consultados na unidade de saúde?

- Sim Não Não sabe

Acompanhamento

14. São realizadas consultas médicas de acompanhamento para o diabetes?

- Sim Não Não sabe

15. São realizadas consultas médicas de acompanhamento para hipertensão arterial?

- Sim Não Não sabe

16. São realizadas consultas médicas de acompanhamento para doença renal crônica?

- Sim Não Não sabe

17. No diabetes, com que frequência são realizadas as consultas em indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos alvo?

- Mensal Trimestral Semestral Outra _____ Não sabe

18. E nos indivíduos com a glicemia controlada, mas portador de lesões em órgão alvo (cérebro, coração, rins, olhos, pé diabético) ou comorbidades?

- Mensal Trimestral Semestral Outra _____ Não sabe

19. São realizadas consultas de Enfermagem para acompanhamento dos usuários?

- Sim Não Não sabe

20. Qual é a frequência das consultas de Enfermagem?

- Mensal Trimestral Semestral Outra _____ Não sabe

21. É utilizado o teste de sensibilidade dos pés no diabetes mellitus?

- Sim Não Sim, com uso de monofilamento de nylon

Durante a consulta o usuário recebe:

22. Orientações sobre importância de hábitos alimentares saudáveis?

- Sim Não Não sabe

23. Orientações sobre a importância das atividades físicas?

- Sim Não Não sabe

24. Orientações sobre a forma de aplicação de insulina?

- Sim Não Não sabe

Como é verificado lesões de órgão alvo (cérebro, coração, rins, olhos, pé diabético)?

25. Exame físico/Exame neurológico básico

- Sim Não Não sabe

26. Determinação do ITB

- Sim Não Não sabe

27. Exame de pescoço (carótidas e sopros)

- Sim Não Não sabe

28. Exame cardiopulmonar (ausculta)

- Sim Não Não sabe

29. Exame de abdômen (massas renais, sopros abdominais e nas artérias femurais)

- Sim Não Não sabe

30. Fundo de olho

- Sim Não Não sabe

31. Pesquisa de claudicação intermitente

- Sim Não Não sabe

32. É realizado acompanhamento domiciliar pelos agentes de saúde para os diabéticos?

- Sim Não Não sabe

33. Se sim, com que frequência?

Mensal Trimestral Semestral Outra _____ Não sabe

34. É realizado acompanhamento domiciliar pelos agentes de saúde para os hipertensos?

Sim Não Não sabe

35. Se sim, com que frequência?

Mensal Trimestral Semestral Outra _____ Não sabe

36. É realizado acompanhamento domiciliar pelos agentes de saúde para os doentes renais crônicos? Sim Não Não sabe

37. Se sim, com que frequência?

Mensal Trimestral Semestral Outra _____ Não sabe

38. Você conhece o Centro HIPERDIA Juiz de Fora? Sim Não

39. Você já visitou o Centro HIPERDIA Juiz de Fora? Sim Não

40. Em sua opinião, após a criação do Centro HIPERDIA, melhorou o contato entre os médicos da UAPS e a atenção secundária? Sim Não Não sabe

41. Na sua opinião, houve melhora na atenção e cuidados aos usuários encaminhado e atendidos pelo centro HIPERDIA? Sim Não Não sabe

Em que casos você realiza encaminhamentos?

42. Na hipertensão arterial:

43. No diabetes mellitus:

44. Na DRC:

No diabetes, são solicitados exames como:

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 45. Glicemia em jejum | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 46. Triglicérides e colesterol | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 47. Glico hemoglobina | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 48. Glicose pós-prandial | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 49. Creatinina | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 50. EAS | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |

51. E o tempo de retorno do resultado é adequado?

Sim Não Não sabe

52. Existem problemas quanto ao encaminhamento?

Sim Não Não sabe

ANEXO I – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADO COM O AGENTE COMUNITÁRIO DA UAPS

Pesquisa: Estudo da rede de atenção às doenças crônicas não degenerativas e detecção de seus fatores de risco

Responsável: Chislene Pereira Vanelli / Elaine Amaral de Paula / Flávia Lopes de Macedo

Unidade: _____ **Questionário N°** _____

Entrevistado: _____

Tempo de trabalho em UAPS: _____ **Na equipe atual:** _____

Diagnóstico

1. É verificada a pressão arterial dos indivíduos da comunidade que vão à consulta na unidade de saúde? Sim Não Não sabe
2. É verificado o peso e a altura dos indivíduos da comunidade quando vão à consulta na unidade de saúde? Sim Não Não sabe
3. É verificada a medida da cintura dos indivíduos da comunidade que vão à consulta na unidade de saúde? Sim Não Não sabe

Acompanhamento

4. A comunidade recebe consultas médicas de acompanhamento para o diabetes / hipertensão arterial e doença renal crônica? Sim Não Não sabe
5. A comunidade recebe consultas de Enfermagem para acompanhamento dos usuários? Sim Não Não sabe

A comunidade recebe orientações quanto:

6. Hábitos alimentares saudáveis? Sim Não Não sabe
7. Prática de atividades físicas? Sim Não Não sabe
8. Aplicação de insulina? Sim Não Não sabe

9. É realizado acompanhamento domiciliar pelos agentes de saúde para os usuários diabéticos / hipertensos e doentes renais crônicos?

- Sim Não Não sabe

10. Com que frequência?

- Mensal Trimestral Semestral Variável Outra _____ NA

11. Você conhece o Centro HIPERDIA Juiz de Fora? Sim Não

12. Na sua opinião, houve melhora na atenção e cuidados aos usuários encaminhados e atendidos pelo centro HIPERDIA? Sim Não Não sabe

13. Os usuários da comunidade queixam de problemas quanto ao encaminhamento para o Centro Hiperdia? Sim Não Não sabe

Que tipo de problemas?

14. Falta de vaga Sim Não Não sabe
15. Dificuldade de locomoção ao local encaminhado Sim Não Não sabe

Equipamentos e insumos

16. Qual a forma de envio dos dados ao Sistema de Informações da Atenção Básica?

- computador exclusivo
- computador compartilhado
- de forma manual

17. Os usuários da comunidade recebem material educativo distribuído pelas equipes?

- Sim Não Não sabe

Estrutura física

18. A unidade possui consultórios suficientes para atendimento do médico e do enfermeiro ao mesmo tempo? Sim Não Não sabe

19. A UAPS dispõe de suprimento de fitas reagentes em quantidade suficiente para a dispensação aos usuários? Sim Não Não sabe

20. A UAPS faz dispensação de medicamentos Sim Não Não sabe

- medicamentos para diabetes
- medicamentos para hipertensão

21. A quantidade de medicamentos disponibilizada atende a demanda da Unidade?

- Sim Não Não sabe

22. Se não, com que frequência, em média, os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do tempo sem medicamentos na unidade
- Os medicamentos acabam na metade do período
- Os medicamentos acabam próximo ao final do período

Recursos humanos

23. Os agentes comunitários e auxiliares de enfermagem fizeram curso introdutório em saúde da família?

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Auxiliar de enfermagem | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| Agente Comunitário de Saúde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |

24. Esta equipe está composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde? Sim Não Não sabe

25. Se não, quem falta?

- médico
- enfermeiro
- auxiliar de enfermagem
- agentes comunitários de saúde

26. Há outros profissionais

- estudantes de graduação
- estudantes de pós-graduação
- nutricionista
- odontólogo
- educador físico
- assistente social

27. A equipe monitora os usuários quanto à ida às consultas agendadas?

- Sim Não Não sabe

28. Realiza busca ativa de usuários faltosos à consulta?

- Sim Não Não sabe

29. O médico ou enfermeiro visitam os usuários acamados?

- Sim Não Não sabe

30. Esses usuários são visitados com que frequência?

- Quinzenal Mensal Trimestral Semestral
 Outra Não há freq. NA Variável

31. Os casos acompanhados são discutidos nas reuniões das equipes?

- Sim Não Não sabe

32. Considera que a Unidade seja reconhecida pela população local como referência para o atendimento de antigos e novos problemas de saúde?

- Sempre Quase sempre Poucas vezes Nunca

ANEXO C – Comprovante de submissão do artigo ao periódico Cadernos de Saúde Pública

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: [christiane.endo](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) | [Autor](#) | [Consultor](#) | [Editor](#) | [Mensagens](#) | [Sair](#)

CSP_1033/16

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	14 de Junho de 2016
Título	Qualidade da assistência prestada na Rede de Atenção ao Diabetes: análise da estrutura e processos da atenção primária à saúde
Título corrido	Qualidade da assistência prestada na Rede de Atenção ao Diabetes
Área de Concentração	Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde
Palavras-chave	Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde, Avaliação de Resultados da Assistência ao Paciente, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Diabetes Mellitus
Fonte de Financiamento	FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	Não se aplica (estudo não envolve pesquisa com seres humanos ou animais).
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	Christiane Chaves Augusto Leite Simão (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) <christiane.endocrino@hotmail.com> Mônica Barros Costa (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) <monicabc@acessa.com> Fernando Antônio Basile Colugnati (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) <fcolugnati@gmail.com> Elaine Amaral de Paula (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) <elaineamp@hotmail.com> Chislene Pereira Vanelli (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) <chis@powerline.com.br> Rogério Baumgratz de Paula (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) <rogeriobaumgratz@gmail.com>
STATUS	Com Secretaria Editorial