

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

RODRIGO ARRUDA PINHO

**CUIDADO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE FLUXOGRAMA ORGANIZATIVO**

Recife

2014

RODRIGO ARRUDA PINHO

**CUIDADO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE FLUXOGRAMA ORGANIZATIVO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em saúde pública;

Orientador: Profª. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P654c Pinho, Rodrigo Arruda.
Cuidado ao indivíduo portador de diabetes mellitus na atenção primária: uma proposta de fluxograma organizativo/ Rodrigo Arruda Pinho. — Recife: [s.n.], 2014.

51 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Diabetes Mellitus. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Autocuidado. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Lyra, Tereza Maciel. II. Título.

CDU 614.2

RODRIGO ARRUDA PINHO

**CUIDADO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE FLUXOGRAMA ORGANIZATIVO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em saúde pública;

Aprovado em: 25/09/2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes/FIOCRUZ

Profa. Dra. Ide Gomes Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes/FIOCRUZ

Prof. Dr. Paulo Roberto de Santana
Departamento de Medicina Social/UFPE

AGRADECIMENTOS

O desafio de concluir essa dissertação seria muito maior se não tivesse algumas ajudas pelas quais não posso me refutar a fazer.

Aos meus pais pelo incentivo;

As minhas parceiras de turma Fernanda Schoenenberger e Adriana Morciego por dividirem momentos difíceis e muito felizes durante esses dois anos;

Aos meus amigos Patrícia Lima e Márcio Moura por me incentivarem e ajudarem a persistir no mestrado;

As minhas parceiras de pesquisa Fabiana Souza e Luciana Camêlo que me ajudaram no processo de orientação junto a minha orientadora Paulette Cavalcanti;

E por fim, e a quem eu dedico essa dissertação, minha equipe de saúde da família da UR03 que me deu retaguarda para que eu pudesse concluir um projeto factível com a dura realidade da atenção primária nesse município.

PINHO, Rodrigo Arruda. **Cuidado ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus na Atenção primária**: uma proposta de fluxograma organizativo. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

Apesar de se caracterizar como ordenador da rede de cuidados aos indivíduos, a atenção primária, estruturada no nosso país pela Estratégia de Saúde da Família, ainda apresenta-se insuficiente em alguns aspectos. Garantir equidade e acesso diante das dificuldades imposta pelo próprio sistema, sem deixar de incentivar a autonomia do indivíduo que é assistido, caracteriza-se como um dos grandes problemas. Esse é um estudo que se propõe a pensar a organização do processo de trabalho dessa atenção primária exemplificado a partir do cuidado ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus tipo 2. A proposta foi aplicar uma classificação de complexidade clínica associada a uma avaliação do autocuidado para, a partir dela, elaborar um fluxograma organizativo que propicie ao indivíduo um empoderamento maior sobre seu processo de adoecimento e fazendo com que a equipe seja mais funcional, otimizando as ações de cada componente naquilo que ele faz de melhor. É um estudo de caso único com um componente qualitativo e quantitativo, realizado na Unidade de Saúde da Família UR03 no município de Recife - PE. Foi identificado um quantitativo de 225 indivíduos com o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Com isso, foi elaborado uma proposta de organização do serviço de atenção primária tendo a diabetes mellitus como condição traçadora. Assim, concluiu-se que é possível proporcionar acesso sem perder de vista a característica clínica e singular das pessoas.

Palavras Chaves: Diabetes Mellitus, Estratégia de Saúde da Família, autocuidado.

PINHO, Rodrigo Arruda. **Care for individuals with diabetes mellitus in primary care: a proposed organizational flowchart.** 2014. Thesis (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes. Fundacao Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

ABSTRACT

Despite being characterized as an ordering of the network of care for individuals, the Primary Health Care, exemplified in our country by the Family Health Strategy also is insufficient in some aspects. Ensure equity and access while the difficulties are imposed by the system itself, encourage the autonomy of the individual who is assisted, is characterized as a major problem. This study propose to think about the organization of the work process that exemplified from primary care for individuals with Type-2 Diabetes. Our proposal was apply a classification of clinical complexity combined with an assessment of self-care to develop an organizational flowchart which permits a greater individual empowerment about their disease process allowing the team more functionality, optimizing the functions of each one does best. This is a single case study with components qualitatives and quantitatives developed at Unidade da Saúde da Família UR03 in Recife. A total of 225 individuals was identified with a Type 2 Diabetes diagnostic. With this, a proposal for the organization of primary care service having diabetes mellitus as tracer was prepared. Concluding that it is possible to provide access without losing sight of the clinical characteristic and singular people.

Key Words: Diabetes Mellitus, Family Health Strategy, self-care.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
ATS	Atenção Terciária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhaes
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Hb	Hemoglobina
HGT	Hemogluoteste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
MAC	Modelo de Atenção Crônica
MCC	Modelos de Cuidados Crônicos
MD	Doctor of Medicine
MPR	Modelo da Pirâmide de Risco
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PSF	Programa de Saúde da Família
RIS	Redes Integradas à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UR03	Unidade Residencial 03
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	MARCO TEÓRICO	12
3.1	Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção à saúde.....	12
3.2	Acesso à saúde: uma diretriz a ser seguida.....	14
3.3	O Cuidado às Condições Crônicas.....	16
4	METODOLOGIA	22
4.1	Tipo do Estudo	22
4.2	Área e Período do Estudo	22
4.3	Coleta e Análise dos Dados	23
4.4	Considerações Éticas	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1	Caracterização epidemiológica da população em estudo.....	30
5.2	Classificação de Risco Clínico e de Autocuidado.....	33
5.3	Fluxograma de cuidado ao indivíduo portador de DM tipo 2.....	35
6	CONCLUSÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	39
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	45
	APÊNDICE B - TCLE DOS PROFISSIONAIS.....	46
	APÊNDICE C - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA USF UR03.....	47
	ANEXO A - FICHA A	48
	ANEXO B - QUESTIONÁRIO DO PROJETO RIS.....	49
	ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA DE RECIFE.....	50
	ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	51

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliou o acesso à Atenção Básica. Desde sua criação em 1994, a ESF vem se expandindo sensivelmente assumindo a função de porta de entrada no SUS. Mesmo com sua consolidação, a ESF ainda é, em alguns aspectos do acesso da população ao serviço de saúde, insuficiente. Azevedo e Costa (2007) mostram que, em relação ao aspecto organizacional do acesso, que se refere aos obstáculos no modo de organização do serviço (demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário, demora na espera pelo atendimento médico e continuidade da atenção), a ESF não satisfaz as complexas necessidades dos usuários. Uma equipe de Saúde da Família funcional que trabalha numa rede integrada e que cada profissional tem seu potencial máximo utilizado, é fator fundamental para dar conta desses problemas complexos (GUSSO; LOPES, 2012).

Protocolos clínicos e de organização dos serviços vêm sendo publicados por diversas instituições de saúde e sociedades científicas buscando a melhoria da qualidade assistencial para a população (BARCELÓ, 2001; CAMPOS, 2005). O grupo de pesquisas Redes Integradas à Saúde (RIS) está desenvolvendo estudos acerca da elaboração de parâmetros assistenciais à saúde de indivíduos portadores de diabetes mellitus. A condição foi escolhida como traçadora por se caracterizar como um dos cinco problemas mais frequente enfrentado pela Medicina de Família e Comunidade. (TAKEDA, 2004). Isso ocorre devido ao envelhecimento populacional e à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, atingindo, assim, proporções epidêmicas (GUSSO; LOPES, 2012). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), 11% da população acima de 40 anos (cerca de 05 milhões de pessoas), são portadoras de diabetes tipo 02. Diante do impacto causado e do grande número de acometidos pelo diabetes, a qualidade das diretrizes clínicas tem se mostrado fundamental para o cuidado desses indivíduos (BERMUDEZ; BAKER, 2005).

O presente projeto propõe um fluxograma que organize de forma integral o acesso ao atendimento de um indivíduo portador de uma patologia crônica, nesse caso a Diabetes Mellitus, na Estratégia de Saúde da Família. A proposta consiste em incorporar o modelo de acesso avançado onde 70% da agenda dos profissionais estão disponíveis para atendimento no dia, sem perder de vista um modelo de cuidado às condições crônicas que permite, através de uma estratificação de risco, definir uma linha de cuidado ao indivíduo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de organização do serviço de Atenção Primária, tendo a DM como condição traçadora.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a população em estudo;
- b) Estratificar clinicamente e em relação ao autocuidado a população portadora de DM;
- c) Elaborar um fluxograma organizativo de cuidado para os indivíduos portadores de DM na USF.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 A Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção à saúde

Desde o século XIX até o século XX, as ações de saúde promovidas pelo Estado tinham como finalidade responder às necessidades sociais de controle ou de combate a surtos ou epidemias. Durante a década de 70, o Estado passou também a financiar a assistência médica curativa individual, separada das ações de saúde pública. Essa proposta convergiu para uma forma de assistência direcionada para atenção focal, alimentando o conflito entre a efetivação do direito à saúde e a garantia de um mínimo necessário para a sobrevivência de grupos específicos (GUIDONI, 2009).

Em 1978, no Cazaquistão, foi formulada a Declaração de Alma-Ata por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Ela constituiu-se como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) (ALFRADIQUE et al., 2009). Desde então a APS tem-se mostrado como proposição estratégica para reorientação da atenção à saúde que convergia para um cuidado fragmentado, focalizado no cuidado do indivíduo de forma curativa.

A APS se caracteriza pela presença de sete atributos (STARFIELD, 2003). Quatro atributos essenciais:

- a) O primeiro contato – promover acesso ao sistema de saúde no momento em que uma determinada pessoa apresente uma necessidade de saúde a ser resolvida;
- b) A longitudinalidade – entende-se como o cuidado regular e contínuo de uma equipe de saúde a sua população constituindo uma relação mútua de confiança;
- c) A integralidade no cuidado – a oferta pela equipe de saúde de um conjunto de serviços que atendam as necessidades da população nos cuidados curativos, preventivos, paliativos e de reabilitação. Entendendo essa população através dos seus aspectos psicológicos, biológicos e sociais;
- d) Coordenação do cuidado – promover através de uma rede de saúde a continuidade da atenção à pessoa pelos seus diferentes níveis.

E três atributos secundários:

- a) Focalização na família – colocando-a como centro do cuidado, identificando o conhecimento integral dos seus problemas de saúde e promovendo formas singulares na sua abordagem;

- b) Orientação comunitária – identificar que essas famílias estão inseridas num contexto social, físico e econômico, entendendo essas necessidades sob uma perspectiva populacional;
- c) Competência cultural – entender e respeitar características culturais de grupos populacionais aos quais é prestado o atendimento.

Antes mesmo desse olhar para os conceitos da Atenção Primária no início dos anos setenta, começa a surgir no Brasil experiências de modelos de atenção à saúde, vinculados a Universidades e Igrejas, voltadas para programas comunitários de saúde. Esses programas baseavam-se na integração de ações preventivas e curativas com atividades de visitas domiciliares, trabalho de campo, saneamento, e ações educativas (PAIM, 1982). Em 1976, é criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) com a proposta de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes (PINTO, 1983). Com a realização da Conferência de Alma-Ata houve o entendimento de que o país estava de acordo com as propostas das organizações internacionais. Várias tentativas de se expandir para todo território nacional através de programas como o PREV-SAÚDE não deram certo. Esse último com diretrizes que reforçavam a atenção primária (PAIM, 1984).

Em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que estabelece as bases doutrinárias para a Reforma Sanitária Brasileira, destacando-se a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Com a Constituição Federal de 1988, o Brasil definiu três grandes referências para o sistema de saúde brasileiro: o direito do cidadão à saúde, sendo esse dever do Estado, um conceito ampliado de saúde e a criação SUS. O SUS promove uma mudança em toda estrutura de organização baseada em alguns princípios básicos:

- a) A universalização do acesso aos serviços de saúde foi o primeiro deles. Esse princípio determina que todos os cidadãos brasileiros deverão ter acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- b) A Equidade, segundo princípio, que garante ações e serviços de acordo com a complexidade de cada caso.
- c) A integralidade já mencionada nos princípios da APS (GIL, 2006). A mudança ocorreu após décadas de investimento num sistema de assistência hospitalar e num modelo centralizado de organização onde a assistência era uma prerrogativa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e cabia ao Ministério da Saúde as ações preventivas e programáticas (GUSSO; LOPES, 2012).

A partir de experiências locais, a APS começa a se desenhar no país com características próprias, através do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, e proposto após o bom desempenho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (MINAYO; CARLOS; SVITONE, 1990). Em 1996, é criado o Piso de Atenção Básica (PAB) que permite o repasse do financiamento direto do nível federal para o municipal e impulsiona a expansão do programa por todo o país (BRASIL, 2001). O termo “Atenção Primária” foi rejeitado no momento da sua criação pela relação que tinha na época com os pacotes internacionais reducionistas, optando-se pelo termo “Atenção Básica” (GUSSO; LOPES, 2012a). Em 2006 o Ministério da Saúde formula o Pacto pela Saúde e redefine a Política Nacional de Atenção Básica com as responsabilidades de cada esfera de governo e a consolidação do termo Estratégia de Saúde da Família no lugar de Programa (BRASIL, 2006).

A Equipe de Saúde da Família, composta por uma equipe multiprofissional, responsável pelo acompanhamento de um número definido de pessoas localizado em uma área geográfica delimitada. A equipe é composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Caracteriza-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. É um espaço privilegiado onde a integralidade no cuidado do indivíduo pode ser vista de forma plena. Esse modelo de organização visa cuidar dos problemas mais comuns e frequentes da população, alcançar melhores resultados no controle das doenças crônicas e de suas complicações, atuar na prevenção de doenças e incapacidades, assim como na diminuição da solicitação de exames desnecessários e na racionalização dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção, reduzindo a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitais (ROSA; LABATE, 2005).

3.2 Acesso à saúde: uma diretriz a ser seguida

A APS é hoje a principal porta de acesso ao sistema de saúde e a única que permite um cuidado longitudinal e integral à pessoas. Manciko (2009) identifica que a presença da ESF proporciona menores barreiras de acesso a população, cumprido um dos seus princípios. O autor aponta alguns percentuais que se reportam ao acesso como:

- a) 10% menos barreira de acesso à obtenção de cuidados para suas necessidades de saúde;
- b) 28% menos problemas de distância dos serviços de saúde;
- c) 25% menos desconhecimento sobre onde procurar por serviços de saúde;

d) 31% menos problemas de falta de transporte para ter acesso a cuidados médicos.

A expansão da APS, através da ESF, ampliou o acesso ao cuidado, mas há também relativa concordância sobre ele ainda ser precário, mesmo onde a ESF já está estabelecida (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). Recente revisão englobando artigos dos últimos 20 anos sobre o Acolhimento na APS/ESF concluiu que a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação, bem como, de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde, têm colocado em questão a potencialidade desta diretriz (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

Juliany Luz (2009) descreve um estudo da rede Centros de Saúde de Florianópolis e identifica que, em 87,4%, havia um tempo de espera médio de 04 semanas para se conseguir um atendimento. Em 1999, a Fundação Kaiser Family observou que 27% dos adultos com menos de 65 anos teve dificuldade de ter acesso a um médico em tempo útil (PORTER; KELLOGG, 2008). A falta de acesso adequado normalmente é atribuída a recursos limitados, em grande parte, é resultado da falta de organização do processo de trabalho (ROSE, 2011).

Há vários tipos de sistemas relacionados ao acesso, porém se destacam dois: o sistema tradicional e o de acesso avançado.

Nesse primeiro sistema, o profissional prioriza a demanda urgente no mesmo dia e demanda fica agendada para quando tiver disponibilidade de vaga. Parece lógico que num sistema sobrecarregado se deva atender o mais urgente. Os agendamentos de rotina preenchem a agenda numa tentativa frustrada de controle da demanda. Criam-se restrições e classificações complexas de atendimento (saúde da mulher, saúde do homem, consultas de retorno). Neste caso, a pessoa entra em contato com uma recepcionista que determina a urgência da situação clínica agendando para o médico ou enfermeira com uma agenda sobrecarregada e acontecendo às vezes duplas reservas e elevadas taxas de absenteísmo, uma vez que essa marcação ocorre para duas semanas até 01 mês. Indivíduos com demandas não urgentes continuam tendo suas necessidades postergadas. Em alguns casos a demanda geradora do problema se resolveu ou se agravou, uma vez que o tempo entre a geração e a resolução dessa demanda é muito grande (MURRAY; BERWICK, 2003).

Os pacientes não atendidos são desviados para outros locais de atendimento de urgência e terminam voltando para seu profissional de referência para acompanhamento mais tarde (os médicos de urgência falam “procure seus médicos pela manhã”). Em estudo realizado por Silva, Casotti e Chaves (2013) identificou-se que o atraso entre o agendamento e a consulta é o resultado de um processo inadequado entre a oferta e a demanda.

No Sistema de Acesso Avançado, propõe-se que o profissional der conta da demanda no mesmo dia em que ela se apresenta, respeitando o momento que aquele indivíduo procura a unidade de saúde. Esse modelo tenta reduzir o tempo entre o momento em que a demanda é apresentada e a sua resolução, ou seja, entre o agendamento e a consulta. O paciente que necessita de consulta é atendido no mesmo dia, valorizando o momento do indivíduo que procura e do profissional que oferece a demanda. Com isso, elimina-se a função de triagem reduzindo interrupções na consulta, além de reduzir drasticamente as faltas às consultas, o que proporcionava profissionais ociosos em alguns horários. Com o acesso avançado, rejeita-se a ideia de classificar a demanda em rotina e urgência que servem de barreira de acesso à maioria dos pacientes da atenção primária que possuem demandas não urgentes. A implantação do acesso avançado permite uma diminuição da demanda uma vez que na maior parte das vezes a sua necessidade é simplesmente ter acesso a seu médico. Nesse encontro, é estratégico resolver não só a demanda trazida, mas várias questões inerentes ao seu cuidado como, por exemplo, as condições crônicas. O atendimento só é postergado caso o paciente se recuse a ser atendido no mesmo dia ou se é necessário retornar num período futuro definido a partir de escolhas deliberadas. Nos atendimentos de urgência (pronto-atendimento) o profissional geralmente aborda apenas 01 problema, renunciando a oportunidade de conhecer diversas necessidades. No caso da Atenção Primária, este tipo de atendimento refere-se a uma equipe que possui vínculo, que trabalha sob a visão da longitudinalidade e integralidade, logo, esse momento não poderá ser definido como um pronto-atendimento (MURRAY; BERWICK, 2003).

Nos modelos tradicionais, existem apenas 10% das vagas abertas, no caso do avançado esse número aumenta para 70%. Deixando os outros 30% para retornos necessários diante de uma avaliação de risco individual, visitas domiciliares, reuniões de planejamento e atividades de educação permanente e preceptoria. Em áreas onde a população idosa maior, recomenda-se o percentual de até 50% das vagas abertas para as demandas do dia (GUSSO; LOPES, 2012).

3.3 O Cuidado às Condições Crônicas

A ESF, conformação da APS no Brasil, depara-se com uma situação de saúde vivida por vários países, uma conformação complexa onde quatro grandes causas de doenças se superpõem. Os percentuais dessas cargas de doença medidos em anos perdidos ajustados por incapacidade revelam que 14,7% são por doenças infecciosas, parasitárias e de desnutrição;

10,2% pelas causas externas; 8,8%, por condições maternas e perinatais e 66,3%, por doenças crônicas (SCHRAMM et al., 2004). Essa carga de doenças interfere na organização da agenda uma vez que o sistema de atenção à saúde deve manter uma coerência com as condições de saúde da população (IBGE, 2010).

Hoje, os modelos de atenção à saúde estão em crise, uma vez que existe uma incoerência entre a situação de transição demográfica e epidemiológica com o modo como se estruturam as respostas sociais às necessidades da população. Em alguns países, o modelo é fragmentado, onde existem pontos isolados de atenção à saúde. A APS não se comunica adequadamente com os níveis secundário e terciário, nem exerce a coordenação do cuidado (GUIDONI, 2009). O conceito de Redes de Atenção à Saúde é criado na perspectiva de modificar esses sistemas fragmentados que não respondem às reais necessidades da população.

Segundo Mendes (2010):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e independente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com custo certo e qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Três elementos constituem as redes de atenção à saúde: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O primeiro dos elementos é o principal para o conceito de redes. É sobre e para ela que a saúde é prestada. As necessidades de saúde dessa população devem ser entendidas a partir do conhecimento de suas características a partir de subpopulações estratificadas por grupo de riscos em relação às suas condições de saúde. A estrutura operacional diz respeito a como essa rede está integrada, como os níveis secundários e terciários estão organizados para que a atenção primária exerça a coordenação do cuidado. Identifica seus nós e sua rede de apoio a esses níveis. O conceito de rede poliárquica é importante no momento em que esses níveis de atenção não possuem hierarquia ou subordinação. Todos são importantes, possuem características próprias e objetivo comum. O modelo de atenção à saúde é o terceiro elemento e identifica a forma com que esses sistemas se organizam a partir de diferentes formas de intervenção sanitária para uma determinada população (MENDES, 2010).

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas do sistema de atenção à saúde, dos seus profissionais de saúde e de seus usuários. As condições de saúde podem ser agudas e crônicas. Esse conceito amplia a presença ou não de doença,

incorporando certos estados fisiológicos, como gravidez e acompanhamentos de ciclos de vida (puericultura, senicultura) que são responsabilidade da APS. Logo, as condições crônicas não são apenas doenças crônicas, mas envolvem doenças infecciosas persistentes, condições ligadas ao período pré e perinatal, doenças mentais, deficiências físicas (MENDES, 2012).

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar, apresentam uma causa simples, facilmente diagnosticável, respondem bem a tratamentos específicos e podem evoluir para as condições crônicas. Os modelos de atenção às condições agudas que são utilizados nas urgências e emergências têm como principal característica de organização o tempo de resposta da atenção em relação a esses riscos. O exemplo maior é o sistema de triagem de Manchester que opera com algoritmos e determinantes, associado ao tempo de espera simbolizado por cinco categorias (WULP et al., 2011).

Já as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses e, em alguns casos, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente. As mesmas apresentam múltiplas causas que variam com o tempo (hereditariedade, estilo de vida, exposição a fatores alimentares e psicológicos), não apresentam padrões regulares ou previsíveis, o que torna complexo seu cuidado. Podem apresentar eventos agudos que acontecem de forma episódica e exuberante, muitas vezes causados pelo seu manejo inadequado, especialmente na APS. O modelo de atenção às doenças crônicas foi construído a partir de um modelo principal o Chronic Care Model, cuja tradução literal foi Modelo de Atenção Crônica (MAC). Esse modelo foi elaborado a partir de uma ampla revisão de literatura e desenvolvido pela equipe do MACColl Institute for Healthcare Innovation (EPPING-JORDAN, 2014), nos Estados Unidos, e tem como objetivo responder às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. O MAC está baseado em seis elementos fundamentais divididos em dois grandes grupos: o Sistema de Atenção à Saúde e a Comunidade (SINGH, 2008).

O primeiro grupo engloba cinco elementos fundamentais:

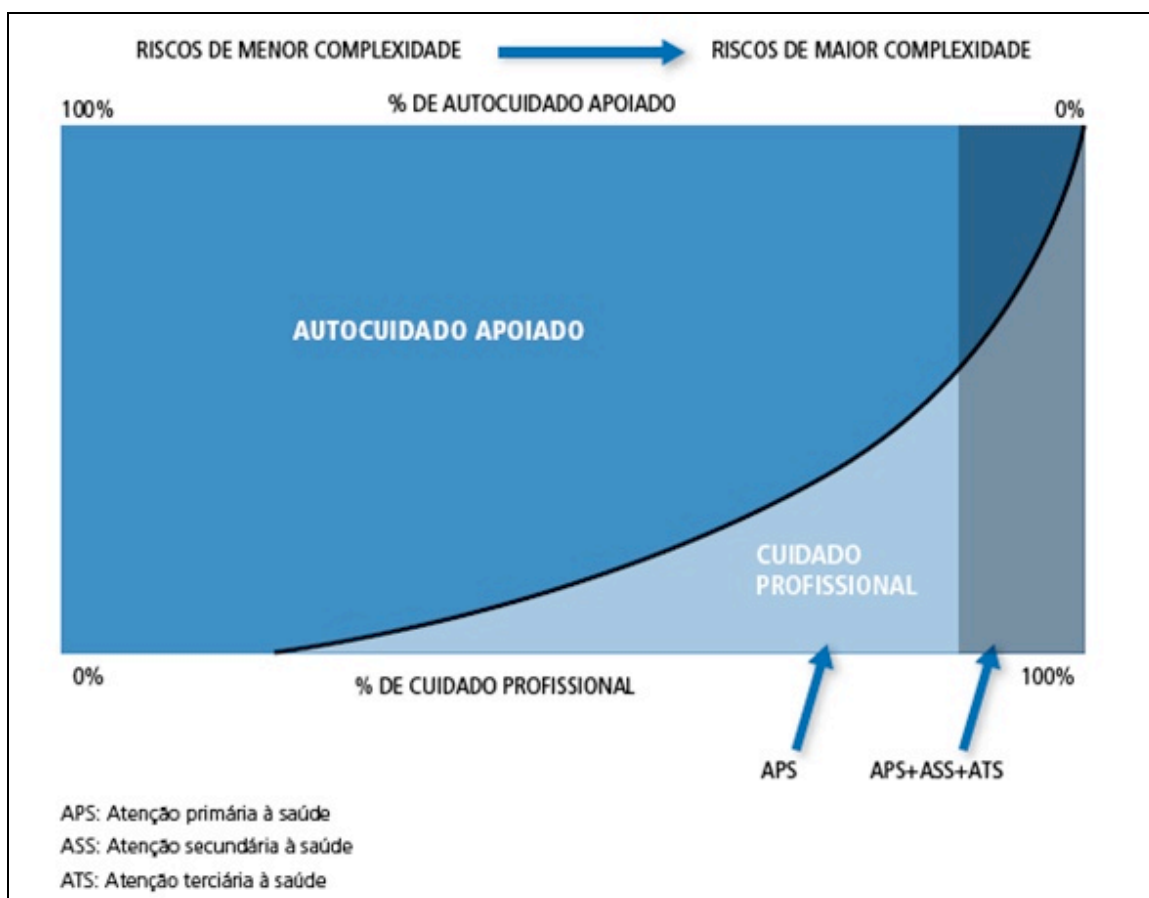
- a) A organização da atenção à saúde deva ser desenhada com a identificação por parte de suas lideranças da melhoria na atenção à saúde como prioridade traduzindo em políticas que proporcionem mudanças efetivas e sistêmicas; com uma discussão mais clara dos erros cometidos pelas organizações, através de análise dos mesmos para gerar mudanças e tentar evitá-los;

- b) Que as provisões de incentivos sejam baseados na qualidade da atenção e uma comunicação mais efetiva entre gestores, prestadores de serviços e população no desenvolvimento de acordos que facilitem a coordenação da atenção;
- c) Que o desenho do sistema de prestação de serviços priorize organizar o sistema de forma que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família com o objetivo de promoção e manutenção da saúde. Para isso, é necessário se definir os papéis entre os membros da equipe multiprofissional e introduzir novas formas de atenção como o autocuidado apoiado que permite dar poder às pessoas para que elas autogerenciem sua saúde e a atenção prestada à mesma, desenvolvendo assim um sentido de auto responsabilidade sanitária;
- d) O monitoramento regular desses usuários deve ser uma rotina com atendimentos programados e fora da unidade de saúde, proporcionando um cuidado intensivo nas pessoas com risco e vulnerabilidade maior. A identificação de populações de risco, monitoramento do desempenho da equipe e geração de alertas são fundamentais para facilitar a criação de planos de cuidados;
- e) O suporte às decisões deve ser pensado, a partir de evidências científicas, e discutido com as pessoas no intuito de uma melhor compreensão com o cuidado prestado. Para isso, os profissionais devem se manter atualizados através de educação permanente e integração da APS com a atenção especializada (MENDES, 2012).

Os recursos da comunidade são o último elemento que tem como objetivo o fortalecimento de programas comunitários, estimulando as pessoas a participarem, além de promover parcerias entre essas organizações comunitárias e os serviços de saúde no desenvolvimento de programas que atendam as necessidades das pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR) é outro modelo de atenção ao cuidado a condições crônicas. Foi elaborado pelo grupo de pesquisa de Potter e Kellogg (2008) por uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos da América, hoje difundido para outros países. Esse modelo tem como base o entendimento da teoria do espectro da atenção à saúde, utilizada pelo National Health Service (NHS) do Reino Unido que permite avaliar o cuidado através de uma variação de complexidade que vai desde a totalidade do autocuidado apoiado até a totalidade de cuidado profissional associado a complexidade da condição clínica. Na medida em que aumenta a complexidade da condição é exigido uma maior participação do profissional no cuidado do indivíduo (Figura 1).

Figura 1 - O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas



Fonte: Mendes (2012)

O modelo da pirâmide de risco categoriza o risco em 03 níveis que vão determinar seu cuidado através de tecnologias da gestão da clínica (Figura 2). Essa estratificação dos riscos da população define graus de complexidade o que, por sua vez, ajuda a definir estratégias de intervenção que vão do autocuidado ao cuidado profissional (PORTER; KELLOGG, 2008).

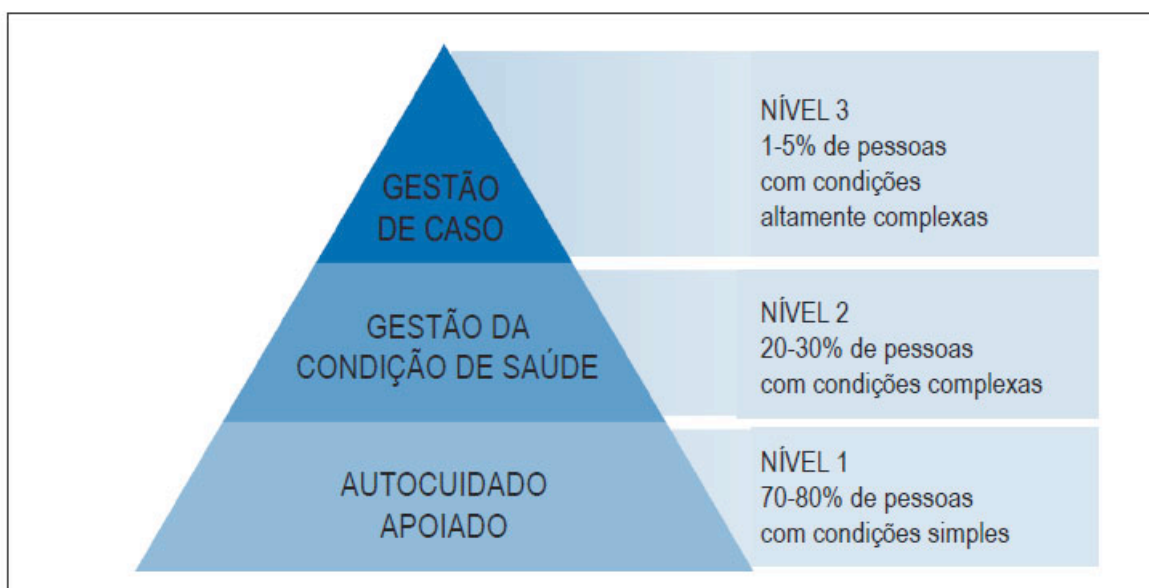
No nível 01 (70 a 80% da população) encontram-se as pessoas que apresentam uma condição simples e bem controlada com baixo perfil de risco geral. Essas pessoas tem uma grande capacidade de se autocuidarem.

No nível 02 (20 a 30% da população), estão pessoas que apresentam condições complexas. Elas apresentam um ou mais fatores de risco e ou condições crônicas. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS através da tecnologia da Gestão da Condição de Saúde.

No nível 03 (1 a 5% da população) estão as pessoas que apresentam condições altamente complexas que necessitam de um nível maior de recursos de atenção à saúde. Nesse nível há uma maior concentração de cuidados profissionais, coordenados por um Gestor de caso.

Essa lógica de organização ajuda a racionalizar as agendas dos profissionais de saúde da APS, diminuindo a oferta de serviços a pessoas de baixo risco e cuidando daquelas que estão numa estratificação de risco maior e realmente necessitam de cuidados profissionais, promovendo assim uma atenção efetiva e eficiente. A utilização desse Modelo evidenciou uma melhora de qualidade de vida das pessoas usuárias, reduziu as internações hospitalares e diminuiu as taxas de permanências nos hospitais (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Figura 2 – O modelo da Pirâmide de Riscos



Fonte: Poter e Kellogg (2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

A pesquisa é parte integrante do projeto de Pesquisa “Redes Integradas à Saúde” e se caracteriza como estudo de caso único com abordagem quantitativa e qualitativa.

4.2 Área e Período do Estudo

O estudo abrangeu os 225 indivíduos portadores de Diabetes Mellitus, cadastrados e assistidos pela USF UR03 no município de Recife –PE. O período foi Novembro de 2013 a Abril de 2014.

A Unidade de Saúde da Família da UR03 está localizada no bairro da Cohab no município de Recife. O bairro possui uma população de 67.283 habitantes com um valor de rendimento nominal médio mensal por domicílio de R\$ 1.182,43 (IBGE, 2010).

Figura 3 - Mapa do Recife com o bairro da Cohab em destaque de vermelho



Fonte: Prefeitura do Recife (2005).

A comunidade da UR03 é assim chamada, por ser a terceira Unidade Residencial (UR) construída por programas governamentais de habitação. Esses programas foram feitos para moradores inscritos na Companhia de Habitação de Pernambuco, selecionados de acordo com sua capacidade de arcar com despesas de moradias ou por serem vítimas de enchentes. Assim como as outras Unidades Residenciais da Cohab, a UR03 foi constituída com um perfil epidemiológico e de renda diferenciada das demais comunidades do mesmo bairro. Essas foram formadas a partir de ocupações indiscriminadas, tais como 27 de Novembro, Vila dos Milagres (SCOTT; FRANCH, 2001).

A comunidade é assistida há 7 anos pela unidade de saúde da família que possui o mesmo nome da comunidade. No momento de sua inauguração, possuía 1 equipe de saúde e oito agentes comunitários de saúde. Há dois anos o território foi dividido em virtude do número excessivo de famílias por ACSs. E hoje é constituída por 10 micro áreas, cada uma com uma média de 750 pessoas, vinculadas a duas equipes de saúde da família e uma equipe de saúde bucal.

4.3 Coleta dos dados

Inicialmente, foi feito um levantamento através de dados secundários das fichas A dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e dos prontuários da USF UR03, com o objetivo de identificar o quantitativo de indivíduos portadores de DM do tipo II. A Diabetes Mellitus tipo II foi escolhida como condição traçadora por alguns motivos, tais como: se enquadrar numa das cinco principais condições de atenção da equipe de saúde da família; possuir normatização definida em protocolos oficiais; por ser uma condição crônica que demanda atenção especializada; e ser escolhida pela pesquisa a qual esse estudo está vinculado, o projeto RIS (ALBUQUERQUE et al., 2013).

A ficha A (ANEXO A) é um instrumento que faz parte do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde e é de uso rotineiro dos ACSs, o que proporciona um fácil preenchimento. Essa ficha proporciona informações dos indivíduos pertencentes às famílias que estão no território de determinada Equipe de Saúde da Família. É um instrumento atualizado mensalmente durante as visitas e alimenta o SIAB, permitindo uma organização do serviço a partir dos seus dados.

A morbidade referida por Diabetes Mellitus é uma das informações registradas na ficha A, possibilitando caracterizar o perfil dessa população, a partir das variáveis contidas.

Essa informação é relatada durante as visitas domiciliares a partir do conhecimento prévio por parte das pessoas que conhecem previamente seu diagnóstico (BRASIL, 2003).

Após levantamento de todos os indivíduos que referiram ser portadores de DM, foi realizado busca ativa, pelos ACSs, dos indivíduos que se declaravam diabéticos, mas que não faziam seu acompanhamento regular na Unidade de Saúde da Família. Para que, com isso, consigamos trabalhar com o universo de pacientes adscritos no nosso território.

Na segunda etapa, foi aplicado pelo pesquisador uma ficha de avaliação clínica (ANEXO B) aos indivíduos portadores de DM tipo 2, no momento de sua consulta na Unidade de Saúde da Família UR03, no período de Novembro de 2013 a Abril de 2014. Essa ficha foi elaborada pelo Projeto de Redes Integradas à Saúde (ALBUQUERQUE et al., 2013), a partir de uma adaptação da ficha do HIPERDIA, sistema nacional de informação que permite o monitoramento dos pacientes no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus. Essa avaliação clínica foi realizada a partir das seguintes variáveis sociodemográficas já estudadas em Girotto (2009):

- a) Sexo;
- b) Raça/cor;
- c) Antecedentes Familiares;
- d) Tabagismo;
- e) Sedentarismo;
- f) Escolaridade.

E para o perfil clínico, as variáveis:

- a) Medição da cintura;
- b) Índice de Massa Corpórea (IMC);
- c) Tempo de Acompanhamento na USF;
- d) Tempo de Doença.

A consulta clínica desses indivíduos ocorre por demanda espontânea, através do acesso avançado, pela busca ativa dos ACSs às pessoas que não comparecem à USF e por visitas domiciliares nos casos dos acamados e restritos ao lar.

O acesso avançado na USF UR03 é empregado a partir da perspectiva da agenda. Os casos que necessitam de um retorno para seu acompanhamento, ao chegarem pelo acolhimento, são identificados e terão sua consulta para o mesmo dia ou, no máximo, na mesma semana. Isso é possível, pois não existe o reagendamento como rotina, 75% das vagas

das agendas ficam abertas. Os outros 25% ficam para as pessoas que necessitem de retorno. O indivíduo tem sua programação pactuada durante sua consulta para retorno num determinado mês. A partir daí, ele terá o mês inteiro para retornar no dia que achar conveniente. Com isso, existe uma diminuição do absenteísmo e a disponibilidade da agenda é maximizada. Lembrando que, caso essa co-responsabilização não tenha sido feita de forma eficaz e a pessoa não retorne no mês proposto, o ACS pode oferecer mais uma vez o acompanhamento através da busca ativa (MURRAY; BERWICK, 2003).

Após o preenchimento das fichas, foi realizada complementação dos dados clínicos com os respectivos prontuários, a partir da liberação pela Secretaria de Saúde do Recife que é feita através da carta de anuência (ANEXO C). Nesse momento, foi identificado que algumas variáveis não estavam devidamente atualizadas, tais como: a dosagem de hemoglobina glicada e medicações em uso. Isso observou-se principalmente com pacientes que faziam seu acompanhamento em outro serviço.

Para que fosse possível uma classificação de risco mais atualizada, foi necessário realizamos um mutirão, no período de março a abril de 2014, de atendimentos dos pacientes para complementação e atualização de exames que haviam sido realizados há mais de seis meses.

Para a consolidação dos dados, foi construída uma máscara no Epi Info[®] versão 3.5.2 com campos em correspondência com a ficha de coleta. A digitação dos dados foi feita pelo pesquisador e a conferência, limpeza e processamento do banco de dados, por um estatístico da pesquisa RIS no programa SPSS[®] versão 13.0.

Na terceira etapa, foi feito, através de critérios clínicos, uma classificação em 04 níveis de condição: simples, de média complexidade, de alta complexidade e muito alta complexidade. Essa classificação foi definida pelo projeto de Redes Integradas de Saúde que realizou uma análise documental investigando protocolos de DM, assistenciais e clínicos, utilizados no Brasil. Foram incluídos nesta revisão os protocolos publicados nos sites dos municípios de grande porte (população de 100.001 mil a 900.000 habitantes) e metrópoles (população de mais de 900.000 habitantes), no período de 2002 a 2012, e que contivessem informações referentes à classificação de risco clínico e/ou recomendações sobre tipos e periodicidade de exames e consultas importantes no cuidado integral do paciente diabético. Além destes, foram incluídos os protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Diabetes por servirem como referências nacionais. A classificação se baseia em critérios clínicos e foi elaborada da seguinte forma (ALBUQUERQUE et al., 2013):

- a) Baixa Complexidade: indivíduo com hemoglobina glicada menor ou igual a 7,0 e pressão arterial compensada e sem falência de órgão alvo;
- b) Média Complexidade: indivíduo com hemoglobina glicada entre 7,0 e $\leq 9,0$ ou pressão arterial descompensada e sem falência de órgão alvo;
- c) Alta Complexidade: indivíduo com hemoglobina glicada $> 9,0$, com falência de órgão alvo presente ou 01 internação por complicação de diabetes nos últimos 12 meses, ou ser insulínodpendente ou amputação por diabetes;
- d) Muito Alta Complexidade: indivíduo com os mesmo critérios da alta complexidade, porem com mais de 01 internação por complicação de diabetes nos últimos 12 meses.

Aliada a essa classificação clínica, desenvolveu-se uma avaliação de forma subjetiva pelo pesquisador, que também é médico da equipe, em relação à capacidade de autocuidado dos pacientes em suficiente e insuficiente. A avaliação do autocuidado é dinâmica, uma vez que depende da postura do indivíduo diante de sua doença. Baseado em Stümer e Bianchini (2012 apud BRASIL, 2013), essa avaliação foi caracterizada como insuficiente em caso de apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

- a) Dificuldade de compreensão de sua condição crônica;
- b) Desinteresse na mudança de comportamento necessário para melhora de sua condição;
- c) Baixo suporte social;
- d) Não se vê como agente de mudança de sua saúde;
- e) Recolhe-se na sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua condição;
- f) Abandona o tratamento porque não atingiu uma de suas metas;
- g) Depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.

Com a classificação concluída, realizou-se uma estratificação baseada no Modelo de Stümer e Bianchini. Esse modelo classifica o indivíduo portador da condição crônica em 5 níveis. Cada nível se estrutura de acordo com o cruzamento do grau de severidade da condição crônica e com a capacidade de autocuidado. O nível 1 é formado pelos indivíduos que apresentam apenas o fator de risco para a determinada condição crônica. O nível 2, pelos indivíduos que possuem baixo e médio riscos de severidade, nesses dois primeiros níveis a

capacidade de autocuidado não é determinante. O nível 3 é composto por indivíduos que possuem um alto risco no grau de severidade, mas com a condição de autocuidado suficiente. No nível 4 estão os indivíduos que apresentam alto risco de severidade e autocuidado insuficiente e os de muito alto risco mas que apresentam ainda uma condição de autocuidado suficiente. Essa separação é feita por se entender que a proposta de cuidado para essas duas classificações são semelhantes. Por último está o nível 5 com a pior condição de severidade e um autocuidado insuficiente. O autor propõe que para cada nível de classificação seja proposto um plano de cuidado específico. Esse plano progride segundo a proposta de Mendes, 2010 (figura 1), a medida em que a condição se agrava, mais cuidados profissionais o indivíduo deverá ter.

Quadro 1 - Grau de Severidade da Condição Crônica e Capacidade de Autocuidado

Grau de severidade da Condição Crônica	Capacidade para o Autocuidado	
	Suficiente	Insuficiente
Grau 4: Muito Alto Risco	Nível 4	Nível 5
Grau 3: Alto Risco	Nível 3	Nível 4
Grau 2: Baixo e Médio Riscos	Nível 2	Nível 2
Grau 1: somente fatores de risco	Nível 1	Nível 1

Fonte: Stümer e Bianchini (2012 apud BRASIL, 2013)

Para esse estudo, optou-se por modificar essa classificação. Inicialmente, foi transformado o termo grau de severidade por complexidade, uma vez que o grupo de pesquisa, ao qual o estudo está vinculado, optou por esse termo. Foi retirado o grau 1 da classificação original, pois a metodologia proposta é construída a partir da ficha A do ACS que traz a doença crônica referida pelo indivíduo, ou seja já instalada, não se colocando apenas os fatores de risco. Outra modificação feita foi a separação dentro do grau de severidade 2, em condição de complexidade baixa e média. Uma vez que a forma de atendimento desses indivíduos muda de acordo com essa classificação, sendo importante separá-las.

Quadro 2 - Grau de Complexidade da Condição Crônica e Capacidade de Autocuidado Modificado.

Classificação da complexidade	Avaliação da Capacidade de Autocuidado	
	Suficiente	Insuficiente
Muito Alta	Nível 4	Nível 5
Alta	Nível 3	Nível 4
Media	Nível 2	Nível 2
Baixa	Nível 1	Nível 1

Fonte: Adaptado de Stümer e Bianchini (2012 apud BRASIL, 2013)

Como última fase do projeto, foi elaborado um fluxograma, que sistematiza graficamente o processo de trabalho da equipe, considerando também o Modelo de Acesso Avançado. Essa fase foi construída por membros da Equipe de Saúde da Família da UR03, constituída por: 02 médicos, 02 enfermeiras, 01 cirurgião dentista e 03 agentes comunitários de saúde que puderam comparecer voluntariamente. Além desses membros da equipe, também participaram 01 residente de Medicina de Família e Comunidade, 01 residente de Clínica Médica e 02 doutorandos do curso de Medicina ligados a UFPE que tinham como seu campo de prática, naquele momento, a Unidade de Saúde da Família da UR03. A todos foi esclarecido o objetivo do encontro e solicitada sua autorização para participação nessa pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais (APÊNDICE B). Essa equipe foi escolhida por terem médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade e apresentar experiência com o modelo de acesso avançado em Recife. A reunião da equipe para a construção do fluxograma foi gravada para que a formatação gráfica fosse feita num segundo momento pelo pesquisador.

4.4 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi realizada segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), número 466/12, a qual estabelece diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do CPqAM/Fiocruz (ANEXO D).

Foi solicitada a todos os participantes da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando cada um deles com uma cópia. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de divulgação dos resultados e,

ainda, sobre a confidencialidade dos dados obtidos. Os sujeitos foram esclarecidos de que são livres para interromper ou abandonar a sua participação em qualquer tempo e que isto não teria nenhuma consequência para o seu acompanhamento na USF. Na divulgação dos resultados tanto nesta dissertação como nos artigos e outros textos a serem feitos, será respeitado o sigilo pessoal dos sujeitos envolvidos na investigação, utilizando-se codinomes quando necessário.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização epidemiológica da população em estudo

Após a coleta dos dados, foi identificado um total de 225 indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrados na USF UR03. Quanto a idade dos indivíduos, a variação foi de 35 a 90 anos, com média de 65,3 anos.

Em relação ao perfil da população (tabela 1), observa-se uma prevalência do sexo feminino (66,2%); uma equivalência nos percentuais da raça auto-referida branca (46,2%) e parda (43,6); a presença de antecedentes familiares positivos para diabetes em 85,3% dos indivíduos; um percentual baixo de tabagistas (10,2%) e alto de sedentários (83,1%). Muito semelhante a estudos já descritos por Ferreira e Ferreira (2009) que encontra, a partir do HIPERDIA, os percentuais de 60,3% eram do sexo feminino; uma equivalência nos percentuais da raça auto referida branca 37,3% e parda 43,5%; e tabagistas de 17,7%.

Em relação ao perfil de escolaridade do universo estudado, observou-se a ausência de analfabetos e um percentual considerável de pessoas com nível médio o que, segundo Malta e Merhy (2010) mostra uma característica favorável ao autocuidado.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico da população em estudo

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	149	66,2
Masculino	76	33,8
Raça/cor		
Branca	104	46,2
Negra	23	10,2
Parda	98	43,6
Antecedentes Familiares		
Sim	192	85,3
Tabagismo		
Sim	23	10,2
Sedentarismo		
Sim	187	83,1
Escolaridade		
Fundamental	78	34,7
Médio	106	47,1
Superior	41	18,2

Fonte: O autor, 2014

Para a descrição do perfil clínico, foram utilizados os parâmetros da Sociedade Brasileira de Diabetes na classificação da pressão arterial, medição da cintura e IMC. Observa-se um número significativo de indivíduos com a medição da cintura aumentada e muito aumentada (86%) diferente de outros estudos, tais como: Ferreira e Ferreira (2009) que apresentou 53,7% e Peixoto, Benício e Jardim (2007) com 33%. Isso mostra-se, a princípio, como um fator de risco importante para doença cardiovascular na população portadora de DM da UR03 em comparação a outras populações estudadas. Por outro lado, o quantitativo de indivíduos obesos (45%) não está em desacordo com os mesmo estudos 41 e 43%, o que demonstra a necessidade de se caracterizar melhor o perfil a partir da relação cintura quadril.

Em relação ao tempo de doença (tabela 2), o perfil do presente estudo observa-se um número maior de pessoas com um diagnóstico de mais de 5 anos, diferentemente de outros, como o de Araújo, et al. (1999) que identifica na sua população estudada um tempo de doença menor que 5 anos de 31,6% e maior que cinco anos 68,6%. Isso implicaria, a princípio, numa amostra com mais complicações em consequência da evolução da doença. Porém ao analisarmos o tempo de acompanhamento na mesma unidade de saúde, observamos um percentual de 63,1%. O que faz com que a longitudinalidade e a coordenação do cuidado seja possível, minimizando assim, possíveis complicações (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN, 2012).

Tabela 2 – Perfil Clínico da População em Estudo

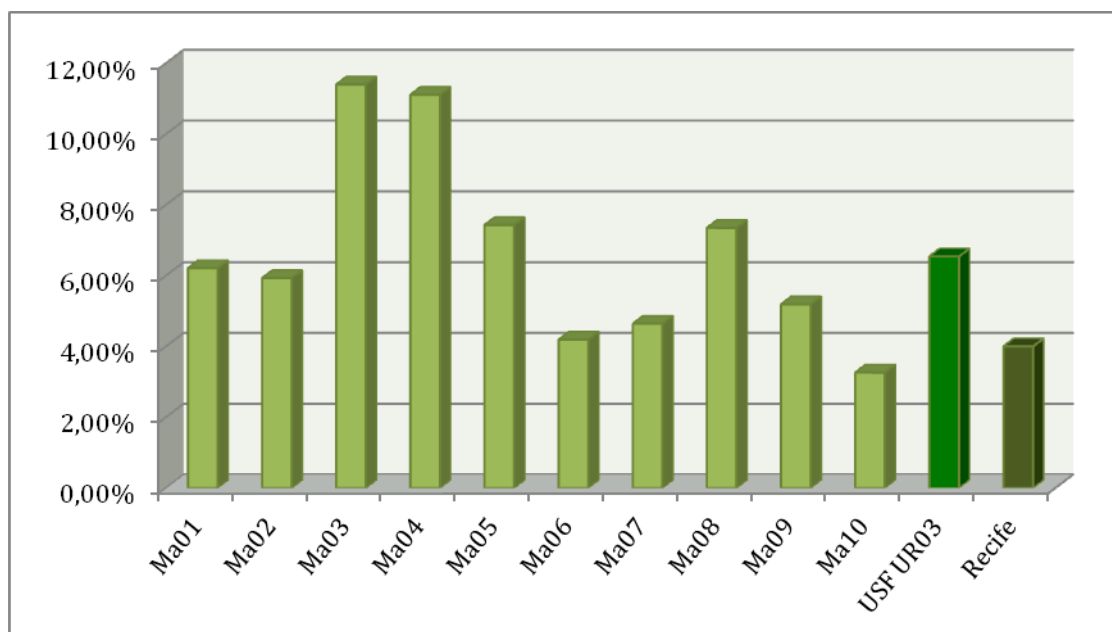
Variável	N	%
Medição da cintura		
Normal	33	14,7
Aumentada	45	20,0
Muito aumentada	147	65,3
IMC		
Normal	31	13,8
Sobrepeso	93	41,3
Obesidade Grau I	76	33,8
Obesidade Grau II	19	8,4
Obesidade Grau III	6	2,8
Tempo de Acompanhamento		
< 1 ano	32	14,2
1 a 5 anos	51	22,7
> 5 anos	142	63,1
Tempo de Doença		
< 5 anos	22	9,8
5 a 10 anos	29	12,9
11 a 14 anos	70	31,1
15 a 19 anos	49	21,8
Mais de 20 anos	55	24,4

Fonte: O autor, 2014

Com a identificação de 225 indivíduos portadores de DM, foi possível calcular a taxa de prevalência que corresponde a 7% da população adscrita com mais de 18 anos na UR03. O percentual fica bem acima do identificado no município de Recife (4,0%), em 2011, quando foi realizado um estudo amostral nas capitais brasileiras a fim de monitorar os principais fatores determinantes e condicionantes das doenças crônicas não transmissíveis. Para esse estudo, foi realizado uma média de cinco mil entrevistas por cidade, a partir de usuários de linha telefônica fixa (BRASIL, 2011). Dias e Campos (2012) também comparam a prevalência das regiões geográficas do Brasil com uma taxa de prevalência menor que este estudo.

Ao analisar os números por micro área (figura 4), identifica-se que, apesar da taxa de prevalência da UR03 ficar bem acima da do município, existem diferenças marcantes entre elas. A micro área 10 pode ter esse percentual reduzido em virtude de não possuir ACS há mais de dois anos. As demais precisam ser melhor estudadas para identificarmos as possíveis causas de variações tão expressivas, uma vez que fazem parte da mesma comunidade com perfil socioeconômico, a princípio semelhantes.

Figura 4 - Percentual de casos por Micro área (Ma) x Total da USF x Recife



Fonte: O autor, 2014

A taxa de prevalência encontrada neste estudo de pessoas também contraria o estudo de Pontes (2011) que mostra uma avaliação da atenção primária em Recife com detecção de apenas 30% de casos de Diabetes Mellitus para o total esperado. O autor aponta para um

subdiagnóstico de indivíduos com a patologia, o que poderia ser explicado, observando-se que a base dessa avaliação foi o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que, na maioria das vezes, encontra-se desatualizado.

Na USF UR03, além das fichas A serem atualizadas mensalmente, o acesso avançado, praticado há dois anos, permite que indivíduos consigam acessar efetivamente a unidade e ter seu diagnóstico definido e seu acompanhamento garantido. Murray e Berwick (2003) demonstram o quanto o acesso avançado influencia o melhor cuidado com o indivíduo portador de uma doença crônica.

Somado a esses fatores, outra característica do processo de trabalho é de se fazer a busca ativa de pessoas que, apesar de cadastradas fazem acompanhamento em outro serviço de saúde. Todos esses fatores são fundamentais para conseguirmos mapear um número de indivíduos portadores de DM mais próximo da realidade.

5.2 Classificação de Risco Clínico e de Auto cuidado

A classificação de risco apresentou-se da seguinte forma: 51,% dos indivíduos foram caracterizados como baixa complexidade; 26,7% de média complexidade; 16% de alta complexidade e 5% de muito alta complexidade (tabela 3). Essa variação dos percentuais de complexidade apresentam-se de acordo com o modelo teórico apresentado por Mendes (2012).

Após avaliação de cada caso pelo médico da equipe seguindo os critérios de Stümer e Bianchini (2012 apud BRASIL, 2013), o autocuidado apresentou-se como suficiente em 76% dos casos. Tanqueiro (2013), através de uma revisão de literatura, propõe que a relação do autocuidado está relacionada, dentre outras coisas, à situação social. O autor propõe que a escolaridade baixa são fatores que dificultam o autocuidado. Nesse caso a escolaridade poderia explicar o maior número de indivíduos com uma classificação de autocuidado suficiente, uma vez que o universo do presente estudo possui como característica uma escolaridade mais alta.

Com a avaliação da classificação de risco e de autocuidado realizadas, construiu-se a tabela 3 que agrega as duas classificações e determina os níveis de severidade. Construção feita após a modificação do modelo de Strümer e Bianchini. Mesmo após a estratificação nos graus de severidade o percentual se mantém semelhante ao modelo de cuidado crônico de Mendes (2012), mantendo-se a perspectiva da pirâmide de risco. Com isso é possível construir uma proposta de cuidado pela equipe na perspectiva em que a medida o grau de severidade vai aumentando, mais ações por parte da equipe multiprofissional é necessária.

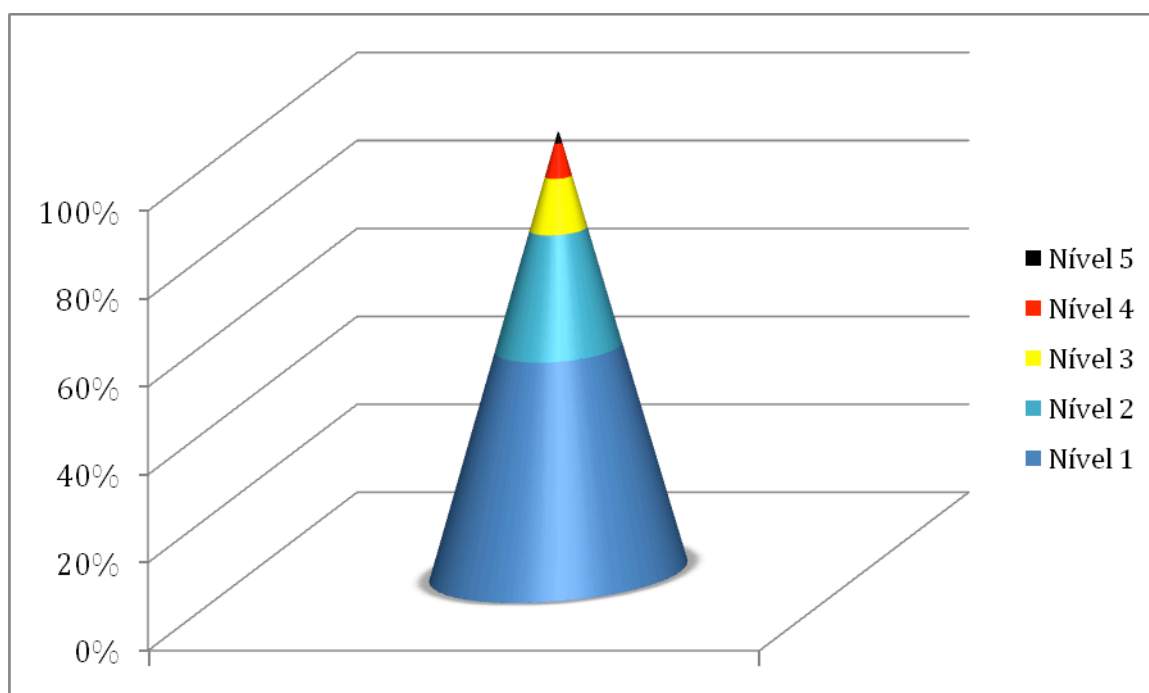
Tabela 3 – Níveis de Estratificação de Risco

Classificação da Complexidade	Capacidade para o Autocuidado		Total
	Suficiente	Insuficiente	
Muito Alta	12 (Nível 4)	6 (Nível 5)	18
Alta	27 (Nível 3)	5 (Nível 4)	32
Média	35 (Nível 2)	25 (Nível 2)	60
Baixa	97 (Nível 1)	18 (Nível 1)	115
Total	171	54	225

Fonte: O autor, 2014

Mesmo após a estratificação nos níveis, o percentual se mantém semelhante ao modelo de cuidado crônico de Mendes (2012), mantendo-se a perspectiva da pirâmide de risco (Figura 5). Com isso, é possível construir uma proposta de cuidado pela equipe na perspectiva em que a medida os níveis vão aumentando, mais ações por parte da equipe multiprofissional são necessárias.

Figura 5 - Pirâmide de Risco da população em estudo



Fonte: O autor, 2014

5.3 Fluxograma de cuidado do indivíduo portador de Diabetes Mellitus tipo 2

O acolhimento na Unidade de Saúde da UR03 é feito sempre com o prontuário clínico, o que facilita a identificação do acompanhamento neste serviço. A demanda que procura a unidade foi caracterizada da seguinte forma: indivíduos sintomáticos e assintomáticos, independente de conhecimento de seu diagnóstico. Essa demanda poderá chegar na Unidade de forma espontânea ou referenciada pelo ACS nas suas visitas domiciliares. Nos casos de indivíduos assintomáticos e sem diagnóstico prévio, será solicitada glicemia de jejum, a partir da condição de rastreamento definida pelo Quadro 3.

Quadro 3 - critérios de rastreamento de DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso ($IMC > 25\text{kg/m}^2$) e um dos seguintes fatores de risco: Historia de pai e mãe com diabetes; Hipertensão arterial; Historia de Diabetes na gestação ou filho com peso maior que 4kg no nascimento; Dislipidemia; Sedentarismo; Historia de Doença Cardiovascular; Obesidade Severa, <i>acanthosis nigricans</i> ; Síndrome de Ovários Policísticos; Exame prévio com HbA1c maior ou igual a 5,7%, tolerância diminuída a glicose ou glicemia de jejum alterada
OU
Idade maior ou igual a 45 anos
OU
Risco Cardiovascular Moderado no escore de Framingham

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2009)

Para os pacientes com diagnóstico prévio de DM, será resgatado ou solicitado conforme BRASIL (2013), caso não tenha nenhum exame nos últimos 3 meses, a glicemia de jejum e HgA1c e orientado que retorne com os exames no acolhimento com acesso avançado. No seu retorno, caso os exames não apresentem alterações, o mesmo será orientado quanto a estilos de vida saudáveis e ofertado grupos de educação e saúde. Caso o exame esteja alterado, terá uma consulta médica no mesmo dia ou na mesma semana (NORMAN, 2013). Nessa

primeira consulta, o indivíduo terá seu diagnóstico e plano terapêutico pactuado bem como sua complexidade estratificada segundo os quatro graus.

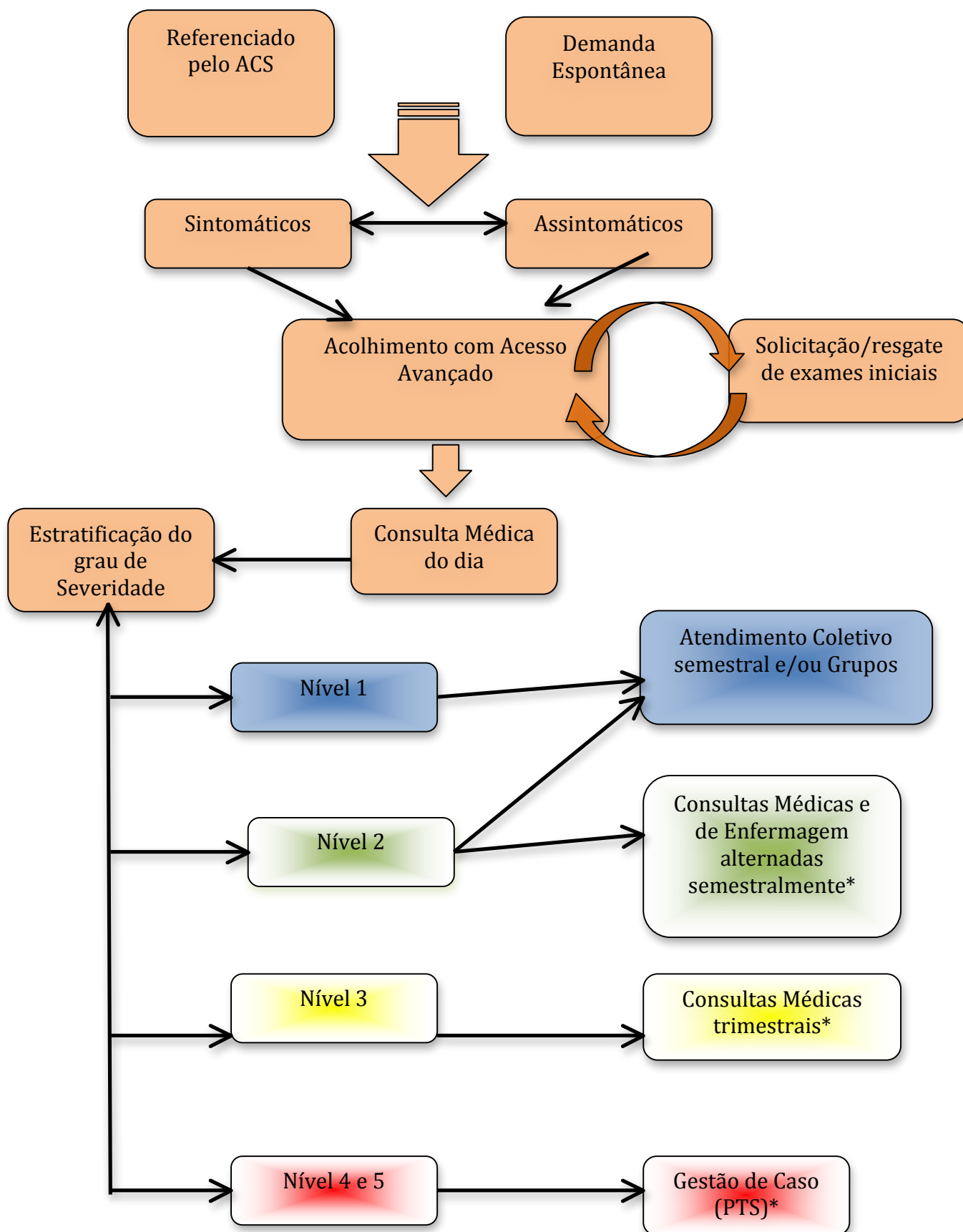
Os indivíduos identificados como nível 1 serão encaminhados ao atendimento coletivo. O conceito de atendimento coletivo foi baseado em Strümer e Bianchini (2012) e será conduzido pela enfermeira, técnica de enfermagem e um ACS da equipe. Nesse momento, se realizará avaliação antropométrica, renovação de receitas, solicitação e agendamento de exames, aferição de PA e palestras de incentivo ao autocuidado e estilo de vidas saudáveis. O mesmo se realizará quinzenalmente com a limitação do número em 30 pessoas (BRASIL, 2013).

Na tentativa de se evitar os hiperutilizadores, o atendimento coletivo acontecerá apenas para aqueles pacientes oriundos da consulta médica inicial, enquanto que os grupos serão abertos para todos os pacientes que desejarem participar. O objetivo é que, a cada seis meses, o indivíduo participe dos atendimentos coletivos onde o autocuidado será estimulado proporcionando empoderamento com a consequência do aumento do controle da pessoa sobre seu adoecimento, entendendo como a doença se manifesta e sendo agente proativo na construção do seu plano terapêutico. Toda consulta coletiva terá sua presença registrada na planilha de acompanhamento do ACS (APENDICE D) e no prontuário do indivíduo. Essas planilhas foram criadas pela equipe e poderão ser acessadas em toda consulta ou toda vez que a mesma compareça ao acolhimento. Com isso, a equipe acompanhará de forma mais fácil informando ao indivíduo a necessidade de acompanhamento caso o mesmo não compareça a esse momento. No fim de cada mês, durante a reunião de produção, consolidaremos as informações a partir das planilhas dos ACSs e identificaremos aqueles indivíduos que necessitam de acompanhamento para possíveis agendamento de uma visita de outro profissional da equipe, na tentativa de oferecer um acompanhamento na Unidade de Saúde da Família.

No caso dos indivíduos identificados no nível 2, a proposta se dá na alternância entre consultas médicas e de enfermagem semestralmente e/ou atendimento coletivo, dependendo da singularidade do caso.

Nos indivíduos de nível 3, que se caracterizam por indivíduos de alta complexidade mas com autocuidado suficiente, terão seu acompanhamento com consultas multidisciplinares sequenciais trimestralmente. E os casos classificados com nível 4 e 5 terão sua ação de saúde colocada a partir da gestão do caso, através de projetos terapêuticos singulares.

Figura 7 - Apresentação gráfica do Fluxograma de Atendimento



Fonte: O autor, 2014

Nota: *Sempre através do Acolhimento com Acesso Avançado

É importante destacar que esse fluxograma é uma proposta para o cuidado de indivíduos portadores de diabetes e as ações de saúde listadas são aquelas predominantes para cada nível. Evidentemente, é possível que uma pessoa, dentro da sua singularidade, deva receber uma atenção diferente daquela recomendada para cada nível a que ela pertence. As pessoas que não aceitarem participar das atividades propostas manterão o acompanhamento tradicional com a equipe de saúde baseado em consultas individuais, de acordo com a periodicidade recomendada nos protocolos de DM da Sociedade Brasileira de Diabetes. Ressalta-se, nesse caso, a importância do enfoque multidisciplinar na atenção a essas condições crônicas e entendendo também que essa estratificação é um processo dinâmico e que a qualquer tempo pode ser reclassificada pela equipe.

6 CONCLUSÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo evidencia a necessidade de organização do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família para uma otimização do cuidado aos pacientes portadores de uma doença crônica não transmissível como a Diabetes Mellitus. Essa organização se inicia desde o cadastro do Agente Comunitário de Saúde para que seja possível a construção da taxa de prevalência da determinada patologia, até a organização do acesso à unidade de saúde. A ratificação do conceito de equipe funcional é bastante visualizada nesse estudo com o objetivo de se otimizar ao máximo o potencial desses profissionais.

Trabalhar com a totalidade dos indivíduos nos mostra outro dado de maior importância pela aproximação com a realidade do território. Foram identificados vários pacientes que não utilizam o serviço da unidade com tanta frequência, mas que fazem parte da área de abrangência e são importantes na definição e reorganização do serviço para uma melhor coordenação do cuidado.

A Estratégia de Saúde da Família apresenta como vantagem a proximidade com seu território de assistência, bem como a vinculação com uma população adscrita. Os indivíduos são cuidados de forma singular, dentro de um contexto familiar e comunitário conhecidos. Isso permite que a qualquer momento essa classificação de risco seja modificada.

Concluiu-se que há necessidade de se pensar uma classificação de risco, agrupando pessoas com necessidades semelhantes de acordo não só com critérios clínicos, mas associando-se a avaliação da capacidade de autocuidado. Isso faz com que o olhar para a pessoa aconteça de forma integral, com o entendimento de questões sociais, motivacionais que interferem diretamente no processo saúde-doença.

Identificou-se a necessidade de se investigar melhor possíveis complicações da Diabetes Mellitus nos indivíduos. No presente estudo, por não termos condições de mensurar gradações da insuficiência de órgãos alvos, optamos por trabalhar com a falência do órgão. Para isso é necessário uma maior instrumentalização da atenção primária, a fim de aprimorar o diagnóstico de retinopatia com o exame de fundo de olho e uma melhor avaliação do pé diabético, duas condições que se apresentaram com um número reduzido na amostra.

Propõe-se também, uma melhor apropriação da avaliação do autocuidado. No estudo, foi feita a partir da avaliação subjetiva do profissional assistente, porém pode ser melhor mensurado através de questionários específicos já validados.

A proposta do estudo foi pensada colocando a Diabetes Mellitus como condição traçadora, porém ela pode ser reproduzida para outras doenças crônicas.

Como questão essencial, identifica-se a prática da estratificação de risco associado ao acolhimento com acesso avançado pela equipe de saúde da família. O conhecimento da demanda das necessidades da população propõe uma modificação no processo de trabalho da equipe. Um fluxograma proposto a partir desse conhecimento, é fundamental para uma adequação na agenda dos profissionais que fica voltada para a disponibilidade do indivíduo, sem desprezar o estímulo a uma maior autonomia e desenvolvimento do autocuidado. Isso permite um aumento do acesso dos casos que realmente precisam de um maior cuidado pela equipe de saúde, reafirmando uma dos maiores papéis do SUS, a equidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. et al. **Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família**: parâmetros para encaminhamentos à consultas especializadas e exames complementares, Recife–PE. Recife, 2013.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro, 2009.

ARAÚJO, R. B. et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 24-32, fev. 1999.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p.797-810, 2007.

BARCELÓ, A. et al. Una intervenció para mejorar el control de la diabetes en Chile. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, DC, v. 10, n. 5, p. 328-333, 2001.

BERMUDEZ, D.; BAKER, L.C. The Relationship Between SCHIP Enrollment and Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions in California. **Journal of Health Care for The Poor And Underserved**, California, p. 96-110, Feb. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília, DF, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

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

_____. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 6 ago. 2014.

_____. Portaria nº 648, de 28 de maio de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 6 ago.2014.

_____. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, DF, 2003.

_____. **Vigitel-Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2011.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, set./dez. 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.1260-1268, jul. 2005.

DIAS, J. C. R.; CAMPOS, J. A. D. B. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002 – 2007. **Ciências & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.239-244, 2012.

EPPING-JORDAN, J.E. et al. Improving the quality of health care for chronic conditions. **British Medical Journal**, Londres, v. 13, p.299-305, 2014.

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

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M.P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.205-218, 2005.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006.

GIROTTO, E. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 31, n. 1, p.77-82, 2009.

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

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da Clínica. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 19, p. 159-166.

IBGE. **Um panorama da saúde, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde**. Rio de Janeiro, 2010.

LUZ, J.; TESSES C.D. **Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p.593-605, 2010.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2305-2305, 2010.
- MENDES, E. V. A Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde. In: _____. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**. 1.ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2012.
- MINAYO, M.C.; CARLOS, D.J.; SVITONE, E. **Programa de agentes de saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: Unicef, 1990.
- MURRAY, M.; BERWICK, D.M. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **Jama**, San Francisco, v. 289, n. 8, p.1035-1040, 2003.
- NORMAN, A.H. Promoção à saúde: um desafio para a atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p.153-154, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, DF, 2003.
- PAIM, J.S. A dupla face da proposta "saúde para todos". **Indicadores Sociais**, Salvador, n.6, p.36-46, 1982.
- PAIM, J.S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 15, p.8-15, 1984.
- PEIXOTO, M.R.G.; BENÍCIO, M.H.D.; JARDIM, P.C.B.V. The relationship between body mass index and lifestyle in a Brazilian adult population: a cross-sectional survey. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 23, p.2694-2704, nov. 2007.
- PINTO, V.G. Serviços básicos de saúde: a experiência do PIASS. **A Saúde no Brasil**, Brasília, v. 1, n. 2, p.74-80, 1983.
- PONTES, Juliana Leão. **Assistência ao portador de Diabetes Mellitus na rede pública: o caso do Distrito Sanitário III, Recife-PE, 2008-2010**. 2011. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
- PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience. **Revista de Innovación Sanitaria Y Atención Integrada**, Barcelona, v. 1, n. 1, p.1-8, 2008.
- RECIFE. Prefeitura. **Atlas Municipal, 2005**. Disponível em: <[https://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/doc/analiticos/O%20que%20rev elam%20os%20Índices%20de%20Desenvolvimento%20Humano%20\(IDH\).pdf](https://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/doc/analiticos/O%20que%20rev elam%20os%20Índices%20de%20Desenvolvimento%20Humano%20(IDH).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2014.

- ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.
- ROSE, K.; ROSS, J.S.; HORWITZ, L.I. Advanced access scheduling outcomes: A systematic review. **Pubmed Central**, Bethesda, v. 171, n. 13, p.1150-1159, 2011.
- SAMPAIO, L.F.R.; MENDONÇA, C.S.; LERMEN J.N. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 4, p. 50-63.
- SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.897-908, 2004.
- SCOTT, P.; FRANCH, M. Jovens, Moradia e Reprodução Social: processos domésticos e espaciais na aquisição de habilidades e conhecimentos. **Revista do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPE**, Recife, v. 7, n. 12, p.95-125, 2001.
- SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.221-232, 2013.
- SINGH, D. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen: Regional Officer for Europa of World Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, 2003.
- TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à Saúde. In: DUNCAN B.B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.76-87.
- TANQUEIRO, M.T.O.S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 9, n. 3, p.151-160, 2013.
- WULP, I. et.al. Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study. **Emergency Medicine Journal**, The Netherlands, n. 28, p.585-589, , 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Cuidado ao Indivíduo Portador de Diabetes Mellitus na Atenção Primária: uma proposta de fluxograma organizativo** que tem como objetivos: estratificar clinicamente a população portadora de DM, delinear as atividades e momentos de participação de cada profissional da equipe de saúde da família a partir da estratificação de risco e elaborar um fluxograma organizativo de cuidado para os indivíduos portadores de DM na Atenção Primária.

Assim, você foi selecionado, de forma intencional, para participar dessa pesquisa com a garantia do pesquisador que sua identidade será mantida em absoluto sigilo e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa científica. Salientamos que sua participação nessa pesquisa é bastante relevante, pois pode contribuir com subsídios para aperfeiçoar o planejamento assistencial no cuidado à população que vive com Diabetes Mellitus. No entanto, você não é obrigado(a) a participar e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com o pesquisador Rodrigo Arruda Pinho, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 21012614 ou através do e-mail: pinho5000@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone/Fax (81)2101.2614 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Pesquisador
Rodrigo Arruda Pinho
Fones (81) 33556451/ 21012614

Participante da pesquisa

Recife, _____ de _____ de 20____.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472 - Fone: 0XX81 3012500 -
Fax: 0XX81 4531911 - CEP: 50670-420
Recife - PE - Brasil - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Cuidado ao Indivíduo Portador de Diabetes Mellitus na Atenção Primária: uma proposta de fluxograma organizativo** que tem como objetivos: estratificar clinicamente a população portadora de DM, delinear as atividades e momentos de participação de cada profissional da equipe de saúde da família a partir da estratificação de risco e elaborar um fluxograma organizativo de cuidado para os indivíduos portadores de DM na Atenção Primária.

Assim, você foi selecionado, de forma intencional, para participar dessa etapa da pesquisa como integrante de um grupo que terá como objetivo a sistematização gráfica do processo de trabalho da equipe no cuidado do indivíduo portador de Diabetes Mellitus. A discussão será gravada e transcrita com a garantia do pesquisador que sua identidade será mantida em absoluto sigilo e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa científica. Salientamos que sua participação nessa pesquisa é bastante relevante. No entanto, você não é obrigado(a) a participar e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com o pesquisador Rodrigo Arruda Pinho, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 21012614 ou através do e-mail: pinho5000@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE – Brasil. Telefone/Fax (81)2101.2614 – e-mail: comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Pesquisador
Rodrigo Arruda Pinho
Fones (81) 33556451/ 21012614

Participante da pesquisa

Recife, _____ de _____ de 20____.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472 - Fone: 0XX81 3012500 -
Fax: 0XX81 4531911 - CEP: 50670-420
Recife - PE - Brasil - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DO PROJETO RIS



Pesquisa Redes Integradas de Saúde: Atenção Primária e Saúde Coletiva

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Área	3. Número do Prontuário
4. N.º. Cadastro Farmácia da Família	5. N.º do Cartão SUS	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
6. Nome		7. Data Nascimento / /	8. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
9. Nome da Mãe			
10. Raça/Cor	11. Escolaridade	12. Nome do ACS	13. Data do 1º atend / /
14. Estado Civil	15. Diabético <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2		16. Data do diagnóstico

ENDEREÇO			
17. Tipo Logradouro	18. Nome do Logradouro	19. N.º	20. Complemento
21. Bairro		22. CEP	23. DDD
24. Telefone			

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE				
25. Pressão Arterial Sistólica	26. Pressão Arterial Diastólica	27. Cintura (cm)	28. Peso (kg)	29. Altura (cm)
30. Glicemia HGT (mg/dl)	31. Hb Glicosilada/ data:	32. Glicemia plasmática (mg/dl)/ data: <input type="checkbox"/> Em jejum _____ <input type="checkbox"/> Pós prandial _____		

33. Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	34. Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares			Infarto Agudo Miocárdio		
Tabagismo			Outras coronariopatias		
Sedentarismo			AVC		
Sobrepeso/Obesidade			Pé diabético		
Hipertensão Arterial			Amputação por diabetes		
OUTROS (ESPECIFICAR):			Doença Renal		
1.			Dislipidemia		
2.			Retinopatia		
3.			OUTROS (ESPECIFICAR):		
35. Tratamento			36. Insulina		
Não medicamentoso <input type="checkbox"/>			Data de início / / Regular		
Medicamentoso <input type="checkbox"/>			NPH		

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

38. Internação	Data	Causas

39. Encaminhamento Especializado	Data	Especialidade

Data da coleta dos dados: / / Responsável pela coleta

ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Rodrigo Arruda Pinho**, pesquisador do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Cuidado ao indivíduo portador de diabetes mellitus na Atenção Primária: uma proposta de fluxograma organizativo**" Sendo orientado por Paulette Cavalcanti de Albuquerque. Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 04 de setembro de 2013.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matrícula nº 87.655-5

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Cuidado ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus na atenção primária: uma proposta de fluxograma organizativo"

Pesquisador responsável: Rodrigo Arruda Pinho

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 07/09/2013

Registro no CAAE: 21583813.8.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 491.775

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 09 de dezembro de 2016.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 03 de julho de 2014.

Vice-Coordenador do CEP/CPqAM

Paul Hindenburg Nobre de V. Silva
Analista de Gestão em Saúde
Vice-Coordenador
Mat. SIAPE 1558906
CEP/CPqAM/Fiocruz