

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**Departamento de Saúde Coletiva**  
**Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva**

**DANILO CAMPOS DA LUZ E SILVA**

**Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência  
para portadores de hipertensão e diabetes**

**RECIFE**

**2012**

**DANILO CAMPOS DA LUZ E SILVA**

**Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência  
para portadores de hipertensão e diabetes**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde coletiva.

Orientadora:  
Dr<sup>a</sup> Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Co-Orientadora:  
Ms. Fabiana de Oliveira Silva Sousa

**Recife  
2012**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S586a Silva, Danilo Campos da Luz e.  
Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência para portadores de hipertensão e diabetes. — Recife: O autor, 2012.  
22 f.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Coorientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Secundária à Saúde. 3. Programação. 4. Cobertura de Serviços Públicos de Saúde. 5. Diabetes Mellitus. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva. III. Título.

**DANILO CAMPOS DA LUZ E SILVA**

**Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência  
para portadores de hipertensão e diabetes**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde coletiva.

Data da aprovação \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dr<sup>a</sup> Paulette Cavalcanti de Albuquerque**  
**NESC/CPqAM/Fiocruz**

---

**Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro**  
**SMS Recife**

***Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência para portadores de hipertensão e diabetes.***

***Analysis of the supply of attention in a specialized unit plan for people with diabetes and hypertension.***

**Autores:**

*Danilo Campos da Luz e Silva<sup>1</sup>*  
*Paulette Cavalcanti de Albuquerque<sup>1</sup>*  
*Fabiana Oliveira Silva<sup>1</sup>*

**Instituições:**

*<sup>1</sup> Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães CPqAM - Fiocruz, Recife, PE-Brasil*

Artigo enviado para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva

---

---

SILVA, Danilo Campos da Luz e. **Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência para portadores de hipertensão e diabetes.** 2012. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

---

## RESUMO

Esta é uma pesquisa sobre acesso ao serviço de saúde que objetivou analisar a utilização da oferta de atenção especializada numa unidade de referência para portadores de diabetes *mellitus* e da cobertura assistencial para endocrinologia, com base na Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde. Estudo descritivo transversal, onde as variáveis de interesse foram coletadas através do banco de dados, referente ao ano de 2011, do sistema de marcação de consultas do Centro Médico Ermírio de Moraes, pertencente ao Distrito Sanitário III (DS), no município de Recife-PE. Observou-se predomínio de usuários idosos (62,4%), do sexo feminino (69,5%), que residiam no mesmo DS do serviço (36,2%), como também usuários não diabéticos e não hipertensos (43,3%). A oferta caracterizou-se por concentração em consultas especializadas (74,1%), tendo como principal meio de agendamento o retorno (97,2%), o que pode caracterizar fragilidade nos processos de referência e contra-referência e na coordenação do cuidado pela Atenção Básica. A estimativa de cobertura encontrou superávit na oferta de consultas de endocrinologia para a população que residia no mesmo território do serviço estudado. Apresenta-se proposta de parâmetros para contribuir com o processo de programação assistencial de atenção especializada.

**Palavras Chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Programação; Cobertura de Serviços Públicos de Saúde; Diabetes *Mellitus*;

---

SILVA, Danilo Campos da Luz e. **Analysis of the supply of attention in a specialized unit plan for people with diabetes and hypertension**. 2012. Monografia (Residence in Collective Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

---

## ABSTRACT

This is a research on access to the health service that objectified to analyze the use of offers of attention specialized in a unit of reference for carriers of diabetes mellitus and the assistencial covering for endocrinology, on the basis of Portaria 1101/2002 of the Health department. Transversal descriptive study, where the interest 0 variable had been collected through the data base, referring to the year of 2011, of the system of marking of consultations of the Medical Center Ermírio de Moraes, pertaining to Sanitary District III (DS), in the Recife-PE city. Predominance of aged users was observed (62.4%), of the feminine sex (69.5%), that they inhabited the same in DS of the service (36.2%), using not diabetic and as well as not hipertensos (43.3%). It offers was characterized half for concentration in specialized consultations (74.1%), having as main of agendamento the return (97.2%), what it can characterize fragility in the processes of reference and against-reference and in the coordination of the care for the Basic Attention. The estimate of covering found surplus in offers of consultations of endocrinology for the population that inhabited the same in territory of the studied service. One presents proposal of parameters to contribute with the process of assistencial programming of specialized attention.

Keywords: Health Services Accessibility; Secondary Health Care; Programming; Diabetes Mellitus; State Health Care Coverage

## INTRODUÇÃO

O Brasil encontra-se em pleno processo de transição epidemiológica e, nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vem ocupando situação de destaque entre as principais causas de morbimortalidade<sup>1,2</sup>.

Neste campo, a Diabetes Mellitus (DM) é uma das DCNT mais prevalentes no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>3</sup>, é uma condição definida primariamente pelo nível de hiperglicemia, dando origem a dano microvascular (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Está associada com reduzida expectativa de vida, devido à significativa morbidade causadas pelas complicações microvasculares, com aumento do risco de complicações macrovasculares (doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica) e diminuição da qualidade de vida<sup>3</sup>.

O DM apresenta-se principalmente por duas formas, o tipo 1 (DM1) que aparece mais caracterizadamente na infância ou na adolescência e o tipo 2 (DM2), a forma mais prevalente, que chega a corresponder a cerca de 85% a 90% dos casos e aparece insidiosamente, principalmente em adultos<sup>4</sup>.

A prevalência mundial de DM na população adulta era estimada em 4% (135 milhões de pessoas) em 1995, 5,9% (246 milhões de pessoas) para 2007 e 7,1% (380 milhões de pessoas) para 2025, sendo a maior concentração destes (80%) nos países em desenvolvimento, na faixa etária de 40-59 anos<sup>4</sup>. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes<sup>6</sup>, estudos em Ribeirão Preto (SP) em 2004 e São Carlos (SP) em 2009 apontam taxas de prevalência de 12,1% e 13,5 %, respectivamente<sup>5</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS), através de sua base jurídico-institucional na Constituição Federal de 1988 e nas leis subseqüentes, teve definidos seus princípios ético-doutrinários: integralidade, universalidade e equidade. Assim, deve garantir ao seu usuário acesso a uma rede de atenção à saúde capaz de atender a essas novas necessidades, em que a prevalência das DCNT é um dos grandes desafios<sup>6,7</sup>.

Com o objetivo de organizar a rede de saúde, o Ministério da Saúde (MS) lança em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM, visando garantir o diagnóstico e a vinculação dos usuários às unidades de saúde para o tratamento e acompanhamento, numa tentativa de reestruturar e ampliar o cuidado aos portadores dessas patologias. Ao mesmo tempo, implanta o SIS-HIPERDIA, sistema de informação que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial



e/ou DM, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica (AB) do SUS, gerando informações para profissionais e gestores <sup>8,9</sup>.

Numa rede de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou AB, deve ser encarada como uma estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população, sendo necessário o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui à melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema <sup>10,11</sup>. Se os serviços de APS não estiverem habilitados para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada <sup>12</sup>.

No Brasil, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, preconiza-se que a AB seja o ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, além de coordenar os cuidados na rede de serviços, a fim de efetivar a integralidade nas diversas dimensões <sup>13</sup>.

No contexto de rede de atenção à saúde, é importante a função das unidades de média complexidade, que devem oferecer apoio diagnóstico e tratamento através da assistência de profissionais especializados <sup>14</sup>. No caso de unidades de referência aos portadores de DM, estes serviços têm a finalidade de garantir a atenção integral através da oferta de tratamento medicamentoso, exames, consultas especializadas e cirurgias ambulatoriais aos usuários advindos da rede da AB <sup>1</sup>.

Tendo ainda como análise a integralidade das ações de saúde para o cuidado ao diabético, torna-se um ponto-chave o acesso às consultas especializadas e a exames complementares, sendo necessária a formulação de parâmetros de cobertura assistencial para um adequado planejamento e programação das ações. No âmbito do SUS, a Portaria Ministerial 1.101/2002 define amplamente esses parâmetros. No entanto esta possui grandes limitações, uma vez que foi fortemente influenciada por estudos relacionados a séries históricas de produção de décadas atrás, do ainda vigente INAMPS. Atualmente, no cotidiano da gestão da assistência à saúde é possível observar que essa metodologia é insuficiente para estabelecer parâmetros assistenciais <sup>15</sup>.

Já a Portaria 1097/2006 define Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) como um processo de planejamento a ser instituído no SUS, a fim de garantir acesso e traz em suas diretrizes aspectos importantes como a já discutida centralidade na Atenção Básica. Define ainda áreas estratégicas para orientar o processo

de programação, dentre elas a Saúde do Adulto que prevê novos parâmetros assistenciais para a diabetes mellitus e para a hipertensão arterial<sup>16</sup>.

Este estudo teve como objetivo analisar a utilização da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência para portadores de diabetes a fim de caracterizar a demanda por assistência especializada para atenção ao paciente diabético, com vistas a contribuir com uma possível reorientação do modo de estimativa e organização da oferta assistencial especializada.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Este foi um estudo descritivo quantitativo, tipo transversal. Foi desenvolvido no período de janeiro a março de 2012, no Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMEM) localizado no município de Recife, Nordeste do Brasil.

A cidade do Recife é constituída atualmente por 94 bairros, que estão distribuídos em seis divisões territoriais, chamados Distritos Sanitários (DS). O Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMEM) localiza-se no Distrito Sanitário III, possui população estimada de 325.748 habitantes<sup>17</sup> e é composto por 29 bairros, situado na zona norte do Recife.

O CMEM é a principal unidade de referência ao portador de DM e hipertensão arterial e referência municipal em oftalmologia na cidade do Recife. Possui como oferta aos usuários portadores de diabetes e hipertensão serviços ambulatoriais de cardiologia, endocrinologia, nutrição, fisioterapia, assistência social, psicologia, odontologia, oftalmologia, exames, dispensação de medicamentos e cirurgias oftalmológicas.

Este estudo está agregado à pesquisa “Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos à consultas especializadas e exames complementares”, onde o DS III é uma das áreas de estudo, sendo o CMEM uma unidade de referência importante para este território, possibilitando uma análise das relações entre os pontos de atenção à saúde na rede de atenção ao diabético.

Os dados pesquisados foram referentes ao ano de 2011 e foram obtidos a partir de partir do programa de sistema de marcação de consultas utilizados pelo CMEM, o Sistema de Marcação de Consultas (SSMC, versão 1.21), programa desenvolvido pela empresa municipal de informática do Recife e utilizado em outros serviços de saúde da cidade.

Para atingir os objetivos desse estudo, foram analisadas as seguintes variáveis descritas no quadro 1:

**Quadro 1. Definição das variáveis de interesse.**

Sexo	Registrado no banco de dados do SSMC.
Bairro	Bairro de residência do usuário registrado no SSMC.
Consultas agendadas	Número de consultas agendadas para determinada especialidade pelo SSMC.
Tipo de consulta	Tipo de consulta agendada: primeira vez, retorno referenciado e retorno por demanda espontânea.
Diabético	Usuário agendado com diagnóstico de diabetes.
Hipertenso	Usuário agendado com diagnóstico de hipertensão.
Diabético-hipertenso	Usuário agendado com diagnóstico de diabetes e hipertensão.
Não-diabético e não-hipertenso	Usuário agendado sem diagnóstico de diabetes e de hipertensão.

A partir do número de agendamentos de consultas de endocrinologia ao longo do ano de 2011, foi definido o mês de abril como referência para as demais análises, devido à sua maior aproximação com a média do número de consultas por mês para este ano. Este critério se deu pela necessidade de selecionar um mês que representasse melhor o funcionamento do CMEM, uma vez que dentro do mesmo ano há meses com perfis diferenciados de utilização dos serviços, por motivos de férias dos profissionais, feriados e/ou datas festivas. Para a escolha do “mês típico”, foi feita a análise de todos os meses de 2011, aferindo-se a média, moda e mediana, nas quais abril configurou-se como o mais adequado. A necessidade de escolha de um mês para a análise deu-se pela impossibilidade do sistema, que agrega todas as marcações, podendo ocorrer várias consultas para um mesmo usuário ao analisar-se o período de todo o ano.

Assim, a população alvo foi composta pelos usuários agendados em endocrinologia cadastrados no CMEM, que foram analisados pelo sexo, bairro de procedência e tipo de consulta, onde nesta última foram utilizados os seguintes parâmetros: primeira vez (usuários encaminhados pela primeira vez ao CMEM pelas demais unidades de saúde), retorno referenciado (pacientes já cadastrados e agendados pelo próprio Centro mediante solicitação do profissional médico especialista), e retorno por demanda espontânea (pacientes já cadastrados, mas agendados mediante demanda espontânea).

A caracterização da oferta de serviços e ações de saúde realizadas pelo CMEM se deu mediante a análise do número de agendamentos para consultas das especialidades de cardiologia, oftalmologia e endocrinologia, outras especialidades, exames e procedimentos oftalmológicos e outros exames e procedimentos.

Também foi analisado o conjunto de usuários cadastrados no CMEM, de acordo com os seguintes critérios: diabéticos, hipertensos, diabéticos-hipertensos, não-diabéticos e não-hipertensos.

As consultas de endocrinologia durante o ano de 2011 foram comparadas aos parâmetros contidos na Portaria 1.101/2002, a fim de se estimar a cobertura para o Distrito Sanitário III.

Para digitação e processamento dos dados, utilizou-se o programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup> 2007 e os resultados foram analisados de forma descritiva a partir das diferenças observadas entre as proporções obtidas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM), conforme normas para pesquisa envolvendo seres humanos resolução 196/96.

## **RESULTADOS**

De acordo com os resultados obtidos, entre os usuários agendados para todo o CMEM em abril de 2011 a faixa etária mais prevalente foi a de 60 e 69 anos (32,27%), seguida com valores próximos entre si pelas faixas de 50 a 59 anos e 70 a 79 anos, com 23,16% e 22,58%, respectivamente. A maior parte dos usuários eram idosos (idade maior que 60 anos), totalizando 62,45% do total.

Já com referência à morbidade dos usuários agendados, observou-se que a maior parte, 43,32%, eram não-diabéticos e não-hipertensos. Os diabéticos-hipertensos representaram 23,60% enquanto apenas hipertensos e apenas diabéticos foram responsáveis por, 18,38% e 10,36% respectivamente. Ao observar apenas os usuários diabéticos, 69,50% dos mesmos possuíam também hipertensão arterial (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição dos usuários por faixa etária e morbidade agendados em todo CMEM, abril 2011.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
<10 anos	23	0,3
De 10 a 19 anos	106	1,4
De 20 a 29 anos	100	1,3
De 30 a 39 anos	205	2,8
De 40 a 49 anos	619	8,4
De 50 a 59 anos	1725	23,4
De 60 a 69 anos	2314	31,4
De 70 a 79 anos	1670	22,7
> 80 anos	592	8,0
<b>Total</b>	<b>7360</b>	<b>100,0</b>
<b>Morbidade</b>		
Diabético	760	10,4
Hipertenso	1349	18,4
Diabético-hipertenso	1732	23,6
Não-diabético e não-hipertenso	3179	43,3
Outros/não-informado	318	4,3
<b>Total</b>	<b>7338</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife/SSMC**

Com relação às especialidades médicas oferecidas pelo CMEM, a maior utilização se deu na oftalmologia, com 29,46% dos agendamentos observados no período do estudo. A produção do CMEM concentrou-se nas três especialidades médicas, num total de 74,09% de todos os agendamentos. Todos os agendamentos para oftalmologia, incluindo exames e procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais somam 41,59% dos agendamentos (Tabela 2).

**Tabela 2. Distribuição dos usuários por especialidades e serviços utilizados em todo CMEM, abril 2011.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Especialidades e serviços</b>		
Endocrinologia	2016	23,4
Cardiologia	1831	21,2
Oftalmologia	2539	29,5
Exames e procedimentos oftalmológicos	1046	12,1
Outras consultas	680	7,9
Outros exames	507	5,9
<b>Total</b>	<b>8619</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife/SSMC**

Com relação aos usuários agendados para consultas em endocrinologia em abril de 2011, verificou-se que a maioria, 69,53% era do sexo feminino. Para o tipo de consulta, foi encontrado que a grande maioria era de retornos, totalizando 97,17% do número de agendamentos.

Quanto à procedência dos usuários por Distrito Sanitário, a maior parte era procedente do DS III (36,25%), seguido pelo DS II com 13,29%. Já analisando a procedência dentro do DS III, o bairro com maior número de agendamentos foi o de Casa Amarela, responsável por 35,23% (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição dos usuários agendados em endocrinologia, por sexo, tipo de consulta e procedência, abril/2011.**

VARIÁVEIS	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	532	30,5
Feminino	1214	69,5
<b>Total</b>	<b>1746</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de Consulta</b>		
1º vez	55	2,7
Retorno referenciado	1959	97,2
Retorno por demanda espontânea	2	0,1
<b>Total</b>	<b>2016</b>	<b>100,0</b>
<b>Procedência por Distrito Sanitário (DS)</b>		
DS I	111	6,4
DS II	232	13,3
DS III	633	36,2
DS IV	145	8,3
DS V	137	7,8
DS VI	134	7,7
Não informado	354	20,3
<b>Total</b>	<b>1746</b>	<b>100,0</b>
<b>Procedência por Bairros - DS III</b>		
Casa Amarela	223	35,2
Nova Descoberta	112	17,7
Vasco da Gama	70	11,1
Macaxeira	34	5,4
Guabiraba	30	4,7
Demais Bairros	164	25,9
<b>Total</b>	<b>633</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife/SSMC**

A estimativa de cobertura em consultas de endocrinologia para o DS III de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Portaria 1.101/2001 quando comparada com a realidade encontrada neste estudo, mostrou superávit de consultas, sendo o parâmetro aqui proposto 30% maior que o parâmetro de 2 consultas/hab/ano (1,33%) e 44% maior para o de 3 consultas/hab/ano (0,89%) (Tabela 4).

**Tabela 4. Relação entre os parâmetros recomendados pela Portaria 1.101/02 e a estimativa de cobertura de consultas de endocrinologia realizadas pelo CMEM para o DS III em 2011.**

População do DS III	Percentual das consultas do CMEM para moradores do DS III	Total de consultas/ano de endocrinologia do CMEM	de de para usuários do DSIII	Estimativa do total de consultas/ano do DSIII
325.748	36,25%	23.968	8.688	
População do DS III	Parâmetro de cobertura de consultas especializadas de endocrinologia (Port. 1.101) (a)	Consultas necessárias de endocrinologia para cobrir toda a população do DSIII	Considerando 2 cons/hab/ano (b)	Considerando 3 cons/hab/ano (c)
325.748	0,40%	2.606	3.909	
População do DS III	Estimativa do total de consultas para usuários do DS III (d)	Parâmetro de cobertura proposto pelo estudo a partir da oferta do CMEM	Considerando 2 cons/hab/ano *	Considerando 3 cons/hab/ano **
325.748	8.688	1,33%	0,89%	

Para o cálculo do parâmetro proposto utilizou-se as seguintes fórmulas: \* (dxa)/b, \*\* (dxa)/c

## DISCUSSÃO

Ficou demonstrada a predominância da população idosa no CMEM, o que corrobora com estudo semelhante sobre características de usuários com diabetes e/ou hipertensão realizado por Bezerra<sup>18</sup> (2009) em outro município do mesmo estado.

A associação entre o DM e a hipertensão arterial foi demonstrada em outros estudos<sup>19,20</sup> de caracterização de idosos diabéticos, sendo encontrada em maior grau em usuários assistidos numa unidade de AB (61,1%)<sup>19</sup> e em menor grau na atenção especializada (17,6%)<sup>20</sup>. É importante destacar a associação dessas patologias como um dos principais fatores de risco para surgimento de doenças cardiovasculares, sendo necessário suporte especializado a fim de que seu controle e acompanhamento mais específico promova impacto na expectativa e qualidade de vida de seus portadores<sup>8</sup>.

Outro aspecto importante a salientar é que, apesar deste estudo ter sido realizado numa unidade de referência para hipertensão e diabetes, a expressiva quantidade de usuários agendados, 43,32%, não era diabética e nem hipertensa. Tal fato pode ser justificado em parte pelo fato do CMEM ser também referência municipal em oftalmologia, com ofertas ambulatoriais e cirúrgicas para usuários não necessariamente



diabéticos e hipertensos, assim, ao observar o total de usuários agendados para consultas ao oftalmologista, exames e procedimentos oftalmológicos foi encontrado um valor semelhante ao total de usuários não diabéticos e não hipertensos. Nesta perspectiva, aponta-se para a necessidade de reavaliação quanto à forma de encaminhamento desses usuários a partir da AB, a fim de que seja preservado o perfil do CMEM.

Para os agendamentos em endocrinologia, observou-se predominância de usuários do sexo feminino. Este fato pode ser explicado pela tendência de que as mulheres cuidam mais de sua saúde, procurando com maior frequência os serviços de saúde e conseqüentemente, favorecendo o diagnóstico e tratamento continuado, que condiz com outros estudos de caracterização de usuários portadores de diabetes em instituições de saúde<sup>19,20,21</sup>. Entretanto, há pesquisa que aponta não existir diferença entre sexos na prevalência da diabetes no Brasil (7,6%)<sup>19</sup>.

Com relação ao tipo de consulta, a imensa discrepância observada entre às marcações de consultas de retorno e as de primeira vez postulam algumas reflexões. Primeiramente, o acesso a este tipo de serviço, atenção secundária, pode estar prejudicado devido a uma provável baixa oferta de vagas relativas à primeira consulta, levando-se em consideração que a maioria da oferta registrada era restrita a usuários já acompanhados. Neste caso, em concordância com Jesus e Assis<sup>22</sup> ao discutir o conceito de acesso aos serviços de saúde, haveria uma barreira de acesso quanto a

*“... adequação funcional’, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos”.*

A partir desse resultado, torna-se importante questionar também o processo de coordenação do cuidado a ser estabelecido pela AB, uma vez que o processo de referência e contra-referência encontra-se fragilizado, onde o usuário dificilmente é retornado à unidade de origem (AB), e a coordenação do cuidado acaba ficando por parte da atenção especializada. Bastos<sup>23</sup>, ao analisar a integralidade no cuidado ao diabético em um centro de saúde observou restrição ao acesso, que estava focalizado em consultas médicas e medicações, revelando um caráter individual, curativo e médico-procedimento-centrado, o que pode ser uma peça chave no processo de fragmentação e distanciamento do caráter coordenador da AB e conseqüentemente na integralidade da atenção ao diabético.

A predominância de usuários residentes no Distrito Sanitário III, no qual se localiza o próprio CMEM, pode indicar uma barreira de acessibilidade geográfica para os demais usuários do município, residentes em outros DS, uma vez que este serviço representa a referência municipal para o portador de diabetes e de hipertensão<sup>24</sup>.

A constatação de um superávit de consultas em endocrinologia é apenas mais um resultado a reforçar a necessidade de readequação dos parâmetros assistenciais disponibilizados pela Portaria 1.101.2002<sup>25</sup>. Os dados analisados pelo presente estudo apresentam-se como possíveis parâmetros propostos para contribuir no processo de reorientação do modo de estimativa e organização da oferta assistencial especializada.

A partir deste estudo foi possível verificar que a maioria da população usuária do centro de referência em hipertensão e diabetes era idosa, e que apesar da nomenclatura da unidade, a maior parte de seus usuários não era formada nem por diabéticos nem hipertensos. Observou-se a concentração da oferta de serviços do Centro em consultas médicas de Endocrinologia, Cardiologia e Oftalmologia.

A população diabética usuária do serviço foi predominantemente do sexo feminino, residente no mesmo Distrito Sanitário do Centro (III), o que pode sugerir uma barreira de acessibilidade geográfica para os demais usuários do município. O tipo de consulta para endocrinologia principalmente encontrada como forma de agendamento foram as de retorno, indicando uma provável fragilização no processo de referência e contra-referência e de coordenação do cuidado pela Atenção Básica.

A cobertura estimada de consultas em endocrinologia para a população do Distrito Sanitário em que se localiza a unidade mostrou superávit entre o número de consultas agendadas e o número preconizado pela Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde, sendo necessária adequação dos parâmetros para o processo de reorganização da programação de assistência especializada.

Destaca-se a necessidade de novos estudos acerca de demanda e utilização de oferta, bem como para subsidiar a atualização da metodologia para definição de parâmetros assistenciais.

## REFERÊNCIAS

1. Marinho MGS, Cesse EAP, Bezerra AFB, Sousa IMC, Fontbonne A, Carvalho EF. Analysis of costs of care for patients with diabetes and hypertension. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab** 2011; 30(5):55-56.
2. Nogueira, AMT. ; Temóteo TL ; Carvalho, CMRG ; Borges, MESMM ; Luz, MHB ; Teles, JBM. Estudo Multidimensional de Idosos Diabéticos Atendidos em Ambulatório do Sistema Único de Saúde. **Rev. Enf. UERJ** 2010; 18(X):25-31.
3. World Health Organization. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation**. Geneva: WHO; 2006.
4. GUIDONI, CM ; OLIVERA, CMX. ; Freitas O. ; PEREIRA, LRL. Assistência ao Diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **RBCF. Ver. Bras. Cien. Farm. (Online)**, v. 45, p. 37-48, 2009.
5. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. -[3 e.d.]- Itapevi, SP:A.Araújo Silva Farmacêutica, 2009.p.
6. Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF: Senado,1988.
7. Fonseca, JOP. ; Castanheiras, MF. ; Pintos, SAG. ; Pereira, FS. ; Santos, GS. ; Santos, MCS. A importância de um centro de atenção secundária a portadores de hipertensão arterial e diabetes em um cenário para melhoria da assistência à população idosa. **Ver. Méd. de Minas Gerais**, v. 18, p. 25-29, 2008.
8. Brasil. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Rev Saúde Pública, v. 35, p.585-8. 2001.

9. Pinho, AMS. ; Vargas, AMD. ; Ferreira, EFE. ; Abreu, MHNG. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Cien. Saúde Colet.**, 15 (4), p. 2197-2206, 2010.
10. Macinko, J.; Starfield, B.; Shi, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and development (OECD) Countries, 1970-1998. **HSR: Health Services Research**. v.38, n.3, p.831-865, 2003.
11. Starfield, B.; Shi, L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. **Health Policy**. v. 60, p.201-218, 2002.
12. Starfield, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde; 2002.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.
14. Connass. **Conceitos gerais sobre assistência de média e alta complexidade no SUS**. In: Connass - progestores para entender a gestão do SUS - Assistência de média e alta complexidade no SUS volume 9. Brasília. MS; 2007. 14-33.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. . **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, v. 139, n. 112, p.36, 13 jun. 2002. Seção 1.
16. . Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Diretrizes para Programação Pactuada Integrada da Assistência a Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 148p. – (serie B. Textos Básicos de Saúde) (Serie Pactos pela Vida; V. 5).
17. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. p. 14-16. Disponível em <[www.recife.pe.gov.br](http://www.recife.pe.gov.br)> Acesso em 21/02/2012 às 21:20.

18. Bezerra DS, Silva AS, Carvalho ALM. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ ou *diabetes miellitus* em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. **Rev.Ciênc. Farm. básica Apl.**, 30(1):69-73,2009.
19. Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características Sociodemográficas e Clínicas de portadores de diabetes em um serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 15( número especial), 2007.
20. Tavares DMS, Rodrigues FR, Silvia CGC, Miranzi SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na Atenção Secundária. **Ciênc. Saúde Colet.**, 12(5): 1341-1352, 2007.
21. Obreli Neto PR, Franco WPG, Cuman RKN. Avaliação da farmacoterapia anti-hipertensiva em pacientes diabéticos atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) na rede municipal de saúde de Salto Grande, SP. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 30(3):323-329, 2009.
22. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão Sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Colet.**, 15(1):161-170,2010.
23. Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MAA, Oliveira LCF. Construção na integralidade no cuidar de pessoas com diabetes miellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciênc. e Saúde Colet.**, 16( supl,1):1417-1426,2011.
24. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,20(supl.2):5190-5198,2004.

25. Goyatá SLT, Nascimento MC, Silva SA, Vilela SC, Arates CIS, Rodrigues LBB, *et al.* Avaliação da Cobertura Assistencial de um Sistema Municipal de Saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro,17(4):510-5,2009.