



**CONDICÃO MARCADORA PARA ANÁLISE DA ATENÇÃO EM SAÚDE AOS  
DIABÉTICOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**TRACER CONDITION FOR ANALYSIS OF ATTENTION IN HEALTH TO DIABETIC PATIENTS BY  
FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM**

**CONDICIÓN MARCADORA PARA ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS  
DIABÉTICOS POR LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA**

*Maria de Fátima Meinberg Cheade<sup>1</sup>, Tayane Vieira Ramos de Alencar<sup>2</sup>, Andréia Insabralde de Queiroz  
Cardoso<sup>3</sup>, Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho<sup>4</sup>, Giovanna Karinny Pereira Cruz<sup>5</sup>, Marcos Antonio  
Ferreira Júnior<sup>6</sup>*

**RESUMO**

**Objetivo:** avaliar a assistência prestada por uma equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) aos pacientes com Diabetes Mellitus (DM). **Método:** estudo descritivo realizado na ESF Nossa Senhora das Graças, Campo Grande/MS. A população estudada foi composta por usuários da ESF portadores de DM que foram internados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE 01679512.9.0000.0021. Os dados foram descritos e analisados e a discussão foi feita à luz da literatura. **Resultados:** identificou-se 118 pacientes diabéticos cadastrados e um internado por complicações devido ao pé diabético, sendo a taxa de internação esperada para esta população de 0,58/118. **Conclusões:** o processo de avaliação dos serviços de saúde deve ser permanente, com o aumento do tempo analisado e dos dados coletados, a fim de manter a assistência satisfatória à população assistida. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Avaliação; Estratégia de Saúde da Família.

**ABSTRACT**

**Objective:** to evaluate the care provided by a team of the Family Health Unit (FHU) to patients with diabetes mellitus (DM). **Method:** descriptive study performed in the Family Health Strategy Nossa Senhora das Graças, Campo Grande/MS. The study population comprised members of the FHS with DM who were hospitalized. The research project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 01679512.9.0000.0021. Data were described and analyzed and the discussion was made in light of the literature. **Results:** we identified 118 diabetic patients registered and one hospitalized for complications due to diabetic foot, with an expected hospitalization rate for this population of 0.58/118. **Conclusions:** the evaluation process of health services should be permanent, with increase of time analyzed and data collected in order to maintain satisfactory assistance to the assisted population. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Evaluation; Family Health Strategy.

**RESUMEN**

**Objetivo:** evaluar la asistencia prestada por un equipo de la Unidad Básica de Salud de la Familia (UBSF) a los pacientes con Diabetes Mellitus (DM). **Método:** estudio descriptivo realizado en la ESF Nossa Senhora das Graças, Campo Grande/MS. La población estudiada fue compuesta por usuarios de la ESF portadores de DM que fueron internados. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, CAAE 01679512.9.0000,0021. Los datos fueron descritos y analizados y la discusión fue hecha a la luz de la literatura. **Resultados:** Se identificaron 118 pacientes diabéticos registrados en un internado por complicaciones debido al pie diabético, siendo la tasa esperada para ésta población de 0,58/118. **Conclusiones:** el proceso de evaluación de los servicios de salud debe ser permanente, con el aumento del tiempo analizado y de los datos recogidos, a fin de mantener la asistencia satisfactoria a la población asistida. **Descritores:** Diabetes Mellitus, Evaluación, Estrategia de Salud de la Familia.

<sup>1</sup>Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: [mdfcheade@uol.com.br](mailto:mdfcheade@uol.com.br); <sup>2</sup>Enfermeira, Especialista em Gerência de Unidades de Saúde, Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul/UFMS. Campo Grande (MS), Brasil. E-mail: [tayenf@yahoo.com.br](mailto:tayenf@yahoo.com.br); <sup>3</sup>Enfermeira, Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Facilitadora do Processo Ensino Aprendizagem, Curso de Especialização de Gestão da Clínica para os Hospitais do SUS, Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [andreiagc@gmail.com](mailto:andreiagc@gmail.com); <sup>4</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN/Natal/RN). Natal (RN), Brasil. E-mail: [diana-rego@hotmail.com](mailto:diana-rego@hotmail.com); <sup>5</sup>Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN/Natal/RN). Natal (RN), Brasil. E-mail: [giovannakarinnny@gmail.com](mailto:giovannakarinnny@gmail.com); <sup>6</sup>Enfermeiro. Professor Doutor, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal(RN), Brasil. E-mail: [marcosjunior@ufrnet.br](mailto:marcosjunior@ufrnet.br)

## INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos trinta anos, observou-se uma profunda mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira. Atualmente, há grande predomínio das doenças e mortes decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas, o Diabetes Mellitus (DM), que se configura hoje uma pandemia. O Diabetes e a Hipertensão Arterial estão em primeiro lugar como responsáveis por mortes, hospitalizações e amputações de membros inferiores. Estima-se haver no Brasil cerca de 7.800.000 adultos com diabetes diagnosticados.<sup>1</sup>

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou defeitos na ação da insulina. Caracteriza-se por hiperglicemia manifestada através de sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, visão turva ou por complicações agudas que podem representar risco de vida.<sup>2</sup>

A prevalência de DM tem aumentado por conta do envelhecimento da população, maior urbanização, crescimento da obesidade, sedentarismo e maior sobrevida do paciente diabético. Por esta razão, constitui-se como prioridade para a saúde pública mundial a adoção de medidas de prevenção a fim de reduzir significativamente a morbimortalidade por DM. Estima-se que em 1995 o DM atingia 4% da população adulta mundial e que em 2025 será alcançado o montante de 5,4% de diabéticos.<sup>3</sup>

Em 2011, a Rede Municipal de Saúde de Campo Grande totalizou o cadastro de 21.193 diabéticos nas Unidades de Saúde da Atenção Básica.<sup>4</sup> Considerado um grande problema de Saúde Pública no Brasil, a DM vem assumindo proporções preocupantes de prevalência, sendo cerca de 7,6% para a população na faixa etária entre 30 a 69 anos de idade e de 20% para a população idosa com 70 anos ou mais.<sup>5</sup> É responsável por complicações que podem levar a problemas sérios de saúde, representando uma sobrecarga socioeconômica ao orçamento anual da saúde.<sup>6</sup> Estimativas do custo direto para o Brasil estão em torno de 3,9 bilhões de dólares, enquanto que para a Argentina este valor representa 0,8 bilhões e 2 bilhões para o México.<sup>7</sup>

Tal situação justifica a crescente preocupação com o controle e prevenção deste agravo, bem como de suas complicações, que se expressam pelas crescentes taxas de morbidade e mortalidade e pelas sequelas de incapacidades que esta patologia provoca ao paciente afetado.<sup>8</sup>

Grande parte destas complicações poderia ser evitada com medidas preventivas, realizadas através de programas de saúde para o controle da DM ou de suas complicações agudas e crônicas.<sup>7</sup>

A assistência adequada ao paciente portador de DM na atenção básica reduz efeitos econômicos adversos, provocados por internações, além de sequelas e complicações. O estudo das internações por complicações do diabetes auxilia como indicador da efetividade da assistência em saúde e das intervenções implementadas. O gasto governamental exclusivamente com hospitalizações atribuíveis ao DM é expressivo, representando 2,2% do orçamento executado pelo Ministério da Saúde.<sup>9</sup>

Várias estratégias e ações vêm sendo adotadas com o objetivo de redução da ocorrência de doenças cardiovasculares na população brasileira. A adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo prioritário da Atenção Básica favorece o acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) exigem por sua conformação e processo de trabalho diferenciados.<sup>1</sup>

As equipes de Saúde da Família atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde da população sob sua responsabilidade. Caracteriza-se, entre outras, por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade esteja exposta e por prestar assistência integral, permanente e de qualidade à população.<sup>10</sup>

Vem crescendo, no Brasil, nas últimas décadas, iniciativas no sentido de institucionalizar a avaliação em saúde como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais através da avaliação de ações, serviços e estabelecimentos, além de programas, sistemas e políticas de saúde.<sup>11</sup>

A avaliação de serviços de saúde é um instrumento de gestão e planejamento baseado em um julgamento explícito e dinâmico a fim de desencadear um movimento de transformação nas práticas e serviços em direção a uma qualidade previamente almejada.<sup>12</sup>

Avaliadores precisam ser proativos nesse processo, resgatando os ideais e princípios do SUS, a fim de integrar o conceito ampliado de integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta

do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema.<sup>13</sup>

“Condição Marcadora ou Traçador” é uma técnica utilizada para se avaliar a qualidade da assistência à saúde através da avaliação da assistência prestada a um conjunto de determinadas condições ou patologias. Inclui-se na análise a resolatividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso a medicamentos e a outros níveis de atenção à saúde.<sup>14</sup>

A Condição marcadora é uma condição de saúde frequente assistida rotineiramente nos serviços de saúde. Seu uso, como técnica de avaliação, nos permite detectar problemas e pontos de estrangulamento na atenção em saúde prestada a uma determinada população.<sup>15</sup>

Devido à relevância do DM e suas complicações, a proposta de trabalho diferenciado a ser realizado pelas equipes de Saúde da Família e o papel gerencial no controle e avaliação das ações em saúde, este trabalho tem o objetivo de analisar a assistência prestada aos pacientes diabéticos da área de abrangência da ESF por meio da Condição Marcadora ou Traçador, cuja variável a ser investigada é a internação hospitalar por complicações do diabetes e suas causas.

## MÉTODO

Estudo descritivo, realizado no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Nossa Senhora das Graças, Distrito Sanitário Norte.

Utilizaram-se dados da área de abrangência de uma das equipes de Estratégia da Saúde da Família que se manteve completa em seu quadro de profissionais no período do estudo.

A população participante da pesquisa foi composta pelos usuários portadores de DM, cadastrados pelos sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) lotados na área cento e vinte e nove. O número de pacientes diabéticos cadastrados pelos ACS na área da equipe totalizava 118 pacientes.<sup>16</sup>

A coleta de dados aconteceu em duas etapas, na primeira: levantamento através das Fichas D, específicas para as informações de diabetes e dos Relatórios Mensais do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), da ocorrência de internações por complicações do DM, durante o ano de 2011, registrada no campo específico para este item pelos ACS. Na segunda: visita domiciliar aos pacientes identificados na primeira etapa para entrevista utilizando-se um formulário semiestruturado construído para identificação das variáveis estudadas.

Foram incluídos na pesquisa os usuários maiores de dezoito anos de idade com registro de internação hospitalar por complicações decorrentes da DM, que concordaram participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Consideraram-se como critérios de exclusão pacientes menores de dezoito anos de idade, os que não foram contactados e/ou encontrados durante visita domiciliar para a entrevista e/ou não aceitaram participar.

Com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Número CAAE 01679512.9.0000.0021).

Os dados foram descritos e analisados e a discussão foi feita à luz da literatura.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se, dos 118 pacientes diabéticos cadastrados, um usuário com DM internado por problemas decorrentes de complicações com pé diabético no ano de 2011, na área de abrangência da UBSF em estudo.

De acordo com a Figura 1, os dados referentes às internações em 2011, em Campo Grande - MS, não foram finalizados, demonstrando as hospitalizações por complicações do DM registradas até o ano de 2010, com as respectivas taxas de internação no período para a população de 30 a 59 anos, faixa etária coincidente com a do usuário internado na área de abrangência em estudo.

	2008	2009	2010	2011
População entre 30 e 59 anos em Campo Grande	287.194	293.615	293.615	293.615
Nº absoluto de Pacientes internados	44	67	65	-
Taxa de Internação (10.000 hab.)	1,53	2,28	2,21	-

Figura 1. População, número e taxas de internação por complicações do diabetes na faixa etária entre 30 e 59 anos. Campo Grande - MS, 2012.

Fonte: SIH, 2011.

Considerando o último ano de lançamento de dados do SIH, a taxa de internação é apontada como 2,21/10.000 habitantes, na faixa etária entre 30 e 59 anos. No mesmo

período, a população da equipe em estudo, na mesma faixa etária, era de 1493 pessoas, e após o cálculo verificou-se a taxa de

internação esperada é 0,33/10.000 habitantes.

Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população ou subgrupo desta podem indicar problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. O excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência.<sup>17</sup>

As hospitalizações no Brasil, atribuídas ao DM, foram estimadas em 836,3 mil anuais, sendo 49,3/10000 hab.<sup>9</sup> Baseando-se nestas informações, considerando os 118 pacientes diabéticos cadastrados na área de abrangência e a ocorrência de uma internação no período de um ano, observa-se que a taxa de internação esperada para esta população seria de 0,58/118. Portanto, faz-se necessário acompanhar o índice de hospitalizações neste grupo em maior período, no mínimo, mais um ano, para obtenção de dados sistematizados e acompanhamento das internações para posterior análise da taxa de internação obtida, sendo possível, assim, analisar a correlação entre a assistência na atenção básica e as internações hospitalares por grupos de doentes.

Com relação ao caso de internação identificado, trata-se de um homem de 35 anos de idade, com diagnóstico da patologia há 23 anos, que faz seu acompanhamento na UBSF Nossa Senhora das Graças e no Serviço de Referência ao Diabético (SEREDI). Ficou internado durante quatro dias no mês de dezembro de 2011, no Hospital Regional, devido à ocorrência de pé diabético. Relata associar esta internação ao DM e reconhece que poderia ter sido evitada se tivesse colocado em prática as orientações que lhe são repassadas pela equipe multiprofissional das instituições de saúde que o acompanham.

O pé diabético causa sofrimento, como mudança no estilo e qualidade de vida,

algumas vezes, impossibilitando o paciente de exercer suas atividades normais. Associam-se, ainda, os altos custos econômico-sociais, em virtude de amputações, aposentadorias precoces, perda de funções laborais em faixa etária produtiva, absenteísmo ao trabalho e o custo médico hospitalar.<sup>7</sup>

A maioria das hospitalizações por DM é pessoas do sexo feminino, assim como a maioria dos óbitos hospitalares por esta causa, porém, observa-se maior letalidade no sexo masculino. Observa-se incremento das hospitalizações com a idade (mais acentuado para as mulheres). O estudo mostra que homens são internados com menos frequência (48%) que mulheres, todavia, com maior gasto total (53%). Internações de pacientes com 45 - 64 anos representaram o maior volume (45%).<sup>9</sup>

Como instrumento de planejamento, controle, regulação e avaliação do SUS, fez-se necessário estabelecer parâmetros de cobertura assistenciais, os quais representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referência para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.<sup>18</sup>

As figuras 2 e 3 mostram as consultas médicas e de enfermagem programadas e realizadas aos portadores de DM no município de Campo Grande- MS e na UBSF Nossa Senhora das Graças no ano de 2011. Fica evidente o alcance dos Indicadores de saúde pactuados relacionados ao atendimento ao portador de DM.

Meta	Unidade de medida	Quantitativo programado	Realizado	%
Consulta ambulatorial (médica e de enfermagem) em diabético na UBS/ UBSF	Consulta médica em diabético na UBS/UBSF	52.050	51.463	98,9%
	Consulta de enfermagem em diabético na UBS/UBSF	34.700	33.692	97,1%
Avaliações em pés de risco em pacientes diabéticos	Avaliação do Pé Diabético (50% dos pacientes diabéticos cadastrados)	8.760	10.141	115,8%

Figura 2. Consultas médicas e de enfermagem programadas e realizadas aos portadores de DM. Campo Grande - MS, 2011.

Fonte: Hygia, 2011.

Meta	Unidade de medida	Quantitativo programado	Realizado	%
Realizar consulta ambulatorial (médica e de enfermagem) em diabético na UBS/ UBSF	Consulta médica em diabético na UBS/UBSF	621	758	122%
	Consulta de enfermagem em diabético na UBS/UBSF	414	287	70%
Realizar avaliações em pés de risco em pacientes diabéticos	Avaliação do Pé Diabético (50% dos pacientes diabéticos cadastrados)	104	114	110%

**Figura 3.** Consultas médicas e de enfermagem programadas e realizadas aos portadores de DM, na UBSF Nossa Senhora das Graças. Campo Grande - MS, 2011.

Fonte: Hygia, 2011.

Em termos gerais, os Indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.<sup>19</sup> Sendo que o parâmetro para o cálculo das consultas médicas sobre a população é de 2 a 3 consultas/ano/habitante.<sup>18</sup>

Na figura 4, estão identificados os procedimentos realizados ao paciente identificado neste estudo, o qual passou por internação em decorrência de complicações devido à DM e ao pé diabético, sendo que os procedimentos foram realizados na UBSF Nossa Senhora das Graças e também em outras unidades de atendimento de saúde.

Procedimentos	UBSF Nossa Sr. <sup>a</sup> das Graças	Outras Unidades de Saúde	Total
Curativo	03	25	28
Consulta	10	10	20
Pré-consulta	07	05	12
Entrega de material para curativo domiciliar	10	0	10
Sessão educativa	07	02	09
Glicemia capilar	06	0	06
Consulta odontológica	06	0	06
Aferição de PA	04	0	04
Coleta de exames	0	02	02
Solicitação de sapato e palmilha	0	02	02
Avaliação Pé Diabético	0	02	02
Debridamento	0	01	01
Pequena cirurgia	0	01	01
Pós consulta	0	01	01
Classificação de risco na UPA	0	01	01
Medicação	01	0	01

**Figura 4.** Procedimentos em paciente identificado neste estudo devido à hospitalização no período.

Campo Grande - MS, 2011.

Fonte: Hygia, 2011.

Observa-se a realização de 28 curativos, sendo três na UBSF e 25 em outras Unidades de Saúde, sendo a maioria destes no SEREDI. Totalizou-se 20 consultas médicas e de enfermagem no período, superando os parâmetros calculados. Há também o registro da participação do paciente em 9 sessões educativas, além de 06 consultas odontológicas. Procedimentos mais complexos, atribuídos à Atenção Secundária e Terciária, também foram observados, sendo: duas solicitações de sapato e palmilha para a Casa da Saúde, duas avaliações do pé diabético realizadas por médico especialista, um procedimento para debridamento de ferida e uma pequena cirurgia. Há também o registro de consulta médica na UBSF no dia 22 de dezembro de 2011, na qual foi detectada alteração no pé do paciente, tendo sido realizado curativo local e administração de medicação intramuscular.

Quatro dias após esta avaliação, o paciente teve um atendimento médico com ortopedista, que observou área necrótica no dedo do pé do enfermo, o encaminhou para avaliação com médico vascular na Santa Casa de Campo Grande, de onde foi conduzido para o Hospital Regional e permaneceu internado por quatro dias.

Observa-se que a atenção prestada ao paciente internado em estudo foi realizada em todos os pontos de atenção da Rede Municipal de Saúde de Campo Grande, em suas necessidades de saúde, em relação a sua patologia, que teve como início a atenção básica por meio da ESF, o que está de acordo com as normativas no Decreto 7508/11, nas quais se recomenda que a integralidade da assistência seja iniciada e finalizada na Rede de Atenção à Saúde através do conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a

finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.<sup>20</sup>

Rede de Atenção à Saúde é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.<sup>21</sup>

O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços através de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se indispensável o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.<sup>13</sup>

Os atendimentos apresentados na atenção em saúde ao usuário antes de sua internação se constituíram de dados quantitativos e não qualitativos, constituindo uma das limitações do presente estudo para o acompanhamento e avaliação do atendimento.

De acordo com estudo realizado, no que se refere à avaliação dos pés do referido paciente, verifica-se que a frequência de registros nos prontuários é baixa. Esse dado mostra que o exame dos pés e as condutas clínicas e educativas associadas a esse procedimento ainda não se constituem como informações disponíveis para o planejamento, implementação e avaliação de ações para o autocuidado com os pés. Esse contexto pode representar risco ao usuário, uma vez que foram observadas lacunas nos prontuários em relação à identificação de fatores de risco para úlceras e amputações, bem como em relação ao registro de medidas preventivas, curativas e educativas para o cuidado com os pés.<sup>22</sup>

A avaliação em saúde ao mesmo tempo em que é necessária é também complexa. No processo atual de expansão e consolidação, na qual se encontra a ESF, a avaliação representa um compromisso dos gestores em saúde em todos os âmbitos. Existe a necessidade de se compatibilizar instrumentos e de pactuar o objeto e os objetivos da avaliação.<sup>12</sup>

Observa-se a necessidade de reconhecer a avaliação como um processo permanente para o alcance da qualidade na atenção ao portador de DM. É preciso elaborar um plano assistencial comum, conhecer as características dos usuários que frequentam os serviços de saúde, visando à identificação,

elaboração de diagnósticos de saúde, implementação e avaliação de intervenções para estes, alicerçado em um processo gerencial, no qual os protocolos descritivos possam ser transformados em intervenções concretas, no contexto do serviço de saúde, cujos aspectos vêm sendo citados como os primeiros passos para a melhoria do atendimento e redução da morbimortalidade.<sup>22-3</sup>

## CONCLUSÃO

Observou-se que para a correta avaliação das taxas de internação encontradas na população de diabéticos assistidas pela UBSF, é necessário que se tenha informações de um período de tempo mais prolongado, sendo somente um ano de dados, um período muito curto, tornando-se insatisfatório para tal avaliação; observou-se também, em relação ao caso de internação ocorrido, integralidade na assistência prestada pela Rede de Atenção em Saúde, através dos cuidados e procedimentos prestados, níveis de atenção envolvidos e acompanhamento sistemático pelos profissionais, inclusive da ESF.

Conclui-se, no entanto, que o processo de avaliação deve ser permanente a fim de minimizar riscos e danos aos usuários, bem como servir de ferramenta para a gestão implementar o processo de trabalho, tornando o serviço satisfatório.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério Da Saúde. Departamento de Atenção Básica - Portal da Saúde. hiperdia.datasus.gov.br. Acessado em 05/03/2012.
2. Gross, JL; Silveiro, SP; Camargo, JL; Reichelt, AJ; Azevedo, MJ. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq bras endocrinol metab. São Paulo on-line [Internet] 2002 Feb [cited 2013 Jan 13];46(1):[about 5 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>
3. Ferreira, CLRA; Ferreira, MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema Hiperdia. Arq bras endocrinol metab. São Paulo on-line [Internet] 2009 Feb [cited 2013 Jan 13];53(1):[about 5 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a12.pdf>
4. Coordenação da Atenção Básica. CAB - Remus, Campo Grande - MS. 2011.
5. Lazzari, CC; Volquind, GG; Souza, LNS. Tratamento de idosos com diabetes em uma Unidade Básica de Saúde. Mom perspec saúde. Porto Alegre on-line [Internet]. 2005 Jul./Dez [cited 2013 Jan 13];18(2):[about 5 p.]. Available from:

<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsrevista/revista2005n2.pdf#page=23>

6. Salomé, GM. O enfermeiro frente ao paciente com lesão Neuropática: relato de experiência. *Rev nursing*. São Paulo; 2007 Abr. 9 (107):171-75

7. Salomé, GM; Blanes, L; Ferreira, LM. Capacidade funcional dos pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. *Acta paul enferm*. São Paulo on-line [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 13]; 22(4):412-416. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a10v22n4.pdf>

8. Bortoletto, MSS; Viude, DF; Haddad, MCL; Karino, ME. Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. *Acta scientiarum*. Maringá on-line [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 13];32(2):205-13. Available from: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7754>

9. Rosa, RS; Schmidt, MI; Duncan, BB; Souza, MFM; LIMA, AK; Moura, L. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. *Rev bras epidemiol*. São Paulo on-line [Internet]. 2007 Dez [cited 2013 Jan 13];10(4):465-78. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400004&script=sci_arttext)

10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Available from: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

11. Aquino, EML. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. *Cad saúde pública*. Rio de Janeiro on-line [Internet] 2006 Jan [cited 2013 Jan 13]; 22(1):229-31 Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000100027&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000100027&script=sci_arttext)

12.12 Silva, JM; Caldeira, AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro. 2011 Jan/Mar; 9 (1).

13. Hartz, ZMA; Contandriopoulos, AP. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a "system without walls". *Cad saúde pública*, Rio de Janeiro. on-line [Internet]. 2004 [cited 2013 Jan 13]; 2(Sup. 20): 331-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>

14. Bottari, CMS; Vasconcellos, MM; Mendonça, MMH. Cervical cancer as a tracer condition: a proposal for evaluation of primary health care. *Cad saúde pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 13]; 1(Sup. 24):111-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/16.pdf>

15. Penna, MLF. Condição Marcadora e Evento Sentinela na Avaliação de Serviços de Saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 1997.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação,

Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação Sistema de Informação Hospitalar do SUS. SIH. Município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul; 2011.

17. Alfradique, ME; Bonolo, PF; Dourado, I; Lima-costa, MF; Macinko, J; Mendonça, CS; Oliveira, VB; Sampaio, RLF; Simoni, CD; Turci, MA. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP - Brazil). *Cad saúde pública*, Rio de Janeiro. on-line [Internet]. 2009 Jun 25 [cited 2013 Jan 13];(6):1337-349. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016)

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete Ministerial nº 1101. Brasília, DF: 2002. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>

19. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. - 2nd ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. ISBN 978-85-87943-65-1. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ind\\_basicos\\_2\\_edicao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ind_basicos_2_edicao.pdf)

20. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto 7508/11. Brasília, DF: 2011. Available from: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete Ministerial nº 3925. Brasília, DF: 1998. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/15986-3925>

22. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2011 July/Sept 20 [cited 2013 Jan 13];(3)512-18. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300012&script=sci_arttext)

23. Costa IKF, Tibúrcio MP, Melo GSM et al. Characterization of diabetics and hypertensive people monitored by the computerized system of registration and monitoring of hypertensive and diabetics. *J Nurs UFPE online* [Internet]. 2012 Nov [cited 2013 Jan 13];6(11):2719-28. Available from: <https://www.google.com.br/#q=p%C3%A9+diab%C3%A9tico+reuol>

Submissão: 23/10/2013

Aceito: 28/12/2014

Publicado: 01/02/2015

### Correspondência

Marcos Antonio Ferreira Júnior  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Departamento de Enfermagem  
Av. Senador Salgado Filho, s/n. – Campus  
Lagoa Nova  
CEP 59072-970 – Natal (RN), Brasil