



Universidade
Estadual da
Paraíba

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ANANERY VENANCIO DOS SANTOS

**ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS: características de acesso e qualidade da atenção
prestada pelas Equipes de Saúde da Família**

**CAMPINA GRANDE
2016**

ANANERY VENANCIO DOS SANTOS

**ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS: características de acesso e qualidade da atenção
prestada pelas Equipes de Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa.

**CAMPINA GRANDE
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S237a Santos, Ananery Venâncio dos.

Atenção à diabetes mellitus [manuscrito] : características de acesso e qualidade da atenção prestada pelas equipes de saúde da família / Ananery Venâncio dos Santos. - 2016.

26 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa, Departamento de Enfermagem".

1. Diabetes mellitus. 2. Saúde da família. 3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 616.462

ANANERY VENANCIO DOS SANTOS

**ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS: características de acesso e qualidade da atenção
prestada pelas Equipes de Saúde da Família**

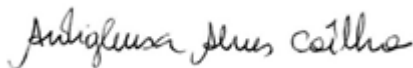
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

Aprovada em: 25/05/2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^ª. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Valdeci Carneiro da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Àqueles que na condição de pacientes foram, são e serão por nós assistidos, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me permitir essa realização.

À Coordenadora do Curso de Enfermagem por sua dedicação, amor e eficiência no trabalho executado.

À professora Cláudia pelas orientações, leituras sugeridas, dedicação e paciência ao longo da execução deste trabalho.

Ao meu avô Euclides, meus irmãos Robson e Moisés, às minhas irmãs Thâmara e Juliana, ao meu tio Joca, às minhas tias Tereza Neuma, Fátima, Mita, Lourdinha, Lúcia, Socorro, Elza, Cícera, por compreenderem minha ausência nas reuniões familiares.

Aos meus pais (*in memoriam*), pois apesar de não estarem mais presente fisicamente, sei que serão sempre minha inspiração, dando-me forças para superar os obstáculos e realizar o que planejaram para mim.

Ao meu namorado Abraão Bruno, pela compreensão, amizade e apoio ao longo do curso.

Às amigas Irmãs Ana, Cindy, Magna, Cinthia, Cibele e Jamily por me apoiarem sempre que foi preciso.

Aos professores do Curso de Enfermagem da UEPB, em especial, Cláudia Martiniano, Ardigleusa Alves, Valdeci Carneiro, Mércia Gaudêncio, Rosilene Batista, Sueli Albuquerque, Francisco Stélio, Elizabeth Bronzeado, Juraci Albuquerque, Samantha Rangel e Miguel (*in memoriam*), que contribuiram para o meu aprimoramento profissional ao longo de cinquenta meses, por meio das disciplinas, debates e estágios.

Aos funcionários da UEPB, Dedé, Bruno e Raenilson pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

À colega de classe Edvânia a qual se tornou uma grande amiga, pelos momentos de amizade e apoio.

“É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens, mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem”.

Michel Eyquem de Montaigne
(1533-1592).

Ensaaios. ‘Da semelhança dos pais com os filhos’.

Trad. Sérgio Milliet

ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS: características de acesso e qualidade da atenção prestada pelas Equipes de Saúde da Família

Ananery Venancio dos Santos¹
Cláudia Santos Martiniano Sousa²

RESUMO

Objetivo: avaliar as características da atenção ao Diabetes Mellitus prestada pelas Equipes de Saúde da Família, estratificadas por regiões brasileiras. Método: estudo descritivo transversal, a partir de dados secundários da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil, com a participação de 8.949 profissionais da atenção básica. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre os estratos de regiões, no que se refere às dimensões da atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e organização da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus nas equipes de APS, e, quando necessário, foram considerados os testes qui-quadrado com correção de Yates ou exato de Fisher. Para a variável tempo de espera para consulta foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Resultados: a maioria dos participantes foi de enfermeiros (n= 8.179; 91,4%). Quanto ao tempo de atuação dos entrevistados na atenção básica, verificou-se que a maioria (59,1%) possui mais de três anos de atuação. Das equipes avaliadas 68,7% são Equipes de Saúde da Família (EqSF) com saúde bucal e 28,3% são EqSF sem saúde bucal, destaca-se o Nordeste com 83,5% de EqSF com saúde bucal. Observou-se que 97,3% das equipes programam a oferta de consultas e ações para usuários com Diabetes mellitus. Entre os entrevistados, 53,7%, informam que o agendamento da consulta pode ser realizado em qualquer dia da semana e em qualquer horário; 97% afirmam que são utilizadas fichas para cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus. A coordenação da fila de espera e o acompanhamento de usuários são realizados por 61,7% dos entrevistados. As consultas são programadas pela maioria das equipes (90,5%), assim como o exame do pé diabético (67%). Apenas 50,8% afirmou que as equipes de atenção básica não realizam periodicamente o exame de fundo de olho. Afirmaram ainda que as ações educativas e de promoção da saúde são realizadas em 93,4% das equipes e 93% afirmou a realização de busca ativa dos diabéticos faltosos durante as visitas domiciliares dos ACS. Conclusão: Verificou-se que a região Centro-Oeste apresenta o índice de menor tempo de espera para consulta na Unidade Básica de Saúde, maior programação de consultas e exames, e maior número de equipes que ofertam ações educativas e de promoção da saúde.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a *International Diabetes Federation* (IDF), no ano de 2015 havia no Brasil 14,3 milhões de habitantes com diabetes e estimativas apontam que esse número aumentará para 23,2 milhões em 2040, correspondendo a 9,4% da população nacional.

Há dois tipos mais comuns de Diabetes. O Diabetes do tipo I está associado à destruição das células beta, sendo necessária a administração da insulina para prevenção da cetoacidose, coma e morte; corresponde à deficiência absoluta de insulina no organismo. O Diabetes do tipo II refere-se à deficiência relativa de insulina; nesses casos o objetivo da administração de insulina é controlar o quadro de hiperglicemia e raramente a cetoacidose (BRASIL, 2006). E ainda, denomina-se Diabetes gestacional à ocorrência de hiperglicemia na gestação (BRASIL, 2006).

O DM é uma patologia que gera altos custos econômico e social devido às suas sérias complicações (TAVARES et al., 2014). Santos et al. (2015) afirmaram que no ano de 2014 cerca de 387 milhões de pessoas no mundo tinham diabetes.

O DM é considerado como um importante fator de risco para complicações cardiovasculares. O sistema de saúde tem como desafio a garantia do acompanhamento dos indivíduos acometidos por essa patologia e necessita do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

As medidas de monitorização do diabetes englobam o controle da glicemia e o tratamento correto (SANTOS et al., 2014). E as ações executadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) são exemplos da atenção primária e baseiam-se na promoção da saúde e no atendimento dos casos agudos e crônicos, caracterizando-se como porta de entrada no sistema (GOULART, 2011).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, para o diagnóstico e reconhecimento da hiperglicemia e Diabetes no ambiente hospitalar, é necessário que os médicos avaliem todos os pacientes admitidos quanto ao histórico de DM, realizando a glicemia logo na admissão hospitalar; pacientes sem histórico de DM com glicemia maior que 140mg/dl devem ser monitorados de 24 à 48 horas em relação à glicemia e os pacientes internados com Diabetes ou hiperglicemia deverão ser avaliados com o exame hemoglobina glicada -HbA1C (SBEM,2012).

O modelo da atenção às condições crônicas baseia-se na promoção da saúde e na prevenção das condições de saúde através de ações destinadas a subpopulações que apresentam fatores de risco ligados ao comportamento e ao estilo de vida, a exemplo de dieta inadequada, excesso de peso, inatividade física, tabagismo, uso excessivo de álcool (MENDES, 2012).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1654, a qual se refere ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ, com o objetivo de avaliar o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde, alcançando um mesmo padrão de qualidade nos níveis local, regional e nacional.

Nesse sentido, o PMAQ propõe ampliar a capacidade da gestão federal, estadual e municipal, bem como as próprias equipes de saúde, visando melhoria da qualidade e das ações a serem ofertadas à população (BRASIL, 2015).

De acordo com Ladeira (2011), o PMAQ estimula a participação das equipes, dos gestores e dos usuários, objetivando melhores condições de saúde à população. O Programa abrange todas as equipes e gestões municipais, as quais estão sendo avaliadas periodicamente pelo Ministério da Saúde através de pesquisas realizadas por instituições de ensino superior.

O Programa está organizado em quatro fases, assim denominadas: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A adesão e contratualização acontecem quando o gestor adere ao programa e contratualiza. A etapa de desenvolvimento abrange as dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A terceira etapa é a avaliação externa, a qual é feita por especialistas de instituições de ensino e pesquisa. E por último, a recontratualização, que acontece após a avaliação e a certificação das Equipes da Atenção Básica (LADEIRA, 2011).

Definiu-se a participação de 17.664 Equipes de Atenção Básica (EAB) no programa e 14.590 Equipes de Saúde Bucal. No primeiro ciclo do PMAQ (2011-2012) foram avaliadas 17.202 EAB (LADEIRA, 2011). Aderiram ao segundo ciclo (2013-2014) 30.424 Equipes de Saúde da Família e 19.898 Equipes de Saúde Bucal (PINTO et al., 2014). O terceiro ciclo já está sendo iniciado.

De acordo com o Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2012), dentre as áreas estratégicas para a realização de ações programáticas na atenção básica está o controle da Diabetes Mellitus. As referidas áreas estratégicas são: saúde da mulher e da criança, controle de Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, produção geral, tuberculose, hanseníase e saúde mental.

Para o controle da Diabetes Mellitus avalia-se a proporção de diabéticos cadastrados, a média de atendimentos por diabéticos e monitora-se a proporção de diabéticos acompanhados no domicílio (BRASIL, 2012).

Esse artigo tem como objetivo avaliar as características da atenção ao Diabetes Mellitus prestada pelas Equipes de Saúde da Família, estratificadas por regiões brasileiras.

2 DESENVOLVIMENTO

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, que se utiliza de dados oriundos do banco da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) realizada no Brasil, por ocasião do 1º Ciclo, ocorrido em 2012.

Cenário da pesquisa

A adesão ao ciclo 1 do PMAQ foi de 17.482 Equipes de Atenção Básica (EAB) distribuídas nos 3.944 (70,8%) do total dos municípios em 14.111 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os questionários de 17.202 foram validados no banco de dados do Ministério da Saúde. Deste quantitativo, 8.949 foram recrutadas para esse estudo.

População e amostra

A população do estudo está composta de profissionais vinculados à EAB com adesão ao PMAQ, sendo eles médicos, enfermeiros e dentistas. A amostra foi constituída por um

profissional selecionado em cada equipe para participar da avaliação externa na qualidade de respondente, totalizando 8.949 profissionais.

A seleção dos respondentes para estudo se deu com base no seguinte critério de inclusão: atuar em equipes com registro de pessoas com Diabetes Mellitus (DM) com maior risco ou gravidade. Foram excluídas do estudo as equipes que não atenderam ao critério de inclusão.

Instrumentos de medida e fontes de dados:

Utilizou-se um questionário contendo perguntas fechadas disponibilizados em *tablets*, aplicados por entrevistadores submetidos a treinamento e sob supervisão. Em seguida os questionários foram enviados *on-line* ao sistema do Ministério da Saúde, acessados e validados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) segundo um protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados através do *soft* Validador *on-line* do PMAQ-AB (VALENTIM, et al, 2013). Para análise dos dados, foram incluídas a caracterização dos respondentes e 3 dimensões do questionário Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde da Avaliação Externa do PMAQ-AB 1º ciclo (BRASIL, 2012).

No Quadro 1 encontram-se a descrição das variáveis selecionadas para avaliar a atenção à pessoa com Diabetes Mellitus por dimensões e características.

Quadro 1 – Definição, categorias/descrição do agrupamento e origem das variáveis selecionadas para o estudo, Brasil, 2012.

Variável	Definição	Categorias/Descrição do agrupamento	Origem
DIMENSÃO CARACTERIZAÇÃO			
V1	Profissão	1 – Médico 2 – Enfermeiro 3 – Cirurgião Dentista	II.3.3
V2	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?	0,5 – Menos de um ano (997) 0,0 – Não sabe/Não respondeu (999) 1 – ≤ que 3 anos 2 – > que 3 anos Critério para agrupamento Média= 3,13 Mediana= 2 Valor mín.= 1 e Valor max.= 42 anos	II.3.5
V3	Qual o tipo desta equipe?	1 – ESF com saúde bucal	II.4.1

		2 – ESF sem saúde bucal 3 – Equipe Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal 4 – Equipe Atenção Básica (parametrizada) sem saúde bucal 5 – Outros 999 – Não sabe/Não respondeu	
DIMENSÃO - Organização da agenda			II.16
V4	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas de consultas e ações? Usuários com Diabetes Mellitus	Sim Não	II.16.7.8
V5	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e Diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?	Sim Não 999 - Não sabe/não respondeu	II.16.8
DIMENSÃO - Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde			
Utilização de protocolo			
V6	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para Diabetes	Sim Não Não se aplica 999 - Não sabe/Não respondeu	II.17.4.6
Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica			
Para Diabetes mellitus?			
V7	Hemoglobina glicosilada	Sim Não Não se aplica 999 - Não sabe/Não respondeu	II.17.6.1
DIMENSÃO - Atenção à pessoa com diabetes.			II.26.
V9	Como são agendadas as consultas para pessoas com Diabetes Mellitus?	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário • Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos • Dias específicos fixos em até três dias na semana • Dias específicos fixos em mais de três dias na semana Outro(s)	II.26.1
V10	Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com Diabetes Mellitus na unidade de saúde?	Dias	II.26.2
V11	A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes Mellitus?	Sim Não	II.26.3
V12	A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com Diabetes Mellitus com maior risco/gravidade?	Sim Não	II.26.4
V13	A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes Mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	Sim Não	II.26.5
V14	A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com	Sim Não	II.26.6

	Diabetes Mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	999 - Não sabe/não respondeu	
V15	A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente?	Sim Não	II.26.7
V16	A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?	Sim Não	II.26.8
DIMENSÃO - Promoção da saúde			II.31
V17	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para Prevenção e tratamento de Diabetes Mellitus	Sim Não	II.31.1.8

Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva das características da atenção básica à pessoa com Diabetes Mellitus por região geopolítica. Os municípios participantes do estudo foram classificados em 5 estratos segundo região geopolítica a saber: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

O desempenho das equipes sobre a atenção à pessoa com Diabetes Mellitus por regiões geopolíticas foi mensurado utilizando-se três dimensões do instrumento do PMAQ: atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e atenção a pessoa com diabetes e promoção da saúde através do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão 21). As dimensões “atenção à pessoa com Diabetes Mellitus e promoção da saúde” foram agrupadas e renomeadas como organização da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus nas EAB.

As variáveis foram dicotomizadas em sim e não, em seguida foi realizado o somatório das respostas para cada item, dividindo pelo total da amostra. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre as regiões geopolíticas no que tange às dimensões sobre a atenção a Diabetes Mellitus. Quando necessário foram considerados também o teste qui-quadrado com correção de Yates ou Teste Exato de Fisher. Para a variável tempo de espera para consulta, foi aplicado o teste Kruskal Wallis a fim de verificar diferenças em relação à mediana de tempo de espera para primeira consulta de pessoas com Diabetes na Unidade de saúde (UBS) por região. Na aplicação dos testes estatísticos, fixou-se o alpha em 5% ($\alpha = 0,05$).

Aspectos éticos

O projeto multicêntrico que gerou o banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904, em 13 de março de 2012, e seguiu as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos respondentes segundo profissão e região

Foram recrutados para o estudo 8.949 profissionais das Equipes de Atenção Básica (EAB). Desse quantitativo, 3.931 (44%) encontra-se na região Sudeste, 1.430 (16%) na região Sul, 462 (5%) na região Centro-Oeste, 537 (6%) na região Norte e 2.589 (29%) na região Nordeste.

A Tabela 1 mostra a caracterização dos respondentes por profissão e região do Brasil.

Tabela 1 – Caracterização dos respondentes segundo Profissão e Região, Brasil, 2012.

Profissão		Região					Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Médico(a)	N	18	124	344	81	32	599
	%	3,4	4,8	8,8	5,7	6,9	6,7
Enfermeiro(a)	N	508	2402	3555	1296	418	8179
	%	94,6	92,8	90,4	90,6	90,5	91,4
Cirurgião(ã)-dentista	N	11	63	32	53	12	171
	%	2,0	2,4	0,8	3,7	2,6	1,9
Total	N	537	2589	3931	1430	462	8949
	%	100	100	100,0%	100	100	100

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ-AB, 2012.

Em relação à categoria profissional do respondente, há predomínio de enfermeiros (91,4%), inclusive em todas as regiões brasileiras; a categoria médica correspondeu a (6,7%) e os cirurgiões dentistas (1,9%), conforme mostra a Tabela 1. Esses dados convergem com aqueles encontrados nos estudos de Seidl et al. (2014) sobre gestão do trabalho na atenção à saúde onde foi utilizada a mesma metodologia e o mesmo banco de dados. Os estudos mostraram que 92,3% dos profissionais respondentes eram enfermeiros.

Para Backes *et al* (2012) o enfermeiro vem ocupando um espaço cada vez mais decisivo e propositivo na organização dos serviços de Atenção Básica à Saúde, em especial no que compete à identificação das necessidades de cuidado da população, a promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões.

Esse profissional exerce ainda um importante papel nas atividades de educação em saúde, a qual deve ser executada de forma constante e efetiva, objetivando prevenir doenças e promover a saúde da população (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

3.2 Caracterização dos respondentes segundo tempo de atuação e região

Em relação ao tempo de atuação dos respondentes nas EAB, verifica-se que a maioria (59,1%) possui mais de 3 anos de atuação e (40,9%) possuem tempo de atuação menor ou igual a três anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos respondentes segundo tempo de atuação e região, Brasil, 2012.

Tempo de atuação (em anos)		Região					Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
≤ 3	N	197	1037	1707	551	166	3658
	%	36,7	40,1	43,4	38,5	35,9	40,9
> 3	N	340	1552	2224	879	296	5291
	%	63,3	59,9	56,6	61,5	64,1	59,1
Total	N	537	2589	3931	1430	462	8949
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ-AB, 2012.

Esses dados divergem do estudo realizado por Seidl *et al.* (2014), utilizando a mesma metodologia e mesmo banco de dados, onde o tempo de atuação dos profissionais que tinham menos de um ano na equipe foi 27,6% e 28,9% o tempo de atuação dos profissionais com até dois anos de atuação, o que somados pode-se dizer que a maioria dos profissionais (56,5%) tinham menos de dois anos de atuação na equipe.

De acordo com Giovani e Vieira (2013), a alta rotatividade entre os profissionais da atenção básica contribui para a falta de confiança e de vínculo das equipes com a comunidade, além de influenciar de forma negativa nos resultados esperados e na efetividade do modelo.

Entre os vários fatores que fortalecem o vínculo e a confiança dos usuários nos profissionais, foram identificados a clareza na transmissão de informações, o interesse dos

profissionais por seus pacientes, encontros entre os profissionais, usuários e cuidadores, e uma boa infraestrutura para o atendimento (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

O estudo realizado por Rodrigues, Pereira e Sabino (2013), mostrou que a rotatividade de enfermeiros no município de Santo Amaro da Imperatriz/SC, no período de 12 meses anteriores à realização da pesquisa, foi de 58,3%. Esse estudo evidenciou ainda que 71,4% dos enfermeiros entrevistados tinham intenções de pedir demissão nos próximos doze meses.

3.3 Caracterização dos respondentes segundo o tipo de equipe e região

Na Tabela 3 pode ser observado que 68,7% das equipes avaliadas são Equipes de Saúde da Família (EqSF) – com saúde bucal e 28,3% são Equipes de Saúde da Família - sem saúde bucal. Esses dados concordam com estudos realizados por Albuquerque et al. (2014) onde 72,8% das equipes são EqSF com saúde bucal e 27,2% são EqSF sem saúde bucal. Dessa forma, merece especial atenção o quantitativo de aproximadamente 30% das Equipes de Saúde da Família não possuírem dentista, o que coloca em evidência que é necessário mais de uma EqSB para cada duas ou três EqSF, melhorando o desempenho da equipe devido à enorme procura para o atendimento.

Tabela 3 – Caracterização dos respondentes segundo o tipo de equipe e Região, Brasil, 2012.

Tipo de equipe AB		Região					Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal	n	398	2163	2262	955	369	6147
	%	74,1	83,5	57,5	66,8	79,9	68,7
Equipe de Saúde da Família – sem saúde bucal	n	127	343	1553	437	69	2529
	%	23,6	13,2	39,5	30,6	14,9	28,3
Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal	n	6	60	52	19	20	157
	%	1,1	2,3	1,3	1,3	4,3	1,8
Equipe de atenção básica (parametrizada) – sem saúde bucal	n	5	18	25	17	2	67
	%	0,9	0,7	0,6	1,2	0,4	0,7
Outro(s)	n	1	5	37	1	2	46
	%	0,2	0,2	0,9	0,1	0,4	0,5
Não Sabe/Não Respondeu	n	-	-	2	1	-	3
	%	-	-	0,1	0,1	-	0,03
Total	n	537	2589	3931	1430	462	8949
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ-AB, 2012.

Entre as regiões, destaca-se a região Nordeste, onde a maioria das equipes avaliadas são EqSF – com saúde bucal (83,5%). Possuem EqSF com saúde bucal, (74,1%) das equipes na região Norte. A região Sudeste possui 57,5% das ESF com saúde bucal, a região Sul 66,8% e a região Centro-Oeste 79,9%. Apesar da baixa frequência, merece atenção o fato de alguns respondentes não saber informar a tipologia da sua equipe.

No Brasil, a proporção de domicílios cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) é de (53,4%), sendo maior na área rural (70,9%) do que na urbana (50,6%). O maior percentual apresentado está na região Nordeste, com 64,7% e o menor na região Sudeste, com 46,0%. As regiões Norte, Sul e Centro-Oeste apresentam os percentuais 51,5%; 56,2% e 53,2% respectivamente (MALTA *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com Malta *et al.* (2016), as maiores proporções por Unidades da Federação de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em USF foram em Tocantins (93,6%), Paraíba (81,0%) e Piauí (80,3%) e a menor foi no Distrito Federal, com 14,3%.

A proporção de domicílios cadastrados na USF há um ano ou mais, que recebem visita mensal de Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou membro da equipe de saúde na região Norte corresponde a 49,7%, a 50,3% na região Nordeste, a 41,6% na região Sudeste, a 48,2% na região Sul e 58,3% na região Centro Oeste. Para cada região a proporção dos domicílios cadastrados na USF que nunca receberam visita consiste em 10,8% na região Norte; 13,4% na região Nordeste; 23,8% na região Sudeste; 17,8% na região Sul e 10,8% na região Centro-Oeste (MALTA *et al.*, 2016).

3.4 Distribuição dos respondentes segundo as dimensões organização de agenda e coordenação do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus pela Equipe de Atenção Básica e região

No que se refere às dimensões organização de agenda e coordenação do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus (Tabela 4), verifica-se que em 97,3% das equipes é programada a oferta de consultas e ações para usuários com Diabetes Mellitus. A renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado de programas como HAS e DIA, sem a necessidade de marcação de consultas médicas foi referida 84,5%, com destaque na região Nordeste. Esses dados corroboram com a pesquisa de Neves *et al.* (2014), a qual constatou nacionalmente que 85,2% das UBS dispunham de fichas B-DIA e 83,7% de fichas B-HAS.

Destaca-se que a renovação de receita sem a necessidade de marcação de consultas médicas referida na dimensão deve estar relacionada à consulta de enfermagem, em que esse profissional realiza avaliação do usuário dentro do processo de enfermagem sendo realizada, caso seja necessário, a prescrição de medicamentos de seguimento para o usuário.

A existência de protocolo com Diretrizes Terapêuticas para Diabetes Mellitus foi referida por 80% dos respondentes. Alguns trabalhos na literatura concordam com esse dado, como mostra Protásio *et al.* (2014) onde 45,9% das unidades de saúde avaliadas possuem protocolos com Diretrizes Terapêuticas para Diabetes. Os protocolos com Diretrizes Terapêuticas são importantes para auxiliar na organização da assistência aos usuários.

A análise por região evidencia que na região Sudeste a maioria dos respondentes (87%) menciona que existe protocolos para Diabetes na unidade de saúde. No tocante a solicitação de exames pela equipe de atenção básica para Diabetes Mellitus, verifica-se que a solicitação de Hemoglobina glicada foi referida por 95,4% dos respondentes. Verifica-se diferença estatisticamente significativa entre as regiões brasileiras em todas as variáveis analisadas para medir a organização da agenda e coordenação do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus nas Equipes de Atenção Básica ($p < 0,001$).

No estudo de Fausto *et al.* (2014), mostrou que 55,1% das EqSF agendam consulta qualquer dia da semana, em qualquer horário; 28% dos usuários marcam consulta indo a UBS a qualquer hora; 30,8% marcam a consulta pegando ficha e fazendo fila antes da UBS abrir; 23,5% dos usuários marcam consulta indo a UBS e pegando ficha e 2,2% marcam a consulta por telefone. 57,2% dos usuários relatam que a marcação da consulta pode ser feita todos os dias e 23,8% dos usuários relatam que a marcação pode ser feita a qualquer hora do dia.

O estudo de Cosotti *et al.* (2014), mostrou que o agendamento de consultas que pode ser realizado a qualquer dia e a qualquer horário corresponde ao percentual de 41,1%; a qualquer dia e em horários específicos 11%; em dias fixos, até três por semana 12,1% e em dias fixos, mais de três por semana 32,5%.

Tabela 4 – Distribuição dos respondentes segundo as dimensões organização de agenda e coordenação do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus pela Equipe de Atenção Básica e Região, Brasil, 2012.

Dimensão	Região					Total	p^*		
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste				
Organização da agenda									
Programação de oferta de consultas e ações para Usuários com Diabetes Mellitus (n= 8462) ¹	Sim	N	492	2401	3612	1316	416	8237	<0,001
		%	97,8	98,2	96,6	97,2	99,0	97,3	
	Não	N	11	43	129	38	4	225	
		%	2,2	1,8	3,4	2,8	1,0	2,7	

Renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado de programas como HAS e DIA, sem a necessidade de marcação de consultas médicas (n= 8929) ¹	Sim	N	461	2218	3389	1127	352	7547	<0,001
		%	85,8	C	86,3	79,0	76,5	84,5	
	Não	N	76	362	536	300	108	1382	
		%	14,2	14,0	13,7	21,0	23,5	15,5	
Coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde									
Existência de protocolo com Diretrizes Terapêuticas para Diabetes Mellitus (8849) ¹	Sim	N	403	1828	3388	1112	351	7082	<0,001
		%	76,6	71,5	87,0	78,5	77,1	80,0	
	Não	N	123	730	506	304	104	1767	
		%	23,4	28,5%	13,0	21,5	22,9	20,0	
Solicitação de exames (n=8949)									
Hemoglobina glicada	Sim	N	467	2383	3854	1397	432	8533	<0,001
		%	87,0	92,0	98,0	97,7	93,5	95,4	
	Não	N	70	206	77	33	30	416	
		%	13,0	8,0	2,0	2,3	6,5	4,6	

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ, 2012. *Qui quadrado de Pearson.

¹Excluído do cálculo os valores referentes a resposta “Não sabe/não respondeu” ou “Não se aplica”

3.5 Distribuição dos respondentes segundo organização da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus nas Equipes de Atenção Básica e Região

A Tabela 5 mostra a organização da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus nas EAB por regiões brasileiras. Observa-se que o agendamento de consulta pode ser realizado em qualquer dia da semana e em qualquer horário e foi referido pela maioria dos entrevistados (53,7%), com destaque para as equipes avaliadas na região Sudeste (64,1%). No que tange ao tempo de espera para consulta na UBS, nota-se que o menor tempo de espera referido foi na região Centro-Oeste (4,94 dias) e o maior tempo foi na região Sudeste (11,93 dias).

Tabela 5 – Distribuição dos respondentes segundo organização da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus nas Equipes de Atenção Básica e Região, Brasil, 2012.

Variável		Região					Total	p*
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste		
Formas de agendamento de consultas (n=8949)								
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário.	N	245	1017	2519	783	243	4807	<0,001
	%	45,6	39,3	64,1	54,8	52,6	53,7	
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos.	N	66	203	407	184	64	924	
	%	12,3	7,8	10,4	12,9	13,9	10,3	
Dias específicos fixos em até três dias na semana.	N	123	862	645	258	77	1965	
	%	22,9	33,3	16,4	18,0	16,7	22,0	
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana.	N	19	111	119	42	7	298	
	%	3,5	4,3	3,0	2,9	1,5	3,3	

Outro(s)		N	84	396	241	163	71	955	
		%	15,6	15,3	6,1	11,4	15,4	10,7	
Tempo de espera para primeira consulta na UBS		Dias	5,41	4,78	8,07	5,44	4,94		<0,001**
		DP	9,49	7,60	11,93	8,37	8,56		
Utilização de Ficha para cadastro ou acompanhamento (n=8949)	Sim	N	530	2546	3823	1370	453	8722	<0,001
		%	98,7	98,3	97,3	95,8	98,1	97,5	
	Não	N	7	43	108	60	9	227	
		%	1,3	1,7	2,7	4,2	1,9	2,5	
Programação de consultas e exames/estratificação dos casos e outros elementos da gestão do cuidado (n=8949)	Sim	N	499	2389	3581	1219	409	8097	<0,001
		%	92,9	92,3	91,1	85,2	88,5	90,5	
	Não	N	38	200	350	211	53	852	
		%	7,1	7,7	8,9	14,8	11,5	9,5	
Coordenação da fila de espera e acompanhamento de usuários com DIA para consultas e exames em outros pontos de atenção (n=8896)¹	Sim	N	305	1571	2431	857	322	5486	<0,001
		%	57,1	61,1	62,1	60,5	70,0	61,7	
	Não	N	229	1001	1482	560	138	3410	
		%	42,9	38,9	37,9	39,5	30,0	38,3	
Realização periódica de exame do pé diabético (n=8949)	Sim	N	356	1720	2629	953	336	5994	<0,114
		%	66,3	66,4	66,9	66,6	72,7	67,0	
	Não	N	181	869	1302	477	126	2955	
		%	33,7	33,6	33,1	33,4	27,3	33,0	
Realização periódica de exame de fundo de olho (n=8949)	Sim	N	177	1070	2309	624	226	4406	<0,001
		%	33,0	41,3	58,7	43,6	48,9	49,2	
	Não	N	360	1519	1622	806	236	4543	
		%	67,0	58,7	41,3	56,4	51,1	50,8	
Oferta de ações educativas e de promoção da saúde para prevenção e tratamento da DIA (n=8949)	Sim	N	508	2436	3631	1341	446	8362	<0,001
		%	94,6	94,1	92,4	93,8	96,5	93,4	
	Não	N	29	153	300	89	16	587	
		%	5,4	5,9	7,6	6,2	3,5	6,6	
Busca ativa no território de diabéticos faltosos durante as visitas domiciliares dos ACS (n=8949)	Sim	N	506	2433	3691	1255	438	8323	<0,001
		%	94,2	94,0	93,9	87,8	94,8	93,0	
	Não	N	25	152	231	174	21	603	
		%	4,7	5,9	5,9	12,2	4,5	6,7	

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ, 2012. *Qui quadrado de Pearson. **Teste de Kruskal Wallis - ¹Excluído do cálculo os valores referentes a resposta “Não sabe/não respondeu” ou “Não se aplica”

Em 97,5% das equipes são utilizadas fichas para cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes Mellitus e entre as regiões a maioria das equipes da região Norte (98,7%) faz uso de ficha para cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes Mellitus segundo os respondentes. O estudo realizado por Carvalho Filha; Nogueira e Medina (2014) mostrou que os profissionais entrevistados naquele estudo não utilizam fichas específicas, porém evidenciou que 87,5% dos enfermeiros realizam consulta de enfermagem para acompanhamento. Evidencia-se a importância da consulta de enfermagem, que deve ser realizada obrigatoriamente em todos os níveis da assistência, incluindo a Atenção Básica, de acordo com a resolução nº 159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1993).

Na maioria das equipes (90,5%) são programadas consultas e exames segundo estratificação dos casos e outros elementos considerados por elas na gestão do cuidado. No estudo de Carvalho Filha; Nogueira; Medina (2014) foi evidenciado que 56,2% dos enfermeiros e 42,8% dos médicos solicitam exames de acompanhamento. Essa programação de consultas e exames foi mais expressiva entre as equipes da região Norte (92,9%).

Quanto a coordenação da fila de espera e acompanhamento de usuários com Diabetes Mellitus para consultas e exames em outros pontos de atenção (Tabela 5), verifica-se que a maioria dos entrevistados (61,7%) referiu que as equipes realizam a coordenação dessa fila de espera. No estudo de Carvalho Filha; Nogueira; Medina (2014) foi evidenciado que 34,3% dos enfermeiros daquela pesquisa fazem o encaminhamento dos pacientes aos serviços de referência. Nesse sentido, faz-se necessário a adoção de medidas de capacitação dos profissionais que atuam na atenção básica, objetivando um atendimento eficiente, com integralidade. Para as equipes da região Centro-Oeste essa atividade é mais frequente chegando ao percentual de 70%.

A maioria dos respondentes (67%) mencionou que as EAB realizam periodicamente exame do pé diabético. Essa atividade é mais expressiva entre as equipes da região Centro-Oeste (72,7%). O exame clínico dos membros inferiores e o teste de sensibilidade nos pés foram realizados por 55% e 30% das equipes respectivamente na pesquisa de Tavares *et al.* (2014).

Em relação à realização periódica de exame de fundo de olho, observa-se que apenas (50,8%) dos respondentes afirmou que as equipes de atenção básica não realizam essa intervenção periodicamente (Tabela 5). O estudo mostrou que houve diferenças estatísticas nas respostas dos entrevistados dentre os cinco estratos da pesquisa em relação à realização periódica de exame de fundo do olho. Na região Norte 33% dos entrevistados disseram que estes exames são realizados; na região Nordeste 41,3%; na região Sudeste 58,7%; na região

Sul 43,6% e na região Centro Oeste 48,9%. O estudo de Teixeira *et al.* (2014) mostrou que em relação à prática da avaliação oftalmológica no Programa Saúde na Escola, esta foi realizada na proporção de 27% na região Norte, na região Nordeste, 26%; na região Sudeste 26%, na região Sul 33% e na região Centro Oeste 22%.

Em 93,4% das equipes há oferta de ações educativas e de promoção da saúde para prevenção e tratamento da Diabetes Mellitus, com predomínio dessa atividade entre as equipes da região Centro-Oeste (96,5%) e foi ainda mencionada pela maioria (93%) a realização de busca ativa no território de diabéticos faltosos durante as visitas domiciliares dos ACS, com destaque para as equipes da região Centro-Oeste (94,8%). Esses achados convergem com aqueles encontrados no estudo de Tavares *et al.* (2014) no qual 100% dos ACS das 40 equipes analisadas realizam visitas domiciliares e 82,5% realizam a busca ativa dos faltosos.

Apenas a variável “Realização periódica de exame do pé diabético” não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,114$), nas demais variáveis verifica-se diferença estatisticamente significativa entre as regiões brasileiras ($p < 0,001$).

3 CONCLUSÃO

O estudo revela a importância da organização dos serviços de atenção básica no acesso e na qualidade da atenção às pessoas com Diabetes Mellitus no contexto da rede de atenção à saúde nas regiões brasileiras, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de agravos através de uma assistência contínua ofertada por profissionais capacitados.

Entre as atividades analisadas destaca-se com maior percentual de realização as ações de educação em saúde ofertada à esse público específico.

O baixo percentual observado para a realização de exames de fundo de olho revela ainda a incipiência na oferta dessa ação.

Verificou-se que a região Centro-Oeste apresenta o índice de menor tempo de espera para consulta na UBS, maior programação de consultas e exames, e maior número de equipes que ofertam ações educativas e de promoção da saúde.

As condições de acesso e qualidade da atenção ao usuário com Diabetes Mellitus pode ser considerada como condição traçadora que evidencia a organização dos serviços de saúde brasileiros com o um todo, considerando suas especificidades regionais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the characteristics of attention to Diabetes Mellitus provided by Family Health Teams, stratified by regions. Method: Cross-sectional descriptive study based on secondary data from the External Evaluation of Access Improvement Programme and the Care Quality Basic in Brazil, with the participation of 8,949 primary care professionals. He appealed to the chi-square test of proportions to verify differences between the strata regions, with regard to the dimensions of primary care as coordinator of care in Care Network Health and organization of care to the person with Diabetes Mellitus in teams APS, and, when necessary, were considered the chi-square test with Yates correction or Fisher's exact test. For the variable waiting time for consultation has been applied the Kruskal-Wallis test. Results: Most participants were nurses (n = 8179; 91.4%). As for the respondents in primary care performance time, it was found that the majority (59.1%) have more than three years of operation. The evaluated teams 68.7% are the Family Health Teams (EqSF) with oral health and 28.3% are EqSF without oral health, there is the Northeast with 83.5% of EqSF with oral health. It was observed that 97.3% of teams schedule the offer of consultations and actions for users with diabetes mellitus. Among the respondents, 53.7% report that the query scheduling can be performed on any day and at any time; 97% say that chips are used to register and monitor people with diabetes mellitus. Coordination of the queue and monitoring of users are performed by 61.7% of respondents. Consultations are scheduled by most teams (90.5%), as well as examination of diabetic foot (67%). Only 50.8% stated that the primary care teams not regularly perform the examination of fundus. They also stated that education and health promotion are performed in 93.4% of staff and 93% said the performance of active search for missing diabetic during home visits of ACS. Conclusion: It was found that the Midwest has the lowest waiting time index for consultation at the Basic Health Unit, higher programming consultations and exams, and more teams that offer educational and health promotion actions.

Keywords: Diabetes Mellitus; Health Evaluation; Primary Health Care.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de, et al. **Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.38, nº especial. p.182-194, out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 2 v. : il. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n. 3).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 2 v. : il. (Retratos da Atenção Básica – 2012, n. 3)

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html (2011c). Acessado em 02 mai. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa de Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade.** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BACKES, Dirce Stein, et al. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde:** da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciência e saúde coletiva, 17(1), 223-230,2012.

BORBA, Anna karla de Oliveira Tito, et al. **Práticas educativas em diabetes mellitus:** revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2012 mar, 33(1):169-76.

BORGES, Thiago Terra, et al. **Prevalência de autorrelato de morbidade e conhecimento sobre diabetes:** estudo populacional de uma cidade no sul do Brasil. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano. 2012, 14(5): 562-570.

BRITO, Ederline Suelly Vanini de; OLIVEIRA, Regina Célia de; SILVA, Rejane Ferreira da. **Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Vol.12, nº4, Recife, Out/Dez. 2012.

CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa; NOGUEIRA, Lídia Tolstenko; MEDINA, Maria Guadalupe. **Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica:** perspectiva de profissionais e usuários. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.38, N. especial. P. 265-278, Out 2014.

COSOTTI, Elisete et al. **Atenção em Saúde Bucal no Brasil: Uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.38, n.especial, p.140-152, out 2014.

COFEN- **Conselho Federal de Enfermagem.** Resolução nº159/1993. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB.** Saúde Debate. Rio de Janeiro. V.38, N.especial, p.13-33, out 2014.

GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. **Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família.** RECIIS-R. Eletr. De com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.7, n.4, Dez. ,2013.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis:** estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS; 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Ciência e Saúde Coletiva, 21(2): 327-338, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NEVES, Teresa Cristina de Carvalho Lima; MONTENEGRO, Luiz Albérico Araújo; BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo. **Produção e registro de informações de saúde no Brasil:** panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde Debate. Vol. 38. Rio de Janeiro, out/dez 2014.

PINTO Ha, Sousa; ANA, Ferla AA. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: várias faces de uma política inovadora. Saúde debate. 2014;38(spe):358-72.

PROTÁSIO, Ana Poline Lacerda, et al. **Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB**. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V.38. Nº especial, p. 209-220 out 2014.

RODRIGUES, José Augusto Chimendes; PEREIRA, Maurício Fernandes; SABINO, Mileide Marlete Ferreira Leal. **Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de Santo Amaro da Imperatriz**. Coleção Gestão da Saúde Pública. Vol.2, 2013.

ROECKER, Simone; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; MARCON, Sonia Silva. **O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família**. Texto contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar, 22(1): 157-65.

SANTOS, Francisca Alana de Lima, et al. **Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará 2001-2012**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília 23(4): 655-663, out-dez 2014.

SANTOS, Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos, et al. **Rede de Atenção à saúde ao portador de Diabetes Mellitus**: Uma análise de implantação no SUS em Recife(PE). Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, N. especial. P: 268-282, Dez 2015.

SEIDL, Helena, et al. **Gestão do trabalho na atenção básica à saúde**: Uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.38, N. Especial. P: 94-108, out 2014.

SBEM-Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Atualizações em endocrinologia -Parte1**. Sobre o diagnóstico e reconhecimento da hiperglicemia e diabetes no ambiente hospitalar, 2012.

TAVARES, Venancio Sant'An., et al. **Avaliação da Atenção ao diabetes mellitus em unidades de Saúde da Família de Petrolina**, PERNAMBUCO, 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(3): 527-536, Jul-set 2014

VALENTIM Ram, et al. inventores, Programa de computador (cotitularidade) validador online do PMAQ-AB, cessionários. Natal, patente. Pedido nº BR 51 2013 001200 7Sedec:

000085 09 out. 2013 **cotitular**: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte - IFRN (CNPJ:10.877.412/0001-68).