

Avaliação de estrutura e processo na atenção em Diabetes mellitus

Evaluation of structure and process in care in Diabetes mellitus

Fabiana C. M. Zacharias¹, Ione C. Pinto², Alexandre F. Bulgarelli³, Ricardo A. Arcêncio², Denise Ferro⁴, Mariana F. S. Gomide⁵, Brisa P. G. Figueira⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar a atenção à saúde aos pacientes com Diabetes *mellitus* tipo 2 a partir dos recursos humanos, registros de profissionais e de atividades técnicas em um Centro de Saúde Escola. **Metodologia:** Estudo avaliativo quantitativo, descritivo por meio de observação e análise de 150 pacientes com DM em um Centro de Saúde Escola no interior paulista. **Resultados:** A estrutura física segue a maioria das exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os recursos materiais atendem as necessidades em relação às quantidades e qualidade. Em 145 (96.6%) prontuários haviam registros médicos o que aponta a organização do trabalho centrada no modelo biomédico. O registro das medidas antropométricas foi considerado baixo, sendo que em apenas 4 (2.6%) havia a medida da circunferência abdominal. Apenas 5 (3.3%) dos pacientes tiveram consulta com o enfermeiro. Essas consultas foram pontuais enfatizando orientações sobre uso dos medicamentos e aparentemente não se constitui em rotina no serviço. **Conclusão:** Considerou-se a estrutura do serviço como apropriada, no entanto o processo é um fator a ser revisto pela equipe de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública. Enfermagem. Avaliação de Serviços de Saúde. Processos de Enfermagem. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Objective: Evaluate health care to patients with Diabetes mellitus type 2 by means of human resources, records of professional and technical activities in a School Health Center. **Methodology:** A quantitative, descriptive evaluative study through observation and analysis of 150 patients with DM at a School Health Center in São Paulo. **Results:** The physical structure follows most of the requirements of the National Health Surveillance Agency; the material resources cater the needs in the quantities and

1. Enfermeira, doutoranda em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
2. Docente, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.
3. Docente, Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS).
4. Enfermeira, mestre em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.
5. Enfermeira, doutora em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.
6. Enfermeira, Bacharel em Enfermagem pela EERP-USP.

Correspondencia
Fabiana Costa Machado Zacharias
Avenida dos Bandeirantes, 3900
Campus Universitário - Bairro Monte Alegre
CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Recebido em 20/10/2014
Aprovado em 02/09/2015

quality. The medical records 145 (96.6%) indicates that work organization was focused on the biomedical model. The registration of anthropometric measures was considered low, and in only 4 (2.6%) had the measure of waist circumference. Only 5 (3.3%) patients had consultation with the nurse. These consultations were punctual and highlighting specific guidelines on use of medications and there seems to be not in the service routine. **Conclusion:** We considered the structure of the service as appropriate but the process is a factor to be reviewed by the health team.

Keywords: Public Health Nursing. Nursing. Health Services Evaluation. Nursing Process. Diabetes Mellitus.

Introdução

O diabetes *mellitus* (DM) é considerado agravo prioritário na área da saúde no Brasil.¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que o Brasil passe do 8º, no ano de 2000, para o 6º país com maior prevalência em DM no mundo em 2030, com uma prevalência de 11,3%.² Associado a tal, fato tem-se que a ocorrência de DM2 está aumentando e atingindo faixas etárias mais jovens das populações.³

Sabe-se, também, que o DM não tratado de forma correta acarreta em inúmeras complicações agudas e crônicas, como, por exemplo, cetoacidoses, neuropatias, nefropatias, e estas, associam-se com maiores níveis de mortalidade e altos custos com tratamentos e internações hospitalares para o Sistema Único de Saúde (SUS).² Estimativas recentes do custo de tratamento ambulatorial dos pacientes com DM, no SUS no Brasil são da ordem de US\$2.108,00 por paciente, dos quais US\$1.335,00 são relativos aos custos diretos.⁴ Com isso, torna-se necessária a detecção do DM e complicações precocemente pela Atenção Básica e demais níveis de atenção, em conjunto. Em contrapartida, dos pacientes que demandam os serviços de saúde, muitos não são atendidos pelo sistema, pois essa absorção depende da organização dos serviços e da política de saúde vigente.

Foi instituída, por meio de políticas públicas brasileiras, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS pelo Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de realizar a atenção de forma integral aos pacientes com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manu-

tenção da saúde.⁵ Isso evidencia a importância de estudos que abordem a avaliação da atenção aos pacientes com DM, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado dispensado a esses indivíduos.

Entende-se por estrutura as características relativamente estáveis, dos provedores de atenção, dos instrumentos e dos recursos que têm ao seu alcance, bem como lugares físicos e organizacionais, recursos humanos, físicos e financeiros que contribuem para a atenção médica.⁶ O processo é definido como uma série de atividades desenvolvidas pelos profissionais e também pelos pacientes.⁶

Buscou-se contribuir para a produção de conhecimento que possibilite a melhoria do cuidado individual, coletivo e de gestão da saúde e da enfermagem, além de interferir na formulação de políticas mais diretas ao processo de formação de recursos humanos e para instituição de ambiência nos serviços de saúde, favorável ao acolhimento e vínculo das pessoas com essa condição crônica. Este estudo justifica-se pela necessidade de pesquisas de avaliação que certifiquem a qualidade da atenção aos pacientes com DM. Baseia-se no referencial clássico que considera os componentes estrutura e processo como constituintes da avaliação dos serviços de saúde.⁶

Fundamentado nos pressupostos supracitados tem-se que a pergunta de investigação que norteou o desenvolvimento da presente pesquisa é: Como acontece a atenção à saúde dos pacientes com DM assistidos em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto pela perspectiva da estrutura do serviço e do processo de cuidado? Desse modo objetivou-se avaliar a atenção à saúde aos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) quanto à estrutura e o processo do ambulatorio de especialidades de um Centro de Saúde Escola (CSE) no interior de São Paulo-SP, Brasil.

Métodos

Estudo avaliativo quantitativo, descritivo com base em serviço, pautado no referencial clássico de avaliação de estrutura e processo,⁶ realizado em um CSE no interior de São Paulo/SP. Os dados foram coletados em prontuários de pacientes e por meio de observação da estrutura da unidade.

Os sujeitos do estudo foram usuários com DM2, maiores de 18 anos, em seguimento no CSE. Adotou-se como critérios de inclusão os usuários com diagnóstico médico de DM2 registrado no prontuário de saúde e que tivessem registro de, pelo menos, uma consulta médica no último ano, período junho de 2011 a junho de 2012. O critério de frequência dos usuários às consultas médicas baseou-se no protocolo que preconiza a frequência de pelo menos duas consultas médicas por ano aos usuários cadastrados.⁷

Partindo do objetivo da pesquisa excluiu-se: os usuários com diagnóstico médico de DM1, uma vez que os indicadores de resultado da atenção em DM, definidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), referem-se aos portadores de DM2;⁸ usuários que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas o prontuário não foi localizado no arquivo por mais de três tentativas e usuários que não possuíssem registro de exame de hemoglobina glicada (HbA1c).

As Diretrizes 2012-2013 da SDB preconiza que teste de HbA1c seja realizado duas vezes ao ano por todos os usuários com diabetes e quatro vezes por ano por aqueles que se submeteram a alterações do esquema terapêutico ou que não estejam atingindo os objetivos recomendados com o tratamento vigente.⁸ Como o serviço não dispõe de registro específico para usuários com diabetes e o cadastramento do programa Hiperdia do Ministério da Saúde estava com dados desatualizados no município, o pesquisador permaneceu no local do estudo durante três meses, abordando todos os usuários com diabetes mellitus que compareceram para atendimento da consulta médica no ambulatório de especialidades do CSE.

Os usuários com diabetes mellitus foram convidados a participar da investigação e foram esclarecidos quanto à natureza e objetivos do estudo. Após a concordância dos sujeitos, foi solicitada a

assinatura do TCLE, para utilização dos dados de prontuário de saúde.

Após a assinatura do TCLE iniciou-se a busca nos prontuários de saúde dos 194 usuários que passaram por atendimento no período de coleta entre 01 de agosto e 30 de outubro de 2012. Desses foram excluídos 5, por serem usuários com DM1, 17 por não possuírem registros de atendimento no período entre julho de 2011 e junho de 2012, 8 por iniciarem acompanhamento médico em 2012, 6 por não se ter localizado o prontuário no arquivo em três tentativas e 2 por recusarem a participar do estudo. Contou-se, dessa maneira, com 156. Desses foram excluídos 6 por não possuírem registro de hemoglobina glicada no período entre julho de 2011 e junho de 2012.

Utilizou-se como fonte de informação estes 150 prontuários de saúde e a observação da estrutura da unidade e do processo de trabalho pelos pesquisadores no período da coleta de dados.

Quanto à obtenção dos dados pela observação da estrutura e do processo de trabalho da enfermagem na unidade de saúde, seguiu-se as RDC nº50, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).⁹ O conceito de ambiência recomendado pela Política Nacional de Humanização e para os recursos humanos e materiais, medicamentos e insumos seguiu-se o Protocolo de Atendimento de Hipertensão e Diabetes (PAHD) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).^{7,10} Todas as observações realizadas no local do estudo foram registradas em diário de campo e em *check-list*.

Quanto ao componente estrutura, considerou-se espaço físico, recursos humanos; recursos materiais, medicamentos e insumos. Quanto ao componente processo, considerou-se o número de atendimentos em saúde; atividades técnicas: os registros de aferição do peso, da altura, do índice de massa corpórea (IMC), da pressão arterial (PA), da circunferência abdominal (CA) e solicitação dos exames laboratoriais para o tratamento do DM2; avaliação oftalmológica; avaliação dos pés; ações educativas individuais ou com a comunidade.

A observação da estrutura da Unidade foi realizada por enfermeiros, os quais são pesquisadores e na época da pesquisa encontravam-se devidamente capacitados para a referida coleta de dados. O referencial de Donabedian para análise dos

dados é largamente utilizado em estudos avaliativos e permitiu uma adequada compreensão do objeto de pesquisa do presente estudo.⁶

O estudo foi submetido para avaliação e obteve parecer favorável a realização pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com CAAE: 02446112.9.0000.5393, em 27 de junho de 2012, atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas.

Resultados

Têm-se que 90 (60%) participantes do estudo eram mulheres e 60 (40%) homens. A média entre as idades foi de 49,10 anos, desvio padrão de 11,16 anos, sendo a idade mínima de 27 anos e idade máxima de 88 anos. Em 75 (50%) do acompanhamento médico ambulatorial foi realizado por endocrinologistas.

Sobre o tratamento para o controle do DM2, 63 (42%) dos sujeitos utilizam antidiabético oral, 49 (32,7%) fazem uso de antidiabético oral e insulina, 25 (16,7%) utilizam apenas insulina e 13 (8,4%) realizam tratamento não medicamentoso. Assim constata-se que a insulina é utilizada por 74 (49,4%) dos sujeitos do estudo.

Na perspectiva avaliativa da estrutura do serviço prestado ao paciente diabético tem-se que para o acesso de idosos e pessoas com necessidades especiais, que utilizam cadeira de rodas, há rampas com corrimão, facilitando a circulação. Constatou-se que o serviço cumpre a maioria das normativas reguladoras preconizadas pela ANVISA que definem as dimensões espaciais do ambiente em relação aos equipamentos ou fluxo dos pacientes. Porém, não há sala de espera e o corredor de circulação é o local utilizado para os pacientes aguardarem as consultas. Os consultórios são relativamente próximos, no mesmo corredor, com sala para recepção dos pacientes, favorecendo o fluxo e a funcionalidade do processo de trabalho nesse espaço.

O atendimento médico é realizado em consultórios e, posteriormente o paciente é encaminhado à equipe de enfermagem para orientações e marcação de retorno. Quando é necessária alguma orientação mais detalhada e específica, é encaminhado para consulta com enfermeiro. Após as ori-

entações, geralmente o paciente passa pela farmácia para retirada de medicamentos e insumos. O tempo de espera para consulta variou entre 20 minutos a 3 horas.

A sala de recepção dos pacientes agrega a privacidade pois os pacientes entram individualmente após serem chamados por senha eletrônica, satisfazendo o princípio de confortabilidade inserido no conceito de ambiência, proposto pelo Ministério da Saúde.

Os consultórios médicos são considerados adequados para o atendimento, pois disponibilizam espaço físico e mobiliário apropriado, inclusive pia para lavagem das mãos com papel toalha e sabão. No entanto, o consultório de enfermagem é um espaço pequeno, com pouca ventilação e luminosidade artificial, sem mobiliário que possibilite um exame físico adequado, dificultando o acesso e confortabilidade do paciente.

As salas são iluminadas por luz artificial, com voltagem suficiente para iluminar devidamente os ambientes. A ventilação é natural bem como complementada por ventiladores e aparelhos de ar condicionado. Enfatiza-se o adequado estado de conservação e pintura de alguns espaços, que haviam acabado de receber manutenção, tornando o ambiente mais acolhedor.

Outro aspecto do componente estrutura se refere aos recursos humanos, identificaram-se nos registros dos prontuários quais eram os profissionais de saúde envolvidos no cuidado desses usuários como: cardiologistas, endocrinologistas, clínico geral, oftalmologista, geriatras, residentes da clínica médica e endocrinologia, nutricionistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Percebeu-se que os registros dos farmacêuticos constam apenas no sistema Hygia (sistema de informação ambulatorial utilizado pela SMS do município), não constando esse registro em prontuário físico de saúde. Também não foram identificados registros de dentistas e assistentes sociais nos prontuários analisados, embora esses profissionais façam parte da equipe de saúde do serviço.

O serviço contempla a equipe mínima proposta pelo MS quanto ao atendimento do paciente na atenção em DM. Entretanto, nos registros em prontuário de saúde, não aparecem todos esses profissionais.

Os recursos materiais utilizados para tratamento atendem as necessidades em relação às quantidades existentes, conforme o PAHD do município, a saber: esfigmomanômetro para adultos e adultos obesos, fita métrica, balança, régua, glicosímetro, fita reagente, álcool, luvas, além de caixa para descarte de perfurocortantes.

Há no serviço todos os recursos materiais indispensáveis para o tratamento do DM preconizados pelo PAHD, no que tange medicamentos são disponibilizado três tipos de antidiabéticos orais distribuídos gratuitamente: glibenclamida 5mg, cloridrato de metformina 850mg e gliclazida MR 30mg. Esses medicamentos são considerados como básicos para o tratamento do DM2. Detectou-se a disponibilidade de insulinas dos tipos Regular, NPH.

Na perspectiva avaliativa do processo do cuidado tem-se que dos 150 prontuários analisados, em 145 (96.6%) havia registros médicos, 130 (86.6%) registros de atendimento de auxiliar de enfermagem, apenas 05 (3.3%) de registros de atendimentos realizados por enfermeiros e 15 (10%) de registros de outros profissionais predominantemente nutricionistas. O peso corporal foi a atividade técnica mais registrada, seguido pelos valores de Pressão Arterial (PA). A tabela 1 apresenta que os valores de Índice de Massa Corporal (IMC) foram observados com menor frequência e os registros de Circunferência Abdominal (CA) mostraram-se ínfimos.

Tabela 1: Registros de atividades em prontuários.

<i>Parâmetros de avaliação clínica*</i>	<i>n(%)</i>
Peso corporal	150(100)
PA	128(85,3)
Altura	60(40,0)
IMC	47(31,3)
CA	4(2,6)

*A categorias não são mutuamente excludentes

Os auxiliares de enfermagem realizavam verificação de peso e altura antes da consulta médica e orientavam os pacientes a aguardar próximo ao consultório médico pela consulta. Após atendimento médico, o auxiliar de enfermagem fazia a leitura das prescrições médicas e dava orientações sobre agendamento de retornos de consulta e eletrocardiograma, período de realização e procedimentos prévios para coleta de exames laboratoriais.

Os enfermeiros da unidade têm uma agenda para atendimento aos pacientes, e dentre as atribuições a serem atendidas estão a supervisão da equipe de enfermagem de forma permanente, a consulta de enfermagem e nela a verificação da realização dos exames mínimos estabelecidos, além da realização do exame dos membros inferiores para identificação do pé de risco. Atribui-se também, verificar glicemia capilar; desenvolver atividades educativas de promoção da saúde (individuais ou em grupo); estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão; orientar a manutenção da medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; encaminhar para consultas médicas trimestrais os indivíduos diabéticos bem controlados e acolher o paciente diabético e/ou hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio.

Durante o período de coleta de dados, poucas consultas de enfermagem foram observadas, visto que esse atendimento estava restrito às orientações individuais quando encaminhadas pelo médico ou solicitada pelo paciente. Nestas consultas, o enfermeiro abordou sobre alimentação e prática de atividade física, sem dar qualquer orientação sobre como seguir uma dieta saudável e equilibrada ou os tipos de exercícios físicos que podem ser realizados considerando o usuário em sua individualidade e singularidade.

Em todos os prontuários havia registros de HbA1c, seguido de glicemia de jejum e glicemia pós-prandial. E com maior frequência os registros de fração de Colesterol HDL (HDL-C), seguido de Colesterol LDL (LDL-C), microalbuminúria e proteinúria.

Tabela 2: Distribuição percentual de prontuários de pacientes com DM2, segundo registro de exames laboratoriais.

<i>Solicitação de exames laboratoriais</i>	<i>n(%)</i>
Hemoglobina glicada (HbA1c)	150(100)
Glicose de jejum	133(88,6)
Glicose pós-prandial	103(68,6)
HDL-C	123(82,0)
LDL-C	52(34,6)
Colesterol total	119(79,3)
Triglicérides	118(78,6)
Creatinina	106(70,7)
Ureia	89(59,3)
Microalbuminúria	35(23,3)
Proteinúria	11(7,3)

Discussão

O presente estudo mostra-se como uma avaliação de parte do processo do cuidado em saúde do paciente com DM2. Centraliza-se no levantamento avaliativo de uma unidade de saúde, desse modo sabe-se que outros pacientes com diabetes deverão ser estudados para construir um processo integral de olhar para o cuidado desse paciente no referido município. A metodologia escolhida, bem como a coleta de dados por meio de prontuários mostra-se fidedigna a real situação do processo do cuidado ao paciente com DM assistido na unidade.

Não houve observação direta de atendimentos realizados pelos médicos e farmacêuticos, apenas utilizaram-se dados de registros de consultas de acompanhamento do paciente com DM2 em prontuários. Nestes registros, identificou-se a solicitação de exames mínimos complementares, prescrição de tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Os registros de orientações sobre atividades físicas e alimentação eram pontuais e não traziam descrição de plano dessas recomendações.

Os consultórios médicos adequados repercutem nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, e pode influenciar na qualidade da assistência. Condições de trabalho insatisfatórias desqualificam o cuidado e, por conseguinte, a humanização das práticas de saúde.¹¹

Considera-se que a estrutura física atende a maioria dos critérios preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo adequada para satisfazer as necessidades dos pacientes e dos profissionais. Outros estudos de avaliação em diabetes, no entanto, apontam a inadequação da estrutura física às necessidades dos pacientes com DM.^{12,13} A presença da equipe multiprofissional corrobora estudos sobre a organização da atenção em DM pois apontam a inclusão de uma equipe multiprofissional com médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos e dentistas, podendo assim, contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado.^{14,15}

Salienta-se que, as diferentes especialidades médicas como oftalmologista e endocrinologista e os diferentes profissionais de saúde contribuem para o acompanhamento de pacientes com maior dificuldade de controle metabólico.

Em relação ao fornecimento de medicamentos o serviço tem atendido de forma adequada essa distribuição.

Observou-se que o paciente tem o auxiliar de enfermagem como profissional de referência quando procura por atendimento sem agendamento prévio, relatando suas queixas e motivações para buscar atendimento. Nesse processo de cuidado, o profissional, dentro de suas competências, tentava atendê-lo e quando necessário encaminhava para os demais profissionais da equipe, conforme a necessidade do paciente.

Recomenda-se que os profissionais de saúde envolvidos no cuidar em DM precisam estar preparados para orientar quanto à importância da alimentação, atividade física e uso regular dos medicamentos no tratamento da doença, com abordagens individuais ou grupais.^{16,17}

Porém, as orientações sobre o uso de medicamentos foram proporcionadas de forma precisa e detalhadas, principalmente no preparo e aplicação da insulina, após esse momento, eram feitas as orientações do que se identificava como inadequado

usando linguagem clara e acessível ao paciente. Entretanto, não foi observado encaminhamento da enfermeira para outros profissionais da equipe de saúde.

A análise do número de atendimentos registrados nos prontuários de saúde pelos profissionais mostrou que os médicos realizam maior número de atendimentos aos pacientes, seguido dos AE. Os enfermeiros e outros profissionais tiveram esse número reduzido. O predomínio de registros dos profissionais médicos em detrimento de outros atendimentos aponta que o modelo de organização do trabalho está centrado no modelo biomédico nesse serviço de saúde, corroborando outro estudo.¹⁸

Os dados encontrados reafirmam a teoria de que nem sempre uma boa estrutura significa um processo eficaz,⁶ visto que no CSE, há presença de enfermeiro, mas foram identificados pouquíssimos registros dessas consultas nos prontuários investigados. Ressalta-se que o enfermeiro cumpre diversas funções nesse serviço. Estudo recente analisou as práticas de enfermagem e mostrou que a equipe de enfermagem, muitas vezes, fica com grande sobrecarga de trabalho e isso reflete no atendimento integral.¹⁹ Diante do exposto, uma atenção especial por parte da gestão dos serviços é importante para reverter a sobrecarga do enfermeiro e proporcionar capacitações no manejo das condições crônicas de forma que os usuários possam ser cuidados na dimensão individual, coletiva e de gestão.

Em estudo multicêntrico, transversal, com pacientes com DM2 e DM1 em dez cidades de quatro regiões do Brasil, constatou-se que o cuidado multiprofissional foi uma das características estatisticamente representativa associada à melhora do controle glicêmico, por meio da medição da HbA1c, indicando a necessidade de os serviços de saúde atentarem para essa questão.²⁰

Ressalta-se a necessidade de otimização do registro das consultas de enfermagem e demais profissionais, para consolidar o modelo de assistência multiprofissional proposto pelo PAHD do município, pelo MS, e por outras entidades preocupadas com a qualidade da atenção em diabetes no Brasil e no mundo.^{7,8,17}

Observou-se que registro da medição do peso é prática habitual do serviço. Já o registro da altura, não alcançou a totalidade dos prontuários, corroborando dados de outro estudo.²¹ No entanto,

observou-se que a verificação da PA é uma prática médica durante a consulta e não da equipe de enfermagem. Portanto, o serviço vem cumprindo apenas em parte o PAHD referente ao registro das atividades técnicas, pois os registros de medição da altura, CA e IMC foram muito baixos.¹²

Estudo transversal recente, mostrou que a CA está correlacionada negativamente com o HDL-c, enquanto que o IMC não foi associado aos níveis de HDL-c, concluindo-se que a CA é um melhor indicador das mudanças no HDL-c do que o IMC.¹³

Quanto aos exames laboratoriais mínimos, o registro de glicemias em jejum e pós-prandial, e lipídeos completos não alcançou a totalidade dos prontuários dos pacientes estudados, tal como verificado em estudos similares.^{8,12}

A HbA1c é um indicador amplamente utilizado da glicemia crônica, refletindo os níveis sanguíneos de glicose média ao longo de um período de três meses. O teste tem papel fundamental no manejo do paciente com DM, sendo indicada para todos os pacientes com DM.^{22,23}

Como o perfil glicêmico, o lipídico, também, deve ser medido pelo menos uma vez ao ano. Os resultados dos exames norteiam o tratamento não farmacológico, centrado nas modificações do estilo de vida e no tratamento medicamentoso.^{8,17}

O PAHD recomenda que a microalbuminúria seja solicitada para pacientes com DM com 3 ou mais fatores de risco, quando a proteinúria anual for < 300mg/24h.⁷ O enfermeiro tem como atribuição verificar, durante a consulta de enfermagem, se foram realizados exames mínimos estabelecidos no PAHD e necessários na consulta médica. O MS atribui a solicitação de exames complementares ao médico e ao enfermeiro. Identificou-se, entretanto, que essa é uma prática médica no serviço estudado corroborando outros estudos.^{12,21}

Em estudo que avaliou a qualidade dos registros de atendimentos de profissionais de nível superior nos prontuários, constatou-se incipiente registro das características do processo de atendimento nos prontuários das pessoas com hipertensão arterial e DM, sugerindo dificuldades dos profissionais de saúde na continuidade da prestação dos cuidados.²²

O registro em saúde é considerado critério de avaliação da qualidade da atenção à saúde pois é reflexo da qualidade da assistência prestada, sen-

do ponto de partida para gerar informações sobre o processo de trabalho.²³ No município, há um roteiro impresso para exame dos pés e o monofilamento de 10g, no entanto, não foi observada a utilização. Tais fatos representam fragilidades no componente processo, uma vez que o exame clínico dos pés integra a abordagem do DM pelos profissionais de saúde para diminuir o risco de lesões e amputações desses membros. Poucos registros médicos foram encontrados relacionados à avaliação dos pés, corroborando com outro estudo.¹⁸

Diante dos achados, faz-se necessário que os gestores do serviço se atentem para esses aspectos, realizando a capacitação permanente desses profissionais de saúde e se empenhando em supervisionar, periodicamente, a qualidade e o funcionamento dos recursos existentes no serviço.

Conclusão

Considerou-se que a estrutura do serviço é apropriada, favorecendo um ambiente acolhedor. O consultório de enfermagem, porém, não facilita as condições necessárias para a ambiência. O ambulatório contempla a equipe mínima para o atendimento. Concernente ao processo nem todos os profissionais utilizavam o prontuário de saúde para registros dos atendimentos, sinalizando um modelo de organização do trabalho centrado no modelo biomédico. O registro de atividades técnicas como a medição da altura, CA e do IMC foram muito baixos e é um fator que precisa ser considerado e revisto pela equipe de saúde.

O registro em prontuários de saúde é algo importante a ser discutido e considerado pelos profissionais e gestores do serviço, recomenda-se seu monitoramento e avaliação a fim de instrumentalizar o cuidado integral.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, bolsa de mestrado processo nº 2011/04646-7

Referências

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF), 2013.
3. Peter K, Paul L, Richardson R, Ramdass B, Ali A, Mungrue K. Trends in the occurrence of type 2 diabetes in Community-Dwelling Trinidadian Subjects, 1993-2014. *Int J Diabetes Clin Res*. 2015, 2: 026.
4. Bahia LR, Araujo DV, Schaan BD, Dib SA, Negrato CA, Leão MP, et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System. *Value health*. 2011; 14 (Suppl. 1): S137-40.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF), 2013.
6. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press. 1980;;1: 77-125.
7. Secretaria Municipal da Saúde (SP). Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes. Ribeirão Preto (SP): Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde, 2011.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD; 2013.
9. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA). Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF), 2002.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência. 2. Brasília (DF), 2004.
11. Fontana RS. Humanização no processo de trabalho de enfermagem: uma reflexão. *Rev RENE*. 2010; 11: 200-7.
12. Alencar AMPG. Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-Ceará. [Tese]: Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013, 207f. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5240/1/2013_tese_ampgalencar.pdf acesso 25 mai 2013.
13. Arimura ST, Moura BM, Pimentel GD, Silva ME, Sousa MV. Waist circumference is better associated with high density lipoprotein HDL-c) than with body mass index (BMI) in adults with metabolic syndrome. *Nutr Hosp*. 2011; 26: 1328-32.
14. Ferraz AEP, Zanetti ML, Brandão ECM, Romeu LC, Foss MC, Paccola GMGF, et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2000; 33: 170-5.
15. Tschiedel B, Cé GV, Geremia C, Mondadori P, Spegiorin S, Puñales MKC. Organização de um serviço de assistência ao paciente com diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008; 52: 219-32.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília (DF), 2006.
17. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes—2011. *Diabetes Care*. 2011; 34 (Suppl 1): S11-S61.
18. Assunção MC; Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do país: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35: 88-95.
19. Pinto IC, Marciliano CSM, Zacharias FCM, Stina APN, Passeri IAC, Bulgarelli AF. Nursing care practices at an outpatient care center from an integrative perspective. *Rev Latinoam Enferm*. 2012; 20: 909-16.
20. Mendes ABV, Fitipaldi JAS, Neves RCS, Chacra AR, Moreira Junior ED. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol*. 2010; 47: 137-45.
21. Silva ASB. Santos MA; Teixeira CRS; Damasceno MMC; Camilo J; Zanetti ML. Evaluating *diabetes mellitus* care in a Brazilian basic health district. *Texto & contexto Enferm*. 2011; 20: 512-8.
22. Vasconcellos MM.; Gribel EB; Morais IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (Suppl 1): S173-82.
23. Donabedian. A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260: 1743-8.