

CURSO DE ENFERMAGEM

Aline Tiziane Schulz de Souza

**O PROCESSO DE REFERÊNCIA AO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM DIABETES
NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2019

Aline Tiziane Schulz de Souza

**O PROCESSO DE REFERÊNCIA AO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM DIABETES
NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Enf.^a Ana Zoé Schilling

Santa Cruz do Sul

2019

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling

FOLHA DE APROVAÇÃO
Santa Cruz do Sul, junho de 2019

**O PROCESSO DE REFERÊNCIA AO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM DIABETES
NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Aline Tiziane Schulz de Souza

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora.

Foi aprovada em sua versão final, em_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Enf^a Dr^a Ana Zoé Schilling

Prof.^a. Ms. Eliana Cácia de Melo Machado

Prof.^a Ms. Amélia Natália Marques Cerentini

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta principal de acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, por isso, é também aquela que ordena o caminhar da população entre os diferentes pontos de atenção através da realização de referência e contrarreferência. Este processo é essencial para organizar o cuidado e garantir a atenção integral à saúde. Por isso, este estudo tem como objetivo analisar o processo de referência da APS para o serviço de Atendimento Especializado em Diabetes Mellitus (DM), no município de Santa Cruz do Sul. Foi utilizado o método de pesquisa quali-quantitativo, e como estratégia de análise, a triangulação concomitante. Por se tratar de uma pesquisa documental direta, o instrumento para coleta de dados foi uma planilha alimentada com os seguintes dados contidos nos documentos de referência: data do encaminhamento, sexo do paciente, idade, Unidade e profissional de saúde que encaminhou, medicações em uso, valores de glicose de jejum e hemoglobina glicada. A análise de dados e a interpretação dos resultados ocorreu de forma conjunta, necessitando transformar os dados para analisa-los, ou seja, quantificando dados qualitativos. Os resultados revelaram que o perfil do paciente encaminhado ao Ambulatório Especializado em DM possui discreta prevalência do sexo feminino, idade superior a 37 anos, usuário de metformina e insulina, tendo valores de glicemia de jejum entre 150 e 350 mg/dL e HbA1c acima de 10%, sendo encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) por profissionais médicos. Desta forma, concluiu-se que a maioria dos pacientes encaminhados pela APS estavam aptos a ingressar no Ambulatório Especializado em DM. Apenas os casos de prescrição medicamentosa e dados de exames laboratoriais em desacordo com o fluxograma e/ou incompletos não permaneceram no serviço, sendo contrarreferenciados à APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Referência e contrarreferência.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Referências ADIH	25
-----------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Medicações e posologia diária	28
Tabela 2 –	Estabelecimentos de saúde e pacientes encaminhados	36

LISTA DE ABREVIATURAS

AB –	Atenção Básica
ADA –	Associação Americana de Diabetes
AE –	Ambulatório de Especialidades
AIDH –	Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso
APS –	Atenção Primária em Saúde
DM –	Diabetes Mellitus
DNA –	Ácido Desoxirribunocleico
EAS –	Estabelecimento Assistencial de Saúde
ESF –	Estratégia de Saúde da Família
HbA1c –	Hemoglobina Glicada
HGT –	Hemoglicoteste
HSC –	Hospital Santa Cruz
ISPAD –	Sociedade Internacional de Diabetes para Pediatria e Adolescência
NPH –	<i>Neutral Protamine Hagedorn</i>
PA –	Pronto Atendimento
PNAB –	Plano Nacional da Atenção Básica
SAMU –	Serviço Móvel de Urgência
SBD –	Sociedade Brasileira de Diabetes
UBS –	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
2.1	A trajetória da Atenção Primária em Saúde no mundo e no Brasil: breve resgate histórico	10
2.2	Atenção Especializada.....	13
2.2.1	A <i>Diabetes Mellitus</i> e a importância da Atenção Especializada	15
2.2.2	Ambulatório do Idoso Diabético e Hipertenso.....	17
2.3	Sistema de Referência e Contrarreferência	18
3	METODOLOGIA.....	21
3.1	Tipo de pesquisa	21
3.2	Local da pesquisa.....	21
3.3	Sujeitos do estudo	22
3.4	Instrumento para coleta de dados.....	22
3.5	Procedimentos éticos	23
3.6	Análise dos dados.....	23
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	25
4.1	Perfil dos sujeitos.....	25
4.1.2	Dados de medicamentos e exames laboratoriais contidos nos documentos de referência.....	27
4.2	Encaminhamentos da AB para o Ambulatório Especializado em DM	32
4.2.1	Profissionais que realizaram os encaminhamentos	32
4.2.2	Estabelecimentos que realizaram os encaminhamentos	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXO A – Fluxograma de encaminhamento do paciente DM da APS para Atenção Especializada – Estado de São Paulo.....	45
	ANEXO B – Fluxograma AIDH 2018	46
	APÊNDICE A - Termo para Autorização da coleta de dados.....	47

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam-se através de locais onde serviços de saúde são ofertados, chamados pontos de atenção à saúde. Levando em consideração a estrutura organizacional das RAS, a APS é considerada o centro de comunicação entre os pontos de atenção secundário e terciário. O objetivo da RAS é a integração do cuidado entre os diferentes pontos de atenção com a APS, a fim de obter maior qualidade, eficiência, efetividade e segurança na assistência à saúde dos brasileiros. O modelo piramidal de atenção é substituído pelo modelo horizontal, onde é ofertado aos usuários serviços contínuos e integrados. Mesmo com a preconização do modelo de atenção à saúde de forma horizontal, não se exclui a necessidade da priorização da APS, sendo ela, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017), a principal porta de entrada ao usuário do SUS, aquela que ordena o fluxo da população pelos diferentes pontos de atenção da RAS através da realização de referência e contrarreferência (OLIVEIRA, 2016).

O Sistema de Referência e a Contrarreferência implantado pelo Ministério da Saúde serve para ligar a APS aos pontos secundários e terciários de atenção, sendo estes serviços especializados, com densidades tecnológicas diversas, dando auxílio a APS. Exemplos de pontos secundários seriam os Ambulatórios de Especialidades (AE) e o exemplo de pontos terciários mais clássico e de maior densidade tecnológica são os hospitais (OLIVEIRA, 2016).

Calisto (2014), afirma que este Sistema contribui para manter a organização do cuidado e, principalmente, para garantir a atenção à saúde de forma integral. O mesmo autor ainda explica, de forma clara e simples, o significado destas palavras: referenciar um paciente significa transferi-lo da APS a um serviço especializado e, como a comunicação deve ocorrer no sentido contrário, a contrarreferência serve para trazê-lo de volta ao serviço de origem. Para que este processo ocorra de forma efetiva, é necessário estabelecer fluxos de encaminhamento bem estruturados a fim de que a população tenha o atendimento adequado e não se sinta 'perdida', sem saber a quem recorrer.

A definição trazida por Menozzi (2013) cita as diferentes complexidades dos serviços, sendo a referência o encaminhamento de um serviço de menor complexidade para um de maior complexidade, e a contrarreferência o retorno do paciente ao serviço de início, após a resolução do seu problema de saúde, para continuar o acompanhamento pela APS.

Para que seja realizado o encaminhamento adequado do paciente, o profissional de saúde precisa conhecer minimamente as informações clínicas, a fim de determinar a real necessidade de atendimento no serviço especializado. Os protocolos auxiliam neste processo e facilitam a

regulação. Esta tem como objetivo filtrar encaminhamentos desnecessários e esgotar todas as possibilidades de manejo clínico na APS. É preciso identificar quais os motivos de maior frequência de encaminhamentos e se o tratamento pode ser realizado na APS. Recusar encaminhamentos equivocados e discutir o caso clínico do usuário entre profissionais é um instrumento de aperfeiçoamento, pois é identificada a necessidade de aprendizado do profissional da APS, contribuindo para aumentar a resolutividade neste caso e nos próximos (BRASIL, 2016).

O objetivo deste trabalho é, portanto, analisar o processo de referência da APS para o Serviço de Atendimento Especializado em DM no município de Santa Cruz do Sul. Os objetivos específicos incluem identificar a procedência das referências que chegam ao Serviço de Atendimento Especializado em DM, o perfil dos pacientes referenciados, os profissionais que realizam os encaminhamentos e se há descrição de medicações em uso, valor de exames de glicemia de jejum e hemoglobina glicada dos pacientes nestes documentos de referência.

Justifica-se este estudo pela ampla gama de complicações relacionadas DM, sendo mais comuns as doenças relacionadas ao sistema cardíaco, vascular e cerebral, retinopatia diabética, insuficiência renal e amputações dos membros inferiores. Além disso, é estimado que 46% dos casos em adultos não sejam diagnosticados. O risco de complicações vasculares é três vezes maior em diabéticos, sendo responsável por 80% das causas de morte destes pacientes (OLIVEIRA; MONTENEGRO; VENCIO, 2017).

Estima-se que mais de 200 milhões de pessoas no mundo são afetadas pela DM e a estimativa é de que até 2025 o número de diabéticos chegue a 380 milhões de portadores (RODRIGUES et al., 2015). Desta forma, a necessidade de tratar adequadamente pacientes que possuem DM na APS mostra-se urgente, e o correto encaminhamento aos ambulatórios especializados também. Por isso, é importante verificar como se dão estes encaminhamentos atualmente no município de Santa Cruz do Sul.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A trajetória da Atenção Primária em Saúde no mundo e no Brasil: breve resgate histórico

O início da APS deu-se no Reino Unido, em 1920, com o Relatório Dawson. Este documento organizou o sistema de saúde em cinco níveis: hospitais de ensino, serviços suplementares, secundários, centros de saúde, centros de saúde primários e serviços domiciliares. Nele continha também as funções e relações entre todos estes níveis, inspirando muitos países. Estava iniciando a ideia das com coordenação da APS. Em 1948, houve a criação do Sistema Nacional de Saúde no Reino Unido e o surgimento da medicina da família. Nos anos de 1960 ocorreram movimentos marcantes tais como: o surgimento da pílula anticoncepcional, grupos que fomentaram movimentos pacifistas, saúde materno infantil, os estudos de Framingham sobre fatores de risco de doenças cardíacas e vasculares, além da publicação de estudos sobre os riscos do tabaco, a proposta de desmedicalizar os cuidados em saúde e o surgimento de grandes lideranças na direção da Organização Mundial da Saúde (OMS). Tudo isso favoreceu para o apoio internacional à APS, efetivado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978 sob o patrocínio da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesta Conferência teve-se a primeira definição da APS como cuidados essenciais, juntamente com métodos de trabalho e tecnologias, aceitáveis científica e socialmente, acessíveis de forma universal às pessoas e suas famílias, contando com sua participação efetiva e com custos viáveis para os países, de forma que se desenvolvem com autonomia e autodeterminação (MENDES, 2015).

Enquanto isso, no Brasil, em 1920 surgiam os Centros de Saúde, criados pela Universidade de São Paulo, influenciados no Relatório de Dawson. Em 1940, houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atual Fundação Nacional de Saúde. Este serviço era baseado no modelo sanitário americano, criando unidades que articulavam ações preventivas e curativas, focando no cuidado às doenças infecciosas. Em 1960 deu-se atenção especial e dirigida ao grupo materno infantil e às doenças infecciosas, entre elas a tuberculose e a hanseníase, surgindo então os primeiros programas de saúde no Brasil. Em 1970, percebeu-se a necessidade de expandir a APS, dando origem ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com início no Nordeste, em 1976 e estendendo-se por todo território nacional em 1979. Em 1980, com a crise da Previdência Social, houve a instituição das Ações Integradas em Saúde (AIS), tendo neste momento, a APS, influência da cultura de

atenção médica no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Neste momento, só os trabalhadores com carteira assinada tinham acesso aos serviços de saúde. Em 1987 as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). E, finalmente, a Constituição Federal de 1988 criou o SUS. Em 1990, o SUS virou lei: a Lei n. 8.080 que conhecemos hoje (MENDES, 2012).

A Lei n. 8.080 (1990), em seu Artigo 2º, garante a saúde como sendo: “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O parágrafo primeiro, do mesmo artigo diz que:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, n.p.).

No parágrafo segundo, do Artigo 2º, da Lei n. 8.080 (1990) há uma observação importante de que não somente o Estado é responsável pela saúde da população, sendo ela própria, juntamente com sua família, as empresas e a sociedade em geral também responsáveis de igual forma. Entre os princípios do SUS, citados no Artigo nº 7, está em seu parágrafo IX: “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” e no parágrafo XII: “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”. Com isso, os municípios passaram a assumir a responsabilidade da APS, ocasionando uma enorme expansão da mesma, no SUS.

Em 1987, foi criado no Ceará, o Programa de Agentes de Saúde (PAS). Com grandes resultados, principalmente na redução da mortalidade infantil. O programa foi estendido, em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS) a todo país, denominando-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Percebendo que o modelo de atenção à saúde ofertado pelo PACS era seletivo e os atendimentos às necessidades da população exigiam densidade tecnológica maior, agregou-se aos agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros, formando assim uma equipe que atendia populações adscritas e organizadas em famílias. No início de 1994, surgia então o Programa de Saúde da Família (PSF). A fala de Mendes (2012, p.75) explica um pouco do objetivo deste novo programa: “não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar”. O PSF sofreu influências das propostas de APS do Canadá, Cuba e Inglaterra. O problema deste programa foi a priorização

pelo atendimento aos eventos agudos, de forma episódica e descontínua e com grande valorização da consulta médica, menosprezando o atendimento dos outros profissionais de saúde. Por muitos anos, o Brasil adotou a terminologia “atenção básica à saúde” (ABS). Atualmente, a adoção de APS, em detrimento de ABS vai além da semântica, pois Atenção Primária refere-se ao primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, atributo essencial da APS. Por isso, o PSF dá lugar à Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF surge como uma estratégia de organizar o sistema de saúde público brasileiro, sendo ela o centro de comunicação com os demais serviços das RAS (MENDES, 2011).

Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a ESF vem com o objetivo de:

[...] expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Segundo o MS, no *site* do Departamento da Atenção Básica, a equipe da ESF:

[...] deve ser composta, no mínimo, por médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, [20??b] n.p.).

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, cita em seu Artigo nº 8 que: “O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.”. No Artigo nº 9 é explicado quem são as Portas de Entrada:

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011, n.p.).

No Artigo nº 10 é ordenado que: “Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º”. Por fim, o Artigo nº 11 reforça que:

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (BRASIL, 2011, n.p.).

2.2 Atenção Especializada

O Ministério da Saúde (BRASIL, [20??a], n.p.) define, em seu *site*, a Atenção Especializada como o serviço que fornece:

[...] um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

Esta atenção tem como característica maior densidade tecnológica do cuidado, devendo respeitar a hierarquização e regionalização, garantindo vantagens a nível de custo-benefício, não deixando desejar à qualidade da assistência. Com a AE, a população tem acesso à especialistas de qualidade, sendo a demanda excessiva e a insuficiência na oferta obstáculos e entraves do sistema. O público que é encaminhado para este tipo de atenção são aquelas pessoas que precisam de cuidados diferenciados e específicos, mais intensos e com profissionais especialistas, diferentes daqueles generalistas, ofertados na APS (BRASIL, [20??a]).

Os serviços ambulatoriais especializados atendem as necessidades regionais de saúde que não podem ser solucionados na APS, devido a uma complexidade maior, não chegando ao ponto de necessitar internação hospitalar e nem atendimento urgente (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE ALAGOAS, 2018).

Este tipo de serviço também é denominado como Atenção Secundária, abrangendo ações mais complexas que a APS, porém menos complexas do que os hospitais (Atenção Terciária) (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2018).

Mendes (2011) repudia este sistema baseado em complexidades de níveis de atenção, em formato piramidal. Para ele, a APS não é menos complexa do que os níveis ditos de média e alta complexidade. O que ocorre é que ela precisa solucionar 85% dos problemas de saúde da população, ofertando tecnologias de alta complexidade, tais como mudanças de comportamento

da população. Os níveis de atenção secundário e terciário possuem maiores densidades tecnológicas, mas não maiores complexidades. Esta visão leva políticos, gestores, usuários e profissionais a supervalorizar as práticas dos níveis secundário e terciário, menosprezando a APS. O autor reforça que todos os pontos de atenção são igualmente importantes, apenas divergindo em suas densidades tecnológicas. Por isso, um sistema piramidal teria limitações entre suas conexões, impedindo o acesso dos usuários aos níveis superiores da hierarquia. As redes poliárquicas, aquelas em que cada nó se une um ao outro, permitem percorrer caminhos diversos, de forma que estes nós se tornem interligados (MENDES, 2011).

O sistema de saúde organizado em redes nos mostra que um pronto socorro e um centro de especialidades médicas têm a mesma importância no que diz respeito a garantia de atenção à saúde da população, porque cada um possui papéis específicos e atende necessidades específicas. Por isso, o serviço ambulatorial ou secundário, tem como objetivo apoiar a APS (OLIVEIRA, 2016).

Nos Ambulatórios, os especialistas recebem os pacientes oriundos da APS por meio de referências e contra referências, sem nem ao menos conhecer os profissionais que realizaram o encaminhamento e sem ter acesso à história prévia clínica do paciente, exceto quando há sistemas de prontuários eletrônicos. A consequência disso é o permanecer desnecessário de pacientes no serviço e a existência de filas de espera enormes para atendimento. Por isso, é essencial a comunicação entre os profissionais de saúde, através de contato telefônico, *e-mail*, reuniões informais, discussões de caso, regulação negociada. Os estudos comprovam que a atuação dos especialistas só é efetiva quando os mesmos se conhecem pessoalmente e trabalham em conjunto com a equipe da APS (TESSER; NETO, 2017).

Mendes (2011) cita estudos internacionais que não acham vantagens em estruturar um sistema de saúde na atenção especializada. Sistemas que possuem uma APS fortemente estruturada demonstram quedas nas taxas de mortalidade por qualquer causa, principalmente nas mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. A APS reduz custos e aumenta a satisfação dos usuários. Ou seja, o investimento na qualidade da APS é muito mais efetivo do que uma APS que não é resolutiva e que necessita encaminhar a maioria dos problemas de saúde de sua população para a Atenção Especializada. Uma APS que garante acesso e primeiro contato beneficia todos os outros níveis de atenção.

Segundo o Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, da especialidade de Endocrinologia e Nefrologia:

É importante ressaltar a necessidade de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contra referência) entre as equipes de Atenção Básica com outros pontos de atenção. Ao ser encaminhado para cuidados especializados temporários ou prolongados, é interessante que as equipes de Atenção Básica possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2016, p. 6)

Por fim, o Relatório OMS sobre Saúde Mundial de 2018 propôs o título do documento como: “Atenção primária à saúde: agora mais do que nunca”. Este documento, no que se refere às mudanças na implementação da reforma da APS, foi resumido por Mendes (2011) em um quadro e nele é exposto que, na implementação atual de mudança na APS, esta não deve ser barata, tendo investimentos consideráveis, gerando maior valor para o dinheiro investido do que todas as outras duas atenções.

Resumindo, a APS deve ser resolutiva e coordenadora do cuidado, necessitando de maiores investimentos dos gestores tripartites. A AE gera mais custos aos governos, servindo de suporte à APS, devendo os profissionais comunicarem-se entre todos os níveis de atenção para que o paciente tenha um cuidado integral e efetivo.

2.2.1 A *Diabetes Mellitus* e a importância da Atenção Especializada

A DM é uma doença metabólica grave, de causas múltiplas, tendo como característica o aumento da glicemia de forma crônica, devido à falta de produção de insulina pelo pâncreas ou incapacidade da insulina para exercer seus efeitos adequadamente. É uma das principais doenças crônicas e possui acometimento global e crescente, atingindo pessoas de todos os níveis socioeconômicos. As complicações mais comuns causadas pelo DM são: a nefropatia, a neuropatia e a retinopatia (SANTOS; TORRES, 2015).

A classificação engloba: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e diabetes detectado na gravidez. A diabetes 1 caracteriza-se pelo surgimento, na maioria dos casos, em crianças e adolescentes sem excesso de peso e, fisiologicamente, há um processo de destruição autoimune da célula beta pancreática, levando a um quadro de deficiência total de insulina, sendo a administração exógena deste hormônio essencial para prevenir o quadro de cetoacidose. A diabetes tipo 2, tem maior incidência em adultos com história de excesso de peso e histórico familiar de DM. Ocorre, neste caso, a deficiência na secreção de insulina e resistência à sua ação, sendo administrados medicamentos via oral para incentivar a secreção e diminuir a resistência à insulina. O objetivo não é prevenir a cetoacidose e sim controlar o quadro hiperglicêmico. Já a diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia, detectado pela primeira

vez na gravidez, desaparecendo no pós-parto, mas podendo reaparecer anos depois. Hiperglicemias detectadas na gestação e que se enquadram nos critérios de diabetes para adultos são classificadas como diabetes na gravidez, independente do período gestacional e da resolução no pós-parto. A DM tipo 2 abrange 90% dos casos de diabetes da população, e a DM tipo 1, os outros 10% restantes (BRASIL, 2013).

A DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são a principal causa de mortalidade e hospitalizações no SUS, e representam, mais da metade do diagnóstico primário de insuficiência renal crônica submetidas à diálise. As complicações agudas e crônicas causam alta morbimortalidade, ocasionando custos elevados para o sistema de saúde. Gastos com diabetes, mundialmente, foram estimados em 11,6% do total de gastos com atenção em saúde, no ano de 2010. A OMS afirma que os custos dos governos com atenção à DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais em saúde, e os custos de produção perdidos podem ultrapassar, em até 5 vezes, os custos diretos de atenção à saúde. Os pacientes diabéticos geram um custo dos cuidados à saúde de duas a três vezes maior do que aqueles pacientes que não possuem a doença e está diretamente relacionado com as complicações crônicas. O paciente, quando chega na APS, geralmente já apresenta estágios avançados da doença, o que reflete a dificuldade do diagnóstico precoce e da prevenção primária (BRASIL, 2013).

O estudo de Santos e Torres (2015) mostra a importância das ações do ambulatório especializado em DM, no Estado do Rio de Janeiro. O ambulatório conta com equipe multiprofissional de médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico. O foco do trabalho é a educação em saúde dos pacientes, enfatizando a mudança nos hábitos de vida, prevenção de complicações agudas e crônicas, além de orientações sobre o tratamento. Além disso, o incentivo à adesão ao tratamento e promoção da qualidade de vida também são ações realizadas. Os profissionais objetivam o autoconhecimento do paciente, a troca de experiências entre pacientes e profissionais. O paciente é posto como sujeito integrado do tratamento, responsável pelo seu cuidado, juntamente com os profissionais de saúde.

Os critérios para encaminhar um paciente na APS para um Ambulatório Especializado em DM são: paciente em dose de insulina em dose otimizada (maior que 1UI/kg); ou doença renal crônica com taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml /min/1,73m²; ou paciente DM tipo 1 em uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos. Para a referência, é necessário que o profissional da APS inclua no documento resultado dos exames de: HBA1C (hemoglobina glicosilada) e creatinina sérica, além de informações tais como: insulina (se em uso, dose, posologia), outras medicações em uso (dose e posologia) e peso do paciente (BRASIL, 2016).

Já o Protocolo de encaminhamento do Estado de São Paulo (2011) exige que os pacientes diabéticos tipo 1 e as gestantes diabéticas sejam todos encaminhados ao serviço de Atenção Especializada. O diabético tipo 2, permanece sempre que possível na APS, sendo referenciado à AE quando necessária uma avaliação especial. Lá, é avaliado o caso, realizado exames, orientado a conduta e decidido se o paciente deve ser contrarreferenciado à APS para continuar o tratamento na unidade básica ou se necessita permanecer por um tempo em acompanhamento na AE. O fluxograma pode ser conferido no ANEXO A.

É importante ressaltar que:

“[...] o fato do paciente ter sido encaminhado para avaliação em outro nível de complexidade não significa que não deva retornar à sua unidade de origem. Em boa parte dos casos, é solicitada interconsulta que gera uma contra referência, fundamental para a revisão do Projeto Terapêutico Individualizado na unidade de origem. Em outras ocasiões, o especialista considera necessário o acompanhamento periódico na especialidade. Nestes casos, o paciente passa a fazer acompanhamento paralelo, mantendo seu vínculo com a unidade de origem. [...] as ações de saúde demandadas por um paciente de baixo risco representam um menor custo para o sistema, com grande impacto na sua qualidade de vida, ao contrário das ações demandadas por um paciente de alto risco que resultam num alto custo financeiro sem uma mudança significativa do prognóstico”. (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011, p. 45)

2.2.2 Ambulatório do Idoso Diabético e Hipertenso

Situa-se na cidade de Santa Cruz do Sul e foi criado em 2009, objetivando a prevenção, diagnóstico e tratamento de DM e HAS, diminuindo a incidência das complicações cônico degenerativas destas patologias e auxiliar nas doenças comuns aos idosos, oferecendo atendimento integral, proporcionando melhor qualidade de vida. O público alvo do atendimento são pacientes hipertensos, diabéticos e idosos, residentes no município de Santa Cruz do Sul, descompensados metabolicamente e referenciados pelas UBSs e ESFs. Os atendimentos realizados englobam 4 profissionais médicos (clínicos e endocrinologistas), 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 nutricionista. Estes são realizados individual ou em grupos de atenção continuada. As principais metas de educação permanente são: a manutenção dos grupos de diabéticos e adolescentes diabéticos, manutenção do fornecimento de insumos para DM, ampliação da busca ativa de pacientes através de visitas domiciliares, criação do Ambulatório de Feridas Municipal, criação de oficina culinária, criação de grupos fisioterápicos para idosos e DM, atendimento odontológico para pacientes diabéticos cadastrados e idosos e vinculação de um ambulatório de especialidades a idosos e diabéticos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2018).

Com a mudança de local do Ambulatório, em 2016, existia um fluxo de encaminhamento muito flexível, o que gerou um número excessivo de pacientes cadastrados, maior do que o Ambulatório conseguia suportar. Muitos pacientes estabilizados não eram reencaminhados à APS e outros, que chegavam e estavam graves, tinham dificuldade em conseguir consultas com médicos e profissionais da equipe multidisciplinar. Como todos os pacientes eram atendidos, ocorria uma sobrecarga de trabalho de todos os profissionais, pois era necessário a criação de encaixes.

Em 2018, este fluxo foi revisado, reestruturado e passou a ter filtros mais rígidos para a referência, baseado no Caderno de Atenção Básica n. 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (2013). O fluxo encontra-se no ANEXO B deste trabalho.

2.3 Sistema de Referência e Contrarreferência

O Sistema de Referência e Contrarreferência surge para auxiliar na garantia da integralidade da atenção à saúde. Esta integralidade tem o objetivo de garantir à população a assistência à saúde em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Somente a APS não consegue atender 100% as necessidades dos usuários. A referência, seria então, um mecanismo administrativo para adquirir e efetivar a integralidade. Referenciar significa direcionar o paciente a outro nível de atenção e cuidados, de densidade tecnológica maior. Contrarreferenciar significa realizar o caminho contrário, ou seja, conduzir o usuário para um nível de atenção de densidade tecnológica menor, sendo direcionado à unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (SANTOS, 2015).

A referência e a contrarreferência interliga os diferentes níveis de atenção (BRONDANI et al., 2016).

No estudo de Brondani et al. (2016) são citadas várias dificuldades relacionadas ao processo de referência e contrarreferência. Segundo a autora, há dificuldade de articulação nos serviços de saúde, devido à falta de comunicação dos trabalhadores dos diferentes níveis de atenção e do desconhecimento, por parte destes, do funcionamento das RAS. Cada profissional da AE fecha-se em sua área e tenta resolver o problema de saúde do usuário de forma isolada, pois muitas vezes não tem informações precisas e suficientes na referência. Os profissionais da APS também reclamam da inexistência da contrarreferência para poder dar seguimento ao tratamento na unidade. Os trabalhadores da saúde dos diversos níveis de atenção concordam que é necessário trabalhar conjuntamente, pois o cuidado recebido em um nível acaba por não

ter segmento quando o paciente é contrarreferenciado pela inexistência desta contrarreferência. É necessário a capacitação dos profissionais, qualificação na prestação de serviços, monitorização dos resultados e valorização dos profissionais de saúde. A criação de fluxogramas auxilia a caminhada do usuário na rede de saúde, facilita o acesso e o segmento do cuidado. O sistema de referência e contrarreferência, segundo a autora, ainda permanece freado, comprometendo o funcionamento e a efetividade das RAS.

No estudo de Protasio et al. (2014), das 625 ESFs pesquisadas, 49,4% relataram que os profissionais da APS nunca contatavam os especialistas e 41% contatavam em algumas oportunidades. A frequência com a qual os especialistas contatavam os profissionais da APS foi mais expressiva: 68,2%, o que mostrou uma diferença nas informações. Quanto à presença de fluxos de comunicação institucionalizado, 62,2% das equipes responderam de forma negativa ou que desconheciam. As que possuíam algum fluxo, citaram os seguintes: discussão de casos (21,2%; n=50), ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta (85,2%; n=201), reuniões técnicas com os especialistas da rede (10,6%; n=25), teleconferência (1,3%; n=3), telessaúde (0,8%; n=2), comunicação eletrônica (3%; n=7). É importante ressaltar que nenhuma utilizava prontuário eletrônico. O estudo também constatou dificuldade na existência de protocolos que orientariam a priorização dos casos para encaminhamentos e também na existência de diretrizes terapêuticas. Sobre isso, a autora cita que:

Protocolos com definição de diretrizes terapêuticas e priorização de casos para referenciar a outros pontos da rede de atenção são importantes para auxiliar na organização do processo de trabalho no cuidado aos usuários. No entanto, em nossa pesquisa, constatou-se que 75% das unidades responderam não possuir. É interessante notar que quando foi perguntado se existiam diretrizes terapêuticas para alguns casos específicos, poucas unidades referiram tê-las (PROTASIO et. al., 2014, p. 215).

Calistro (2014) afirma a importância de estabelecer mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência, objetivando não apenas a garantia da integralidade, mas também a diminuição de erros nos serviços e maior acompanhamento dos pacientes. Ele ainda fala sobre o que dificulta a concretização e efetividade deste mecanismo: ausência de sistemas logísticos adequados. Um elemento facilitador deste processo seria a implementação de um sistema informatizado, onde o prontuário eletrônico estaria disponível para comunicação entre todos os serviços, o que dispensaria as folhas de referência e contrarreferência. Estas, segundo ele, são fáceis de serem extraviadas, e, na maioria das vezes, não são preenchidas pelos profissionais de saúde ou preenchidas com informações insuficientes.

Outro grande problema dos Ambulatórios de Especialidades são as clientela fixas e cativas, que não são contrarreferenciadas e que poderiam ser acompanhadas pela APS. Quando o usuário retorna ao nível primário, muitas vezes não possui contrarreferência, dificultando a continuidade do cuidado e conhecimento, por parte, dos profissionais, das condutas realizadas e a serem seguidas. A efetividade de um sistema de referência e contrarreferência evitaria que o usuário ficasse perdido no sistema de saúde, sem possibilidade de atendimento integral, com pouca atenção e assistência. Este é um instrumento de informação e comunicação entre profissionais de saúde e sua não e/ou má utilização prejudica diretamente os usuários e indiretamente o próprio sistema de saúde (CALISTRO, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O tipo de pesquisa proposta para este estudo foi o quali-quantitativo. Este método também é chamado de método misto. De acordo com Santos et al. (2017), este tipo de pesquisa vem crescendo na área da saúde e principalmente da enfermagem. Isso se justifica pela necessidade do estudo de fenômenos complexos nesta área. Há quatro situações que justificam o uso de métodos mistos:

A primeira é quando os conceitos são novos e há escassa literatura disponível sobre os mesmos. Nesse caso, há necessidade de exploração qualitativa antes de métodos quantitativos serem utilizados. A segunda situação é quando os resultados de uma abordagem podem ser melhor interpretados com uma segunda fonte de dados. A terceira situação é quando, por si só, nem a abordagem qualitativa, nem a abordagem quantitativa é suficiente para a compreensão do problema a ser estudado. Por último, a quarta indicação é quando os resultados quantitativos são de difícil interpretação e dados qualitativos podem ajudar a compreendê-los (SANTOS et al., 2017, p. 2).

Neste estudo, a interpretação dos resultados se adequou melhor utilizando os dois métodos, sendo apenas um método isolado insuficiente para a compreensão do tema estudado.

A coleta de dados foi simultânea, e nela houve a integração dos dois tipos de pesquisa tanto na análise dos dados quanto na interpretação dos resultados. Para Creswell (2007), integração significa o pesquisador unir os dados.

A estratégia utilizada neste estudo foi a triangulação concomitante. A triangulação concomitante serve para “confirmar, fazer validação cruzada ou corroborar resultados dentro de um único estudo” (CRESWELL, 2007, p. 52).

Realizou-se uma pesquisa documental direta, que é quando se utiliza documentos de primeira mão, que não sofreram nenhum tipo de interpretação anterior. É o documento na íntegra, sem alterações prévias (VIANNA, 2001).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso (AIDH), do município de Santa Cruz do Sul.

É um Ambulatório especializado em atender pacientes diabéticos e hipertensos, além de idosos descompensados metabolicamente, encaminhados pela APS de Santa Cruz do Sul, via

documento de referência. São realizados atendimentos individuais e em grupo, além de grupos de educação continuada para os pacientes DM que retiram insumos (seringas e fitas, além de aparelho de realizar hemoglicoteste). O atendimento oferecido compõe equipe multiprofissional: médicos endocrinologistas e clínicos gerais, nutricionista, assistente social, psicólogo, enfermeira e técnicos de enfermagem. Este serviço existe desde 2009 na cidade, mas o cadastramento de pacientes e a exigência de documento de referência para atendimento dos pacientes data de 2016, quando houve a troca e melhora do espaço físico (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2018).

A escolha em realizar a pesquisa neste local deveu-se ao fato de que a autora deste trabalho realizou estágio não obrigatório, pelo período de 06 de fevereiro de 2017 a 05 de fevereiro de 2019, sendo este o único Ambulatório Especializado em DM da cidade, e, devido à crescente manifestação e descompensação de DM na população, surgiu a curiosidade e necessidade de verificar como se dá o processo de referência a este serviço e se os pacientes encaminhados atendem aos critérios estabelecidos pelo fluxograma, evitando a superlotação desnecessária do Ambulatório ou o encaminhamento equivocado.

3.3 Sujeitos do estudo

Por se tratar de uma pesquisa documental, foram considerados todos os documentos de referência que chegaram ao AIDH, oriundos da APS, relacionados à atendimento para DM, no período de 01 de agosto de 2018 a 01 de fevereiro de 2019. Foram excluídas da pesquisa as referências direcionadas para atendimento nutricional e para atendimento psicológico de cirurgia bariátrica, bem como as que se trataram de distúrbios da tireoide.

A amostra totalizou 48 referências, estando 37 aptas para o ingresso no Ambulatório e onze inaptas, devido à prescrição medicamentosa e dados de exames laboratoriais em desacordo com o fluxograma de encaminhamento e/ou incompletos.

3.4 Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados deu-se através de uma planilha, elaborada no programa *Microsoft Excel 2016*, contendo as seguintes informações: data do encaminhamento, sexo do paciente, idade, Unidade e profissional de saúde que encaminhou, medicações em uso, valores de glicose de jejum e hemoglobina glicada.

As informações selecionadas para compor a planilha corresponderam aos critérios estabelecidos para atendimento no AIDH (ANEXO B).

A planilha foi preenchida na ordem em que os documentos de referência chegaram ao Ambulatório.

3.5 Procedimentos éticos

Foi encaminhado, à Secretaria Municipal de Saúde, um Termo para Autorização da coleta de dados no AIDH onde continha o nome da autora e orientadora do estudo, bem como o título, objetivo e período do mesmo (APÊNDICE A).

Após esta autorização foi iniciada a coleta de dados.

Como o estudo não entrou em contato com seres humanos, e utilizou apenas documentos, não foi necessário a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), porém ressalta-se que os dados foram utilizados unicamente para fins deste estudo, mantendo-se em sigilo e sem identificação pessoal.

3.6 Análise dos dados

Devido ao estudo ser misto, e usando a estratégia de triangulação concomitante, a análise e interpretação dos dados ocorreu de forma conjunta. Esta estratégia integrou os resultados dos dois métodos na fase de interpretação. A interpretação resultante poderia ou não confirmar a convergência dos resultados, fortalecendo as afirmações do estudo, ou ainda explicar a falta de convergência que possivelmente viesse ocorrer (CRESWELL, 2007).

Ainda de acordo com Creswell (2007, p. 223), para analisar os dados foi utilizada a transformação dos dados, que significa quantificar dados qualitativos. O autor explica:

Isso envolve criar códigos e temas qualitativamente, depois contar o número de vezes que eles ocorrem nos dados de texto (ou possivelmente o quanto se fala sobre um código ou tema, contando linhas ou sentenças). Essa quantificação de dados qualitativos permite ao pesquisador comparar resultados quantitativos com dados qualitativos. Alternativamente, o investigador pode transformar dados quantitativos em qualitativos. Por exemplo, em uma análise fatorial de dados de uma escala em um instrumento, o pesquisador pode criar fatores ou temas que podem ser comparados com temas da base de dados qualitativa (CRESWELL, 2007, p. 223).

Após o preenchimento da planilha, foi realizada porcentagem das ocorrências nela descritas. Verificou-se, do total de referências que chegaram ao Ambulatório no período, quantas estavam de acordo com o fluxograma, se foram homens ou mulheres, tinham menos de

18 anos, se tinham idade compreendida entre 19 e 36 anos, entre 37 e 59 anos, ou acima de 60 anos, a quantidade de antidiabéticos orais e/ou insulina, quantos estavam com glicemia de jejum abaixo de 150 mg/dL, entre 150 e 350 mg/dL e acima de 350 mg/dL; e hemoglobina glicosilada abaixo de 7%, entre 7% e 10% e acima de 10%.

Desta forma, conseguiu-se constatar o perfil dos pacientes referenciados ao Ambulatório, e quais as dificuldades dos profissionais de saúde para seguir o fluxo estabelecido.

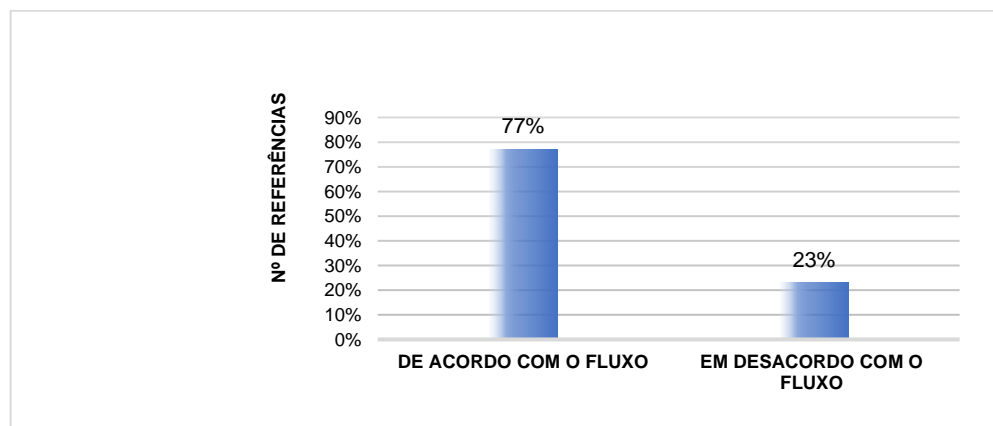
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para uma melhor compreender e discutir a análise dos dados, este capítulo foi dividido em dois subcapítulos, tendo o primeiro uma seção terciária e o segundo, duas seções terciárias. O primeiro subcapítulo destina-se a caracterizar os sujeitos, abordando com detalhes, na seção terciária, as medicações em uso e os valores referentes à HbA1c e glicose de jejum. Já o segundo subcapítulo detém-se a explorar os encaminhamentos, sendo que a primeira seção terciária discute sobre os profissionais que os realizaram e a segunda, sobre os estabelecimentos de saúde. É importante ressaltar que foram utilizados para esta pesquisa os documentos de referência que chegaram ao AIDH, oriundos da APS, relacionados à atendimento para DM, no período de 01 de agosto de 2018 a 01 de fevereiro de 2019

4.1 Perfil dos sujeitos

No período deste estudo, chegaram ao AIDH 48 sujeitos. Destes, 37 (77%) estavam com o encaminhamento correto conforme o fluxograma desta unidade especializada (ANEXO B) e 11 (23%) não estavam.

Figura 1 – Referências AIDH



Fonte: Dados da pesquisa.

O fluxograma foi construído com base nas recomendações do Caderno de Atenção Básica n. 36 (BRASIL, 2013) e preconiza que à primeira suspeita de DM, tendo o paciente por duas vezes apresentado, em exames laboratoriais, glicemia acima de 126 mg/dL e/ou o resultado da hemoglobina glicada acima de 6,5%, a conduta deverá ser encorajar a mudança do estilo de vida do paciente com a prescrição do primeiro hipoglicemiante oral. Se os valores não estiverem

dentro dos limites aceitáveis após três meses, associa-se o segundo hipoglicemiante oral. E se, após mais três meses, os resultados permanecerem elevados, a dose única noturna de insulina NPH deve ser prescrita para uso conjunto, considerando a dose de 0,3 a 0,5 UI por kg. Todo este processo pode ser realizado na APS. O fluxograma do AIDH 2018 (ANEXO A) estabelece que o paciente venha ao serviço especializado quando, após três meses de uso de insulina NPH noturna, a HbA1c se mantiver maior que 9,5%. Lá é realizado atendimento multidisciplinar individual e em grupo, contando com o auxílio de enfermeira, médicos endocrinologistas, psicólogo, nutricionista e assistente social. Neste estabelecimento também são entregues seringas para administração de insulina, aparelhos de HGT e fitas reagentes, conforme prescrição do médico endocrinologista.

Assim, neste estudo, nota-se que a maioria dos pacientes se encontrava apto a ingressar no ambulatório especializado. Dos onze (23%) encaminhamentos que não estavam aptos, oito (73%) possuíam prescrição medicamentosa em desacordo com o fluxograma do ambulatório, cinco (45%) apresentavam dados de exames laboratoriais abaixo dos limites de referência estabelecidos para ingresso e apenas 1 (9%) encaminhamento não possuía nenhum registro referente aos resultados dos exames de laboratório.

Quanto ao sexo dos pacientes, 23 (48%) eram homens e 25 (52%) mulheres. Mesmo que a maioria dos pacientes encaminhados seja mulheres, não existiu, nesta pesquisa, diferença significativa nos encaminhamentos referente ao sexo dos pacientes. No estudo de Flor e Campos (2017), foi realizada uma pesquisa com uma amostra de 935 diabéticos. Destes, 6,6% eram homens e 8,2% eram mulheres. No estudo de Petermann (2015), a prevalência de DM entre mulheres foi superior em relação a dos homens. O autor justifica este fato devido às mulheres serem mais cuidadosas, procurando com mais frequência os estabelecimentos de saúde.

Em relação às idades dos pacientes que foram encaminhados pela APS, dois (4,2%) tinham menos de 18 anos, cinco (10,4%) entre 18 a 36 anos, 24 (50%) entre 37 a 60 anos e 17 (35,4%) eram maiores de 60 anos. Desta forma podemos perceber que a maior parte das pessoas encaminhadas possuíam idade superior à 37 anos. A média das idades foi 53,6 anos e a mediana 55 anos. A diabetes encontrada nos menores de 18 anos, foi apenas a tipo 1, muito comum em pacientes pediátricos, pois de acordo com Vargas, Andrade e Bork (2016), no Brasil a DM é a segunda doença mais prevalente na infância. No estudo realizado por outros autores, foi evidenciado que apenas 1,5% dos diabéticos envolvidos na pesquisa tinham de 20 a 39 anos e que 7,9% tinham idades compreendidas entre 40 e 64 anos e a maioria, com 16,7%, tinham idade superior à 65 anos. O estudo dos autores mostrou, da mesma forma que este, o aumento

da prevalência de diabetes nos pacientes com mais idade, ou seja, comprova que a partir dos 40 anos, a probabilidade de desenvolver esta doença é maior do que nas pessoas com idade inferior. Os mesmos autores ainda identificaram uma informação muito relevante para este estudo, a de que as pessoas com idade de 60 anos ou mais tem seis vezes mais chances de desenvolver DM, quando comparado à indivíduos de 18 a 59 anos (FLOR; CAMPOS, 2017).

4.1.2 Dados de medicamentos e exames laboratoriais contidos nos documentos de referência

A partir dos dados constantes nos documentos referenciados ao serviço especializado, os medicamentos mais utilizados pelos pacientes encaminhados, foram o cloridrato de metformina (ou apenas metformina) 35 (73%), a glibenclamida 22 (46%) e a insulina 35 (73%). É importante ressaltar que a maioria dos pacientes utilizavam dois ou mais destes medicamentos.

Aqueles que usavam cloridrato de metformina – 35 pacientes - foram classificados como usuários de cloridrato de metformina 500 mg de ação prolongada (XR) e usuários de cloridrato de metformina 850mg sem ação prolongada. Todos estes medicamentos são fornecidos pelas farmácias credenciadas ao programa do Ministério da Saúde, denominado “Farmácia Popular”, que dispensam vários medicamentos de forma gratuita e com descontos. Para obtê-los, o paciente precisa ter em mãos um documento oficial com foto e número do CPF juntamente com a receita médica dentro do prazo de validade – 180 dias, com exceção dos anticoncepcionais - podendo esta ser de um médico do SUS ou particular (BRASIL, [20??c], n.p.).

A Farmácia Municipal de Santa Cruz do Sul disponibiliza gratuitamente apenas o cloridrato de metformina 850mg sem liberação prolongada (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2019).

Dos 35 pacientes usuários de metformina, 25 (52%) usavam metformina 850mg e 10 (21%) utilizavam metformina XR 500mg.

Dos 25 (52%) pacientes usuários de cloridrato de metformina 850mg, cinco (20%) faziam uso de dois comprimidos ao dia e vinte (80%) usavam três comprimidos diários. Apenas dez (21%) pacientes utilizavam cloridrato de metformina XR 500mg sendo que destes, quatro (40%) ingeriam dois comprimidos ao dia, três (30%) usavam três comprimidos ao dia e três (30%) faziam uso de quatro comprimidos ao dia.

Tabela 1 - Medicações e posologia diária

Medicações	n	%
Metformina	35	73
Metformina 850g sem ação prolongada	25	52
2 vezes/dia	5	20
3 vezes/dia	20	80
Metformina XR 500mg	10	21
2 vezes/dia	4	40
3 vezes/dia	3	30
4 vezes/dia	3	30
Glibenclamida 5mg	22	46
1 vez/dia	3	14
2 vezes/dia	6	27
3 vezes/dia	10	45
4 vezes/dia	3	14
Insulina	35	73
NPH	33	94
Regular	4	11
Glargina	2	6
Lispro	3	9

Fonte: Dados da Pesquisa.

A metformina é a primeira escolha no tratamento farmacológico de primeira linha. Isto deve-se ao fato de ser uma droga segura a longo prazo, não causando hipoglicemias e auxiliando na redução de problemas macro vasculares. Esta medicação atua na redução da resistência insulínica e da produção hepática de glicose, aumentando a captação de glicose e sua utilização pela musculatura esquelética. Também ajuda na redução dos níveis de triglicérides e LDL, elevando o HDL e auxiliando na perda de peso. Com isso, reduz a incidência de infarto em 36% e de mortalidade em 32% (BRASIL, 2013).

De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) trazidas por Oliveira, Júnior e Vencio (2017), a dose recomendada das metforminas com ou sem ação prolongada é de 1000 mg a 2550 mg, dividida entre duas a três tomadas ao dia. A diferença entre estas duas medicações está na redução de efeitos gastrointestinais – desconforto abdominal, náusea e diarreia – proporcionada pela metformina XR. Nesta pesquisa, os dados mostram que a maioria dos pacientes encaminhados (52%) usavam metformina 850 mg, e 80% deles já estavam em uso da dose máxima recomendada. Entre os usuários de metformina XR

500 mg (21%), 30% estavam em uso de 1500 mg e 2000 mg respectivamente, e a maior parte (40%) tomava 1000 mg diários, ou seja, a dose mínima recomendada.

Quanto ao uso da glibenclamida 5mg, pudemos observar a quantidade diária utilizada pelos pacientes. Dos 22 (46%) usuários, três (14%) usavam um comprimido ao dia, 6 (27%) faziam uso de dois comprimidos ao dia, dez (45%) ingeriam três comprimidos ao dia e três (14%) utilizavam quatro comprimidos ao dia.

Geralmente dois anos após ter atingido o controle da glicemia apenas com metformina, metade das pessoas precisam associar outra medicação ao tratamento devido à progressão da doença. Este número aumenta em nove anos, quando 75% utilizam mais de uma medicação para controle glicêmico. O segundo medicamento também pode ser introduzido de forma precoce após quatro a oito semanas ou ainda após três a seis meses sem melhora com a monoterapia da metformina. A droga mais utilizada no tratamento de segunda linha é a glibenclamida, por exercer sua função sobre as células beta pancreáticas, com a estimulação de secreção da insulina e redução do nível plasmático de glicose e HbA1c. O efeito colateral mais grave do tratamento com este fármaco é a hipoglicemia, devendo o paciente ser instruído quanto a identificação dos sinais e sintomas, bem como o manejo correto, caso isto ocorra (BRASIL, 2013).

O Caderno de Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013) recomenda a posologia máxima diária de 20mg, dividida em duas a três tomadas ao dia. A recomendação de Oliveira, Júnior e Vencio (2017), autores das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018, também permanece a de que a dose máxima seja 20mg diários, mas orienta que sejam divididos em uma ou duas tomadas ao dia. Como pode-se notar neste estudo, a maioria dos pacientes (45%) fazia uso de 15mg diários, divididos em três tomadas, e por isso estavam de acordo com a recomendação do Caderno de Atenção Básica nº36 (BRASIL, 2013). Já os que usavam a dose máxima recomendada, totalizaram 14%, porém fracionavam a dose em quatro vezes ao dia.

Dos 35 (73%) pacientes que eram insulino dependentes, 33 (94%) faziam uso da insulina humana *Neutral Protamine Hagedorn* (NPH), quatro (11%) utilizavam a insulina humana regular, dois (6%) faziam uso de insulina Glargina e três (9%) usavam a insulina Lispro. Neste estudo observou-se três casos de resistência ao uso de insulina. Destes, o primeiro foi reencaminhado à AB e nos outros dois casos os pacientes permaneceram no AIDH para atendimento multidisciplinar com enfermeira, médico, psicólogo, assistente social e nutricionista.

A insulina é considerada como terceira alternativa de tratamento, quando o uso associado de metformina e glibenclamida, após três a seis meses, não é suficiente para controlar a glicemia

do paciente. Este medicamento só é considerado na primeira avaliação quando os níveis de glicose estão acima de 300 mg/dL, principalmente quando há perda de peso, cetonúria e cetonemia. A primeira insulina a ser considerada no tratamento é a insulina humana NPH, de ação intermediária, tendo baixo custo e uso com longa experiência em pesquisas. É usada para manter o controle glicêmico, influenciando o metabolismo de glicose em grande parte dos tecidos. Já a insulina regular humana, por ter o início do efeito mais rápido, só é considerada em casos de emergência, tais como cetoacidose, mas também pode ser usada em associação com insulinas de ação intermediária, como a NPH, e com as de ação prolongada. Os efeitos indesejados associados ao uso destas insulinas são o ganho de peso, a lipodistrofia e a hipoglicemia, o que reforça a necessidade de orientação e acompanhamento contínuo aos pacientes usuários. Ambas são administradas por via subcutânea e fornecidas pela Farmácia Municipal de Santa Cruz do Sul e pelo programa “Farmácia Popular”. Apenas a insulina regular pode ser administrada por via intravenosa ou muscular, em casos que necessitem efeito imediato (BRASIL, 2013).

As insulinas Lispro e Glargina podem ser obtidas gratuitamente pela Farmácia do Estado. São administradas por via subcutânea, através de um dispositivo denominado caneta para administração de insulina subcutânea (HUMALOG®, [20??]; LANTUS®, [20??])

O pressuposto básico é escolher uma insulina de ação intermediária ou prolongada para corrigir hiperglicemias de jejum ou antes das refeições e uma insulina de ação rápida/curta para tratar hiperglicemias após a refeição (BRASIL, 2013).

Apenas um paciente (2,1%) não fazia uso de nenhuma medicação para tratar a DM. Este foi reencaminhado ao estabelecimento de saúde de origem através de contrarreferência por escrito, em documento próprio fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, além de ter sido realizado contato telefônico com a enfermeira da unidade para esclarecer possíveis dúvidas.

Conforme dito no início, a maioria dos usuários faziam uso de mais de uma medicação. Os resultados, neste sentido, foram: onze pacientes (23%) associavam o uso de metformina com glibenclamida e outros onze (23%) de metformina com insulina NPH. Outros dez pacientes (21%) utilizavam metformina associada à glibenclamida e à insulina NPH. Apenas duas pessoas (4%) utilizavam somente metformina e outras duas (4%) faziam uso de insulina Lispro e NPH, de forma conjunta. O uso isolado de insulina NPH apareceu no tratamento de quatro pacientes (8%) encaminhados, e a associação de insulina NPH com a regular, em três tratamentos (6%). Cada uma das seguintes combinações foi utilizada por um paciente (2%), seguem elas: metformina associada à insulina NPH e regular; insulina NPH associada à Lispro; insulina NPH em associação com glibenclamida e insulina Glargina associada à Lispro.

Em relação aos exames laboratoriais, incluiu-se na pesquisa dados sobre glicemia de jejum e hemoglobina glicada, devido ao fluxograma do AIDH especificar valores de referência destes exames para encaminhamento dos pacientes.

Quanto a glicemia de jejum os resultados foram: cinco pacientes (10%) apresentaram valores menores que 150 mg/dL, 32 (67%) estavam com a glicemia entre 150 e 350 mg/dL e apenas cinco (10%) mantinham a glicose acima de 350 mg/dL. Os encaminhamentos que não possuíram este dado totalizaram em seis (13%).

Oliveira, Junior e Vencio (2017) citaram as recomendações da Associação Americana de Diabetes (ADA) e da Sociedade Internacional de Diabetes para Pediatria e Adolescência (ISPAD) para os valores de glicemia em jejum de crianças diabéticas, os quais devem estar compreendidos entre 70 a 145 mg/dL e os da glicemia pós-prandial, entre 90 a 180 mg/dL. Já nos adultos, a glicemia de jejum pode estar compreendida entre 70 a 130 mg/dL e a pós-prandial, inferior a 180 mg/dL. Para pessoas não diabéticas, os valores aceitáveis de glicemia em jejum estão compreendidos entre 65 a 100 mg/dL e pós-prandial, entre 80 a 126 mg/dL.

Percebe-se que a maioria dos pacientes encaminhados ao serviço especializado, apresentou valores de glicemia de jejum entre 150 e 350mg/dL, bem acima daqueles recomendados pela ADA.

O resultado dos valores de HbAc1 encontrado neste estudo é descrito como: apenas três (6%) exames apresentaram HbAc1 menor que 7%, os que apresentaram HbAc1 entre 7% e 10% totalizaram 11 (23%); e 30 (63%) pacientes mantinham estes valores acima de 10%. Os encaminhamentos sem estes dados totalizaram quatro (8%).

De acordo com a Oliveira, Junior e Vencio (2017), a HbA1c é o exame mais fidedigno para diagnóstico e controle da DM, pois a expressão em porcentagem é capaz de estimar a média das glicemias diárias nos últimos três a quatro meses anteriores ao exame, devido à ligação da glicose sanguínea à hemoglobina durante o ciclo de vida da hemácia, a qual tem duração aproximada de 120 dias. O mesmo autor, em seus estudos, cita que os valores estimados para controle da DM, em crianças (pessoas com menos de 18 anos), sejam inferiores à 7,5% e, em adultos, inferiores à 7%. O valor da glicemia média estimada para uma HbA1c de 7%, por exemplo, é de 154 mg/dL; para 8%, de 183 mg/dL; para 9%, de 212 mg/dL; para 10%, de 240 mg/dL; para 11%, de 269 mg/dL e para 12%, de 298 mg/dL.

Como pode-se observar, a maioria dos pacientes encaminhados possuíam valores de HbA1c acima de 10%, ou seja, muito acima daquele recomendado por Oliveira, Vencio e Junior (2017) para pacientes diabéticos.

4.2 Encaminhamentos da AB para o Ambulatório Especializado em DM

A fim de que fique claro o entendimento, reflexão e organização dos dados, este subcapítulo dedicou-se a identificar os profissionais que realizaram os encaminhamentos e a origem destes, ou seja, os estabelecimentos de saúde que referenciaram pacientes ao Ambulatório Especializado em DM.

4.2.1 Profissionais que realizaram os encaminhamentos

Os encaminhamentos recebidos no AIDH foram realizados por três categorias profissionais, seguem elas: médicos (90%), enfermeiras (8%) e agente comunitário de saúde (ACS) (2%).

Percebe-se que a maioria dos encaminhamentos foram realizados por profissionais médicos. Dos 43 documentos preenchidos por este profissional, 33 (77%) estavam de acordo com o fluxograma da atenção especializada e dez (23%) estavam em desacordo.

O estudo de Ortega et al. (2016) busca compreender a ação do médico da família no Sistema de Saúde em dezesseis países da América Latina, dentre os quais está o Brasil. Em todos estes países o médico da família realiza atividades exclusivamente clínicas e administrativas no primeiro nível de atenção. Quanto à obrigatoriedade de consultar com o médico da família para ter acesso aos outros médicos especialistas, nove países exigem tal ação, incluindo nosso país. A necessidade de preencher um formulário para encaminhamento de pacientes dentro dos diferentes níveis de atenção foi constatada no Brasil e em mais treze países. Este formulário pode ser tanto impresso, quanto eletrônico, e deve descrever dados do paciente e o motivo do encaminhamento ao serviço especializado. Em todos os países do estudo, quem é responsável pela referência de pacientes dentro do Sistema de Saúde é o médico generalista, sem necessidade de possuir especialidade em medicina da família.

Na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), é descrito como uma das atribuições específicas do médico de ESF o encaminhamento de usuários do Serviço de Saúde a outros pontos de atenção, com respeito aos fluxogramas locais e mantendo a responsabilidade de acompanhar o plano terapêutico de cada um.

Países como Bolívia, Chile, Cuba, México, Paraguai, Porto Rico, República Dominicana e em algumas regiões do Brasil contam com outros profissionais responsáveis pela validação e autorização da solicitação do médico para que os pacientes derivem para um segundo nível de atenção (ORTEGA et al., 2016).

O profissional enfermeiro, neste estudo, preencheu apenas quatro documentos, estando três (75%) de acordo com o fluxograma estabelecido pelo ambulatório de diabetes e apenas um (25%) em desacordo. Vale ressaltar que este deveu-se à dificuldade da APS no manejo da hipoglicemia em um paciente diabético, o qual fazia uso de 1700 mg de metformina e 20 mg de glibenclamida diários, sem dados de glicemia de jejum e com HbA1c de 5,9%. A conduta da enfermeira do AIDH foi conversar com o médico endocrinologista e entrar em contato com a enfermeira da Unidade de Saúde, e em consenso, suspenderam o uso da glibenclamida.

Percebemos a pouca atuação dos enfermeiros da APS na realização de referências para a atenção especializada.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aponta em sua resolução número 564/2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, como sendo dever, em seu Artigo nº 36: “Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras” (COFEN, 2017, n.p.).

O enfermeiro tem como atribuição específica em seu trabalho na ESF, do mesmo modo que o médico, o encaminhamento de usuários a outros serviços dentro do Sistema de Saúde:

[...] II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2012, p. 46).

Estudos como o de Ferreira et al. (2017), mostram a preocupação dos profissionais enfermeiros na realização de um atendimento contínuo e integral a seus pacientes, mediante a organização de encaminhamentos dos usuários entre os distintos pontos de atenção, proporcionando cuidado horizontal, contínuo e integrado através da realização de referências e contrarreferências.

Mesmo reconhecendo a importância deste Sistema, os enfermeiros têm pouca participação nele, como podemos notar na pesquisa de Brondani et al. (2016). As autoras, ao analisar as práticas de enfermagem na APS contidas em trinta estudos com enfermeiros, observaram que os encaminhamentos a outros níveis de atenção, por estes profissionais, foram realizados em apenas três ocasiões.

O que pode justificar a pouca quantidade de referências realizadas por enfermeiros tanto no presente estudo, quanto na literatura estudada, é a negativa do setor público em receber os documentos preenchidos por estes profissionais, conforme citado no estudo de Menozzi (2013).

Outra questão apontada pelos enfermeiros é a referência realizada mediante contato telefônico, modo pelo qual as informações sobre o paciente acabam se perdendo. Entretanto, eles reconhecem a realização da referência e contrarreferência como estratégia crucial na garantia da integralidade, resolubilidade e qualidade do atendimento (MENOZZI, 2013).

A Resolução número 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem afirma a obrigação de ser realizado o Processo de Enfermagem - ou usualmente denominado Consulta de Enfermagem - em todos os ambientes em que são prestados serviços de Enfermagem, sendo este Processo liderado pelo enfermeiro em sua execução e avaliação, cabendo privativamente a este profissional o diagnóstico, a prescrição de intervenções e cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

A Consulta de Enfermagem objetiva prestar uma assistência sistematizada, com identificação das necessidades de saúde-doença, realizando e avaliando ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Mesmo entendendo a importância de ser realizada, muitos enfermeiros não a fazem ou não a utilizam devidamente. Há a percepção do usuário centrado na prescrição medicamentosa e na consulta médica, porém o acompanhamento dos pacientes diabéticos não depende de prescrições, e o enfermeiro mostra-se como aliado para incentivar e instruir os usuários a mudarem seu estilo de vida. A conscientização da população sobre a capacidade e conhecimento do profissional enfermeiro, bem como a valorização da consulta de enfermagem como instrumento valioso para prevenir problemas de saúde deve ser difundida, sendo a APS o local onde a prática da consulta com o enfermeiro é mais popular (PEREIRA; FERREIRA, 2014).

Os próprios pacientes identificam o enfermeiro como aquele profissional de quem podem se aproximar e estabelecer vínculos, pois recebem maior atenção e as conversas são aprofundadas. A consulta de enfermagem permite a realização do acolhimento, pois o profissional ouve as demandas dos usuários, avalia as condições de saúde, orienta e sana dúvidas (MARANHA; SILVA; BRITO, 2017). Desta forma, construindo e fortalecendo o vínculo profissional-paciente, o enfermeiro apropria-se do conhecimento da condição de saúde do usuário, tornando-se mais seguro para encaminhá-lo para os diferentes pontos de atenção à saúde, quando necessário.

Outro profissional que apareceu nesta pesquisa realizando encaminhamentos de pacientes foi o agente comunitário de saúde (ACS), em um caso. O contato com o AIDH foi através de ligação telefônica, em que o ACS relatou dificuldade do médico de sua Unidade para ajustar a dose de insulina. O paciente fazia uso de 2000 mg de metformina XR diários, associado à insulina NPH humana 30 UI (Unidades Internacionais) pela manhã e 16 UI à tarde e à noite, e

insulina regular humana 10 UI antes do café da manhã, antes do almoço e antes do jantar. Como o paciente não tinha exames laboratoriais prontos, ficou acordado que seria prestado o atendimento inicial no ambulatório especializado, avaliando os exames laboratoriais quando estivessem prontos. Caso os exames estivessem alterados, de acordo com os valores estabelecidos no fluxograma para encaminhamento à atenção especializada, o paciente permaneceria em atendimento no AIDH. Caso contrário seria reencaminhado para a Unidade Básica, a fim de seguir acompanhamento clínico.

O ACS, segundo o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB), não tem como atribuição encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe o registro de famílias em áreas geográficas delimitadas (micro áreas), cadastro de todas as famílias de sua micro áreas e manutenção da atualização do cadastro, prestação de informações às famílias quanto aos serviços disponíveis na unidade, realização de atividades à demanda espontânea e também programadas, realização de visitas domiciliares, pelo menos mensal, a todas as famílias sob sua responsabilidade, auxílio à ações que integrem população e Unidade Básica, entre outras ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

4.2.2 Estabelecimentos que realizaram os encaminhamentos

No presente estudo, quatro tipos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) encaminharam pacientes ao AIDH: ESF (Estratégia de Saúde da Família), UBS (Unidade Básica de Saúde), Serviço de Urgência e Emergência e Outros.

Tabela 2 - Estabelecimentos de saúde e pacientes encaminhados

	Proporção de encaminhamentos		Pacientes encaminhados	
	n	%	n	%
ESF	13	59	34	71
UBS	5	23	10	21
Serviço de Urgência e Emergência	2	9	2	4
Outros	2	9	2	4
Total	22	100	48	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A ESF foi o EAS que mais encaminhou pacientes, totalizando treze estabelecimentos (59%). Estes foram responsáveis por 34 (71%) referências.

O Município de Santa Cruz do Sul conta com 23 equipes de ESFs situando-se 16 na zona urbana e cinco na zona rural. O estudo apresentou encaminhamentos apenas das ESFs da zona urbana, correspondendo a 81% destas. Segundo dados de 2017, do Departamento de Atenção Básica do Município, a cobertura pela ESF totaliza 60% da população, tendo como meta a expansão para 82% de cobertura populacional. O processo de trabalho se caracteriza por delimitação territorial de atuação e execução de atividades de interesse e necessidade da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2018).

As UBS envolvidas no estudo, somaram cinco (23%), encaminhando dez (21%) pacientes.

No Município santa-cruzense há nove Unidades, todas situadas na zona urbana. Destas, 55% encaminharam pacientes ao serviço especializado. Atuam de forma descentralizada, próximo às comunidades, acolhendo a demanda espontânea e realizando atendimento programado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2018).

Conforme pode-se perceber, a APS é a principal ordenadora do cuidado e é responsável pela maioria dos encaminhamentos ao serviço de maior densidade tecnológica. Porém, há grande dificuldade na manutenção do cuidado quando o paciente é atendido e referenciado para outro ponto de atenção da rede. Por mais que o preconizado seja uma organização poliárquica,

em círculo, com integração entre os diferentes níveis de atenção, o sistema ainda é bastante fragmentado, prevalecendo a organização piramidal. Uma RAS funcionando assegura melhor atendimento às necessidades de saúde da população, fazendo com que este seja contínuo nos diversos níveis. Dentro da RAS, os centros especializados de atendimento e o pronto socorro são igualmente necessários para garantir o adequado atendimento ao usuário, pois cada um atende necessidades específicas e possui papéis específicos (OLIVEIRA, 2016).

Outros EAS que encaminharam pacientes ao AIDH foi o Pronto Atendimento (PA) do Hospital Santa Cruz (HSC) e a Casa de Saúde Ignez Irene Moraes, denominada “Hospitalzinho”. Ambos foram responsáveis por um encaminhamento, cada um, correspondendo a 9% dos EAS deste estudo e a 4% dos pacientes encaminhados.

O PA do HSC recebe pacientes 24 horas, servindo de retaguarda para o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), e atendendo casos de urgência e emergência. É importante salientar que o HSC é referência em traumatologia de média complexidade para o município, e de alta complexidade em traumatologia, cardiologia e cirurgia vascular para os municípios da 8ª e 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde.

O Hospitalzinho presta atendimentos de urgência e emergência das 7h às 23h aos pacientes encaminhados pelas UBS do município e trazidos pelo SAMU, além de atender à demanda espontânea com respeito à capacidade técnica e de atendimento da Unidade, mediante Acolhimento com Classificação de Risco. De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021:

Os serviços oferecidos correspondem a consultas médicas aos casos de menor gravidade, atendimento de enfermagem, bem como Serviços de Exames laboratoriais considerados os casos de urgência e emergência e para diagnóstico inicial, sendo que os demais casos são removidos ao Pronto Atendimento do Município ou outros Hospitais, conforme a complexidade do caso, pelo serviço do SAMU ou ambulâncias da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA DE SANTA CRUZ DO SUL, 2018, p. 261).

As Redes Assistenciais de Urgência e Emergência também são consideradas portas de entrada do SUS. A APS e o Ambulatório Especializado participam desta rede como componente pré-hospitalar, responsável por acolher os casos de menor complexidade, ou seja, quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura. A Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde, considera inaceitável casos agudos que necessitem de pronto atendimento e que não recebam atendimento na APS. Isso inclui condições crônicas que podem se agravar, devido serem mal manejadas (como é o caso da DM) e que a assistência inicial ou estabilização na APS são recusados, até que a remoção a um serviço de maior complexidade seja realizada

(BRASIL, 2002). Esta situação foi frequente neste estudo, apontando para necessidade de qualificação das equipes no manejo clínico de condições que exijam atendimento urgente e emergente.

É necessário também a adequação das estruturas físicas das Unidades, com sala de estabilização, além de sistemas de referenciamento adequados para casos que necessitem encaminhamento a pontos de atenção de maior complexidade, garantindo transporte adequado para os casos graves (OLIVEIRA, ARAUJO, GARCIA, 2018).

Ainda para Oliveira, Araújo e Garcia (2018), estas medidas tornam-se necessárias devido à sobrecarga e demanda clínica excessiva nos serviços de Urgência e Emergência. O atendimento aos casos agudos deve ser assegurado por todas as portas de entrada do SUS, sendo estas responsáveis pela resolução do quadro clínico ou pela transferência do paciente para um serviço de maior densidade. Para isso, é preciso que exista um sistema de acolhimento efetivo, com profissionais qualificados, informados e que além de estabelecer fluxos de encaminhamentos, os cumpram e façam serem cumpridos.

Os EAS referidos neste estudo como Outros, foram um consultório particular e um Sindicato, o dos trabalhadores nas indústrias do fumo e alimentação de Santa Cruz do Sul. Encaminharam um paciente, cada um, totalizando 4% dos pacientes encaminhados e 9% dos EAS do estudo. Por serem órgãos que não fazem parte da Rede de Estabelecimentos de Saúde do SUS, o AIDH não teria obrigatoriedade de incluí-los no Ambulatório, mas como o acolhimento é dever de todo profissional de saúde, os pacientes foram atendidos. Os profissionais que encaminharam estes pacientes também atuavam no Ambulatório e a continuidade do tratamento pelo SUS foi garantida, mesmo que a porta de entrada não tenha sido a APS. Os pacientes não possuíam condições de arcar com os custos do tratamento de forma particular. Isso evidencia deficiências no atendimento da APS, tais como a dificuldade na organização de agendas para demanda espontânea e programada, o que pode prejudicar o atendimento humanizado e a realização de um acolhimento de qualidade à população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se neste estudo que a maioria dos pacientes que foram encaminhados da APS se encontrava apto a continuar o tratamento na AE e que, os que não estavam aptos, deveu-se à prescrição medicamentosa e dados de exames laboratoriais em desacordo com o fluxograma do AIDH, além do preenchimento do documento de referência com dados incompletos. Quanto ao perfil dos pacientes identificou-se discreta prevalência do sexo feminino, idade superior a 37 anos, usuários de metformina e insulina, com valores de glicemia de jejum entre 150 e 350 mg/dL e HbA1c acima de 10%, sendo encaminhados pela ESF e UBS por profissionais médicos.

É importante observar que, em se tratando de um serviço especializado em funcionamento por apenas dois anos, muitos profissionais da APS ainda têm dúvidas quanto ao tratamento adequado ao diabético. Mesmo com a existência de um caderno específico para o manejo da DM na APS, o encaminhamento a outro nível de atenção torna-se a alternativa mais recorrida em algumas situações, como por exemplo na prescrição inicial de insulina, no ajuste da dose e principalmente quando há resistência ao uso desta.

Os estabelecimentos responsáveis por encaminhar estes pacientes, em sua grande maioria, foram aqueles preconizados pelo Ministério da Saúde para serem portas de entrada do SUS: a ESF e a UBS. Porém, a presença de diabéticos descompensados em Serviços de Urgência e Emergência, consultório particular e Sindicato demonstra dificuldade no rastreamento de pacientes com doenças crônicas e seu acompanhamento periódico pela APS, além de um sistema de acolhimento carente de melhorias e de melhor organização de agendas para demanda espontânea e programada, fazendo-se cumprir o atendimento humanizado, tão discutido atualmente. Além disso, há grande dificuldade na manutenção do cuidado quando o paciente é atendido e referenciado para outro ponto de atenção da rede. Por mais que o preconizado seja uma organização poliárquica, em círculo, com integração entre os diferentes níveis de atenção, o sistema ainda é bastante fragmentado, prevalecendo a organização piramidal.

O enfermeiro, mesmo sendo respaldado legalmente para encaminhar pacientes a outros níveis de atenção, o faz muito pouco. A educação em saúde é a melhor ferramenta que este profissional pode utilizar, realizando campanhas e esclarecimentos sobre a DM e suas implicações para o paciente e para sua família, qualificando a realização da consulta de enfermagem. Há ainda a negativa do setor público em receber os documentos preenchidos por estes profissionais, reforçando o quanto é necessário discutir e lutar pela autonomia do profissional enfermeiro nos diferentes espaços em que atua. A informação registrada em

prontuário eletrônico ou em fichas próprias para referência e contrarreferência deve ser priorizada em detrimento de contato telefônico informal, onde há perda de informações importantes sobre o paciente. O respeito e a confiança entre profissionais devem ser reforçados, mediante comunicação eficaz para que os fluxogramas estabelecidos sejam cumpridos. Na APS, a gestão é, em sua maioria, realizada por enfermeiros o que demonstra a capacidade científica e técnica deste profissional para garantir o atendimento integral à saúde da população, sendo necessário que o mesmo encontre alternativas para superar a desarticulação entre os níveis primário, secundário e terciário, em conjunto com sua equipe e com as demais equipes de sua região. A assistência de enfermagem deve reforçar a integralidade, tão necessária para uma assistência à saúde eficiente para alcançar melhores níveis individuais e coletivos de saúde à população.

Seria interessante outros estudos que aprofundem as razões específicas pelas quais os enfermeiros não realizam, na mesma proporção que os médicos, referências a outros níveis de atenção e quais as principais dificuldades destes profissionais ao realizá-las.

É importante que, como gestor, o enfermeiro incentive e reforce a importância de reorganizar as agendas multiprofissionais, para que o atendimento seja garantido àqueles que dele mais necessitam, além de realizar o mapeamento e o rastreamento de pessoas com doenças crônicas, principalmente a DM. Cabe a ele também reforçar a importância de realizar um acolhimento de qualidade, que garanta o atendimento humanizado.

O enfermeiro da AE, por sua vez, pode capacitar a APS para o manejo da DM, esclarecendo dúvidas de outros enfermeiros e profissionais, pois é o profissional que mais tem contato com o paciente. A criação de grupos de estudos, discussões de casos entre APS e AE e maior comunicação de profissionais garante melhor qualidade de atendimento e de soluções de problemas de saúde da população.

A prevalência e incidência de DM e suas complicações tende a aumentar nos próximos anos, e os profissionais de saúde precisam estar preparados, em todos os níveis de atenção, para prevenir, atender e tratar estes pacientes, objetivando sempre melhorar a qualidade de vida e reduzir ao máximo as complicações.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Especializada e Hospitalar. *Especialidades*. [site] Brasília: Ministério da Saúde, [20??a]. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades>> Acesso em: 10 set. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. *Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm> Acesso em: 01 set. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégia de Saúde da Família*. [site] Brasília: Ministério da Saúde, [20??b]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php> Acesso em: 01 set. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. *Farmácia Popular – Como utilizar*. [site] Brasília: Ministério da Saúde, [20??c]. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/como-utilizar>> Acesso em: 30 mar. 2019
- _____. Ministério da Saúde. *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 01 set. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 10 set. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 16 ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. *Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Endocrinologia e Nefrologia*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1 ed. Vol. 1. Brasília: DF, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_vol1_Endocrinologia_Nefrologia.pdf> Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRONDANI, et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção à saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Revista Cogitare Enfermagem*. Jan-mar. 2016

CALISTRO, F. C. F. *Processo de referência e contra referência na unidade de saúde Parque Receio, Equipe 35, município de Contagem*. Trabalho de conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 564/2017*. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2017. Acesso em: 21 abr. 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>.

_____. *Resolução COFEN nº 358/2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Acesso em 16 maio. 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>.

CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERREIRA, M. L. et al. Atuação do enfermeiro no referenciamento e contrarreferenciamento de pessoas com amputação. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 3, 2017.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*, v. 20, n. 1. 2017.

HUMALOG®: (*insulina lispro*). Márcia A. Preda. São Paulo: ELI LILLY DO BRASIL LTDA, [20??]. Bula de remédio.

LANTUS® (*insulina glargina*). Silvia Regina Brollo. São Paulo: Sanofi-Aventis Farmacêutica Ltda, [20??]. Bula de remédio.

MARANHA, N. B.; SILVA, M. C. A. BRITO, I. C. A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. *Academus Revista Científica da Saúde*, v. 2, n.1. Jan./abr. 2017.

MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 1 ed. Brasília: DF, 2015.

_____. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011;

_____. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MENOZZI, K. A. B. S. *O sistema de referência e contra referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde*. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu: SP, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108528/000750675.pdf?sequence=1>> Acesso em: 13 abr. 2019.

OLIVEIRA, J. E. P.; JUNIOR, R. M. M.; VENCIO, S. (Org.). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: Clannad, 2017.

OLIVEIRA, N. R. C. *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes*. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016.

OLIVEIRA, A. M. F.; ARAÚJO, F. L. S. M.; GARCIA, P. T. (Org). *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde*. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís: EDUFMA, 2018.

ORTEGA, M. A. F. et al. Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, out – dez. 2016.

PEREIRA, R. T. A.; FERREIRA, V. *A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*. Revista Uniara, v. 17, n. 1. Julho. 2014.

PETERMANN, X. B. et al. *Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa*. Revista Saúde (Santa Maria), v. 41, n.1. Santa Maria - RS. Jan-jul. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL. *Lista de medicamentos disponíveis na Farmácia Municipal e Farmácia da Zona Sul*. Atualizada em 25 de março de 2019. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br/conteudo/lista-de-medicamentos>> Acesso em: 30 mar. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Santa Cruz do Sul: Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, 2018.

PROTASIO, 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. *Revista Saúde e Debate*, v. 38. n. especial, out. 2014.

SANTOS, et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. 2017.

SANTOS, M. C. *Sistema de referência-contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, distrito de São João del Rei – MG*. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Saúde da Família. São João Del Rei, Minas Gerais: 2015.

SANTOS, R. S.; TORRES, A.V. Ambulatório de *diabetes mellitus*: ações de enfermagem na atenção secundária à saúde. *Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 14. n. 4, out-dez, 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE ALAGOAS. *Atendimento Ambulatorial nas Especialidades Médicas*. Guia de Serviços de Alagoas. Disponível em: <<http://www.servicos.al.gov.br/servico/59c9c60d8c36c743766ed0ee/atendimento-ambulatorial-nas-especialidades-medicas>> Acesso em: 10 set. 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. SUS. *O que é Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária?* Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sus>> Acesso em: 10 set. 2018.

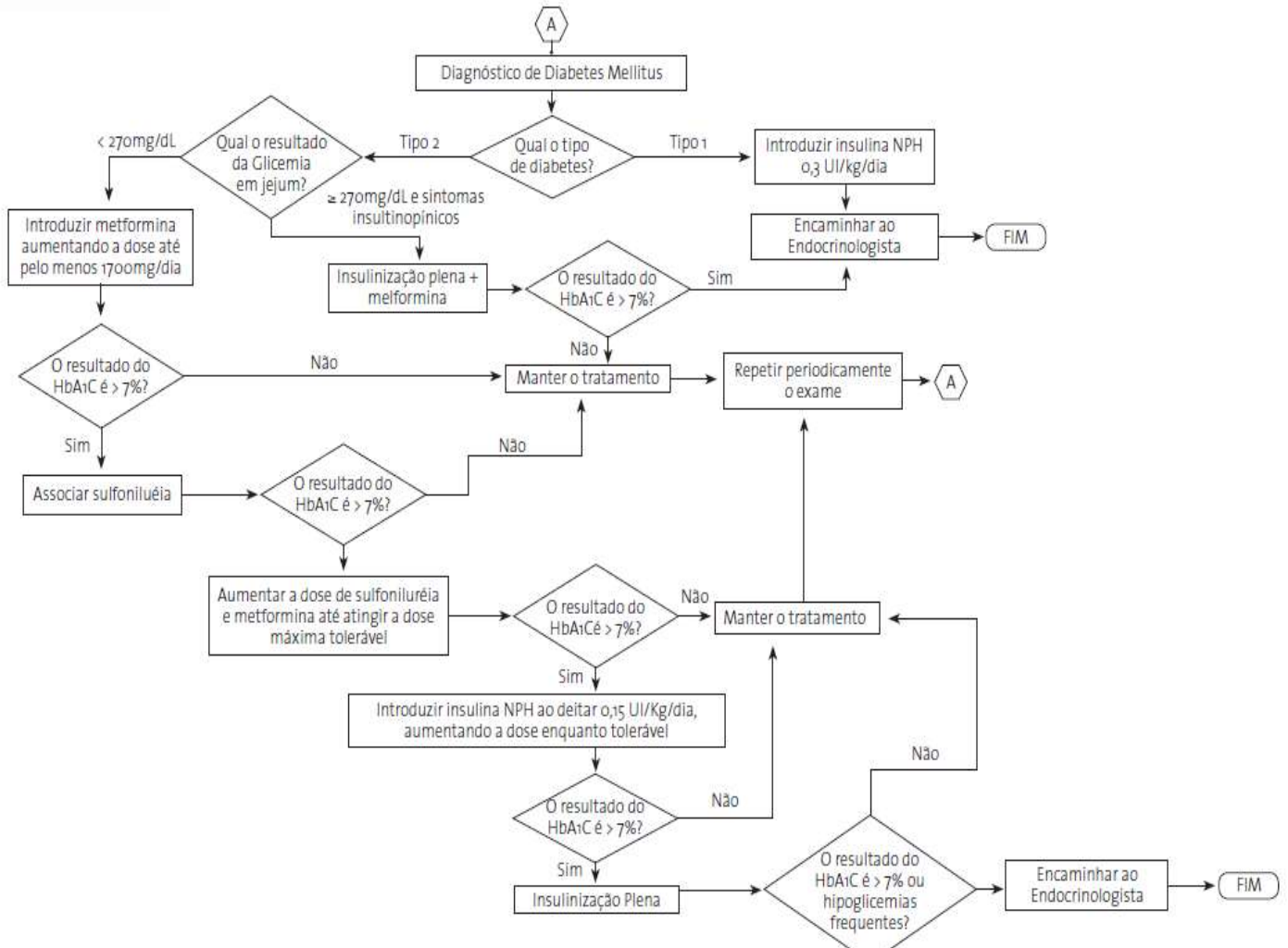
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Linhas de Cuidado SES/SP. Diabete Mellitus. *Documento Técnico da Linha de Cuidado*. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-mellitus/documento-tecnico-da-linha-de-cuidado/>>. Acesso em: 15 set. 2018.

TESSER, C. D.; NETO, P. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

VARGAS, D. M.; ANDRADE, B, V.; BORK, B. Perfil clínico e epidemiológico de crianças e adolescentes com diabetes mellitus 1 atendidos na atenção secundária em Blumenau-SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 45, n. 3. Jul-set. 2016.

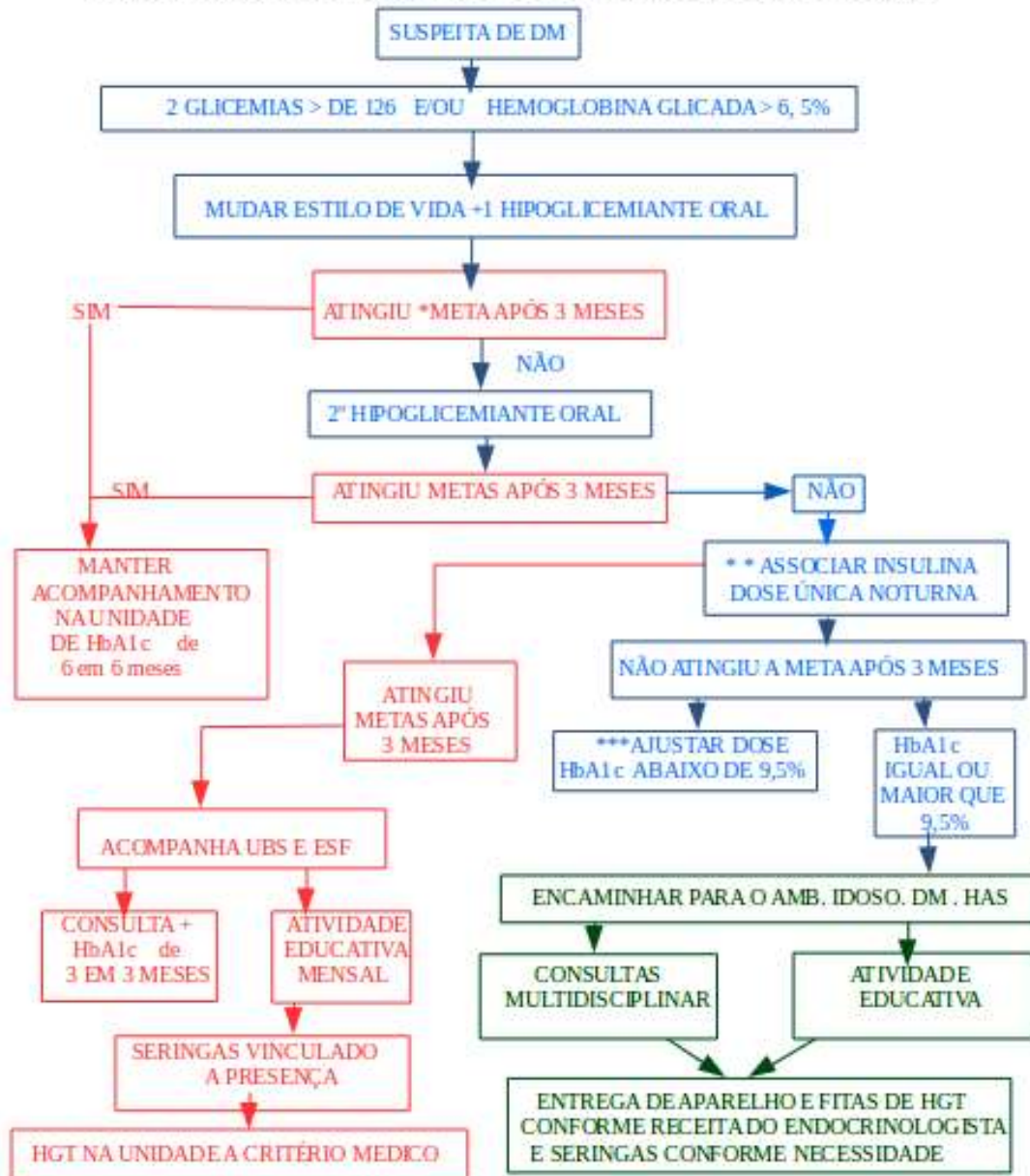
VIANNA, I. O. A. *Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica*. São Paulo: E.P.U., 2001.

ANEXO A – Fluxograma de encaminhamento do paciente DM da APS para Atenção Especializada – Estado de São Paulo



ANEXO B – Fluxograma AIDH 2018

FLUXOGRAMA AMBULATORIO IDOSO DIABETICO E HIPERTENSO



- *HbA1c : HEMOGLOBINA GLICADA. SEGUNDO A SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES A META A SER ATINGIDA NA HEMOGLOBINA GLICADA É DE 7,5.
- **DOSE INICIAL UTILIZADA PAR A INSULINA NPH É DE 0,3 A 0,5 POR KG
- ***HbA1c 7,5% - 9,5% DUVIDAS AO AJUSTAR A DOSE E NUMERO DE TESTES DE HGT ENTRAR EM CONTATO COM AMBULATORIO

APÊNDICE A - Termo para Autorização da coleta de dados

Santa Cruz do Sul, 27 de novembro de 2018.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado "**O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM DIABETES MELLITUS**", desenvolvido pela acadêmica Aline Tiziane Schulz de Souza, sob orientação da professora Dra. Ana Zoé Schilling, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa no Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso (AIDH), da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.

CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M 41176