



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VINÍCIUS DIAS FERREIRA

INTERNAÇÕES POR DIABETES: uma condição sensível a Atenção Primária à Saúde

**CAJAZEIRAS - PB
2020**

VINÍCIUS DIAS FERREIRA

INTERNAÇÕES POR DIABETES: uma condição sensível a Atenção Primária à Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes

**CAJAZEIRAS - PB
2020**

VINÍCIUS DIAS FERREIRA

INTERNAÇÕES POR DIABETES: uma condição sensível a Atenção Primária à Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 19/11/2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes (ORIENTADORA)
(UAENF/CFP/UFCG)



Prof^ª. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues (MEMBRO)
(UACV/CFP/UFCG)



Prof^ª. Dra. Cecília Danielle Bezerra Oliveira (MEMBRO)
(ETSC/CFP/UFCG)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
JosivanCoelho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

F383iFerreira, Vinicius Dias.

Internações por diabetes: uma condição sencível a Atenção Primária à Saúde / Vinicius Dias Ferreira.- Cajazeiras, 2020.

45f.: il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa.Dra. KenniaSibelly Marques de Abrantes.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2020.

1.Diabetes Mellitus. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Complicações do Diabetes.4. Morbidade. 5. Internação Hospitalar.6. Sistema de informação hospitalar. I. Abrantes, KenniaSibelly Marques de.II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS CDU-616.379-008.64

FERREIRA, Vinícius Dias. **Internações por Diabetes:** uma condição sensível a Atenção Primária à Saúde. 2020. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2020.

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que acomete grande parte da população mundial e causa relevante impacto na qualidade de vida desses sujeitos, posto que pode resultar em diversas complicações advindas dessa patologia. Em razão das sérias consequências que podem causar na vida dos indivíduos, assim como em âmbito social, principalmente relacionada ao planejamento e investimentos dos recursos públicos, essa doença recebe especial atenção do poder público, com estratégias que buscam preveni-la e acompanhar, de maneira constante, os sujeitos que convivem com a mesma. Nesse sentido, o DM encontra-se entre as doenças que preenchem o Índice de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP), cujo perfil de morbimortalidade pode ser reduzido ou modificado por uma atenção primária resolutiva e eficiente evitando ou diminuindo o número de hospitalizações. Diante dessa abordagem, objetivou-se analisar o comportamento das internações hospitalares por DM na nona região de saúde do Estado da Paraíba, relacionando-o com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e verificar o percentual de cobertura da ESF na 9ª região de saúde por fim analisar a evolução de internações por Diabetes Mellitus na 9ª região de saúde, como forma de avaliar a eficácia das estratégias e cuidados que estão sendo desenvolvidos para o controle dessa doença. Esta pesquisa está estruturada como um estudo ecológico, retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa e foi utilizado dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), referentes às internações hospitalares por DM, segundo a décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), sob o código E10- E14-DM, que foi a variável dependente deste estudo e do Sistema e-Gestor Atenção Básica (Informação e Gestão da Atenção Básica) referente ao Histórico de Cobertura da Atenção Básica por competência e unidade geográfica. A população do estudo foi composta das internações por DM, identificados por ocorrência do seu registro a partir do preenchimento da Autorização para Internação Hospitalar (AIH). Foram utilizados como critérios de inclusão a população residente na 9ª região de saúde do Estado da Paraíba com registro de internações por DM no período de 2016 a 2020. Como instrumento de coleta utilizou-se a planilha do Excel 2013, gerada e baixada, diretamente do site do DATASUS, que serviu para análise. Os resultados foram analisados através de estatística descritiva, na qual, os dados foram transportados para Microsoft Office Excel 2007, para elaboração de tabelas contendo o valor absoluto e percentual das variáveis. Os resultados demonstraram que embora a cobertura da Atenção Básica na região investigada possa ser considerada satisfatória, a quantidade de internações ocorridas por complicações da DM ainda é significativa, sugerindo que é necessária uma maior efetividade da atenção básica em melhoria dos serviços voltadas aos cuidados dessa doença. Por fim, concluiu-se que os cuidados necessários para a prevenção e controle do DM e a consequente prevenção das internações causadas por essa doença na 9ª região é comum ao cenário geral observado sobre o tema, não dependendo apenas do poder público, mas também da colaboração da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Complicações do Diabetes. Diabete Mellitus. Morbidade. Sistema de Informação Hospitalar.

FERREIRA, Vinícius Dias. **Hospitalizations for Diabetes:** a condition sensitive to Primary Health Care. 2020. 45f. Course Completion Work (Graduation in Nursing) - Teacher Training Center, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2020.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a disease that affects a large part of the world population and causes a relevant impact on the quality of life of these subjects, since it can result in several complications arising from this pathology. Due to the serious consequences that they can cause in the lives of individuals, as well as in the social sphere, mainly related to the planning and investments of public resources, this disease receives special attention from the government, with strategies that seek to prevent it and monitor it constant, the subjects that live with it. In this sense, DM is among the diseases that fill the Hospitalization Index for Conditions Sensitive to Primary Care (ICSAP), whose morbidity and mortality profile can be reduced or modified by resolute and efficient primary care, avoiding or decreasing the number of hospitalizations. In view of this approach, the objective was to analyze the behavior of hospitalizations for DM in the ninth health region of the State of Paraíba, relating it to the coverage of the Family Health Strategy, and check the percentage of FHS coverage in the 9th health region to finally analyze the evolution of hospitalizations for Diabetes Mellitus in the 9th health region as a way of evaluating the effectiveness of the strategies and care that are being developed to control this disease. This research is structured as an ecological, retrospective, descriptive study with a quantitative approach and secondary data from the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH / SUS), referring to hospital admissions for DM, was used, according to the tenth edition of the International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems (ICD10), under the code E10- E14 – DM, which was the dependent variable of this study and of the e-manager system Primary Care (Information and Management of Primary Care) referring to the History of Primary Care Coverage by competence and geographical unit. The study population consisted of hospitalizations for DM, identified by the occurrence of their registration after completing the Authorization for Hospitalization (AIH). The inclusion criteria were the population residing in the 9th health region of the State of Paraíba with a record of hospitalizations for DM in the period from 2016 to 2020. As a collection instrument, the Excel 2013 spreadsheet was used, generated and downloaded, directly from the DATASUS website, which served for analysis. The results were analyzed using descriptive statistics, in which the data were transported to Microsoft Office Excel 2007, for the elaboration of tables containing the absolute and percentage values of the variables. The results showed that although the coverage of Primary Care in the investigated region can be considered satisfactory, the number of hospitalizations due to complications of DM is still significant, suggesting that greater effectiveness of primary care and better performance of services aimed at the care of this patient is necessary. disease. Finally, it was concluded that the necessary care for the prevention and control of DM and the consequent prevention of hospitalizations caused by this disease in the 9th region is common to the general scenario observed on the theme, not only depending on the government, but also on the collaboration of the population.

Keywords: Primary Health Care. Complications of Diabetes. Diabetes Mellitus. Morbidity. Hospital Information System.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus que é o grande arquiteto da obra chamada vida e sem dúvidas nada seríamos sem Ele, sei que em todos os momentos Ele estava comigo, me ajudando e livrando de todo mal e se cheguei até aqui foi porque a tua mão me guiou, me sustentou.

Sou grato à minha família pelo apoio que sempre me deram durante a caminhada, muitos compartilharam desse momento de alegria que se aproxima, mas infelizmente alguns já partiram como meus avós e meu pai Ernival (*in memoriam*) grandes incentivadores e pessoas as quais tenho como referência de caráter. Aos familiares queria agradecer de forma especial a minha esposa Dalyana, que sempre esteve ao meu lado e acompanhou a superação de todos os obstáculos um a um.

Não posso esquecer-me dos colegas de trabalho que incansavelmente me ajudaram para que sempre chegasse a tempo de assistir as aulas na segunda feira, e aos irmãos Francicleber e Francineudo que sempre me levaram de forma rápida e segura, enfim a vitória que estou alcançando é reflexo de vários amigos/irmãos que sempre me ajudaram.

Pela turma XXIII de Enfermagem Cajazeiras saudades irá sentir, foram cinco longos anos de companheirismo e união que era percebido por todos, mas tenho um carinho especial aos colegas Lucas, Almir e Pedro, que se tornaram família, e não é exagero dizer que eles são a família que a vida me permitiu escolher.

Também quero agradecer à Universidade Federal de Campina Grande e a todos os professores do meu curso pela elevada qualidade do ensino oferecido, aos funcionários terceirizados um carinho a mais pelos do Restaurante Universitário que conviviam conosco todos os dias, enfim a todos da universidade.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE DIABETES MELLITUS.....	11
2.2	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA(ICSAP).....	16
2.3	O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO CONTROLE DO DIABETES MELLITUS	18
3	MATERIAL E MÉTODO	22
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	22
3.3	CARACTERIZAÇÃO DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE.....	23
3.4	FONTE DE DADOS.....	24
3.5	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	25
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
5	CONCLUSÕES	43
	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) fazem parte de um indicador referencial que surgiu inicialmente nos Estados Unidos no final da década de 1980, e posteriormente utilizado para analisar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) oferecida em atendimentos dessa natureza em outros países como a Espanha, Austrália, Canadá e Brasil (LIMA; NICHIATA; BONFIM, 2019).

Nesse sentido, em 2008, por meio da Portaria GM/MS 221 de 17 de abril, o Ministério da Saúde (MS) publicou a lista brasileira de ICSAP, que lista os agravos à saúde cujo perfil de morbimortalidade pode ser reduzido ou modificado por uma atenção primária resolutiva e eficiente, sendo assim possível estimar as taxas de ICSAP e avaliar o desempenho dos serviços de saúde, além de verificar a efetividade de políticas públicas (MAIA *et al.*, 2019).

Para se enquadrar nessas condições, é preciso que a morbidade da ocorrência não apresente gravidade que gere hospitalização, figurando em primeiro nível, o qual é possível ser controlado pelo atendimento primário, evitando o agravamento do paciente e a consequente necessidade de busca por serviços de atendimento à saúde mais complexos (MARIMOTO; COSTA, 2017).

Com o funcionamento desse indicador e o incentivo da atuação dos serviços primários que objetivem a resolutividade de morbidades de maneira antecipada, espera-se alcançar a redução dos índices de internação, o que é considerado um relevante resultado para as políticas públicas de saúde. Assim, a oferta de um atendimento continuado e a presença de equipes multidisciplinares influenciam toda a rede de atenção, refletindo diretamente na busca pelos serviços hospitalares e serviços de urgência e emergência (FEIJÓ *et al.*, 2015).

Todavia, é preciso ressaltar que as demandas nos serviços de saúde brasileiros ainda apresentam níveis elevados, com longas filas de espera e superlotação. Tal realidade sugere que a abrangência da atuação dos serviços primários que buscam resolver antecipadamente as ocorrências menos graves, ainda não é ideal. Dessa forma, é preciso que a coordenação de atuação dos serviços primários de atendimento à saúde compreenda os aspectos deficientes do atendimento, de modo a melhorá-los e viabilizar um desempenho mais eficaz, alcançando resultados mais satisfatórios e positivos (MARIMOTO; COSTA, 2017).

Dentre as ICSAP, é possível encontrar o Diabetes Mellitus (DM), uma doença crônica priorizada em nível global com elevada prevalência, altas taxas de hospitalizações e de mortalidade que deve ser acompanhada pela APS e que pode ser controlada para evitar

complicações agudas e crônicas e eventuais internações (GONZAGA; BORGES; FERREIRA, 2017). Segundo dados epidemiológicos, espera-se que até o ano de 2030 ocorra um aumento considerável de sujeitos acometidos por esta doença, chegando a duplicar entre os indivíduos que se encontram na faixa etária dos 20 aos 44 anos, exigindo, assim, uma maior atenção (ARRUDA; SCHMIDT; MARCON, 2018).

De modo geral, a definição epidemiológica sobre a história e patogênese do Diabetes está baseada, primordialmente, nas alterações glicêmicas, mesmo havendo muitas formas de manifestações clínicas e condições associadas a doença. Mesmo assim, a etiologia da doença sugere ter uma diversidade considerável, que inclui aspectos genéticos, ambientais e imunológicos, todos com influência significativa no grau de agressividade com a qual a doença pode se manifestar e nas complicações decorrentes que podem surgir. A esse respeito, cabe ressaltar que alguns estudos apresentam evidências de que os sujeitos com Diabetes que não tratam ou não controlam adequadamente a doença, possuem uma predisposição maior a desenvolver complicações (SBD, 2017).

Todavia, considerando o grau de nocividade do Diabetes, principalmente quando não lhe é dada a importância e cuidados necessários, é possível citar a ocorrência de complicações derivadas dessa doença antes mesmo de haver a hiperglicemia, demonstrando a grande heterogeneidade desse distúrbio metabólico. Além disso, ainda não foi definido se as complicações do Diabetes derivam diretamente da hiperglicemia ou de condições associadas (ARRUDA; SCHMIDT; MARCON, 2018).

Nessa perspectiva, o surgimento dos indicadores das condições sensíveis à atenção primária representa uma alternativa para minimizar os impactos do excesso de demandas que chegam aos serviços hospitalares ocasionados por patologias não controladas, evitando a busca por atendimentos mais complexos por meio de um acompanhamento continuado e multidisciplinar na APS (MAIA *et al.*, 2019).

No entanto, mesmo com a existência dessa estratégia de atendimento, as superlotações e filas de espera ainda são observadas. Assim, estudos dessa natureza mostram-se importantes e necessário sem razão de possuírem potencial em apontar as lacunas ainda existentes no planejamento e execução das ações de atendimento, possibilitando a reflexão para o planejamento, correção das práticas ainda deficientes e estratégias mais eficazes. Nesse universo, esse estudo definiu como seus objetivos de pesquisa analisar o comportamento das internações hospitalares por Diabetes Mellitus na nona região de saúde do Estado da Paraíba, relacionando-o com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e

verificar o percentual de cobertura da ESF na 9ª região de saúde por fim analisar a evolução de internações por Diabetes Mellitus na 9ª região de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O seguinte tópico do estudo será desenvolvido por uma análise das características do DM, bem como seu índice de acometimento e nocividade para a sociedade. Em prosseguimento, é feita uma análise das ICSAP e suas características, bem como a associação com o DM nesse cenário. E, por fim, faz-se uma discussão sobre as políticas de APS desenvolvidas com o objetivo de controlar o DM e acompanhar os pacientes.

2.1 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE DIABETES MELLITUS

O DM é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente. Essa condição ocorre em razão de defeitos na secreção ou ação do hormônio insulina, produzido pelas células beta, no pâncreas. Esse hormônio tem como função realizar a entrada da glicose para as células do organismo, viabilizando as atividades celulares. Assim, quando há falha em sua produção ou ação, ou em ambos os mecanismos, são verificadas complicações em longo prazo (SBD, 2017).

O DM é uma doença crônica de alta incidência no Brasil, que acometeu aproximadamente 14 milhões de brasileiros em 2015, pondo o Brasil na lista dos 10 países como mais casos dessa doença no mundo. A sua incidência em 2014 chegou a atingir 422 milhões de adultos, enquanto que em 1980 esse número era de apenas 108 milhões de acometidos, demonstrando que o crescimento da doença possui uma velocidade alarmante. Além disso, o número de óbitos também é proporcional aos altos índices de doentes (RIBEIRO; MAGRI; SANTOS, 2019).

A Internacional Diabetes Federation estima, por meio dos dados publicados em um estudo realizado, que em 2040 existirão aproximadamente 641,7 milhões de acometidos pelo DM no mundo. Dessa forma, o DM figurará entre as principais Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), tal como as doenças respiratórias, cardiovasculares e os cânceres, que foram responsáveis por 51,6% dos óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil em 2015 (BOTELHO; PORTELA, 2017). Diante de tais índices, o DM tem se tornado um problema de saúde pública, sobre o qual as autoridades precisam desenvolver estratégias para evitar que atinja proporções epidêmicas.

Quanto a sua etiologia, o DM não é considerado como uma única doença, compondo, assim, um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que tem como característica comum a

hiperglicemia. Essa etiologia é o critério adotado atualmente para definir a classificação dos tipos de DM (SBD, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA) sugeriram uma classificação que inclui quatro classes clínicas da doença, que são: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ademais, outras duas categorias também foram apresentadas, consideradas como condição de pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose. Ambas as condições não são consideradas como entidades clínicas, mas apenas fatores propícios para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (SARAIVA *et al.*, 2016).

A esse respeito, baseada na organização elaborada pela Associação Americana de Diabetes, a OMS apresenta de maneira bastante didática os tipos de DM e sua etiologia, como observa-se na figura abaixo.

Figura 1 - Classificação etiológica da DM.

1	- Tipo 1A: deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais; - Tipo 1B: deficiência de insulina de natureza idiopática;
2	DM tipo 2: perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina;
3	DM gestacional: hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio;
4	Outros tipos de DM:
	- Monogênicos (MODY); - Diabetes neonatal; - Secundário a endocrinopatias; - Secundário a doenças do pâncreas exócrino; - Secundário a infecções; - Secundário a medicamentos.

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2017.

Além disso, é pertinente citar também outra variação descoberta do DM tipo 1, qual seja a Diabetes Autoimune Latente do Adulto, representada pela sigla em inglês LADA. Essa forma de manifestação da DM ocorre já na idade adulta, ao contrário da forma clássica do tipo 1, que é diagnosticada em sujeitos antes mesmo de atingirem a maioridade. É comum que o primeiro diagnóstico desses sujeitos seja feito de maneira equivocada, como DM tipo 2 ou diabetes MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) - um subtipo do DM, caracterizado por manifestação precoce (em geral abaixo dos 25 anos de idade) que corresponde a um defeito primário na secreção da insulina associada a disfunção na célula β pancreática, isso

em razão da idade, principalmente quando apresentam fatores de risco para a DM tipo 2, como histórico familiar e obesidade (SARAIVA *et al.*, 2016).

De maneira comum, o DM apresenta como principais sintomas a fome frequente, sede excessiva ou constante e a vontade de urinar várias vezes ao dia. No entanto, com as variações da doença, é possível que sejam observados outros sintomas como a perda de peso, fadiga, principalmente nos pés e nas mãos, mudança de humor, infecções frequentes na bexiga, rins e pele, náuseas, vômito, dificuldade na cicatrização de feridas e visão embaçada (CORRÊA *et al.*, 2017).

O diagnóstico de DM mais frequente é realizado em crianças, adolescentes e, em alguns casos, em jovens adultos, de incidência moderadamente comum para homens e mulheres. Assim, de acordo com a Associação Americana de Diabetes (2019), o diagnóstico da DM pode ser realizado por meio do resultado analisado dos critérios de glicose plasmática, valor de glicose em jejum ou o valor de 2 h de glicose no plasma durante um teste oral de 75 g de glicose (TOTG), ou critérios de hemoglobina glicada (A1C) (ADA, 2019).

Quanto ao grupo dos pré-diabéticos, o diagnóstico é feito a partir da aferição da glicemia em jejum, com índice maior que 110 mg/dl e menor que 126 mg/dl, ou por aferição da glicemia após duas horas de sobrecarga de 75 gramas de glicose oral entre 140 mg/dl e 200 mg/dl. Para esses pacientes, o diagnóstico antecipa o acompanhamento e o tratamento preventivo, além do incentivo para a adoção de hábitos e práticas alimentares saudáveis (SARAIVA *et al.*, 2016).

O crescimento dos índices do DM no mundo tem íntima relação com o estilo de vida praticado pela sociedade moderna, bem como com outras doenças como a obesidade e as dislipidemias. Todavia, o estudo de Oliveira *et al.* (2017) afirma que o diagnóstico precoce do DM entre pessoas com mais de 18 anos ocorre apenas em 7,6% dos casos, o que retarda o início do tratamento. Além disso, os diagnósticos apresentam uma discreta superioridade entre sujeitos do sexo feminino, com mais tempo de estudo e mais velhos, demonstrando que tais fatores interferem na busca por um médico.

No Brasil, todos esses fatores, principalmente a alta prevalência da doença e a negligência de uma parte da população nos cuidados com a saúde se associam com outros aspectos, como a ineficiência de algumas áreas do serviço público e o retardo no início do aparecimento dos sintomas, o que faz com que a doença não seja detectada por um longo tempo, favorecendo o desenvolvimento de complicações (GONZAGA; BORGES; FERREIRA, 2017).

O tratamento do DM varia de acordo com o tipo apresentado. Para o tipo 1, o tratamento adotado consiste na aplicação de injeções diárias de insulina, com o objetivo de manter controlado o índice de glicose no sangue. Em alguns casos, os médicos também prescrevem medicamentos via oral para o tratamento (ARRUDA *et al.*, 2018). Os pacientes que apresentam esse tipo de DM devem possuir um aparelho chamado glicosímetro, que mede a concentração exata da glicose no sangue durante o dia-a-dia.

Para o tipo 2, o tratamento depende do grau de necessidade de cada paciente, podendo ser realizado a partir de medicamentos inibidores da alfa-glicosidase, para impedir a ingestão e absorção de carboidratos no intestino; sulfonilureias, para estimular a produção pancreática de insulina pelas células; e glinidas, que também agem para estimular a produção pancreática de insulina (ARRUDA *et al.*, 2018).

No Diabetes Gestacional, o tratamento adotado concentra-se principalmente na orientação nutricional adequada, desenvolvida para cada período da gravidez, com as quantidades corretas dos nutrientes necessários para as gestantes. Além disso, quando a mulher não apresentar risco de parto prematuro, também pode ser indicada a prática de exercícios. Caso a gestante não consiga controlar sua glicose com dieta e atividades físicas, pode ser associado insulino-terapia (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Percebe-se então que cada tipo de Diabetes, associada ainda ao quadro clínico geral do paciente, possui uma forma de tratamento, que será definida pelo médico, de acordo com o protocolo geral e as indicações e estratégias disponíveis.

O DM tem se destacado nas discussões sobre as Políticas Públicas de Saúde, principalmente em razão de apresentar altos índices de morbimortalidade, incidindo também sobre a qualidade de vida dos pacientes, que além de limitar alguns hábitos de vida do sujeito, também demandam alto custo para o controle e tratamento de complicações (BORGES; LACERDA, 2018).

De acordo com Ribeiro, Magri e Santos (2019), essas complicações podem ser agudas, como hipoglicemia, hiperglicemia e cetoacidose diabética; ou crônicas, como retinopatia, nefropatia, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, que podem ser ainda mais graves em pessoas que não realizam as atividades de autocuidado indicadas pelos profissionais de saúde e/ou políticas de saúde.

Outro fator grave sobre o DM na condição corporal do paciente refere-se a sua associação com outras condições metabólicas, como as dislipidemias, com as quais chega a haver até 53,4% de acometimento simultâneo entre as duas doenças, atribuído principalmente

a influência do DM sobre os lipídeos, que ainda pode ser agravado pelo sedentarismo e fatores sociodemográficos (GONZAGA; BORGES; FERREIRA, 2019).

Consequentemente, em razão de todos os fatores associados desde o acometimento, diagnóstico retardado, falta de cuidados e existência de outras doenças, o DM é responsável por parcela importante das taxas de hospitalização, tendo um impacto relevante também na utilização dos serviços de saúde, onerando o sistema de saúde e, principalmente nos países em desenvolvimento, onde há dificuldades para a implantação de serviços de saúde mais modernos (GONZAGA; BORGES; FERREIRA, 2019).

Essas complicações relacionadas ao DM e sua classificação como doença de Condição Sensível a Atenção Primária (CSAP) sugerem que a atuação dos serviços de saúde pública, orientados pelas devidas diretrizes de abordagem, podem colaborar para que o número de hospitalizações e óbitos pela doença possa ser controlado e, até mesmo, reduzidos, principalmente se receberem o acompanhamento adequado das equipes da ESF (CORTEZ *et al.*, 2015).

Todavia, a estratégia mais eficaz para a prevenção do DM e outras doenças é a prática de hábitos saudáveis, com alimentação selecionada, reduzindo sal, açúcar e gorduras, ingestão de verduras, legumes e frutas, prática de exercícios, controle do peso e abandono do tabagismo, para os fumantes (CORRÊA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, é pertinente salientar ainda a importância das estratégias e programas que tem sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no país, podendo ser citado o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus, intitulado de “HiperDia”, criado para oferecer serviços de assistência específicos para pacientes hipertensos e diabéticos, garantindo o acesso a medicamentos e monitoramento das suas condições clínicas, evitando que tenham que enfrentar complicações ocasionadas pela doença. Além disso, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, busca incentivar a alimentação saudável e balanceada, além da prática de atividades físicas, por meio de diversos programas (BORGES; LACERDA, 2018).

Assim, diante de uma doença que acomete uma parcela tão grande da população e que pode lhe causar sérios riscos de morte, o desenvolvimento de estratégias de controle para incentivar os cuidados e hábitos saudáveis da população, bem como para acompanhar aqueles que estão em tratamento da doença, é essencial, buscando reduzir os riscos e danos potenciais.

2.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP)

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o qual deve funcionar em observância aos princípios doutrinários da universalidade do acesso, integralidade da assistência e a isonomia para todos os usuários. Além disso, esse serviço tem um modelo de gestão baseado nos princípios doutrinários de descentralização, regionalização e hierarquização estando o sistema de saúde composto por diversos serviços, concentrados em diferentes graus de complexidade, dos quais a APS é definida como porta de entrada para os atendimentos, acessada por meio da ESF (LIMA; NICHIATA; BONFIM, 2019).

A ESF, anteriormente denominada Programa de Saúde da Família (PSF), foi implantada em 1994, com o objetivo de ampliar a APS e restabelecer novas estratégias de abordagem para a prática assistencial. Dentre as suas atribuições, a atenção primária deve buscar diagnosticar, tratar e acompanhar os doentes de cada comunidade, entre eles, os que possuem DM. No entanto, de acordo com a assistência realizada, com a evolução e complexidade de cada caso, os mesmos podem evoluir até ser necessário o encaminhamento para atendimentos especializados e internação hospitalar. Por essa razão, os serviços são planejados para funcionarem de maneira interligada, garantindo que o paciente terá toda a assistência necessária, evitando ao máximo que precise recorrer aos serviços mais complexos do sistema (LIMA; NICHIATA; BONFIM, 2019).

Com o objetivo de avaliar a efetividade da APS e garantir que o planejamento das ações possa estar direcionado a superar os obstáculos que surgem na assistência oferecida, vários indicadores foram desenvolvidos sobre o acesso à atenção de qualidade. Entre esses indicadores encontram-se as ICSAP, as quais são constituídas de uma lista de agravos à saúde que, se forem tratados de maneira antecipada e adequada, podem reduzir ou extinguir a necessidade de hospitalização (ARRUDA; COSTA; 2017).

As primeiras pesquisas sobre as ICSAP surgiram na década de 90, nos Estados Unidos, Espanha e Canadá, oportunidade em que, inicialmente, os indicadores foram definidos como um grupo de doenças que se os cuidados da atenção primária fossem realizados de maneira efetiva poderiam ser capazes de diminuir os riscos de hospitalizações e surgimento de agravos dessas patologias. Dessa forma, os indicadores tornaram-se também uma ferramenta de avaliação dos serviços da atenção primária, bem como de todo o sistema de saúde, estimando gastos e necessidades de investimento, direcionando melhor as áreas que deveriam ser colocadas como prioridade (ARRUDA; COSTA, 2017).

Atualmente esses indicadores já são considerados marcadores de qualidade, capazes de avaliar a acessibilidade dos usuários ao sistema de saúde por meio dos índices de internação baseadas nas CSAP, revelando ainda eventuais falhas na prevenção e diagnóstico precoce de doenças, como também no tratamento e acompanhamento dos pacientes (GONZAGA; BORGES; FERREIRA, 2017).

Além disso, a existência desses indicadores serve também para facilitar o processo de pesquisas que tratem sobre o monitoramento de aspectos sobre a assistência em saúde nas diferentes regiões do país. Assim, pode-se dizer que as ICSAP são um indicador da efetividade da APS, avaliado a partir dos índices de hospitalizações ocorridas em razão de condições de saúde que poderiam ter evitado a necessidade de internação, caso tivessem sido submetidas a um acompanhamento adequado (ARRUDA; COSTA, 2017).

No Brasil, por sua vez, buscando adequar-se ao cenário brasileiro, a portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 221/2008 apresentou uma lista geral, chamada de Lista Brasileira de ICSAP, de acordo com as causas de internação e diagnósticos. Foram citadas na referida lista doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, angina, DM, infecção no rim e trato urinário, entre outros (MARIMOTO; COSTA, 2017).

Todavia, em razão da diferença de necessidades e do tipo de assistência oferecida nos diversos estados, a Lista Brasileira de ICSAP é utilizada como um parâmetro geral a ser observado sobre as doenças que são consideradas como de condição sensível para a atenção primária, existindo, no entanto, registros separados por alguns estados, que desenvolvem seus próprios dados sobre as ICSAP locais, de acordo com os arquivos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelo SUS. No entanto, não foram encontrados registros sobre essa listagem específica no estado da Paraíba.

De modo geral, essa lista foi elaborada para facilitar o desenvolvimento de estudos avaliativos sobre a qualidade da APS no Brasil, tendo como referência o princípio de que os coeficientes elevados de ICSAP podem indicar problemas de acesso ou da efetividade dos cuidados que estão sendo oferecidos. Logo, percebe-se que esses indicadores não apenas apresentam resultados, mas também servem para monitorar e avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

A exemplo disso, em estudo realizado por Nedel (2019) referente as internações realizadas pelos SUS em hospitais do estado do Rio Grande do Sul, observou-se que de um total de 60.529 internações, 10.864 foram em decorrência de CSAP, representando um índice

de 21% do valor geral, sendo excluídos os partos e procedimentos obstétricos. Do valor total, o índice de pacientes femininos foi 28% superior a quantidade de pacientes masculinos. No entanto, quanto trata-se de ICSAP, o índice de pacientes femininos é 3% menor que o de pacientes masculinos. Quanto a idade, os pacientes das ICSAP têm média de 53,8 anos, enquanto os que não se enquadram nessa condição possuem idade média de 46,7 anos. Por fim, a cada cinco causas principais de internação por CSAP, quatro são crônicas.

A importância desses indicadores consiste na possibilidade de acompanhamento e análise das ICSAP, identificando as áreas de deficiência do sistema de saúde, baseado nas internações que poderiam ter sido evitadas por meio do acompanhamento adequando em nível primário (ARRUDA; SCHMIDT; MARCON, 2018).

O sistema público de saúde vem adotando diversas alternativas para buscar melhorar suas estratégias de atendimento e acompanhamento da população, bem como os resultados observados pela implementação de suas políticas. Por essa razão, as ICSAP tornaram-se uma importante ferramenta na última década, capaz de apontar as falhas dos serviços, bem como o crescimento das complicações de doenças que deveriam ou poderiam ser tratadas por meio de ações simples do cotidiano (MARIMOTO; COSTA, 2017).

De maneira geral, é possível perceber que a importância dos indicadores apresentados pelas ICSAP justifica-se em razão de demonstrar problemas do sistema de saúde que afetam os dois polos dessa relação, os usuários, que não obtiveram a atenção oportuna e necessária quando precisaram, arcando com prejuízos ao seu estado de saúde; e ao sistema, que frequentemente excede seu limite de atuação por superlotações, uma vez que muitos usuários necessitam de maiores cuidados, que poderiam ter sido evitados.

Assim, a tabulação frequente desses indicadores, que podem refletir os principais pontos de desorganização dos serviços de saúde oferecidos em nível primário, é importante para orientar os aspectos que necessitam ser revistos e replanejados, com ações que melhorem a assistência oferecida.

2.3 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO CONTROLE DO DIABETES MELLITUS

Após diversos debates internacionais sobre a assistência em saúde oferecida para sujeitos em condição crônica, entre os séculos XX e XXI foram criados modelos de atenção como o ChronicCareModel (CCM), nos Estados Unidos e que, a partir de então, foram sendo utilizados como inspiração em todo o mundo. O CCM orienta que os cuidados crônicos sejam

realizados a partir da interação entre os usuários ativos e informados do sistema de saúde e equipes profissionais capacitadas para a área e proativas, pondo em evidência a redefinição dos programas de saúde clássicos, enfatizando a atuação dos serviços primários (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

O modelo americano serviu de referência para o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), planejado para se adequar a realidade do Brasil. Esse modelo considera não apenas as doenças e suas características, de maneira isolada, mas também os fatores de influência inseridos no contexto do paciente, como condição econômica, apoio familiar, acesso aos serviços de saúde e políticas públicas disponíveis (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

De maneira lógica, o Ministério da Saúde brasileiro seguiu os modelos sugeridos pelo MACC como parâmetro geral das suas ações, estabelecendo políticas de atenção para pessoas com doenças crônicas por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com as características de cada região. Assim, os profissionais de saúde têm seguido os parâmetros definidos pelas políticas públicas para acompanhar usuários portadores de doenças crônicas, entre elas o DM (CORTEZ *et al.*, 2015).

No Brasil, a forma de concretizar esse acompanhamento de forma aproximada aos usuários é realizada por meio da APS, iniciada pela ESF, a partir de um conjunto de ações e serviços que devem ser de fácil acesso à população. Assim, pretende-se aumentar a cobertura em saúde oferecida, favorecendo para a diminuição da morbimortalidade de doenças sensíveis à atenção primária, tal como o DM (CORTEZ *et al.*, 2015).

A existência da APS foi citada inicialmente pela OMS, na Conferência de Alma-Ata, em 1979. Assim, de acordo com o conceito inicial, o Sistema de Saúde de cada país deveria replanejar e reorganizar seus serviços de acordo com princípios e diretrizes gerais, adaptando-os à suas próprias necessidades, com o objetivo de ampliar a assistência oferecida a população e torná-la mais eficiente (CARLOS NETO, 2017).

No Brasil, desde 2001 o Programa Saúde da Família funcionava de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS, oferecendo ações programáticas com assistência para saúde de toda a população. Porém, a partir de 2011, por meio da portaria GM nº 2.488/2011, a ESF foi transformada em uma política de estado, pondo em foco a atuação da APS, que adquire posição de destaque como atendimento inicial da rede de saúde para a população, sendo considerada, a partir de então a “porta de entrada” para todos os outros serviços (CARLOS NETO, 2017).

Assim, a APS desempenha um papel direcionado a oferecer assistência e acompanhamento aos indivíduos da comunidade na qual está inserida, de forma individual e coletiva, buscando solucionar os problemas mais simples, ou que podem ter seus riscos e prejuízos reduzidos ou controlados, como as DCNTs, que em razão de possuírem diversas causas, necessitam de atenção integral, mas apresentam também grande chance de controle, sem complicações severas (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, o acompanhamento e cuidados ao DM realizado pela APS são de extrema relevância, posto que, se praticados de maneira adequada e com a resolutividade esperada, trará grandes benefícios para os sujeitos que possuem a doença, prestando assistência por meio de ações simples, como a dispensação de medicamentos, educação em saúde, aconselhamento e acompanhamento contínuo (ARRUDA; SCHMIDT; MARCON, 2018).

Além de contribuir com o controle da doença e com as estratégias que podem ser desenvolvidas para tratá-la, podem reduzir os índices de hospitalização por DM, os quais oferecem estimativas sobre o grau de eficiência que tem sido atingido pelos serviços de saúde, posto ser esperado que os pacientes com DM controlem essa doença de modo a não necessitar recorrer aos serviços mais complexos (BORGES; LACERDA, 2018).

O DM também é definido como uma das Linhas de Cuidado (LC) do SUS, as quais recebem recomendações sistemáticas a serem desenvolvidas, com diretrizes clínicas estabelecidas e objetivo de garantir a atenção à saúde. Por meio desse planejamento são definidas as ações que serão desenvolvidas em cada serviço da RAS, garantindo que haverá condições de atender todas as demandas de cada comunidade (ARRUDA; SCHMIDT; MARCON, 2018).

Diante de todo esse contexto, é compreensível o papel que a APS desempenha nos serviços de saúde e o apoio assistencial que é oferecido à população, sendo considerado como o ponto de atenção com mais áreas paralelas da RAS, agindo diretamente com a população, não apenas nos cuidados das comorbidades e outras demandas que são apresentadas, mas também desenvolvendo ações e estratégias que incentivem o autocuidado, a busca por atenção médica, além de campanhas de conscientização sobre prevenção e tratamento de doenças importantes (MARIMOTO; COSTA, 2017).

A APS possui um trabalho bastante extensivo, pois não apenas acompanha as condições de saúde dos pacientes do serviço, mas, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) também registra os sujeitos que compõem cada comunidade, bem como suas características e dados diversos, possibilitando que seja realizado um acompanhamento

sistemático de todos os casos, com o devido conhecimento das regiões ou usuários que devem receber maior atenção das políticas e dos profissionais de saúde (BOTELHO; PORTELA, 2017).

Também foi publicado no Brasil, com lapso temporal de estimativa de resultados entre 2011 a 2022, um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no país, direcionado a fortalecer os serviços e ações voltados a prevenção e controle dessas doenças e dos seus fatores de riscos, estabelecendo ainda diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas nas RAS e nas LC (BORGES; LACERDA, 2018).

Como forma de prevenção e tratamento do DM e suas complicações, as principais ações desenvolvidas são realizadas de maneira coletiva, estimulando a adoção de hábitos de vida saudáveis, mas que, até então, é considerada como uma estratégia de baixa densidade efetiva no contexto da APS para essa doença e, até mesmo, de outras doenças em acompanhamento, haja vista os baixos índices de adesão da população as medidas incentivadas. Todavia, considerando, sobretudo, a abrangência dessas atividades de “educação em saúde”, a possibilidade de um replanejamento de ações, realizando-as até mesmo de forma associada com outras atividades, de modo que os resultados possam ser mais eficazes, pode torná-la uma ferramenta de relevante contribuição (BOTELHO; PORTELA, 2017).

A esse respeito, um dos programas que alcança maior índice de sucesso entre as ações desenvolvidas nos serviços de saúde da Atenção Primária é o “HiperDia”, criado pelo Ministério da Saúde em 2001, a partir do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus. A meta principal definida para o programa é o "acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços." (BRASIL, 2002, p. 5).

Todas essas ações têm incluídas em seu planejamento a redução da morbimortalidade produzida pelo DM, bem como o controle e tratamento, além do incentivo da adoção de hábitos que proporcionem qualidade de vida aos pacientes acometidos por essa doença. Assim, todos os planejamentos e monitoramentos realizados produzem relevante influência nos processos decisórios sobre as ações que serão propostas e desenvolvidas, buscando alcançar uma atenção resolutiva para a doença.

Porém, para que essas ações possam realmente ser eficazes e alcançarem os resultados esperados, é preciso que as UBS e os profissionais disponham das condições de infraestrutura adequadas, com a oferta de exames para diagnósticos, serviços e condições terapêuticas suficientes, de modo a oferecer a assistência efetiva para as necessidades da população, funcionando em articulação com os outros serviços de saúde.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa está estruturada como um estudo ecológico, retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), referentes às internações hospitalares por DM, segundo a décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10- <http://www.cid10.com.br/code>), sob o código E10- E14–Diabetes Mellitus, que foi a variável dependente deste estudo e do Sistema e-Gestor Atenção Básica (Informação e Gestão da Atenção Básica) referente ao Histórico de Cobertura da Atenção Básica por competência e unidade geográfica.

Nos estudos ecológicos, compara-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios) para verificar a possível existência de associação entre elas. Nesse tipo de estudo, não existem informações sobre a doença e exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo. Uma das suas vantagens é a possibilidade de examinar associações entre exposição e doença/condição relacionada a coletividade (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Quanto ao estudo descritivo, este se revela como capaz de observar e analisar fatos e tem como objetivo descrever as características de um determinado evento e estabelecer uma relação com outros fatos (GIL, 2002).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi composta das internações por Diabetes Mellitus, identificadas por ocorrência do seu registro a partir do preenchimento da Autorização para Internação Hospitalar (AIH) sob o código CID-E10- E14. Foram utilizados como critérios de inclusão: população residente na 9ª região de saúde do Estado da Paraíba com registro de internações por DM no período de janeiro de 2016 ao primeiro semestre de 2020. Dessa forma, a pesquisa teve como amostragem geral 722 indivíduos.

Como critério de exclusão: população residente em outros municípios que não compõem a 9ª região de saúde, registros fora do período abordado, internações por outras condições. Esse recorte temporal escolhido para análise se deu por englobar os anos mais

recentes disponíveis nos dois sistemas (SIH/SUS e e-Gestor Atenção Básica), abordando, na primeira fase da análise, os últimos 10 anos da cobertura em Atenção Básica oferecida em cada município, e, em seguida, analisando os registros dos últimos cinco anos das ICSAP nos municípios avaliados.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE

A 9ª Gerência Regional de Saúde fica situada na cidade de Cajazeiras no sertão semiárido do Estado da Paraíba, distante 477 km da capital João Pessoa, composta por 15 municípios. Possui uma área territorial de 3.427.859 km² e população estimada de 176.608 habitantes (INFOSAÚDE, 2020).

Os municípios que fazem parte desta região conforme ilustrado na figura abaixo são: Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Carrapateira, Joca Claudino, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo, Uiraúna e Cajazeiras, sendo este último município considerado sede da 9ª Gerência Regional de Saúde (PLANOOPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013).

Figura 1 – Mapa representativo da 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba.



Fonte: <http://cosemspb.org/cir>

O município de Cajazeiras está localizado na região Oeste do Estado da Paraíba, limitando-se a Oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao Sul com São José de Piranhas, a Noroeste com Santa Helena, a norte e Leste com São João do Rio do Peixe e a Sudeste com Nazarezinho. Ocupa uma área de 562,703 km², com densidade populacional de 103,28hab/ km²e população de 61.993 pessoas (IBGE, 2020).

Entre os municípios que compõem essa região de saúde, 11 possuem nota entre 4 e 4,9 no Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), os municípios de Bernardino Batista, Poço de José Moura, Joca Claudino e Santa Helena receberam nota de 5 a 5,9, demonstrando que a região possui baixo índice de desenvolvimento do sistema de saúde público e, conseqüentemente, os serviços oferecidos (IDSUS, 2019).

3.4 FONTE DE DADOS

Foram utilizadas as fontes oficiais de informações acerca de internações por DM, gerenciadas e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, disponibilizadas através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), acessado de forma livre. Assim, utilizou-se o banco do SIH/SUS, construído com os dados que compõem a AIH. O SIH qualifica a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS e disponibiliza relatórios e dados dessas internações. Também foi utilizado o Sistema e-Gestor Atenção Básica (Informação e Gestão da Atenção Básica) referente ao Histórico de Cobertura da Atenção Básica por competência e unidade geográfica.

O DATASUS surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que exercia função de controle e processamento das contas referentes à saúde. Foi então formalizada a criação e as competências do DATASUS, que tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle (BRASIL, 2002).

3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram obtidos através de consulta na base de dados do SIH/SUS, nas informações de saúde (TABNET) epidemiológicas e de morbidade, disponibilizados pelo DATASUS.

A base de dados do SIH está disponível para consulta no endereço eletrônico do DATASUS, como parte das políticas de acessibilidade universal do sistema de saúde público brasileiro, estendida também para os dados administrativos. A versão disponível na Internet é gerada sem os dados de identificação pessoal dos pacientes. São arquivos com informações que constam na AIH, que incluem, entre outras informações, diagnóstico do paciente, dados demográficos, local, data, período de permanência e custos da internação (CANDIAGO; ABREU, 2007).

Utilizou-se o Programa Tab para Windows - TabWin, versão 3.6, disponibilizado pelo DATASUS para realização da coleta. As variáveis utilizadas e obtidas a partir do SIH/SUS foram: internações por DM de acordo com local de residência por município que compõe a 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, ano de atendimento da internação, sexo do paciente e faixa etária. Quanto ao e-Gestor Atenção Básica, utilizou-se a variável: cobertura da Atenção Básica por unidade geográfica por período.

Como instrumento de coleta foi utilizado a planilha do Excel 2013, gerada e baixada, diretamente do site do DATASUS, que serviu para análise. Os resultados foram analisados através de estatística descritiva, na qual, os dados foram transportados para Microsoft Office Excel 2007, para elaboração de tabelas contendo o valor absoluto e percentual das variáveis. Em seguida, foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A utilização das informações oriundas do SIH/DATASUS e do e-Gestor Atenção Básica é de livre acesso a toda população brasileira e as tabulações por eles geradas garantem os princípios éticos contidos na resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), razão pela qual não há necessidade de submissão a um Comitê de Ética, conforme orientação recebida pela equipe técnica do DATASUS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O primeiro dado a ser analisado partiu da observação sobre a cobertura geral oferecida pela Atenção Básica na 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, comparando-a com o crescimento do índice populacional, e avaliando se o crescimento da população foi acompanhado de maneira proporcional pela ampliação do sistema de saúde.

Para se ter uma dimensão real sobre o crescimento e relação entre tais índices, utilizou-se os dados de dezembro de cada ano, em um período de 10 anos.

Tabela 1- Índice de cobertura da Atenção Básica oferecida na 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, entre os anos de 2009 a 2019.

COMP.	POP.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
DEZ/2009	168.609	56	158.666	94,1%	158.666	94,1%
DEZ/2010	169.621	60	163.426	96,38%	163.426	96,38%
DEZ/2011	167.971	61	164.725	98.06%	164.725	98.06%
DEZ/2012	168.816	61	165.223	97,87%	165.223	97,87%
DEZ/2013	169.640	65	169.640	100%	169.640	100%
DEZ/2014	173.641	68	173.641	100%	173.641	100%
DEZ/2015	174.671	74	174.671	100%	174.671	100%
DEZ/2016	175.657	75	175.657	100%	175.657	100%
DEZ/2017	176.608	74	176.608	100%	176.608	100%
DEZ/2018	177.519	73	177.199	99.81%	177.199	99.81%
DEZ/2019	176.520	76	176.520	100%	176.520	100%

Fonte: E-Gestor, 2020.

Os dados analisados em um lapso temporal de 10 anos demonstram índices que permitem afirmar que a cobertura da atenção básica na 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba é satisfatória, posto estar sempre acima da margem de 95% de assistência, com pequenas oscilações a cada ano.

No site oficial do DATASUS, de onde esses dados foram retirados, já encontram-se disponíveis as informações sobre a cobertura da atenção básica na região atualizada até o mês de junho do corrente ano, com uma população geral de 177.393 mil habitantes, 73 ESF, e uma cobertura estimada de 98.71% da população.

Todavia, embora diante de índices tão positivos de cobertura da assistência oferecida, não é possível ignorar que, de todo modo, ainda existe uma parte da população que está desassistida, algo que se torna muito mais significativo quando observado que 1,29% que não recebe assistência implica em cerca de 2.289 cidadãos que estão sendo negligenciados pelo Poder Público e serviços de saúde.

Além disso, é preciso observar também que a proporcionalidade entre o crescimento da população e o aumento da cobertura não tem sido totalmente igualitária, haja vista que entre dezembro de 2019 e junho de 2020, mesmo diante do crescimento populacional da região, três ESF foram extintas.

A esse respeito, faz-se importante citar o ensinamento de Penchansky e Thomas (1981), que afirmam existir cinco dimensões que devem ser observadas para viabilizar o acesso real aos serviços de saúde, quais sejam: disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação, capacidade de pagamento pelos serviços e aceitabilidade.

Dessa forma, adequando tal conceito a realidade existente na estrutura do Sistema de Saúde Pública do Brasil e, principalmente, na região em foco do estado da Paraíba, é possível afirmar que a disponibilidade e acessibilidade geográfica são os principais fatores de influência para a população, e dos quais depende o aumento real da cobertura dos serviços de saúde e consequente assistência oferecida à população, com a capacidade potencial de oferecer respostas às necessidades dos usuários.

Ademais, ressalta-se que a atuação da Atenção Primária é capaz de proporcionar resultados que incidem positivamente sobre a saúde infantil, detecção precoce de alguns tipos de cânceres, menores índices de mortalidade em razão das causas preveníveis, incidindo também sobre a maior expectativa de vida (GIOVANELLA; MACHADO, 2018).

As ações voltadas ao fortalecimento e promoção da saúde no cuidado integral de DCNT, realizadas por meio de equipes multidisciplinares, demonstra o quanto a Atenção Básica desempenha um importante papel na preservação e acompanhamento das condições de saúde da população, atuando não apenas como porta de entrada para os serviços mais complexos e encaminhamento para tratamentos específicos, mas também como ferramenta de prevenção de complicações de doenças pré-existentes nos cidadãos, as quais não evoluem para casos mais graves em razão da assistência contínua viabilizada pelas estratégias da Atenção Básica (JARDIM; NAVARRO, 2017).

Assim, de acordo com o diagnóstico realizado pela equipe das ESF's sobre a saúde da população da comunidade a qual acompanham, é possível elaborar um plano de saúde local, com ações de vigilância em saúde direcionadas as características e demandas específicas de

cada localidade, atuando no controle das DCNT, principalmente a hipertensão, diabetes e câncer ginecológico. A esse respeito, é pertinente ressaltar e controle da hipertensão arterial e da diabetes figuram atualmente entre as ações de prioridade da Atenção Básica. De maneira específica direcionada ao controle do DM, as principais medidas de prevenção e promoção da saúde abordam sobre os cuidados que podem evitar complicações da doença, ações educativas para a auto-aplicação de insulina, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, monitorização dos níveis de glicose sanguínea e diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento de casos, entre outros (BRASIL, 2005).

Assim, como forma de analisar de maneira mais específica os dados coletados, apresenta-se na Tabela 2 as informações referentes aos 15 municípios que compõem a 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, em um lapso temporal de cinco anos, com o objetivo de analisar a associação entre o crescimento populacional de cada região e a cobertura assistencial oferecida pela Atenção Básica.

Para isso, a tabela 2 possui dados sobre a população, número de ESF's, estimativa da população assistida e o percentual de cobertura da ESF e da Atenção Básica nos municípios de Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Carrapateira, Joca Claudino, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo, Uiraúna e Cajazeiras.

Tabela 2 - Dados sobre população e cobertura da ESF e AB dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba entre os meses de junho de 2016 a 2020.

(Continua)

COMP.	POP.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
CAJAZEIRAS						
JUN/2016	61.431	23	61.431	100%	61.431	100%
JUN/2017	61.816	24	61.816	100%	61.816	100%
JUN/2018	62.187	23	62.187	100%	62.187	100%
JUN/2019	61.776	24	61.776	100%	61.776	100%
JUN/2020	61.993	22	61.993	100%	61.993	100%

Tabela 2 - Dados sobre população e cobertura da ESF e AB dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba entre os meses de junho de 2016 a 2020.

(Continua)

COMP.	POP.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
BERNARDINO BATISTA						
JUN/2016	3.356	1	3.356	100%	3.356	100%
JUN/2017	3.398	1	3.398	100%	3.398	100%
JUN/2018	3.438	2	3.438	100%	3.438	100%
JUN/2019	3.393	2	3.393	100%	3.393	100%
JUN/2020	3.501	1	3.501	100%	3.501	100%
BOM JESUS						
JUN/2016	2.532	1	2.532	100%	2.532	100%
JUN/2017	2.550	1	2.550	100%	2.550	100%
JUN/2018	2.567	1	2.567	100%	2.567	100%
JUN/2019	2.547	1	2.547	100%	2.547	100%
JUN/2020	2.561	1	2.561	100%	2.561	100%
BONITO DE SANTA FÉ						
JUN/2016	11.684	5	11.684	100%	11.684	100%
JUN/2017	11.814	5	11.814	100%	11.814	100%
JUN/2018	11.938	3	10.350	86,7%	10.350	86,7%
JUN/2019	11.797	3	10.350	87,73%	10.350	87,73%
JUN/2020	11.917	5	11.917	100%	11.917	100%
CACHOEIRA DOS ÍNDIOS						
JUN/2016	10.114	1	3.450	34,11%	3.450	34,11%
JUN/2017	10.191	4	10.191	100%	10.191	100%
JUN/2018	10.265	4	10.265	100%	10.265	100%
JUN/2019	10.182	4	10.182	100%	10.182	100%
JUN/2020	10.244	5	10.244	100%	10.244	100%

Tabela 2 - Dados sobre população e cobertura da ESF e AB dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba entre os meses de junho de 2016 a 2020.

(Continua)

COMP.	POP.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
CARRAPATEIRA						
JUN/2016	2.601	1	2.601	100%	2.601	100%
JUN/2017	2635	1	2.635	100%	2.635	100%
JUN/2018	2.667	1	2.667	100%	2.667	100%
JUN/2019	2.631	1	2.631	100%	2.631	100%
JUN/2020	2.659	1	2.659	100%	2.659	100%
JOCA CLAUDINO						
JUN/2016	2.680	0	0	0%	0	0%
JUN/2017	2.685	1	2.685	100%	2.685	100%
JUN/2018	2.690	1	2.690	100%	2.690	100%
JUN/2019	2.685	1	2.685	100%	2.685	100%
JUN/2020	2.636	1	2.636	100%	2.636	100%
MONTE HOREBE						
JUN/2016	4.759	2	4.759	100%	4.759	100%
JUN/2017	4.793	2	4.793	100%	4.793	100%
JUN/2018	4.825	2	4.825	100%	4.825	100%
JUN/2019	4.789	2	4.789	100%	4.789	100%
JUN/2020	4.816	1	3.450	71,64%	3.450	71,64%
POÇO DANTAS						
JUN/2016	3.778	2	3.778	100%	3.778	100%
JUN/2017	3.774	2	3.774	100%	3.774	100%
JUN/2018	3.770	2	3.770	100%	3.770	100%
JUN/2019	3.777	2	3.777	100%	3.777	100%
JUN/2020	3.888	2	3.888	100%	3.888	100%

Tabela 2 - Dados sobre população e cobertura da ESF e AB dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba entre os meses de junho de 2016 a 2020.

(Continua)

COMP.	POP.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
POÇO JOSÉ DE MOURA						
JUN/2016	4.245	2	4.245	100%	4.245	100%
JUN/2017	4.282	2	4.282	100%	4.282	100%
JUN/2018	4.318	2	4.318	100%	4.318	100%
JUN/2019	4.276	2	4.276	100%	4.276	100%
JUN/2020	4.307	1	3.450	80,1%	3.450	80,1%
SANTA HELENA						
JUN/2016	5.917	3	5.917	100%	5.917	100%
JUN/2017	5.902	3	5.902	100%	5.902	100%
JUN/2018	5.887	3	5.887	100%	5.887	100%
JUN/2019	5.907	3	5.907	100%	5.907	100%
JUN/2020	5.889	3	5.889	100%	5.889	100%
SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE						
JUN/2016	17.929	8	17.929	100%	17.929	100%
JUN/2017	17.934	8	17.934	100%	17.934	100%
JUN/2018	17.940	8	17.940	100%	17.940	100%
JUN/2019	17.941	8	17.941	100%	17.941	100%
JUN/2020	18.034	8	18.034	100%	18.034	100%
SÃO JOSÉ DE PIRANHAS						
JUN/2016	19.956	10	19.956	100%	19.956	100%
JUN/2017	20.062	10	20.062	100%	20.062	100%
JUN/2018	20.163	10	20.163	100%	20.163	100%
JUN/2019	20.053	9	20.053	100%	20.053	100%
JUN/2020	20.251	10	20.251	100%	20.251	100%

Tabela 2 - Dados sobre população e cobertura da ESF e AB dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba entre os meses de junho de 2016 a 2020.

(Conclusão)

COMP.	POP.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
TRIUNFO						
JUN/2016	9.447	3	9.447	100%	9.447	100%
JUN/2017	9.465	4	9.465	100%	9.465	100%
JUN/2018	9.482	4	9.482	100%	9.482	100%
JUN/2019	9.466	4	9.466	100%	9.466	100%
JUN/2020	9.455	5	9.455	100%	9.455	100%
UIRAÚNA						
JUN/2016	15.228	7	15.228	100%	15.228	100%
JUN/2017	15.307	7	15.307	100%	15.307	100%
JUN/2018	15.382	7	15.382	100%	15.382	100%
JUN/2019	15.300	7	15.300	100%	15.300	100%
JUN/2020	15.242	7	15.242	100%	15.242	100%

Fonte: E-Gestor, 2020.

As oscilações de cobertura assistencial de Atenção Básica oferecida na 9ª Região de Saúde da Paraíba são poucas. No entanto, alguns dados, de alguns municípios, chamam atenção de forma especial, em razão de passarem alguns anos apresentando cobertura para 100% da população, e depois apresentarem uma diminuição significativa, com redução de mais de 20% da cobertura assistencial.

Em Monte Horebe, por exemplo, entre o ano de 2019 e 2020, 28,36% (mais de 1.300 pessoas) foram excluídas da cobertura oferecida pela Atenção Básica, o que, conseqüentemente, tem reflexos ainda mais amplos, postos que a acessibilidade aos serviços de saúde por essas pessoas passa a se tornar fragilizada, implicando também em suas próprias condições de saúde.

Em Bonito de Santa Fé, nos anos de 2018 e 2019, o município também apresentou a redução da cobertura oferecida para a população, que até então apresentava o índice de 100%. No entanto, em 2020, a cobertura total foi restabelecida, proporcionando, novamente, o acesso pleno à saúde.

Por fim, ressalta-se as condições de assistência oferecida pela Atenção Básica em 2016 nos municípios de Joca Claudino e Cachoeira dos Índios, em que o primeiro não oferecia nenhum índice de cobertura para a população, enquanto o segundo oferecia apenas 34,11%, ou seja, menos da metade.

O primeiro ponto de destaque que deve ser salientado refere-se a importância da Atenção Básica como ponto inicial de acesso para todos os outros serviços de saúde da rede pública, além do acompanhamento permanente e constante das condições de saúde das comunidades.

Dessa forma, se a cobertura da Atenção Básica apresenta segmentos da população que estão desassistidos, essa parcela da população também possuirá maior dificuldade para ter acesso a todos os outros serviços de saúde oferecidos pelo SUS, podendo também não ter o devido acompanhamento e assistência às suas condições de saúde.

Essa observação torna-se ainda mais relevante quando constatado que os serviços da atenção primária não influenciam apenas na diminuição das taxas de internação e melhoria dos indicadores, produzindo efeitos também na redução das desigualdades socioeconômicas, qualidade de vida, isonomia e saúde da população. Logo, quanto maior a cobertura oferecida no serviço de saúde da família, o SUS estará cumprindo não apenas seus objetivos originais, mas também sua função social (GOMES; GUTIERREZ; SORANZ, 2020).

De acordo com Cecílio e Reis (2018), as diferenças de abrangência na cobertura entre as regiões e até mesmo entre municípios deve-se, principalmente, aos processos de gestão local e a forma como se desenvolvem nos estados brasileiros, que adotam diferentes estratégias de implantação dos serviços, as quais possuem reflexos diretos na cobertura, acesso e respostas desses serviços.

Garnelo *et al.* (2018) apontam que em cada região do país, partindo da referência sobre as principais características dessas localidades, cinco pontos principais orientam a elaboração estratégica sobre as políticas de saúde que serão aplicadas e como serão desenvolvidas, de modo que se aproximem o máximo possível do pleno acesso da população. Logo, considera-se a existência de outras unidades de saúde já instaladas em uma localidade e sua capacidade de atender toda a população que a tem como referência, quando em caso contrário constata-se a necessidade da instalação de nova(s) unidade(s). No entanto, essa ampliação está relacionada também as condições financeiras de cada municípios, diante das suas possibilidades de investimentos. Percebe-se, então, que as ações de ampliação são associadas em uma cadeia de fatores dependentes uns dos outros, para que possa ser viabilizada de maneira total a abrangência da assistência em atenção básica para todos os cidadãos.

Dessa forma, se as gestões transitórias municipais elaboram planos ineficazes ou até mesmo são omissas quanto a ampliação ou garantia da cobertura assistencial em saúde para a população, naturalmente esses cidadãos passam a ser negligenciados e seu direito a saúde violado.

Aproximando-se de maneira específica do objetivo proposto na presente pesquisa, por meio das informações disponibilizadas no DATASUS, site informativo oficial do governo federal, apresenta-se o número total de internações ocorridas em razão do acometimento por DM nos últimos cinco anos, de acordo com o sexo e faixa etária (Tabela 3). Os dados coletados revelaram, do total de internações devido a causa estudada, um percentual de 52% (n= 373) de pacientes do sexo masculino e quanto a faixa etária o grupo de 60 anos destacou-se entre as demais faixas etárias com 59,16%de internações.

Tabela 3 - Número de internações por DM dividido por faixa etária e sexo em 5 anos nos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba.

PERÍODO 01/2016 A 07/2020		
Faixa Etária	Nº	%
0 a 19 anos	48	6.64
20 a 59 anos	247	34.2
60 e mais anos	427	59.16
Sexo		
MASC	373	52
FEM	349	48
TOTAL	722	100

Fonte: Fonte: MS/ DATASUS/SIH-SUS (2020).

De acordo com os dados citados os homens com faixa etária acima dos 60 anos são os mais acometidos pelo DM, o que mais se percebe é a baixa adesão as políticas públicas que tem o intuito de promover promoção e prevenção em saúde, os usuários acabam vivenciando alterações graves no quadro da doença crônica e acabam assim precisando de assistência hospitalar evoluindo para possíveis internações e tendo uma baixa na qualidade de vida. (GERHARDT, *et al.*,2016)

Segundo o estudo realizado por Gerhardt, *et al.*,(2016),que corroboram com os achados da (TABELA 3) os indivíduos do sexo masculino com faixa etária acima de 60 anos acometidos por DM seguem tal perfil pelo fato de terem vida mais sedentária e de grande parte serem etilistas e tabagistas, somado a baixa adesão a políticas públicas de controle da doença crônica.

Ainda direcionados ao objetivo específico da presente pesquisa, apresenta-se na Tabela 4 o número de internações ocorridas em razão do acometimento por DM nos últimos cinco anos, de acordo com o local de residência do paciente, considerando cada um dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba. Os dados coletados referem-se ao período entre 2016 a 2020, no entanto, é necessário ressaltar que quanto ao ano de 2020, os dados apresentados referem-se somente até o mês de julho do corrente ano.

Tabela 4 - Número de internações por DM nos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba, entre os anos de 2016 a 2020.

(Continua)

COMPETÊNCIA	Nº DE INTERNAÇÕES POR DM
CAJAZEIRAS	
2016	49
2017	45
2018	48
2019	36
2020	25
BERNARDINO BATISTA	
2016	2
2017	3
2018	0
2019	1
2020	4

Tabela 4 - Número de internações por DM nos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba, entre os anos de 2016 a 2020.

(Continua)

COMPETÊNCIA	Nº DE INTERNAÇÕES POR DM
BOM JESUS	
2016	3
2017	1
2018	2
2019	36
2020	25
BERNARDINO BATISTA	
2016	2
2017	3
2018	0
2019	4
2020	5
BONITO DE SANTA FÉ	
2016	12
2017	7
2018	8
2019	7
2020	6
CACHOEIRA DOS ÍNDIOS	
2016	9
2017	8
2018	8
2018	3
2020	4
CARRAPATEIRA	
2016	1
2017	1
2018	2
2019	1
2020	2

Tabela 4 - Número de internações por DM nos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba, entre os anos de 2016 a 2020.

(Continua)

COMPETÊNCIA	Nº DE INTERNAÇÕES POR DM
JOCA CLAUDINO	
2016	4
2017	2
2018	1
2019	2
2020	0
MONTE HOREBE	
2016	6
2017	1
2018	1
2019	5
2020	1
POÇO DANTAS	
2016	2
2017	3
2018	4
2019	1
2020	2
POÇO JOSÉ DE MOURA	
2016	4
2017	10
2018	3
2019	2
2020	1
SANTA HELENA	
2016	1
2017	7
2018	2
2019	3
2020	1

Tabela 4 - Número de internações por DM nos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba, entre os anos de 2016 a 2020.

(Conclusão)

COMPETÊNCIA	Nº DE INTERNAÇÕES POR DM
SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE	
2016	3
2017	5
2018	14
2019	6
2020	7
SÃO JOSÉ DE PIRANHAS	
2016	18
2017	11
2018	27
2019	35
2020	10
TRIUNFO	
2016	3
2017	6
2018	4
2019	1
2020	1
UIRAÚNA	
2016	36
2017	56
2018	41
2019	37
2020	25

Fonte: Fonte: MS/ DATASUS/SIH-SUS (2020).

Em observância aos dados apresentados é possível perceber que os índices de internação por DM de cada município apresentam um controle relativo, posto que são baixos e exibem redução em alguns anos.

Todavia, os dados que mais chamaram atenção foram os apresentados pelo município de Uiraúna, com valores sempre superiores a 30 internações por ano e, quando comparados com os outros municípios, aproxima-se dos índices identificados no município de Cajazeiras, que possui quatro vezes a população de Uiraúna. Tais dados sugerem que o município apresenta alguma deficiência na assistência oferecida, mesmo diante de uma cobertura assistencial de Atenção Básica de 100% da população.

Essa observação apresenta dois pontos de reflexão que devem ser destacados. O primeiro refere-se à divergência entre os dados oficiais informados sobre a cobertura e assistência em saúde, que sugerem a realização de trabalhos plenos, de acordo com os parâmetros estabelecidos, e sem grandes desfalques, com políticas práticas e eficientes, mas que são contraditórios com os índices observados pelas condições de saúde da população, pondo a eficiência real em questionamento, haja vista que diante de uma cobertura total, a saúde da população também deveria apresentar índices positivos, com baixas internações e acometimentos por doenças e outros agravos.

O segundo ponto refere-se à preocupação com a saúde da população, sendo necessário investigar as causas que tem resultado nos índices de internação, para que as fragilidades sejam identificadas, combatidas e superadas. Essa ação parte justamente das estratégias de saúde que são definidas pelos parâmetros gerais e definem a necessidade de realizar um mapeamento de cada comunidade, catalogação dos problemas em saúde existentes, e elaboração de medidas e ações que sejam eficazes na conscientização com os cuidados e acompanhamento da população e suas condições de saúde.

A esse respeito, não é incomum encontrar pesquisas como a de Miranda Neto (2018), que teve como objeto a apresentação de planos de ação para intervir diante da população dos municípios com ações capazes de melhorar seus cuidados e condições de saúde, direcionados principalmente para o cuidado ao DM, tendo como preocupação a quantidade de complicações que essa doença pode causar. Assim, por meio de um planejamento de identificação de demandas e acompanhamento constante, esses planos de ação possuem a finalidade de reduzir danos e complicações de saúde das comunidades.

Ainda sobre o mesmo tema, pode-se citar também o estudo de Souza (2016), que teve como objeto a população da comunidade de Passos II, município de Passos, no estado de Minas Gerais. Em seu estudo, a autora definiu pontos a serem analisados na comunidade, para que a partir deles as ações a serem desenvolvidas fossem planejadas de acordo com as características e necessidades da população.

Dessa forma, o projeto de intervenção era iniciado a partir da identificação dos problemas, analisando as principais dificuldades que influenciavam a qualidade de vida dessa comunidade. Em seguida, entre os problemas encontrados, estes foram selecionados em grau de prioridade, tendo como orientadores de definição a importância do problema, o impacto na qualidade de vida dos usuários, a urgência e a capacidade de enfrentamento do problema pela equipe. Após serem selecionados os problemas, eles foram descritos e explicados, para que pudessem ser combatidos de acordo com suas características. Posteriormente, ainda trabalhando sobre os problemas, foram identificados os “nós críticos”, que orientam as equipes a compreenderem os problemas de maior ênfase, sua capacidade de enfrentamento e ações possíveis. Após identificar todos esses aspectos dos problemas, foi feito um desenho das operações, descrevendo as ações indicadas e possíveis, com um plano de execução, já prevendo as dificuldades que podem ser encontradas e a adequação aos recursos disponíveis (SOUZA, 2016).

Esses planos estratégicos são essenciais para adequar as políticas desempenhadas com as necessidades de cada comunidade, adotando as ações que produzam os melhores resultados e tenham reflexos reais na saúde da população, de modo que os índices de cobertura sejam condizentes com a qualidade de vida observada.

Assim, como já citado em outros momentos, é preciso que os gestores e profissionais da saúde responsáveis pela elaboração dos planos de ação de cada comunidade estejam atentos também as demandas específicas, posto que os fatores capazes de fazer com que as ações da atenção primária interfiram para reduzir as condições de saúde da população são diferentes para cada condição. Logo, enquanto parte do sucesso dos objetivos do serviço dependem da acessibilidade da população ao atendimento médico da APS e a estratégia prática adotada para o tratamento, o esforço da equipe geral para se aproximar da população mais vulnerável e conscientizá-la sobre a importância dos cuidados com a saúde também é essencial (PINTO *et al.*, 2019).

Todavia, ainda tendo como referência os resultados do estudo de Pinto *et al.* (2019), os autores afirmam que em observância aos índices de ICSAP na última década comparados a expansão da atenção primária sugerem que os resultados advindos dessa assistência tem sido positivos, contribuindo com a saúde da população por meio da melhoria do diagnóstico e sua celeridade, facilidade no acessos aos medicamentos e com ações coordenadas das equipes de Saúde da Família, principalmente relacionadas a hipertensão e diabetes.

Ademais, Carriello, Souza e Vallegas (2020) ressaltam que a expansão da cobertura da atenção primária e eficácia real das suas ações depende de estratégias múltiplas e

multiprofissionais, identificando e tratando de acordo com o risco e a vulnerabilidade, possibilidades de atendimentos coletivos e consultas longitudinais, apoiando o autocuidado e acompanhando os casos clínicos de maior complexidade, com atenção domiciliar planejada, principalmente após altas hospitalares. De acordo com os autores, por meio da execução harmônica de todas essas estratégias é possível evitar reinternações e, conseqüentemente, reduzir custos com os atendimentos de saúde.

Por fim, a última tabela (Tabela 5) apresenta os índices de internação por DM na 9ª região, em um lapso temporal de cinco anos, para que esses dados possam ser vislumbrados e analisados de maneira mais geral, com possibilidade de ser percebido seu real impacto e necessidade de intervenção.

Tabela 5 - Número de internações por DM no território da 9ª Região de Saúde da Paraíba, entre os anos de 2016 a 2020.

COMPETÊNCIA	Nº DE INTERNAÇÕES POR DM
2016	153
2017	166
2018	165
2019	144
2020	94

Fonte: Fonte: MS/ DATASUS/SIH-SUS (2020).

Os dados gerais demonstram que as internações por DM no território da 9ª região possuem um quantitativo bastante relevante, que pode não ser percebido na análise feita de maneira segmentada por cada município. Por isso, esses índices são necessários para ressaltar a necessidade e urgência para a elaboração de políticas mais ativas e eficazes, capazes de reduzir os danos e diminuir os agravos causados por essa doença e que levam a internação.

Essas estratégias de redução de danos e índices de internação possuem uma abrangência ampla, posto que não apenas a saúde e qualidade de vida da população será impactada, mas também os recursos aplicados a toda a rede assistencial de saúde, haja vista que uma vez que a população apresente boas condições de saúde e necessite recorrer cada vez menos aos serviços mais complexos, recursos são economizados e podem ser redirecionados para melhorar a qualidade da infraestrutura desses próprios serviços, sua ampliação, ou mesmo patrocinarem investimentos em outras áreas.

A esse respeito, de acordo com dados de uma pesquisa realizada pela BBC Brasil Justine Davis e disponibilizado no site G1, em 2015 o Brasil gastou cerca de 190 bilhões de

reais com cuidados a portadores de DM. Ainda de acordo com a mesma pesquisa, até 2030, os gastos podem alcançar o índice de 406 bilhões, sendo necessários que as medidas sejam tomadas da forma mais rápida e eficaz possível (GRZELCZAK *et al.*, 2018).

Além disso, não apenas os serviços e profissionais de saúde devem empenhar-se para reduzir a quantidade de indivíduos que, acometidos pela DM, enfrentam de maneira constante suas complicações. É necessário também que a população se conscientize sobre a importância da sua colaboração, aceitando a doença e aderindo ao tratamento para conhecê-la e tratá-la de maneira adequada, além de adotar hábitos de vida saudáveis, que lhe proporcionarão bem-estar e qualidade de vida (MOREIRA; TEIXEIRA; NOVAES, 2014).

5 CONCLUSÕES

A proporção do acometimento e danos do Diabetes Mellitus é um problema de saúde pública, de ordem mundial, uma vez que já é reconhecida como uma doença que atinge relevante parte da população e causa sérias complicações, que influenciam não apenas nas condições de saúde dos sujeitos, mas também na organização, planejamento e gastos do poder público.

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que os índices de internações decorrentes de DM na 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba ainda apresentam números significantes, tornando claro a necessidade de serem desenvolvidas mais estratégias voltadas a essa vulnerabilidade enfrentada pela população.

Para tanto, é necessária uma movimentação dos gestores para reorganizar suas estratégias e elaborar ações interventivas mais amplas e eficazes, aumentando não apenas a abrangência da cobertura, mas também sua incidência real na saúde da população.

Além disso, os cidadãos também devem se engajar nas atividades propostas pelos profissionais dos serviços, aderindo aos tratamentos, acompanhando as próprias condições de saúde e tomando os cuidados necessários para não enfrentarem complicações, gozando de uma vida saudável e confortável.

Logo, diante das informações analisadas nos dados coletados por esta pesquisa, percebeu-se que para que os índices de ICSAP sejam realmente reduzidos, com políticas de ações efetivas, o Poder Público precisa desenvolver estratégias eficazes e adequadas, ressaltando, por isso, a importância de serem consideradas as características de cada região, necessidades, vulnerabilidades e capacidades de cada comunidade, produzindo políticas gerais, mas também direcionadas, capazes de produzir resultados reais.

Assim, percebe-se que é uma estratégia que ocorre a partir de um ponto central, mas se torna descentralizada, iniciando no acompanhamento dos serviços de Saúde Primária, responsáveis não apenas por atender aqueles que buscam atendimento nas UBS, mas também em desenvolver ações constantes de cuidado e incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis, oferecendo atividades físicas e orientação de cuidados.

Por meio dessa observação, é então possível vislumbrar a importância da Atenção Básica para o controle do DM, posto que as ações que o compõem figuram como um dos acessos iniciais da população aos serviços de saúde, o qual desenvolve também ações de acompanhamento e orientações, agindo de maneira descentralizada e também inter-relacionada com outros serviços.

Por fim, essas medidas são capazes de alcançar o controle da DM e seus portadores, influenciando todo o cenário de saúde pública e políticas direcionadas a qualidade de vida e bem-estar da população geral, viabilizando o acesso aos seus direitos básicos e fundamentais que são garantidos pela lei.

É preciso, porém, ressaltar sobre as limitações dessa pesquisa, posto que não há registros acessíveis de informações mais aprofundadas sobre a situação da 9ª Região de Saúde, relacionada as estratégias de controle e prevenção de DM atualmente adotadas, bem como planos de desenvolvimento de estratégias de ação, e outras atividades direcionadas a redução dos índices de ICSAP, com foco nos municípios que apresentam os maiores índices, por exemplo.

Dessa forma, novas pesquisas que possam ser desenvolvidas futuramente sobre o tema podem aprofundar os conhecimentos sobre o assunto na região determinada, identificando suas características e necessidades, e, eventualmente, elaborando e apresentando planos de ação que possam ser aplicados para reduzir os índices de ICSAP de alguns municípios ou da região completa, além de estratégias que possam melhorar os resultados e adesão aos tratamentos pela população.

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association. **Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes**. Diabetes Care, v. 42, (Suppl. 1):S13–S28, 2019.

ARRUDA, G. O. de; SCHMIDT, D. B.; MARCON, S. S. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. **Ciência & Saúde Colet.**, v. 23, n 2, 2018.

ARRUDA, J. S. DE; COSTA, J. S. D. DA. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, maio 2017.

BORGES, D. de B.; LACERDA, J. T. de. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Revista Saúde Debate**, v. 42, n. 116. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/162-178/pt/>. Acesso em:jun. 2020.

BOTELHO, J. F.; PORTELA, M. C. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006 – 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/csp_0509_15_pt.pdf. Acesso em:jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466, de 12 de dezembro 2012: **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Departamento de Informática do SUS. DATASUS Trajetória 1991-2002** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2002.

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Uso do DATASUS para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p.821-829, maio de 2007.

CARLOS NETO, D. A (DES)MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: o surgimento de um novo cenário na saúde pública. **Revista Científica FAGOC**, v. 2, 2017.

CARRIELLO, L. dos S. S.; SOUZA, A. C.; VALLEGAS, A. B. Estratégia saúde da família e sua interferência nas internações sensíveis à atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5017/4295>. Acesso em: 08. nov. 2020.

CECILIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamento sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Caderno em Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n8/e00056917/pt/>. Acesso em: set. 2020.

CORRÊA, K. et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência & saúde colet.**, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n3/921-930/pt/>. Acesso em: jun. 2020.

CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000300250&script=sci_arttext. Acesso em: jun. 2020.

FEIJÓ, V. B. R.; et al. O. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, 2015.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde debate**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/81-99/>. Acesso em: 02 nov. 2018.

GERHARDT, et al. Tendência Das Internações Por Diabetes Mellitus E Hipertensão Arterial Sistêmica Em Idosos. **CogitareEnferm.** vol.21, n.4, 2016. 21(4): 01-10

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência Saúde coletiva**, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1763-1776/>. Acesso em: set. 2020.

GONZAGA, L. M. O.; BORGES, M. A. R.; FERREIRA, V. M. Tendência das internações hospitalares por diabetes mellitus sensíveis à atenção primária. **Revista Unimontes Científica**, v. 19, n. 2, 2019.

GOMES, C. B. e S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência saúde coletiva**, v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: [scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1327-1338/pt/](https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1327-1338/pt/). Acesso em: set. 2020.

GRZELCZAK, M. T.; et al. Qualidade de vida, sedentarismo e o impacto econômico do diabético no sistema municipal de saúde. **Multitemas**, v. 23, n. 54, Campo Grande, MS, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>. Acesso em: 27 de jul. 2020.

INFOSAÚDE. PORTAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA. Regiões de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudedef/ifremeR.php>. Acesso em: 27 jul. 2020.

JARDIM, L. V.; NAVARRO, D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. **J Health SciInstitute**, v. 35, n. 2, 2017. Disponível em: https://unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_abr-jun/V35_n2_2017_p122a126.pdf. Acesso em: 02 nov. 2020.

LIMA A. C. M. G., NICHATA L. Y. I. , BONFIM D. Perfil dos atendimentos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Revista da Escola de Enfermagemda USP**. 2019

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p.189-201, dezembro de 2003.

MAIA, L. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 2, p.1-11, 29 de janeiro de 2019.

MARIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. da. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciência&Saúde Coletiva**, n. 22, v. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n3/891-900/>. Acesso em: mar. 2020.

MIRANDA NETO, J. L. **Plano de Ação para melhor controle dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe verde da Unidade Básica de Saúde do bairro de Iguacu em Ipatinga, Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Monografia (Especialização). 42 fls. 2018. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/31720/1/TCC_VERSAO%20FINAL_JACY.pdf. Acesso em: 02 nov. 2020.

NEDEL, F. B. Pacote csapAIH: a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no programa R. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, 2019. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742019000200042&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: mar. 2020.

OLIVEIRA, C Di L. et al. Perfil clínico do paciente diabético após internação devido a complicação por condição sensível à atenção primária. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 19, n. 3, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321055911_Perfil_clinico_do_paciente_diabetico_a_pos_internacao_devido_a_complicacao_por_condicao_sensivel_a_atencao_primaria. Acesso em: jun. 2020.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2. 1981.

PINTO, L. F. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018.

Ciência saúde coletiva, v. 24, n. 6, 2019. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n6/2105-2114/pt/>. Acesso em: 08 nov. 2020.

PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013. Ministério da Educação. Universidade Federal de Campina Grande. Hospital Universitário Júlio Bandeira. 2013.

RIBEIRO, T. H.; MAGRI, C. L.; SANTOS, A. de L. Hospitalização por Diabetes Mellitus em adultos e relação com expansão da atenção primária no Paraná. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2., 2019.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. G. V. da. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

SARAIVA, J. F. K. et al. Diabetes *mellitus* no Brasil: características clínicas, padrão de tratamento e custos associados ao cuidado da doença. **J Bras. Econ. Saúde**, v. 6, n. 2, 2016.

SDB. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SOUZA, C. G. P. de. **Proposta de plano operativo para aumentar a qualidade de vida dos usuários portadores de Diabetes Mellitus na Estratégia da Saúde da Família Penha II**. Trabalho de Conclusão de Curso. Formiga, MG, 2016. Disponível em:
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/8628/1/carolina-maria-garcia-peraza-souza.pdf>. Acesso em: set. 2020.