

**PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA  
ATENÇÃO À HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E AO DIABETES  
MELLITUS**

**CAMPANHA NACIONAL  
DE DETECÇÃO DE  
SUSPEITOS DE DIABETES  
MELLITUS**

**RELATÓRIO TÉCNICO**

Ministério da Saúde  
Junho, 2001



**Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas da Saúde**

**PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO  
DIABETES MELLITUS**

**RELATÓRIO DA CAMPANHA NACIONAL DE DETECÇÃO DE SUSPEITOS  
DIABETES MELLITUS**

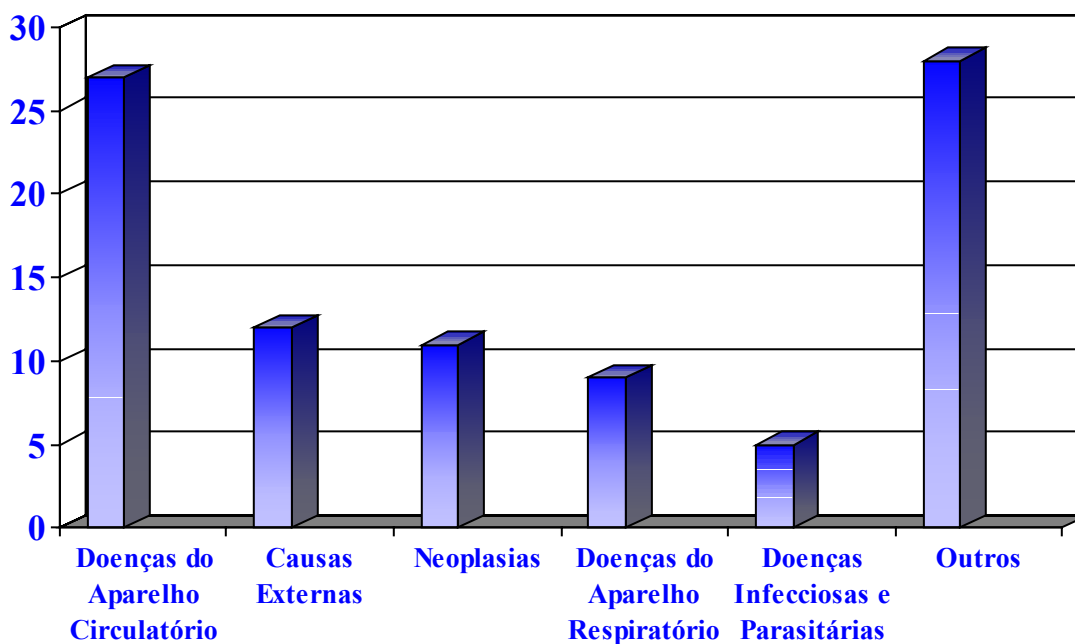
**1. INTRODUÇÃO**

Este documento apresenta os resultados e as principais ações relativas à Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus, que integra o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Esse Plano tem como objetivo geral o estabelecimento de diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde, mediante a reestruturação e a ampliação do atendimento básico voltado para a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, com ênfase na prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde.

**1.1 Justificativa**

As doenças do aparelho circulatório e o diabetes representam importantes problemas de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil, segundo os registros oficiais (Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM). Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório.

### Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas



Fonte: Ministério da Saúde- DATASUS, SIM, 2000

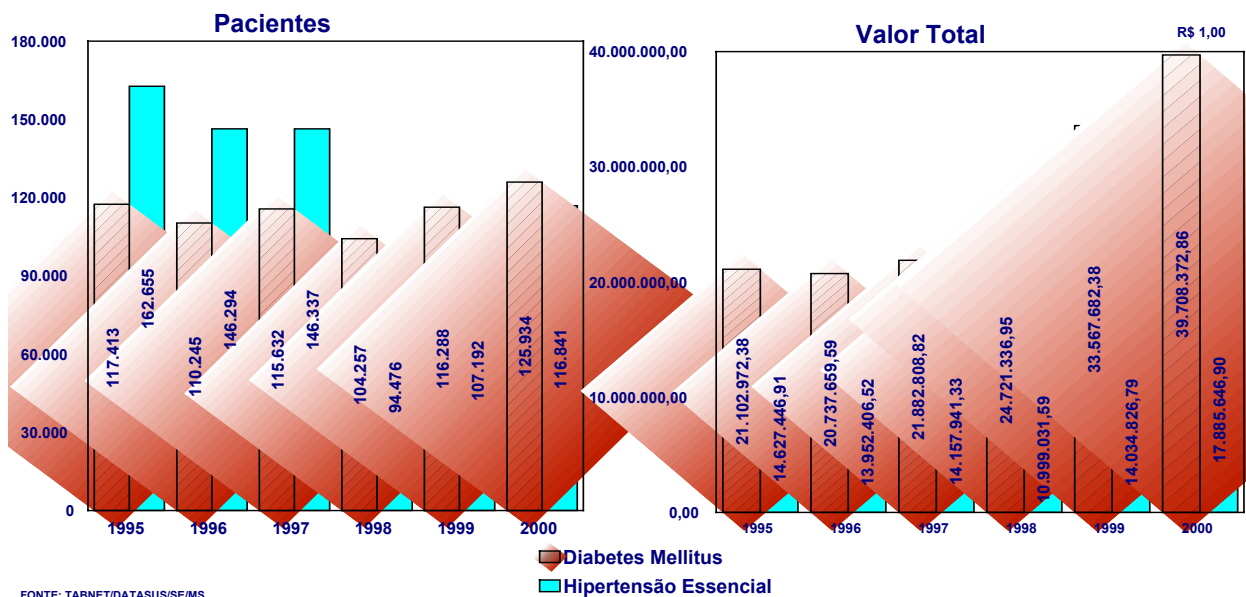
Em 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2% das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Do total de casos (693.839), 17,7% foram relacionados ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) e ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Essas doenças são de grande importância epidemiológica, visto o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar seqüelas para o resto da vida. Dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) descrevem que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças.

O AVE vem ocorrendo em idade cada vez mais precoce no Brasil. Cerca de 50% dos casos hospitalizados vão a óbito e dos que sobrevivem, 50% ficam com algum grau de comprometimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de casos novos no mundo varia aproximadamente de 500 mil a 700 mil casos/ano com uma mortalidade oscilando entre 35 e 200 casos por grupo de 100 mil habitantes.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. A HA está relacionada a 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Entre as complicações mais freqüentes decorrentes do DM encontram-se o IAM, o AVE, a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais.

O número de internações por DM registrado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) é elevado, tendo sido gastos mais de R\$ 39 milhões de reais com hospitalizações no SUS em 2000. Estes custos estão relacionados com a alta taxa de permanência hospitalar do diabético e também com a severidade das complicações que, muitas vezes, demandam procedimentos de alta complexidade.

### Internações por Diabetes Mellitus e Hipertensão Essencial Brasil - 1995 a 2000

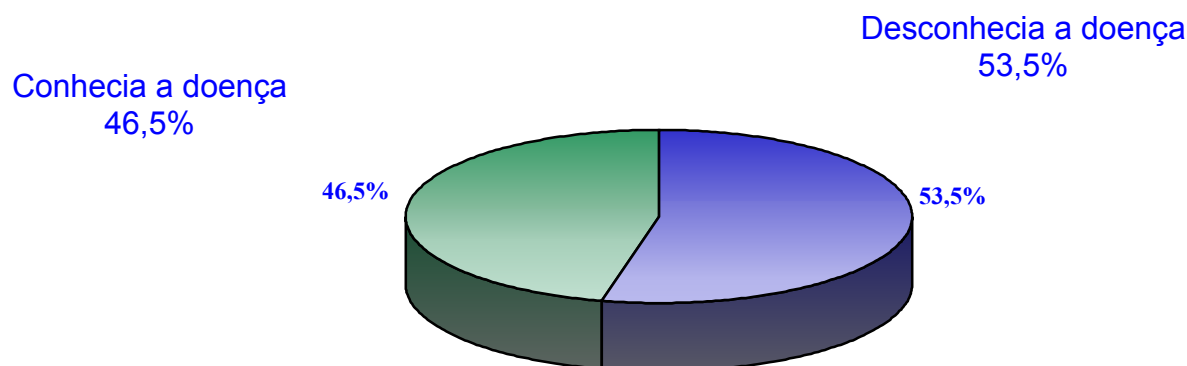


Fonte: DATASUS/MS

Os dados do estudo multicêntrico de diabetes no Brasil realizado em 1987 pelo Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Diabetes e CNPq demonstraram uma prevalência de 7.6 % na população de 30 a 69 anos de idade. O estudo revelou um alto

grau de desconhecimento em relação à doença (mais de 50% dos diagnosticados não sabiam ser portadores de diabetes).

### Distribuição dos Diabéticos na Faixa Etária de 30 a 69 Anos, Segundo o Conhecimento Prévio da Doença



Nos pacientes que conheciam o seu diagnóstico, uma análise do tipo de tratamento revelou que 23% não faziam nenhum tipo de tratamento, demonstrando a inadequação do acompanhamento dessa patologia.

Estudos randomizados, tanto em diabetes tipo 1 como em diabéticos tipo 2, demonstraram claramente a redução das complicações crônicas com o bom controle metabólico da doença.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as Unidades Básicas de Saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da HA e do DM, no âmbito da atenção básica, evitam o agravamento destas patologias e o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares.

Apesar da existência de várias experiências municipais bem sucedidas quanto à garantia do acompanhamento dos casos de HA e DM, em grande parte do País

observa-se falta de vínculo entre os portadores e as unidades de saúde. Em geral, o atendimento aos pacientes ocorre de modo assistemático nos serviços de emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgãos-alvo e do tratamento e controle adequados a cada caso. No campo da promoção da saúde e da prevenção dos fatores de risco, a situação é ainda mais crítica, tendo em conta a falta de tradição dos serviços de saúde na realização sistemática de tais ações.

O Ministério da Saúde, com o propósito de contribuir para a redução da morbimortalidade associada a HA e ao DM, assumiu o compromisso de estabelecer uma parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a reorganização da rede de saúde, com vistas à melhoria da atenção aos portadores de diabetes, mediante o desenvolvimento de ações articuladas de promoção, prevenção, tratamento e recuperação.

## **1.2 Antecedentes**

Em fevereiro de 2000, a Secretaria de Políticas da Saúde (SPS) iniciou a elaboração do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que, entre outras, prevê a intensificação de ações voltadas à prevenção primária – redução e controle de fatores de risco –, detecção, vinculação e tratamento de portadores dessas patologias na rede básica de saúde, capacitação de recursos humanos e melhoria do atendimento especializado e da assistência farmacêutica.

Para a realização desse trabalho, a SPS convidou representantes das Sociedades Brasileiras de Diabetes, de Cardiologia, de Hipertensão, entidades nacionais de portadores, a Fenad, o Conass e o Conasems que passaram a constituir Comitê Técnico com o propósito de assessorar a elaboração e a operacionalização do Plano, bem como as etapas nacionais de detecção. Esse Comitê foi instituído por portaria do Ministro da Saúde, editada em fevereiro de 2001 (Portaria GM 235/2001 e Portaria SPS 07/2001).

## **2. OBJETIVOS E POPULAÇÃO ALVO DA CAMPANHA NACIONAL**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar e vincular às equipes da rede básica de saúde os usuários portadores de diabetes mellitus, em 100% dos municípios habilitados, em alguma forma de gestão NOB 96.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Realizar a detecção de suspeitos, por intermédio da oferta do teste de glicemia capilar a todos os usuários do SUS.
- Apoiar as Secretarias Municipais de Saúde no cadastramento e na vinculação para tratamento dos portadores de diabetes na rede básica de saúde.
- Produzir e distribuir a toda a rede básica protocolos clínicos para hipertensão arterial e diabetes mellitus, e atualizar os profissionais da rede básica e do Programa de Saúde da Família (PSF) para o atendimento clínico e o acompanhamento dos portadores.
- Contribuir para a melhoria do acesso às referências especializadas.
- Melhorar a oferta de medicamentos básicos para o tratamento do diabetes.
- Ampliar o conhecimento sobre a freqüência e a distribuição da diabetes no Brasil.

### **2.3 População alvo**

População brasileira com idade superior aos 40 anos de idade, usuária do SUS, que, de acordo com estimativa do IBGE/1999, representam 31.239.703 de indivíduos.

### **3. DESENVOLVIMENTO DA CAMPANHA NACIONAL**

#### **3.1 Pactuação entre os gestores**

A etapa nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus, instituída pela Portaria GM 235/2001, foi realizada entre os dias 6 de março e 7 de abril de 2001.

A pactuação entre os gestores do SUS é uma das principais estratégias para a implementação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Assim, em 9 de outubro de 2000, foi realizada em Brasília reunião nacional com os coordenadores estaduais e presidentes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – Cosems – para apresentação das diretrizes dessa reorganização, da proposta de capacitação de multiplicadores estaduais e municipais e da etapa de detecção de suspeitos de diabetes mellitus, aspectos contemplados no Plano.

Com o objetivo de planejar, coordenar e acompanhar o desenvolvimento do Plano em cada estado, foram constituídos Comitês Estaduais, coordenados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e com participação dos Cosems, sociedades científicas, entidades de portadores, Pólo de Capacitação em Saúde da Família, Coordenação da Atenção Básica e Assistência Farmacêutica. Os Comitês constituem-se em espaço privilegiado para o acompanhamento das experiências bem sucedidas e para a ampliação de parcerias entre governo e sociedade civil, processo de fundamental importância para o êxito das ações de reorganização da atenção a esses doentes.

Para o acompanhamento desses Comitês, foi organizado um grupo de consultores, disponíveis para visitas mensais aos estados. Esses profissionais desenvolveram atividades de supervisão, capacitação dos membros dos Comitês Estaduais e assessoria em cada estado no desenvolvimento das ações da Campanha. O trabalho de supervisão e acompanhamento envolveu a realização de 49 visitas aos 26 Comitês Estaduais.

Em 13 de fevereiro de 2001, foi realizado em Brasília novo encontro com coordenadores estaduais e presidentes de Cosems, no qual foram discutidas propostas



de planos de capacitação de multiplicadores em cada estado; entregues planilhas de distribuição dos 45 mil cadernos técnicos e 16 mil casos clínicos para apoiar a capacitação dos profissionais da rede básica; e discutido o processo de mobilização das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com a apresentação do material de divulgação da Campanha (cartaz de sala e de mesa, ficha de atendimento, mapa diário de registro de procedimentos).

### **3.2 Insumos, organização dos serviços e infra-estrutura**

Para a realização da Campanha, o Ministério da Saúde forneceu aos estados e municípios 19,5 mil glicosímetros; 37,7 milhões de tiras reagentes e lancetas. Todo o material foi entregue entre os meses de janeiro e fevereiro de 2001. Às empresas fornecedoras dos glicosímetros coube a responsabilidade da execução do treinamento dos profissionais da rede de atendimento. Foram utilizados glicosímetros adquiridos mediante licitação nacional realizada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Os aparelhos realizam testes de glicemia capilar de acordo com a técnica de leitura comparativa ou óptica através das tiras reagentes. O teste foi aprovado pela FDA (*Federal Drug Administration*) e possui um grau de confiabilidade maior que 0,9 comparado com a glicemia plasmática.

Foram considerados suspeitos os indivíduos que apresentaram glicemia de jejum com valores iguais ou superiores a 100mg/dl e glicemia pós-pandrial com valores maiores que 140 mg/dl.

O Ministério da Saúde produziu e distribuiu 100 mil cartazes de sala para profissionais de saúde, 200 mil cartazes de divulgação para utilização na convocação e esclarecimento da população, dois milhões de folders informativos distribuídos nos postos de atendimento, 25 mil cartazes de mesa contendo orientações para os profissionais da rede de saúde. Todo o material impresso foi entregue diretamente aos municípios – boa parte dos municípios recebeu o material durante a primeira semana da campanha.

A Campanha de divulgação e mobilização da população foi planejada e implementada pela Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, com a inserção de mensagens em rede de TVs, outdoors e mídia impressa.

### **3.3 Constituição dos Comitês Estaduais**

Cada Unidade Federada constituiu um Comitê Estadual, composto por representantes da SES, do Cosems, das sociedades científicas, das associações de portadores e da coordenação dos Pólos de Saúde da Família. O Comitê é o responsável pela execução do Plano Estadual de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

Em maio de 2001, 26 comitês estaduais estavam em funcionamento, reunindo 144 profissionais. A Coordenação Nacional registrou 89 reuniões de planejamento e avaliação da Campanha.

### **3.4 Capacitação dos Profissionais da Rede Básica**

Com a finalidade de garantir o processo de capacitação dos profissionais da rede básica para a melhoria do atendimento dos portadores de diabetes e de hipertensão, o Ministério da Saúde produziu o CADERNO TÉCNICO N°7 SOBRE HIPERTENSÃO E DIABETES PARA A ATENÇÃO BÁSICA, onde apresenta as normatizações para diagnóstico clínico, a padronização dos exames complementares para confirmação diagnóstica e identificação de lesões de órgãos-alvos, a especificação do esquema terapêutico, além de sugerir ações de promoção à saúde e prevenção de HA e DM.

A tiragem de 45 mil exemplares foi distribuída proporcionalmente para cada estado, obedeceu a critérios de número de unidades básicas e de municípios, segundo as populações correspondentes. Os volumes também foram remetidos aos coordenadores estaduais, em fevereiro de 2001.

Além disso, foram produzidos e distribuídos 15 mil exemplares de “Casos Clínicos – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”, material utilizado nos cursos e treinamentos.

O primeiro momento do processo de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus acontece através da atualização dos profissionais da rede básica, sob o formato de estudo de casos clínicos, proposta factível de treinamento em serviço.

Para operacionalizar a atualização, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Sociedades Científicas iniciaram a capacitação de multiplicadores. Os multiplicadores são responsáveis pelo treinamento dos profissionais de saúde da rede básica.

Entre 25 de outubro e 1º de novembro de 2000, o Ministério da Saúde financiou a realização de quatro encontros macrorregionais de capacitação de multiplicadores, nas cidades de Brasília, Salvador, Paraná e São Paulo.

Esses encontros tinham como objetivo testar e aplicar a nova metodologia de capacitação de multiplicadores e contaram com a participação de representantes das sociedades científicas de hipertensão, de cardiologia, de diabetes e de nefrologia, representantes de cada SES e das SMS das capitais e municípios de maior porte. Ao todo, foram 72 representantes das SES, 72 das SMS e 37 das sociedades científicas. Nessa ocasião, foram distribuídos 6.500 exemplares de “Casos Clínicos”, material pedagógico utilizado na atualização dos profissionais de saúde de nível superior. Uma segunda tiragem de 15 mil exemplares foi distribuída às coordenações estaduais, juntamente com os cadernos técnicos.

Em janeiro de 2001, solicitou-se a cada coordenação estadual do Plano propostas e cronograma dos cursos de capacitação para o ano de 2001. Todo o processo de capacitação está sendo registrado em um banco de dados dos multiplicadores municipais, com vistas ao acompanhamento futuro das atividades do pessoal capacitado.

Até maio de 2001, foram capacitados 13.859 multiplicadores, 4.694 médicos, 5.006 enfermeiros e 948 profissionais pertencentes a outras categorias. Esses números superam a meta inicial de capacitar 5.561 multiplicadores. Alguns estados estão implementando planos de capacitação específicos.

### **3.5 Registro**

Os municípios registraram os atendimentos realizados durante a Campanha em formulário específico e consolidaram os dados no SIA-SUS, competências março e abril (respectivamente, 6 a 30/3/2001 e 2 a 7/4/2001). Informações complementares ao SIA

foram enviadas diretamente ao Ministério da Saúde pelos municípios e secretarias estaduais. Para o acompanhamento dos pacientes diagnosticados, foram criados procedimentos no SIA-SUS, que registrarão o processo de seguimento dos pacientes na rede básica de saúde.

### **3.6 Acompanhamento durante a Campanha**

O acompanhamento da Campanha foi realizado mediante monitoramento direto junto às SMS e às SES para avaliação da entrega e recebimento do material impresso; entrega e funcionamento dos equipamentos; e grau de adesão/mobilização da população. O Disque Saúde procedeu a atendimento específico durante o período da Campanha, em que registrou 13.218 ligações, no período de 01/03/ a 31/05 de 2001, oriundas de todo o País. Em relação às ligações recebidas, os registros mais freqüentes eram de pedidos de informação sobre a doença (3.783 ligações)

A população de 20 a 39 anos de idade realizou a maior parte das ligações (44%); a faixa etária acima de 40 anos, alvo da Campanha, realizou as restantes (36%). As pessoas do sexo feminino predominaram no número de ligações, com 65%, contra os 35% do sexo masculino.

### **3.7 Assistência Farmacêutica**

Procedeu-se à padronização de tratamento clínico, com esquema terapêutico para o tratamento do diabetes e da hipertensão. A Secretaria de Políticas de Saúde formulou propostas para a oferta de medicamentos necessários ao tratamento dos pacientes identificados na etapa de detecção de suspeitos. O Ministério da Saúde realizou a aquisição específica da glibenclamida 5 mg, hipoglicemiante oral, usado no tratamento dos casos confirmados. Foi apresentada proposta de aquisição da metformina pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O Ministério da Saúde alocou R\$ 5.899.243,08 para a aquisição da glibenclamida; para a aquisição da metformina, a previsão de gastos para estados e municípios foi estimada em R\$ 7.317.164,31.

A distribuição da Glibenclamida foi feita diretamente para os municípios, totalizando 172 milhões de comprimidos. Esse quantitativo representa uma cobertura de mais de 1,7 milhão de portadores de diabetes em uso de medicação por 6 meses.

Além dessa aquisição específica, voltada para dar suporte aos casos novos detectados, foram executados planos municipais e estaduais de assistência farmacêutica, que utilizam os recursos do incentivo da assistência farmacêutica básica. Desde 1999, quando se iniciou a implementação desse incentivo, o Ministério repassou R\$ 370 milhões para a aquisição de medicamentos básicos. Todos os 27 planos estaduais de assistência farmacêutica, elaborados em 1999/2000, e ainda em execução, contemplam medicamentos hipoglicemiantes orais.

A Comissão Intergestores Tripartite aprovou proposta de elenco mínimo obrigatório de medicamentos básicos para utilização na revisão dos planos estaduais e municipais, na competência 2001, o qual inclui os hipoglicemiantes orais. Além disso, o Ministério instituiu a farmácia popular, um *kit* de medicamentos básicos destinado às equipes do PSF, implantadas em todo o País. Esse *kit* contém 34 medicamentos básicos, inclusive hipoglicemiantes orais. Serão distribuídos, até o final de junho, 21.500 *kits* da farmácia popular.

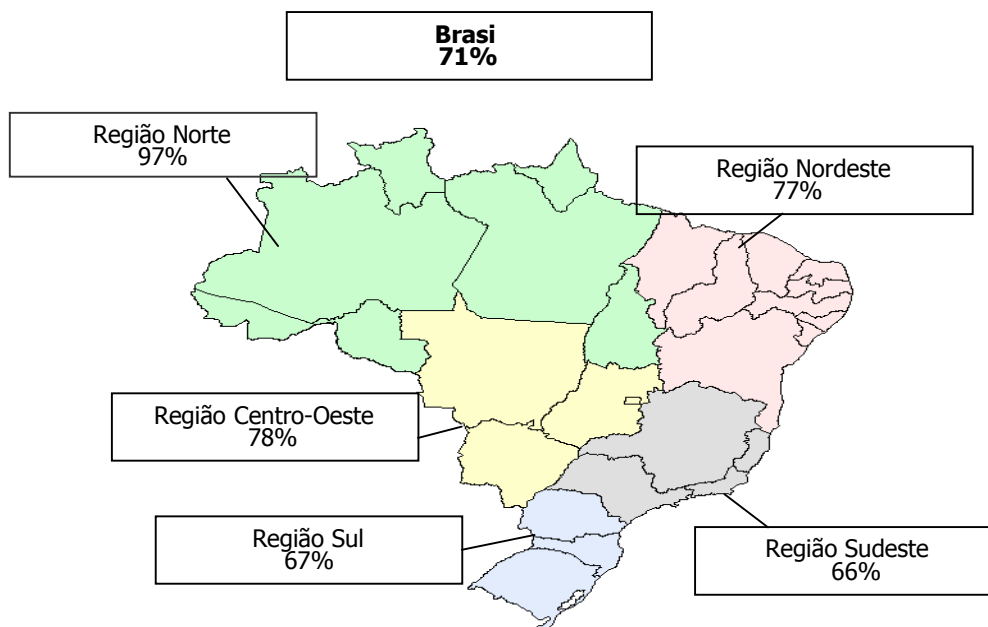
#### **4. RESULTADOS DA CAMPANHA**

A Campanha Nacional realizada entre os meses de março e abril de 2001 é o primeiro *screening* para detecção de suspeitos de diabetes mellitus, realizado em nível nacional pelos serviços públicos de saúde no Brasil. A Campanha, além do benefício de detectar novos casos, contribui para a estruturação do atendimento dos portadores da diabetes na rede básica e, por intermédio da capacitação de recursos humanos, melhora a adesão e o acompanhamento desses portadores. É também a primeira vez que um país realiza esse tipo de campanha no mundo. A Inglaterra e os Estados Unidos já realizaram tal *screening*, mas não existe na literatura relato de nenhuma experiência nacional, com testagem em massa da população, utilizando o sistema público de saúde.

Os dados de cobertura foram enviados diretamente pelos municípios e pelas coordenações estaduais da Campanha ou coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). De um total de 5.507 municípios, 4.446 – ou 81% do total – enviaram os dados sobre a cobertura dos testes de glicemia capilar. A população-alvo dos municípios informantes é de 28,16 milhões. Nesses municípios, foram testadas 20,7 milhões de pessoas, ou seja, 71,15% do total, identificando-se 2,9 milhões de suspeitos de diabetes mellitus, 14,66% do total da população testada. Aplicando-se a prevalência encontrada em alguns estudos regionais – de 8% –, seriam esperados 2,52 milhões de diabéticos na população-alvo da Campanha. Os suspeitos terão seus testes confirmados pelas SMS.

#### 4.1 Desempenho Nacional da Campanha, Cobertura por Regiões e por Estados da Federação

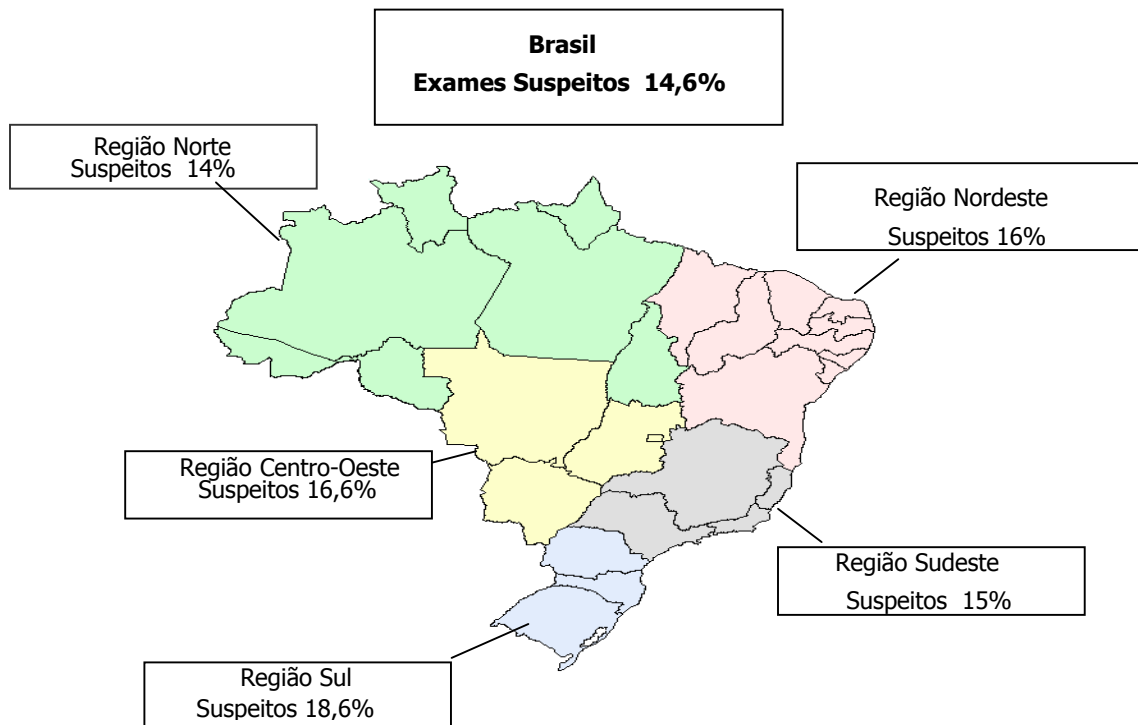
Percentagem da População que Realizou o Exame de Detecção Durante a Campanha por Regiões, Brasil, março, 2001



Com relação ao desempenho das cinco regiões brasileiras, apesar das dificuldades históricas, a Região Norte teve o melhor desempenho, conseguindo testar

cerca de 97% de sua população meta. As regiões Nordeste e Centro-Oeste obtiveram um resultado semelhante, conseguindo testar, respectivamente, 77% e 78% de sua população. As regiões Sul e Sudeste tiveram cobertura de 67% e 66%, respectivamente.

#### 4.2 Percentagem de Exames Suspeitos no Brasil



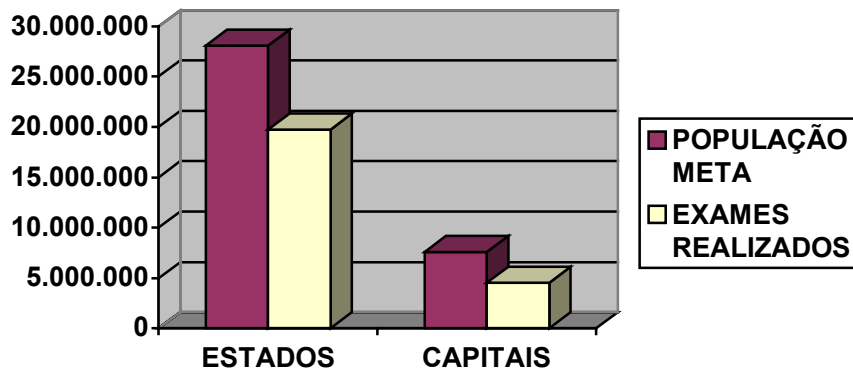
Do total de exames realizados, 14,66% apresentaram resultado anormal, representando 2,9 milhões de indivíduos suspeitos de diabetes mellitus. A prevalência

do diabetes mellitus na população será calculada mediante estudo nacional de avaliação do impacto da Campanha, descrito a seguir. O alto número de testes positivos é compatível com o que é de se esperar de um teste altamente sensível como a glicemia capilar.

O resultado desse teste deve ser confirmado com a glicemia plasmática, ou seja: o paciente que obteve um resultado alterado deverá realizar uma consulta no posto de saúde para confirmar, ou não, o diagnóstico.

### 4.3 Desempenho das Principais Capitais

População Meta em Comparação ao Número de Exames Realizados nos Principais Estados e Capitais, Brasil, Março, 2001



Nas 27 capitais foram realizados 4.541.999 exames, correspondendo a 60% da meta (7.607.766) esperada nesses municípios. No grupo foram identificadas 699.265 pessoas suspeitas para o diabetes mellitus, 15% do total da população testada.

### 4.4 Análise dos Dados de Cobertura segundo Características dos Municípios

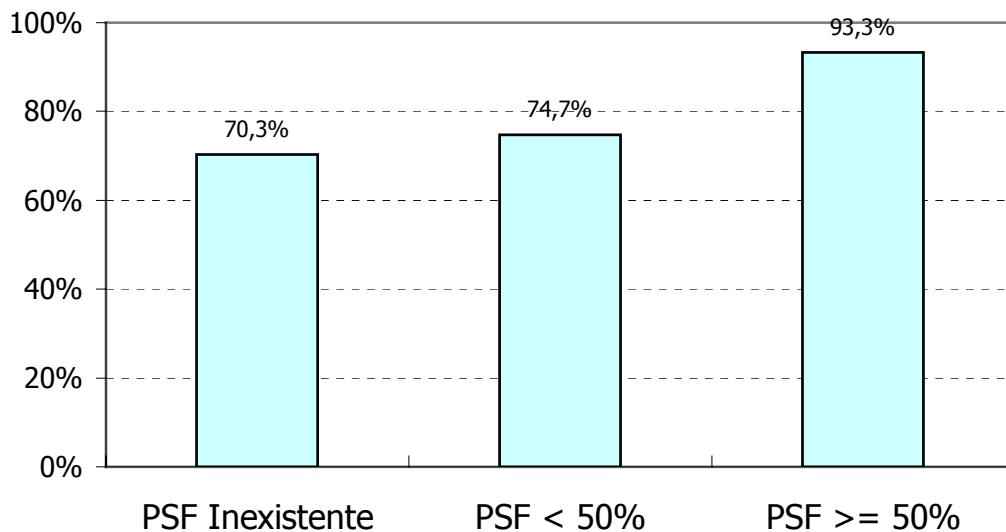
Análises preliminares dos dados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial mostram que a cobertura da Campanha (número de exames realizados em relação à meta), considerando a meta como 75% da população com mais de 40



anos de idade), foi maior naqueles municípios com alto índice de cobertura do Programa de Saúde Família (PSF) e naqueles habilitados em algum nível de gestão pela NOB/96.

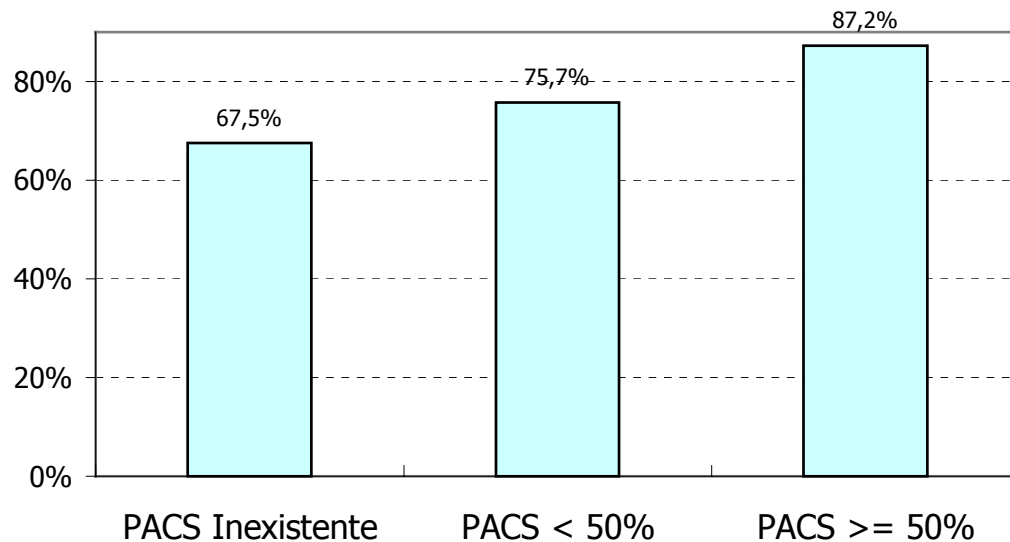
Para fins de análise estatística, definiu-se como baixa uma cobertura menor que 50% e como alta uma cobertura maior que 80%. Observou-se uma baixa cobertura em apenas 2% dos municípios em que a população cadastrada no PSF era superior a 50%. Em contrapartida, foi observada baixa cobertura em 8% do conjunto de municípios sem PSF ou naqueles municípios em que a população cadastrada no PSF era inferior a 50%.

### **Taxa de cobertura nos municípios brasileiros por percentual da população cadastrada em PSF**



O mesmo foi observado quando se avaliou a cobertura da Campanha em relação ao Programa de Agentes Comunitários (PACS).

### Taxa de cobertura nos municípios brasileiros por percentual da população cadastrada em PACS



O principal fator associado à alta cobertura foi o tipo de gestão, sendo que 68% dos municípios brasileiros com Gestão Plena de Sistema Municipal apresentaram alta cobertura da campanha, comparados com 64% dos municípios com Gestão Plena de Atenção Básica e apenas 43% dos municípios sem qualquer tipo de gestão plena.

Outras características dos municípios influenciaram a cobertura da campanha. Nos municípios com mais de 75% da população em área urbana, maior índice de alfabetização e escolaridade, foi observada uma menor cobertura da campanha, comparados aos municípios com maior proporção de população rural e com menor índice de alfabetização e escolaridade. A cobertura da campanha em municípios com mais de 100 mil habitantes e municípios das regiões metropolitanas ficou em torno de 50%, enquanto que nos municípios com menos de 100 mil habitantes a cobertura foi de 81% e fora das áreas metropolitanas, de 75%.

## 5. ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE IMPACTO

A avaliação do impacto da Campanha, em relação à organização dos serviços e à situação clínica dos portadores, será desenvolvida por meio de uma série de estudos realizados em esfera nacional. O Projeto de Avaliação da Campanha Nacional de Detecção do Diabetes está sendo elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Fiocruz e Sociedade Brasileira de Diabetes.

O plano de pesquisa elaborado compõe-se de estudos em três etapas e pretende avaliar os seguintes aspectos relacionados ao impacto da Campanha:

- impacto da campanha na estrutura dos serviços e no processo de trabalho das equipes assistenciais;
- avaliação da tendência temporal no País de exames diagnósticos/controle do diabetes realizados antes e depois da Campanha e do número de consultas mensais feitas para diagnóstico da doença, por médico ou enfermeiro;
- avaliação da cobertura real dos casos detectados e cobertura dos casos confirmados;
- número de diabéticos detectados cadastrados/vinculados e acompanhados pela rede de saúde;
- estudo de custo-efetividade da Campanha;
- avaliação, em municípios onde o PSF está implantado, da tendência temporal do número de pacientes cadastrados como diabéticos, antes e depois da Campanha;
- avaliação do grau de aceitabilidade da Campanha, a partir da acessibilidade a ela e posteriormente à rede do SUS para confirmação do diagnóstico, início do acompanhamento e tratamento; dispensação de medicação; acesso às referências para controle de complicações; e ações educativas, orientação nutricional e atividades físicas;
- avaliação da percepção dos gestores municipais e profissionais de saúde da rede do SUS acerca do impacto da Campanha Nacional em municípios selecionados, priorizando os aspectos relativos a sua efetividade na indução de mudanças, quanto à estrutura e aos processos de trabalho.

A primeira das etapas de estudo, que implica na análise de dados secundários da Campanha e de outras bases de dados nacionais já foi finalizada e os resultados detalhados serão publicados em breve.

A segunda etapa de estudo implica a aplicação de instrumentos para avaliação da percepção dos gestores municipais e profissionais de saúde da rede do SUS quanto ao atendimento do paciente diabético na rede. Tal instrumento foi elaborado especificamente com esta finalidade e será aplicado em uma amostra de 14 municípios do país, representando a diversidade de municípios nacionais quanto às seguintes características: tamanho, região metropolitana, tipo de gestão, região geográfica.

A terceira e última etapa do estudo pretende avaliar a capacidade dos serviços de saúde nacionais de confirmar os casos suspeitos, cadastrar os pacientes diabéticos confirmados e vinculá-los à rede básica de saúde, oferecendo assistências aos mesmos. Ainda, nesta etapa será avaliada a qualidade deste serviço quanto à ótica do paciente diabético. Para tanto, foi selecionada uma amostra representativa nacional de 5000 pacientes que participaram da Campanha e que apresentaram resultado positivo na triagem. Será feita busca ativa destes pacientes e será aplicado um instrumento de avaliação padronizado. Tal processo de busca ativa será iniciado em Setembro.

## **6. CONCLUSÕES**

A implementação das diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus representa um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde.

Mesmo considerando os avanços importantes na organização da atenção básica, especialmente quanto à ampliação do financiamento e à expansão dos serviços neste nível de atenção, constatamos importantes pontos de estrangulamento quanto à capacidade desta rede de agir ativamente, baseada em critérios de risco, promovendo a busca ativa e a vinculação dos usuários às equipes assistenciais.

Esse novo papel para a rede básica também se coloca em relação a várias ações de saúde, tais como na assistência pré-natal – captação precoce de mulheres no primeiro trimestre; na eliminação da hanseníase e no controle da tuberculose; na

ampliação das vacinações obrigatórias à população rural e à periferia dos grandes centros urbanos etc.

Entretanto, entre esses desafios, um dos maiores é, certamente, a mudança na forma de abordar as doenças não transmissíveis, especialmente a hipertensão e o diabetes. Para essas doenças, pelas suas características patológicas e seus determinantes, não bastam a detecção e a identificação dos portadores. Mais do que isso, é preciso preparar as unidades e suas equipes para dar seguimento, acolher, transferir informações, tratar de maneira conveniente, referenciar e avaliar os impactos sobre as condições clínicas dos usuários ou mesmo sobre o conjunto da comunidade.

Esse é, sem dúvida, o grande desafio do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com os seus vários componentes.

Esse é o principal produto, em médio e longo prazos, da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos: realizar uma campanha pensando nos aspectos estruturais que se colocam para a atenção básica no País, ser porta de entrada resolutive, acolhedora e reorganizadora do processo mais complexo que é a atenção individual e coletiva dos usuários do SUS.