



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

REJANE LIMA TRENTINI

**INDICADOR DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: IMPACTO NO
PERCENTUAL DE DIABÉTICOS COM SOLICITAÇÃO DE
HEMOGLOBINA GLICADA NA USF COOPAVILA II**

CAMPO GRANDE - MS

2022

REJANE LIMA TRENTINI

**INDICADOR DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: IMPACTO NO
PERCENTUAL DE DIABÉTICOS COM SOLICITAÇÃO DE
HEMOGLOBINA GLICADA NA USF COOPHAVILA II**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Prof^a. Ma. Michele Batiston Borsoi

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2022



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**INDICADOR DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: IMPACTO NO
PERCENTUAL DE DIABÉTICOS COM SOLICITAÇÃO DE
HEMOGLOBINA GLICADA NA USF COOPHAVILA II**

por

REJANE LIMA TRENTINI

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 01 de fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. O(a) candidato (a) foi arguido (a) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Michele Batiston Borsoi
Mestre em Saúde da Família

Ana Patrícia Ricci
Mestre em enfermagem

Silvio Roberto da Silva Menezes
Mestre em Saúde da Família

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, a minha família que sempre estiveram comigo e me apoiaram em todas as minhas decisões e ao meu pai Marcos Trentini e a minha mãe Niete da Costa Lima (in memoriam), que independente de qualquer coisa sempre estão em meus pensamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus porque até aqui ele me guiou e me sustentou, onde mesmo em meio aos desafios, lutas diárias sempre tive muita persistência, pois, ele sempre esteve ao meu lado.

Agradeço a minha família (filha e filhos) e principalmente ao meu companheiro Guilherme R. da Costa, que sempre me apoiou, incentivou e nunca me desestimulou, pelo contrário se não fosse ele não teria coragem de avançar, pois, ele sempre me faz enxergar o quão eu sou capaz de evoluir.

Agradeço a toda coordenação da residência multiprofissional por sempre me atenderem tão prontamente Vanessa Mueller, Gabriela Crespi (a qual tenho um carinho imenso) e Rodrigo Balejo, contudo, em especial a nossa primeira Coordenadora Ana Luiza Pinto (nunca mais esquecerei quais são os atributos da APS kkk) e a Supervisora Paula de Souza Carneiro que vieram, assim como outros do Rio de Janeiro, para iniciar essa transformação na atenção Primária de Campo Grande – MS e que para minha pessoa foi um experiência excepcional, tendo em vista que, além das transformações nos processos de trabalhos, obtive uma mudança pessoal e profissional inexplicável, pois meu amor pelo SUS multiplicou e me fez acreditar que sim as mudanças são possíveis, GRATIDÃO é a palavra por todo o ensinamento, cobrança necessária e por compartilharem essa experiência conosco, pois como uma colega comentou “do ferro que fomos moldados, nenhuma turma será”.

Aos ACS da eSF Dourada: Kelly, Márcia, Janeth, Gleici, Gleiciela, Eliel e Madalena. Por sermos realmente uma equipe nesses 24 meses e confiarem em mim, vocês são maravilhosos e essenciais, cada um com suas particularidades. Obrigada por todo café que traziam para mim na reunião de equipe kkk, sentirei muitas saudades.

As minhas odontólogas preferidas Nayara Minami (equipe espelho) e Jhenyffer Andrade (minha colega de equipe), só tenho a agradecer por estarem sempre ao meu lado e me orientarem na construção do meu projeto, saibam que eu tenho um carinho e gratidão imenso por vocês.

E por fim aos preceptores da residência multiprofissional e médica da USF Coophavila, por sempre estarem disponíveis para me auxiliarem em minhas dúvidas e questionamentos, a gerente da unidade Alessandra Callado, por ser um ser humano incrível e principalmente a minha preceptora Jéssica Isabel e a médica Anana Chaves, que sempre estiveram ao meu lado com muita paciência e carinho, que me ouviram, direcionaram, ensinaram e com toda simpatia e paciência me tornaram a profissional que sou hoje, não tenho palavras para expressar o quão são importantes para minha pessoa.

RESUMO

TRENTINI, Rejane Lima. **Indicador de pagamento por desempenho: impacto no percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada na USF Coophavila II. 2022.** Número total de folhas do trabalho 50. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), completou 25 anos desde sua implantação no Brasil, considerada como primeiro nível e principal modelo de Atenção Primária a Saúde (APS), tendo como linha de seguimento os princípios do SUS e atributos essenciais e derivados, definidos por Barbara Starfield. Trata – se de um estudo quantitativo, analisado por meio de relatórios gerados em Banco de Dados Secundários, extraídos dos Sistemas de Informações utilizados pela Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, com análise descritiva. Objetivando comparar a quantidade do exame de hemoglobina glicada solicitada pelos profissionais da equipe dourada, da USF Coophavila II, para as pessoas diabéticas acompanhadas com cadastro válidos e vinculados a mesma. Podendo assim, contribuir com a qualidade da assistência, fomentar ações que fortaleçam estratégias para garantia da coordenação, longitudinalidade e integralidade do cuidado dos usuários diabéticos, além de, cooperar com estudos relacionados ao tema. Contudo mediante os dados apresentados percebe – se que uma pequena parcela das pessoas que tiveram atendimento pelo menos em um dos quadrimestres, não tiveram o exame de hemoglobina glicada solicitado, do mesmo jeito que, 99 pessoas que passaram por consulta e possuíam na descrição a emissão da solicitação do exame, apresentaram erro por parte do profissional no momento do registro, consequentemente perdendo esse importante dado do indicador. Visando melhorar o resultado deste indicador sugere - se a gestão implantar de forma potente estratégias para qualificar o registro dos profissionais de saúde, tendo em vista que, o Ministério da Saúde disponibiliza materiais áudio visual e manuais de apoio para aprimorar a qualificação destes.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus. Previner Brasil.

ABSTRACT

TRENTINI, Rejane Lima. **Pay-for-performance indicator: impact on the percentage of diabetics requesting glycated hemoglobin at USF Coophavila II. 2022.** Número total de folhas do trabalho 50. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

The Family Health Strategy (ESF), completed 25 years since its implementation in Brazil, considered as the first level and main model of Primary Health Care (PHC), having as a follow-up line the principles of SUS and essential and derived attributes, defined by Barbara Starfield. This is a quantitative study, analyzed through reports generated in a Secondary Database, extracted from the Information Systems used by the Municipal Health Department of Campo Grande - MS, with descriptive analysis. Aiming to compare the amount of the glycated hemoglobin test requested by the professionals of the golden team, from USF Coophavila II, for diabetic people accompanied with valid registration and linked to it. Thus, it can contribute to the quality of care, promote actions that strengthen strategies to guarantee coordination, longitudinality and comprehensiveness of care for diabetic users, in addition to cooperating with studies related to the topic. However, based on the data presented, it can be seen that a small portion of the people who were attended at least in one of the four months, did not have the glycated hemoglobin test requested, in the same way as 99 people who went through a consultation and had in the description the issue of the exam request, presented an error on the part of the professional at the time of registration, consequently losing this important data of the indicator. In order to improve the result of this indicator, it is suggested that management implement strategies to potentially qualify the registration of health professionals, given that the Ministry of Health provides audio-visual materials and support manuals to improve their qualification.

Keywords: Primary Health Care. Diabetes Mellitus. Prevents Brazil.

**LISTAS (DE ILUSTRAÇÕES, DE TABELAS, DE ABREVIATURAS, SIGLAS,
SÍMBOLOS E ACRÔNIMOS)**

Figura 1 - Linha do Tempo.....	19
Figura 2 - Periodicidade para recálculo por quadrimestre.....	23
Gráfico 1- Diagnóstico médico autorreferido de diabetes.....	26
Tabela 1 - Parâmetros usados pela SBD, para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM.....	30
Quadro 1 - Pagamento por desempenho: indicadores para 2020, com peso e parâmetro.	25
Quadro 2 - Indicadores de investigação para DM em adultos assintomáticos	27
Quadro 3 - Prevalência de diabetes na equipe Dourada por gênero e faixa etária.	36
Quadro 4 - Relação de dados estratificados do Sistema Gerencia APS.	37
Quadro 5 - Série histórica da equipe dourada: solicitação de HbA1 por categoria profissional Relação de dados estratificados do Sistema Gerencia APS.....	389

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificado
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPP	Diabetes Prevention Program
DPS	Finnish Diabetes Prevention Study
CSAP	Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária
eAP	Equipes de Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipes de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HbA1C	Hemoglobina Glicada
INOVAAPS	Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde
LC	Linhas de Cuidados
PAB	Piso de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PEP	Pesquisa, Extensão e Pós-graduação em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

VIGITEL

Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para
Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE SIGLAS

ADA	American Diabetes Association
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRAB	Coordenadoria de Redes da Atenção Básica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DESF	Departamento de Saúde da Família
DAPS	Departamento de Promoção da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SAPS	Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SESAU	Secretária Municipal de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	17
2.2 PROGRAMA PREVINE BRASIL	20
2.2.1 Capitação Ponderada	22
2.2.2 Incentivo Para Ações Estratégicas.....	23
2.2.3 Pagamento Por Desempenho	24
2.3 DIABETES MELLITUS	25
2.3.1 Rastreamento	26
2.3.2 Classificação do Diabetes	28
2.3.2.1 Diabetes mellitus tipo 1	28
2.3.2.2 Diabetes mellitus tipo 2	28
2.3.2.3 Diabetes gestacional	29
2.3.3 Diagnóstico.....	29
2.3.4 Tratamento.....	31
3 METODOLOGIA.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	45
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	47

ANEXO B - FOLHA DE APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL	49
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), completou 25 anos desde sua implantação no Brasil, considerada como primeiro nível e principal modelo de Atenção Primária a Saúde (APS), tendo como linha de seguimento os princípios do SUS e atributos essenciais e derivados, definidos por Barbara Starfield. Através da ESF o usuário tem sua primeira experiência dentro da rede, uma vez que bem estruturada e consolidada resolve cerca de 80% dos problemas da população, integrando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Em 2019, existiam mais de 43 mil Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas em todo o território nacional, proporcionando aos municípios e a população contemplada a organização do sistema de saúde, acesso garantindo, além de ter seu cuidado coordenado, longitudinalmente (MELO et al. 2019).

No decorrer dos anos inúmeros parâmetros foram elaborados para avaliar a qualidade na assistência da APS. No Brasil, em 2008 por intermédio da Portaria GM/MS 221, foi estabelecido a Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), composta por uma relação de doenças e agravos considerados sensíveis a APS, ou seja, que pode ser resolvido na estratégia de saúde da família, com base nisso, o MS resolveu utilizar a referida lista como critério avaliativo de desempenho e eficiência da atenção primária, uma vez que, um território adscrito que dispõe da vigilância e cobertura das equipes de saúde da família podem apresentar uma redução significativa nas taxas de ICSAP (MAIA et al. 2019). Logo, pode – se citar dentre a relação das CSAP o Diabetes Mellitus (DM), compreendido como um dos mais comuns e maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, no âmbito de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que acomete sobretudo idosos e usuários do sistema público no país (MORESCHI et al. 2018).

Segundo a Federação Internacional de Diabetes (FID), houve um crescimento global em 16% na ocorrência da doença, um quantitativo estimado de 74 milhões a mais, representando um total de 537 milhões de pessoas adultas em 2021. Já no Brasil, estimou – se um aumento de 7% da população, cerca de 16,8 milhões de adultos com a doença, além de, ocasionar o óbito de 6,7 milhões de pessoas no mundo, acometendo só no Brasil 214 mil mortes, entre a faixa etária de 20 a 79 anos e responsável pela morte de 2,8%, das pessoas com menos de 60 anos (BARRETO; MAZZEI, 2021). Por conseguinte em 2035, esse quantitativo poderá alcançar 592 milhões, destas 50% irão desconhecer seu diagnóstico (FLOR; CAMPOS, 2017).

O DM representa no ranking global de estimativa de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) o 9º lugar dentre as 10 principais causas globais de morte e 8º posição entre os anos de vida ajustados por deficiência (Disability Adjusted Life Years DALYs), no ano de 2019. Em 2013, no Brasil, apontou 11,9 milhões de casos, apresentando uma prevalência de 9,4% pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), chegando a ocupar a 4º colocação entre os demais países em relação a quantidade de indivíduos com diabetes (FLOR; CAMPOS, 2017). Segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), colhidas em 2019, 6% da população de Campo Grande - MS referem ser diabéticas (VIGITEL, 2019).

Posto isso, conforme protocolo de Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), um dos exames preconizados para diagnosticar o diabetes e realizar o acompanhamento do controle metabólico dos pacientes já diagnosticados é a Hemoglobina Glicada (HbA1C), que demonstra através de seu resultado a variação média de glicemia dos últimos três a quatro meses (BRASIL, 2013). Sendo assim, o profissional de saúde que acompanha esse paciente tem como parâmetro a solicitação trimestral ou semestral, deste exame possibilitando coordenar longitudinalmente o cuidado de saúde do usuário.

Em consequência ao aumento das pessoas com diagnóstico de DM e devido às complicações que essa condição crônica pode acarretar quando descompensada no organismo do usuário, a ESF tem como propósito aos profissionais que ali atuam, realizar o acompanhamento, monitoramento e a vigilância em saúde dessas pessoas. Através de equipes multiprofissionais capacitadas, de referência nas unidades, coordenando e organizando o cuidado do usuário dentro da rede, visando a prevenção de complicações futuras por manter regularmente índices glicêmicos alterados, consequentemente uma HbA1C elevada, tendo como referência norteadora a aplicação de suas condutas pelos protocolos de “Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus”, do MS (BRASIL, 2013). Por esse motivo, o profissional que atuar em ESF, precisa estar qualificado e capacitado com intuito a garantir que os princípios do SUS e atributos da APS, sejam assegurados aos usuários que se encaixam nesta condição crônica (BRASIL, 2012). Desta forma, objetivando melhorar o processo de acompanhamento e monitoramento do usuário dentro da rede, ampliar o acesso, a oferta de serviços em ações fundamentais nas unidades, assim como, capacitar e qualificar os profissionais que estabelecem o vínculo com os usuários (BRASIL, 2021).

À vista disso, na perspectiva em consolidar esse nível de atenção, em 2019, o Ministério da Saúde juntamente com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), remodelaram

o financiamento de custeio da APS, pondo fim, após 22 anos ao Piso de Atenção Básica (PAB – Fixo e Variável), onde os repasses ocorriam instantaneamente e periodicamente aos municípios do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Passando a estabelecer a Portaria GM/MS nº 2.979, que instituí como novo modelo de pagamento o Programa Previne Brasil, alicerçado e organizado por três componentes: I – Capitação ponderada; II – Pagamento por desempenho; e III – Incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2021).

Logo, em janeiro de 2020, foi publicado a Nota Técnica Nº 5/2020-DES/SAPS/MS, que qualificou um conjunto de “Indicadores de Pagamento por Desempenho”, relacionando – os, assim como, especificando aos gestores e profissionais da APS os critérios de aferição e avaliação, dos mesmos. Foram apreciados 21 indicadores em saúde, destes sete foram selecionados e qualificados para iniciar o programa, com fundamentação clínica e epidemiológica, dentre esses, elencados no documento, o sétimo indicador “Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada”, tem o objetivo de qualificar, potencializar e fortalecer a coordenação e longitudinalidade do cuidado dos usuários diabéticos, assim como, avaliar a qualidade e o desempenho das equipes e unidades da atenção primária, tencionando a vigilância em saúde e a monitoração da periodicidade de solicitação do exame de HbA1C, apontado como critério os últimos 12 meses, para as pessoas cadastradas e vinculadas em sua unidade e equipe de adscrição, mediante ao diagnóstico de diabetes, indicado pela Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) ou pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP), registrado em prontuário eletrônico pelos profissionais das equipes de saúde da família (BRASIL, 2020).

Desse modo, tencionando qualificação efetiva das equipes de APS, a Secretária Municipal de Saúde (SESAU), de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), iniciou em março de 2020 a 1º Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família, implementando em nove unidades do município, Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde (INOVAAPS). Sendo assim, a partir da transição do modelo de assistência centrado na doença, para Unidade de Saúde da Família (USF) e após a adesão ao Programa Previne Brasil, os processos de trabalhos foram readequados conforme as realidades epidemiológicas e sanitárias dos territórios, com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Os usuários então diagnosticados com DM, passaram a ter seu cuidado assegurado, através da coordenação, prevenção, promoção e vigilância em saúde pelas EqSF, desenvolvendo através de ações planejadas monitoramento, educação permanente e um manejo responsável e adequado dos mesmos, dentro da rede, objetivando assim, a responsabilização

das equipes, das USF na coordenação do cuidado, e do próprio usuário no entendimento de seu autocuidado, logo prevenindo a incidência de danos e agravos futuros, assim como, refletindo uma diminuição na taxa de mortalidade das pessoas com diabetes no município (BRASIL, 2013).

Tendo, a APS como prioridade o fortalecimento das ações de monitoramento e vigilância desses usuários, assegurando – lhes uma assistência integral, assim como, promovendo medidas de promoção, proteção, reabilitação e prevenção de saúde e agravos dos mesmos, visto que, o diabetes é considerado causa evitável na APS quando acompanhado periodicamente, mas que infelizmente, ainda apresenta ser uma das principais causas de agravos e óbitos no mundo (MALTA et al. 2019).

Deste modo, esse projeto tem como objetivo estimar a proporção de solicitações emitidas do exame de hemoglobina glicada, com relação a quantidade de pacientes diabéticos, vinculados na equipe dourada, com cadastrados válidos na Unidade de Saúde da Família Dr. Alfredo Neder – Coophavila II, entre o período de novembro 2020/2021, pelos profissionais responsáveis, considerando a recente transição do modelo de atenção para USF, adesão ao Programa Previne Brasil, com foco no sétimo indicador: “percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada” e assim, poder contribuir com a qualidade da assistência, fomentar ações que fortaleçam estratégias para garantia da coordenação, longitudinalidade e integralidade do cuidado dos usuários diabéticos, além de, cooperar com estudos relacionados ao tema.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A trajetória de implementação e consolidação da Atenção Primária a Saúde, ocorreu de modo gradativo. No Brasil a APS, inclui os princípios da Reforma Sanitária, dando ênfase a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Em 1920, o Relatório Dawson, foi empregado como forma de organização dos sistemas de saúde. Em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, realizado pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 134 países membros propuseram um pacto assinado e uma meta para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 através da atenção primária (definido como Declaração de Alma-Ata). Essa Política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” (MALHÃO; MUNCK, 2008). Já em 1986, por intermédio da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), culminou no projeto da Reforma Sanitária brasileira, um movimento social que representou diretamente o setor da saúde, assim como, ampliou o conceito do processo saúde-doença, relacionando-o aos determinantes sociais, resultados de indicadores de saúde, organização das instituições que atuam no setor da produção de medicamentos e equipamentos, e da formação dos trabalhadores de saúde, entrelaçado com o ponto de vista da reforma social para a construção de um Estado Democrático (PEREIRA; LIMA, 2008).

À vista disso, em 1988, a saúde passa a ser “um direito de todos e dever do estado”, estabelecido pela Constituição Federal configurado pelo artigo 196, essa conquista se deu mediante muitas lutas sociais pela redemocratização do país, onde a assistência à saúde vinha sendo restrita a apenas uma parcela da população, ou seja, aqueles que obtinham vínculo empregatício formal e pudessem contribuir para a previdência social. Por conseguinte, o restante das pessoas consideradas informais, eram simplesmente ignoradas e excluídas ao buscarem por assistência à saúde, sendo acolhidas muitas das vezes somente em situações de vulnerabilidades extremas por serviços filantrópicos. Desse modo, o acesso passou a ser universal caracterizado como direito inerente ao cidadão, mediante a concepção do Sistema Nacional de Saúde, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), regido por princípios e diretrizes, instituído pela Lei Orgânica 8.080/90, sendo provido de recursos fiscais, e assim, independente do usuário estar ou não inserido no mercado de trabalho teria seu direito a atenção integral à saúde assegurado (BRASIL, 1990; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Posto isso, na região nordeste do Brasil, Guedes et al. (2011), menciona que anteposto ao Programa Saúde da Família (PSF), em 1991 tivemos o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual originou os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que logo, o Ministério da Saúde, os integrariam as EqSF por apresentarem resultados significativos em relação a diminuição da mortalidade infantil, crescimento do aleitamento materno exclusivo, da cobertura vacinal em crianças e gestantes e redução de doenças infectocontagiosas, ao realizarem um trabalho de porta em porta. O processo de seleção se dava mediante a escolha coletiva de pessoas do local onde residiam, tendo como única exigência, ser alfabetizado, ocasionando assim, uma reorganização considerável no processo de trabalho em saúde.

Então, em 1994 o MS concebe o Programa Saúde da Família, que brevemente passaria para Estratégia de Saúde da Família, trazendo como proposta a organização e o fortalecimento da APS, através da mudança do modelo assistencial, tornando – se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do SUS (BRASIL, 2010). Em harmonia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade, o PSF tenciona ser compreendido como a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema, prestando assim, atenção integral à saúde aos mesmos, por intermédio de equipes multidisciplinares, exercendo ações e serviços de saúde articulados e interdisciplinares, dentro de um território adscrito e delimitado, tendo como foco principal o cuidado centrado na pessoa, do mesmo modo que, na família, logo, afastando o modelo assistencial médico - hegemônico, considerando assim, seus determinantes e condicionantes de saúde (BVS, 2015).

Visando a consolidação do PSF, em 1996, o Ministério da Saúde, pública a Norma Operacional Básica (NOB/SUS/96), que altera o formato da gestão municipal tornando – os responsáveis pela atenção à saúde de sua população. Normativa essa que foi o marco decisivo para implementação das equipes do PSF, uma vez que, o modelo de financiamento tornou – se próprio com a implantação do piso de atenção básica (fixo e variável), época apontada como de grande progresso na evolução de descentralização do SUS, possibilitando assim sua ampliação em todo território nacional (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

Já em 2006, simultaneamente com a transição da nomenclatura de PSF para ESF, uma vez que, “programa” compreende em prazo estipulado e “estratégia” pode ser considerada como permanente e sucessiva, foi afirmado entre as três esferas do governo SUS o Pacto pela Saúde, sendo este, dividido em três elementos principais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Propositando a estabilidade do SUS, ao potencializar ações de promoção a saúde, com objetivo de evidenciar e robustecer a Atenção Básica em Saúde (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Ainda em 2006, Gomes et al. (2020), menciona que o governo federal aprovou e divulgou a primeira PNAB, elaborada com base nos componentes do Pacto em Saúde, o documento definia as diretrizes organizacionais da APS, a qual, guiaria os gestores e profissionais de saúde no processo de trabalho, serviços e ações de saúde, na composição das equipes, indicando as atribuições por categoria profissional, assim como, salientando regras do modelo de financiamento vigente, entre outras coisas, tornou – se referência principal na gestão da APS, ainda mais que incluiu e transmitiu em todo território nacional os atributos essenciais (acesso de primeiro contato; longitudinalidade do cuidado; integralidade; coordenação do cuidado) e derivados (orientação comunitária; orientação familiar e competência cultural), estabelecidos por Starfield, (2002), em seu contexto.

Gomes et al. (2020), ainda cita que, conforme a elaboração e definição de novas políticas públicas no decorrer dos anos, associado a solicitação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a PNAB, precisou por duas vezes ser revista no intuito de realizar adaptações pertinentes, intencionando atender as atividades em saúde da ocasião, sendo em 2011, instituindo como parâmetro a situação socioeconômica das cidades, a fim de, estipular valores distintos no cálculo do PAB fixo, além de, vigorar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que tem o propósito de avaliar a qualidade das unidades e o desempenho das equipes de ESF. Já em 2017, tornou menos rígido as exigências de seleção dos profissionais de saúde, facilitando, deste modo, a composição de equipes de ESF (MASSUDA, 2020).

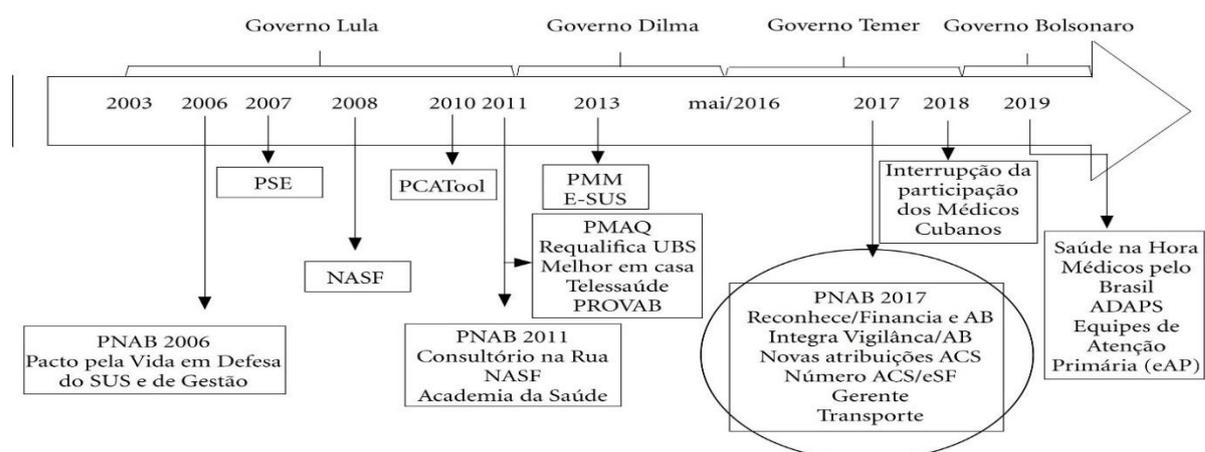


Figura 1 - Linha do Tempo
Fonte: Gomes; Gutiérrez; Soranz (2020)

Contudo em 2019, vinte e cinco anos após a implantação da saúde da família no país, o MS decide remodelar a estrutura organizacional da APS, concebendo a Secretaria Nacional

de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o Departamento de Saúde da Família (DESF) e o Departamento de Promoção da Saúde (DAPS). Assim como, divulgou a portaria SAPS/MS 47/2019, art. 2º, V, que pôs fim as Equipes de Atenção Básica, dando origem as Equipes de Atenção Primária (eAP), onde no mínimo deveriam ser formada por médicos e enfermeiros, preferivelmente com especialização em saúde da família, mas principal mudança realizada foi a alteração no financiamento de custeio da APS, ao extinguir o PAB, passando a considerar como novo modelo de pagamento da atenção primária o Programa Previne Brasil, fundamentado em estudos internacionais que melhor resultados apresentaram em seu sistema de saúde, como Reino Unido e Canadá. Definido como modelo misto, estabelece metas baseado em três elementos: Capitação ponderada, que diz respeito a quantidade de pessoas cadastradas e vinculadas nas equipes de saúde da família; Pagamento por desempenho, relacionado a categorias de indicadores que a atenção primária é responsável com relevância epidemiológica significativa; e Incentivo para ações estratégicas, fomenta na gestão dos municípios a implantação de atividades estratégicas e essenciais no âmbito socioeconômico, territorial e epidemiológico (BRASIL, 2021b; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Sendo assim, o novo modelo de custeio estipula seus repasses mediante associação dos resultados atingidos pelos municípios, com base, nos três componentes principais a cada quadrimestre, com o intuito de ampliar a porta de entrada da APS, fortalecer a ligação entre a população e eSF, além de responsabilizar de fato os gestores municipais e os profissionais pela assistência integral de sua população adscrita, tendo em vista, atender as necessidades reais do território (BRASIL, 2021b).

2.2 PROGRAMA PREVINE BRASIL

Os municípios brasileiros gradativamente no decorrer dos anos passaram a assumir a responsabilidade da assistência à saúde de seus habitantes, conseqüentemente, a coordenação da gestão de processos administrativos relacionados ao financiamento que lhes eram destinados, em razão a descentralização do SUS, tencionando a reorganização da AB, desta forma causando uma grande mudança na perspectiva organizacional, administrativo, político e financeiro no sistema de saúde local. Atualmente, mais de 5.500 municípios admitiram a responsabilização pela atenção primária à saúde de sua população, e em coparticipação com as

secretarias estaduais de saúde e demais cidades de sua região, assumiram a responsabilidade da atenção secundária e terciária (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Segundo Massuda, (2020) o crescimento da APS em território nacional, se deu categoricamente mediante a dessocialização dos fundos federalistas para os municípios, associado a implantação da ESF, com isso, o MS passou a se responsabilizar estrategicamente na elaboração de políticas de saúde e a destinar os valores estipulados aos municípios e estados para instauração de planejamentos na saúde, a serem preferencialmente aplicados nas ações e serviços da atenção primária. Contudo, em 1998, foi estabelecido o Piso de Atenção Básica, um modelo de financiamento formulado com a expectativa de fortalecer a ampliação da APS no país, sendo integrado por um elemento fixo, onde o valor repassado era definido pela quantidade de pessoas do município, multiplicado pela renda per capita, e o variável, que estimulava o desenvolvimento de programas importantes, variando os valores conforme o resultado dos esforços dos gestores e suas equipes. Por duas décadas, o repasse se dava pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais de Saúde (fundo a fundo), assiduamente de modo instantâneo.

Assim sendo, em 2019, mediante modificação na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, o MS define uma nova política de financiamento para a APS, instituído por meio da Portaria nº, 2.979, denominado Programa Previne Brasil, o qual recebeu apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e sendo censurado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (MASSUDA, 2020). Com programação inicial para 2020, em virtude do atual cenário pandêmico precisou realizar alterações em seu cronograma de atividades, surgindo, com o propósito de incentivar o acesso nos serviços, ampliar a cobertura da ESF tornando - a eficiente, além de, agregar mais qualificação no atendimento, na perspectiva do produto final dos indicadores de saúde, assim como, garantir assistência às necessidades imediatas das pessoas. O Ministério da Saúde ainda menciona, que o novo financiamento foi elaborado em consonância com os atributos essenciais (primeiro contato, integralidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado) e derivados da atenção primária (orientação familiar e comunitária e a competência cultural), endente – se que a formulação do planejamento das ações devem ser norteadas com foco no indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2021b).

O projeto ainda tem por motivação, a consolidação estrutural de um modelo de pagamento centrado na ampliação da porta de entrada da atenção primária através dos serviços ofertados, além de, fortalecer o vínculo entre os usuários e equipes, a partir de, ferramentas que provocam o comprometimento de seus administradores e dos profissionais da estratégia. Logo,

os resultados das ações planejadas e implementadas serão os instrumentos para avaliação do acesso, dos processos de trabalho e da qualidade dos serviços oferecidos, tencionando assim, prestar contas à população de uma forma clara em relação a aplicação dos investimentos no âmbito de APS. Assim sendo, o novo modelo é classificado como misto, tendo que, incentivar os municípios e estados a atingir os resultados indicados, logo, o Programa Previne Brasil é organizado por três eixos distintos: Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; e Incentivo para ações estratégicas” (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021b).

2.2.1 Capitação Ponderada

Brasil, (2021), menciona que a expansão da cobertura da estratégia de saúde da família, ocorreu em sua maioria nas cidades com um quantitativo populacional reduzido, contudo, relatórios analisados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), demonstrou que a cobertura prevista não condizia com a cobertura atual das eSF, além de, apontar dificuldade no acesso e fragilidade no vínculo pessoa – equipe, especialmente aquelas expostas a potenciais de riscos. Sendo assim, o referido eixo tem seu cálculo alicerçado na quantidade de usuários cadastrados (atentando ao potencial de cadastro por município), vinculados nas equipes (eSF e eAP, legitimadas pelo MS) de referência, vulnerabilidade socioeconômica, representação de faixa etária (população de até 5 anos e os idosos com 65 anos ou mais) e especificação do município (rural, rural intermediário ou urbana).

Informações essas que, para serem validadas devem ser registradas corretamente, por meio do CNS ou CPF em Prontuário Eletrônico (PEC), Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou softwares seja exclusivo ora contratados para o município, desde que, integrado ao Sisab, com periodicidade quadrimestral para o recálculo, instituído pela Portaria nº 4/SAPS/MS, de 28 de janeiro de 2021. Logo, atendendo aos critérios elencados, em 2020 o Ministério da Saúde publicou no relatório de avanços e balanço das ações da APS, um avanço significativo de 80 milhões para 127 milhões de usuários elegíveis no banco de dados Sisab, compreendendo a necessidade da correção do registro sempre que necessário, uma vez que, o mesmo apresenta alta relevância para fins do repasse financeiro (BRASIL, 2021a).



Figura 2- Periodicidade para recálculo nacional de cadastros por quadrimestre.
Fonte: Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde, 2021.

2.2.2 Incentivo Para Ações Estratégicas

Esse componente visa estimular os gestores a implementar e potencializar em seus territórios municipais programas e ações estratégicos no intuito de ampliar o acesso e a cobertura da APS. Segundo Melo et al. (2019), ao que tudo indica este elemento não sofreu alteração em seu método de avaliação e modo de computar seus valores, pois, prosseguirá cumprindo os critérios próprios de suas portarias individuais, considerando responder as características locais, epidemiológicas, assim como, dos elementos sociais e econômicos.

Logo em 2019, após vários debates no decorrer do ano, articularam - se uma relação de incentivos que incitasse adesões municipais, destes, três foram apontados como prioridades, indicados a iniciar em 2020, objetivando atingir os propósitos internos e essenciais da atenção primária como ampliação do acesso, capacitação dos profissionais, aperfeiçoamento do atendimento e qualificação de registros, intencionando uma projeção assertiva nos resultados dos indicadores de pagamento por desempenho, sendo eles: Programa Saúde na hora (propõe-se a carga horária de laboração da unidade acessível para toda população); Programa de Apoio à Informatização da APS (tenciona informatizar a atenção primária); e Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional (incentiva os municípios a implantação desse processo de qualificação profissional na APS) (BRASIL, 2021a, 2021b).

2.2.3 Pagamento Por Desempenho

Esse componente procura contribuir na interpretação das necessidades emergentes, bem como, na planificação de estratégias para o aprimoramento dos processos da APS; providenciar o compartilhamento atingido do produto final, apontando sua eficácia ou carência de melhoramento das ações estratégicas; conduzir os gestores de todas as esferas na aplicabilidade das regras do pagamento por desempenho; e, propiciar na atenção primária uma administração clara e democrática, potencializando a participação popular, mediante a divulgação dos objetivos a serem conquistados e dos alcançados. Cabendo então ao Estado, como uma de suas funções fundamentais, a realização do monitoramento e avaliação do cumprimento da PNAB, assim como, das atividades desempenhadas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2012; BRASIL, 2021).

Para seleção foram considerados categorias de indicadores que já são acompanhados pelos gestores municipais (grupo de processos, resultados intermediários das equipes, em saúde e globais da APS), fundamentado na sintomatologia e perfil epidemiológico de doenças predominantes no Brasil, com parâmetros de alcance progressivo, acompanhamento quadrimestral para estudo dos resultados, vigilância própria pelas eSF e eAP, repasses calculados com peso de acordo a atribuição de esforços para o cumprimento do indicador, além da singularidade de vencimentos mediante características dos municípios. Os instrumentos compreendem políticas como saúde da mulher, criança, doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, saúde bucal, mental, imunização, além de analisar a qualidade do atendimento (SAPS, 2020).

Posto isso, em dezembro de 2019, foi divulgada a Portaria Nº 3.222, que delibera a relação dos indicadores para o ano de 2020 e a definição de quais áreas seriam estudadas intencionando a projeção dos futuros instrumentos a serem trabalhados em 2021. Logo, em janeiro do referido período de execução, após, decisão da CIT, o MS publicou a Nota Técnica Nº 5/2020-DES/SAPS/MS, que estabeleceu sete indicadores de pagamento por desempenho, assim com, a ficha de qualificação correspondente de cada indicador com orientações sobre a realização do cálculo, as metas a serem cumpridas, o peso, parâmetro, classificação, entre outras informações, relevantes para auxiliar no processo de execução do Programa Previne Brasil, conforme exposto resumidamente no quadro abaixo (BRASIL, 2021).

Quadro 1 - Pagamento por desempenho: indicadores para 2020, com peso e parâmetro.

Ações Estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta	Peso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	$\geq 80\%$	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	$\geq 95\%$	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	$\geq 90\%$	60%	2
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	$\geq 80\%$	40%	1
Saúde da criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	$\geq 95\%$	95%	2
Doenças crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	$\geq 90\%$	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	$\geq 90\%$	50%	1

Fonte: Nota Técnica N° 5/2020-DESF/SAPS/MS

2.3 DIABETES MELLITUS

Considerada epidemia mundial e um dos mais importantes causadores de complicações e agravos no sistema de saúde em diversos países, a diabetes mellitus é uma condição crônica apontada como sensível na APS, além de ser um importante indicador global de saúde, dentre as DCNT. Caracterizada por um transtorno metabólico de diferentes causas etiológicas que tem como característica distinta a hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, devido a defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

E mesmo a PNS apresentando um percentual de 49,6% de pessoas diabéticas que auto referiram ter tido pelo menos um atendimento nos últimos 12 meses em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em 2019, também apontou um aumento expressivo em casos diagnosticados de diabetes nos últimos 5 anos, onde 7,7% da população brasileira acima de 18 anos, confirmaram ter sido diagnosticado por DM, correspondendo um total de 12,3 milhões de pessoas, destas 8,4% representando mulheres e 6,9% homens, sendo que, em 2013, foram 6,2% (CAMPOS, 2020; PNS, 2020).

À vista disso, a Coordenadoria das Rede de Atenção Básica (CRAB) de Campo Grande - MS, refere um quantitativo de 28.608 mil pessoas com a patologia no município, além de, ter sido citado no Planejamento Anual de Saúde, de 2021, como sendo a causa de 146 mortes no ano de 2020, o equivalente a 2,2% dos óbitos da cidade (CRAB, 2021; SESAU, 2021). Destes, segundo relatório do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) – e-SUS, extraído em junho de 2021, para apresentação de dados realizado no 2º seminário de gestão accountability, 920 correspondem a USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II, estando atualmente em acompanhamento 777 pessoas dentro da condição (OTICS, 2021).

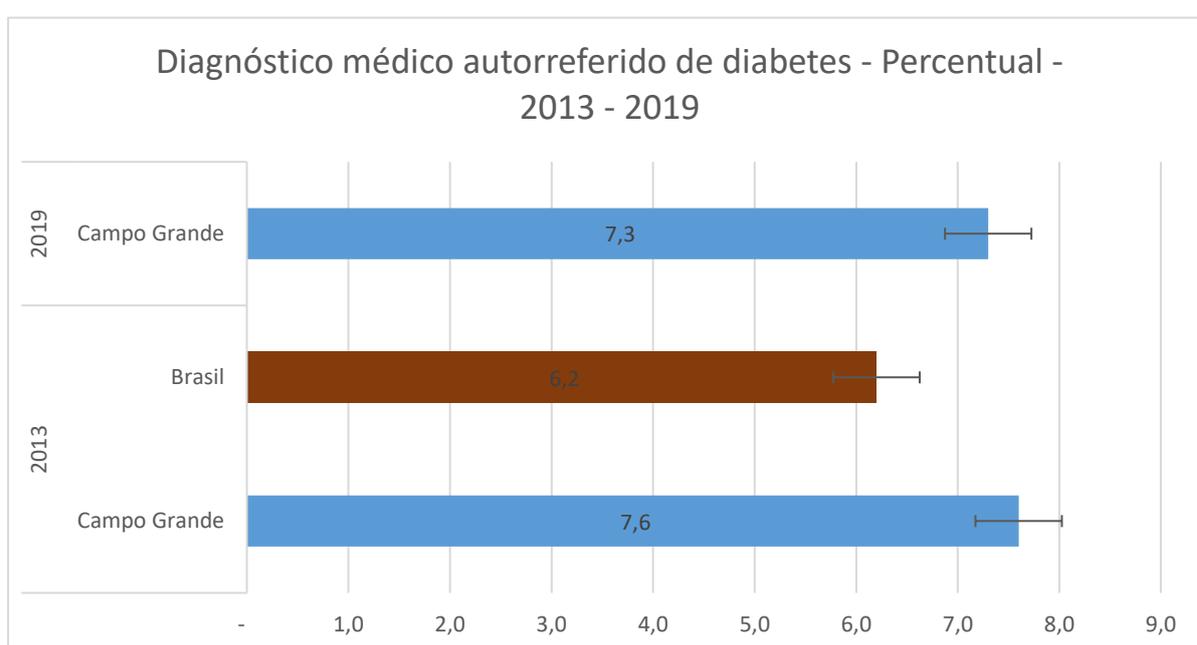


Gráfico 2- Diagnóstico médico autorreferido de diabetes - Percentual - (2013 - 2019)
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2021)

A APS realiza suas ações em nível primário, através de equipes multidisciplinares nas unidades, mediante o planejamento e implementação das ações de promoção da saúde, medidas preventivas, recuperação e reabilitação das doenças e agravos mais prevalentes, como o DM, por meio de protocolos (ministeriais, estaduais e municipais), tendo como referência Linhas de Cuidados (LC) elaboradas para auxiliar nas tomadas de decisão mediante as especificidades desta condição (GAMA et al. 2017).

2.3.1 Rastreamento

Brasil, (2010), refere um aumento em torno de 7% dos adultos brasileiros com diabetes, além de, ser um dos principais motivos a causar cegueira, doença renal e amputação, que por sua vez, exibe um crescimento significativo nos dados de mortalidade, especialmente por intercorrências cardiovasculares. Considerada como uma doença silenciosa é capaz de perdurar assintomático por um prolongado período de tempo, sua constatação clínica muitas das vezes é realizada pelos fatores de riscos associados e não por seus sintomas, deste modo, aumentando a possibilidade do usuário a desenvolver diabetes ou estar em uma condição de risco aumentado para o DM (BRASIL, 2013)

No quadro 1, está relacionado o público-alvo que se encaixa para o rastreamento do DM preconizado pela Associação Americana de Diabetes.

Quadro 2- Indicadores de investigação para DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC >25 kg/m ²) associado a um dos seguintes fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> • História de pai ou mãe com diabetes; • Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); • História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; • Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL); • HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; • Obesidade severa, <i>acanthosis nigricans</i>; • Síndrome de ovários policísticos; • História de doença cardiovascular; • Sedentarismo;
OU Idade ≥ 45 anos;
OU Risco cardiovascular moderado.

Fonte: Brasil, (2013). American Diabetes Association, (2013). Adaptado pela SBD (2019).

Brasil, (2013), ressalta que são propósito do rastreamento: realizar anamnese do indivíduo (conhecendo sua história pregressa); fazer o exame físico, além de, aferir pressão arterial, verificar dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e calcular IMC; indicar os fatores de risco associado para DM; examinar estado de saúde, assim como, pedir exames laboratoriais essenciais que sejam capazes de colaborar no diagnóstico e na definição do tratamento ou nas medidas preventivas.

Não há indicações para a periodicidade da consulta de rastreamento, alguns estudos indicam que cidadãos que apresentam resultados negativos, podem ser testados de 3 a 5 anos, já os que apresentarem diminuição de tolerância à glicose, glicemia de jejum alterada ou diabetes gestacional prévio, podem realizar o rastreamento anualmente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013). Posto isso, os indivíduos que apresentam os fatores de

risco, devem realizar consulta de rastreamento, preferencialmente pelo enfermeiro da APS, onde sequencialmente encaminhará os casos que julgará suspeitos ao médico para confirmação do diagnóstico, à vista disso, foi observado a importância da capacitação dos profissionais que compõe as equipes de saúde da família, para identificarem não somente os sintomas, mas também os fatores de riscos associados (BRASIL, 2013).

2.3.2 Classificação do Diabetes

Considerada como um transtorno metabólico, definida por hiperglicemia persistente, devido, um déficit na produção de insulina ou em seu efeito ou em ambos dispositivos, a classificação da DM está baseada em síntese, nas suas condições etiológicas, sendo classificada em: DM tipo 1, tipo 2, DM gestacional (sendo essas consideradas as mais comuns), assim como, outros tipos de DM não tão comuns classificadas como “outras formas de DM” (SBD, 2019).

2.3.2.1 *Diabetes mellitus tipo 1*

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), conceitua esse tipo de diabetes como autoimune, poligênica, consequência da destruição das células β pancreáticas, provocando assim um déficit total na produção de insulina. No Brasil, supõe-se que mais de 88 mil pessoas possuam o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e que no mundo, o país esteja em terceiro lugar em prevalência desta condição, no entanto, mesmo com o aumento de casos, esse quantitativo equivale somente entre 5 a 10% da totalidade do DM, acometendo em maior quantidade crianças, adolescentes e, um pequeno número de adultos jovens, equitativamente homens e mulheres.

Além de subdividir-se em DM tipo 1A, sendo descrita como a condição mais comum, sua comprovação se dá mediante resultado positivo de um ou mais autoanticorpos. E DM tipo 1B, que diferente do tipo 1A os autoanticorpos não são identificados na circulação, com isso, o diagnóstico passa por dificuldade podendo ser confundido com outras formas de DM, levando a pessoa acometida iniciar precocemente a insulinização plena (SBD, 2019).

2.3.2.2 *Diabetes mellitus tipo 2*

Representando cerca de 90 a 95% do total dos eventos de DM, o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é de causa difícil e multifatorial, assim como, está relacionado diretamente à elementos genéticos e ambientais. De origem traíçoeiro e sinais moderados, acomete pessoas adultas (≥ 40 anos de idade) com histórico persistente de obesidade e casos na família de DM2 (herança genética), a expressão “tipo 2” caracteriza o déficit correspondente de insulina na sua excreção, ou seja, ocorre uma condição de relutância na atividade da insulina, relacionado a dificuldade em sua secreção, diferente do analisado no diabetes mellitus tipo 1 (SBD, 2019). De acordo com Brasil, (2013), portadores deste tipo de diabetes podem na sua maioria não apresentar sintomas ou dar sinais moderados da doença (4 “Ps” - poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso), assim como, nessa situação a insulina é usada somente para manter os níveis glicêmico compensados, logo a necessidade de iniciar a insulino terapia pode levar anos.

2.3.2.3 *Diabetes gestacional*

Variando em uma prevalência de 1 a 14% o diabetes mellitus gestacional (DMG), pode ser definida como uma intolerância a carboidratos de magnitude instável, não havendo correlação com os parâmetros de indicação para DM, uma vez que, principia no período gestacional presente. Sendo identificada geralmente entre o segundo ou terceiro trimestre de gestação, podendo ser de caráter momentâneo ou não, ademais, é considerado um fator de risco significativo na evolução do DM posteriormente (SBD, 2019).

2.3.3 Diagnóstico

Segundo BRASIL, (2013), os exames como glicemia de jejum, glicemia casual, teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TOTG) e o de hemoglobina glicada (HbA1c), são os recomendados, tanto pela Sociedade Brasileira de Diabetes, quanto pela Associação Americana de Diabetes (*American Diabetes Association, ADA*), como critério para análise do DM, uma vez que, a investigação fundamenta-se na constatação dos níveis glicêmicos acima dos parâmetros de referência associado aos sinais e sintomas.

Bem como, poliúria, polidipsia, polifagia e a perda de peso sem causa aparente (clássicos “4 Ps”), são considerados os principais sintomas para investigar o diabetes. Manifestações que podem ser perceptíveis no tipo 2, mas também, mais evidente no tipo 1 principalmente em situações de estresse intenso, sendo capaz de ocasionar nessa condição

desidratação, cetose e acidose metabólica. Já em casos moderados, o DM2 pode apresentar visão turva, prurido e fadiga, assim como, não apresentar sintomas ou ocasionalmente levantar a hipótese devido à presença de algum problema já estabelecido como proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, doença arteriosclerótica ou por infecções recorrentes (BRASIL, 2013).

Sendo assim, a SBD, (2019), distingue o exame de glicemia casual como o de diagnóstico instantâneo feito em critério de urgência, realizado com glicosímetro e tiras reagentes, diferente do glicemia em jejum que descartando a necessidade de resultado imediato, se faz a medida no plasma laboratorialmente. Já o TOTG, analisa a glicemia tanto em jejum, quanto 2 h depois de receber uma carga de 75 g de glicose, procedimento que pode sinalizar a ausência prima da segregação de insulina. Posto isso, Malta et al. (2019), explica que o exame de HbA1c é capaz de retratar níveis glicêmicos dos últimos 3 a 4 meses, através de um fragmento de hemoglobina formada mediante a manifestação de hiperglicemia, deste modo, correlaciona que quanto mais alta é a quantidade de glicose na corrente sanguínea, maior será o percentual de HbA1c. Logo, julga o procedimento eficaz e proficiente, tendo em vista, não haver necessidade do jejum ou exposição a sobrecarga de glicose.

Tabela 1 - Parâmetros usados pela SBD, para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM.

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 h após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose casual (mg/dL)	HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	-	< 5,7	O valor de 110 mg/dL é utilizado pela OMS como critério de normalidade da glicose em jejum.
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126	≥ 140 e < 200*	-	≥ 5,7 e < 6,5	Quaisquer dos parâmetros positivando confirma-se o pré-diabetes.

OMS: Organização Mundial da Saúde; HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes mellitus.

* Categoria também conhecida como intolerância oral a glicose.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, (2019).

Tabela 1 - Parâmetros usados pela SBD, para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM.

					Confirma-se o diagnóstico de DM positivando quaisquer um dos parâmetros.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas evidentes de hiperglicemia	$\geq 6,5$	Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, se faz necessário a repetição de testes.

OMS: Organização Mundial da Saúde; HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes mellitus.

* Categoria também conhecida como intolerância oral a glicose.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, (2019).

2.3.4 Tratamento

O planejamento da periodicidade do acompanhamento, monitoramento e vigilância das pessoas com DM, deve ser realizado preferencialmente na APS, pensada conforme as prioridades individuais de cada indivíduo, assim como, fundamentada no cuidado integral e longitudinal, contemplando os princípios do SUS e atributos essenciais e derivados da APS, com intuito de oferecer suporte na mudança de estilo de vida, moderação dos níveis metabólicos, além de, precaver problemas crônicos. Sendo assim, o tratamento é planejado com base não farmacológica, como manter uma dieta balanceada, atividade física regular, uso moderado de bebida alcoólica e abster – se do tabagismo, independentemente ou não se incorporado ao uso de medicações (antidiabéticos orais), objetivando o equilíbrio dos níveis glicêmicos, por conseguinte, prevenir ademais condições de riscos para problemas cardiovasculares (SBD, 2019).

A SBD, (2019), ainda aponta dois relevantes estudos ocidentais, *Diabetes Prevention Program* (DPP) e o *Finnish Diabetes Prevention Study* (DPS), onde confirma – se a capacidade de se evitar o DM2, através da mudança nos hábitos de vida. Sendo que, o DPP apresentou uma diminuição da ocorrência em 58% ao período de 3 anos, 34% no decurso de 10 anos, e 27% depois de 15 anos, ao passo que, no DPS demonstrou um decréscimo de 43%, no decorrer de 7 anos. Além de, mencionar pesquisas observacionais que apresentaram a incidência de

riscos mínimos na evolução de diabetes tipo 2, com uma nutrição a base de nozes, iogurte, frutas vermelhas, café ou chá, ao mesmo tempo que, carnes vermelhas e bebidas açucaradas, como refrigerantes estão relacionados a evolução de um risco maior (BRASIL, 2013).

Já no manejo farmacológico, Brasil, (2013), refere que, a condução e acompanhamento da introdução dos antidiabéticos orais e da insulinização no diabetes tipo 2, deve – se principiar preferencialmente na APS, salvo em situações de difícil compensação metabólica, sendo assim, o profissional pode contar com o suporte da atenção especializada ou apoio matricial, quando necessário. Ao passo que, no diabetes tipo 1, mesmo que já ocorra o auxílio da especialidade na assistência do usuário, a APS tem a responsabilidade de conhecer, assegurar e coordenar longitudinalmente o cuidado da pessoa nessa condição, assegurando – lhe o acesso na ESF, assim como, a integralidade do usuário.

3 METODOLOGIA

Trata – se de um estudo quantitativo, analisado por meio de relatórios gerados em Banco de Dados Secundários, extraídos dos Sistemas de Informações utilizados pela Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, com análise descritiva. Objetivando comparar a quantidade do exame de hemoglobina glicada solicitada pelos profissionais da equipe dourada, da USF Coophavila II, para as pessoas diabéticas acompanhadas com cadastro válidos e vinculados a mesma. A pesquisa teve como referência o novo modelo de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil, especificamente o sétimo indicador de pagamento por desempenho “percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada”. O referencial teórico foi estruturado com base em cadernos e manuais do Ministério da Saúde relacionados ao tema, além de, seleção de artigos publicados e indexados na base de dados Google Scholar, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: diabetes mellitus, atenção primária à saúde e programa previne Brasil.

Foi definido uma amostra de 112 pessoas, onde foram considerados para inclusão as variáveis: cartão nacional de saúde (CNS), gêneros (homem e mulher), idade maior ou igual a 18 anos, cadastrados e vínculos válidos na equipe Dourada, diabetes (sim/não) e hemoglobina glicada solicitada (sim/não). O período estabelecido para a pesquisa foi novembro de 2020/2021, o que equivale aos dois últimos meses do 3ºQ de 2020, 1ºQ, 2ºQ e os três últimos do 3º quadrimestre de 2021, tendo como base o manual instrutivo do programa, mediante prazo estipulado para avaliação o cálculo a cada 4 meses. Os critérios de exclusão foram: diabetes gestacional, idade menor que 18 anos, vinculado com outra eSF. A pesquisa foi realizada com as pessoas do território adscrito de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família – Dourada, na Unidade de Saúde da Família Dr. Alfredo Neder - Coophavila II, integrada ao Distrito Sanitário Lagoa, do município de Campo Grande – MS.

Os dados foram gerados por quadrimestre, através do sistema de informação próprio da SESAU denominado, Gerencia APS, sendo, as informações tabuladas e analisadas em planilha de excel, tendo como parâmetro de estratificação, consulta em prontuário eletrônico no e-SUS utilizado atualmente pelo município e apresentados em uma avaliação quantitativa.

O estudo foi submetido previamente por avaliação nos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP), da área técnica de Divisão de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação em Saúde – PEP, na Secretária Municipal de Saúde, de Campo Grande – MS, assim como, pela Plataforma Brasil, solicitando dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),

uma vez que, não houve a necessidade do contato direto com o usuário por se tratar da análise de dados secundários, tendo sido registrado com o Número do Parecer: 5.012.936, sendo aprovado por ambos os CEP, visto que, a pesquisa corresponde as diretrizes e critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a privacidade, a confidencialidade dos usuários pesquisados, além de, preservar integralmente o anonimato do participante, assim oferecendo riscos e danos mínimos aos mesmos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Giovanella (2008), interpreta a APS com duas concepções predominantes: cuidados ambulatoriais na porta de entrada e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada, em complementação Figueiredo, (2015), cita que a base dessa reformulação acontece em conformidade aos preceitos do SUS, redefinindo as práticas de saúde, os processos de trabalho, aumentando assim a capacidade de resolver os problemas dos usuários conforme a sua necessidade, através da vigilância em saúde, do acolhimento e escuta qualificada da eSF na porta de entrada, garantindo desta forma o acesso imediato ao indivíduo. Giovanella et al., (2019), ainda reforça que esse nível de atenção para obter o sucesso dependerá de um modelo de financiamento apropriado e sustentável, de profissionais nas equipes multidisciplinares agindo em formato organizado, qualificado e capacitado desenvolvendo um trabalho digno e reconhecido, prestando assim para todas as pessoas assistência integrada, de promoção, com medidas preventivas, cura, reabilitação, cuidados paliativos, além de, encarar a fragmentação do sistema de referência para outros níveis.

A eSF Dourada da USF Dr. Alfredo Neder é composta por duas enfermeiras residentes e dois médicos residentes de saúde da família, em processo de formação na especialização, foi estimado pelo grupo um quantitativo de 268 pessoas com diabetes no território, destas 128 estão cadastrados e vinculados a equipe. Para este estudo foram selecionadas 112 pessoas apontadas no relatório do 1º Quadrimestre (Q) de 2021 da referida equipe, gerado pelo sistema de informação próprio da SESAU Gerencia APS, sendo identificado a maior parte do gênero feminino 58%, destas 55% estavam cadastradas e vinculadas a equipe e 52% com diagnóstico de diabetes, enquanto 42% eram homens, estando 45% com cadastros e vínculos válidos na equipe e 48% com diabetes confirmado, reafirmando assim, os estudos da Pesquisa Nacional de Saúde (2020) e do VIGITEL, (2019), que apontam uma prevalência maior da doença em mulheres em Mato Grosso do Sul.

Das 112 pessoas, 99 estavam vinculados com a equipe no primeiro quadrimestre de 2021, ou seja, com o preenchimento do cadastro simplificado completo no sistema e-SUS e 87 pessoas tinham diagnóstico confirmado de diabetes pelo médico. Foram excluídas 13 pessoas ao total, sendo 8 atendidas pelos profissionais, porém com vínculo em outras equipes, 2 pessoas com diabetes gestacional, 2 óbitos ocorridos no final do ano de 2020 e uma pessoa com idade menor que 18 anos. A faixa etária que mais predominou na amostra foi entre 40 a 64 anos, equivalente a 50% das pessoas, sendo 19 anos a idade mínima identificada e 91 anos a máxima.

A tabela abaixo demonstra o quantitativo e a prevalência de diabetes da equipe Dourada por gênero e faixa etária, apontados no 1º Q de 2021, os dados apresentados foram estratificados do relatório de gestão, Gerencia APS.

Quadro 3 - Prevalência de diabetes na equipe Dourada por gênero e faixa etária.

Variáveis	Total da amostra		Vinculadas a equipe dourada		Pessoas com diabetes	
	n	% coluna	n	% linha	N	% linha
Gênero						
Homem	47	42	42	45	42	48
Mulher	65	58	52	55	45	52
Total	112	100	94	100	87	76,5
Faixa Etária						
18 – 39	10	8	9	9	7	8
40 – 64	54	50	48	50	44	51
≥ 65	46	42	40	41	35	41

Fonte: Sistema de Informação Gerencia APS

Massuda (2020), afirma o quanto é comum a aplicação de indicadores para mensurar a qualificação e produção em sistemas de saúde no mundo, tendo como foco uma APS resolutiva, mediante o fortalecimento das ações e serviços de promoção e prevenção de doenças e agravos. Posto isso, o autor ainda cita que atualmente a Inglaterra encontra – se no rol de maior evidência global, após a implementação desse mecanismo como critério de avaliação do pagamento das atividades desenvolvidas a nível primário de atenção, o que causou no Sistema Nacional de Saúde, uma reorganização abrangente. Logo Brasil, (2021), assegura que este elemento robustece a APS, assim como, potencializa a aplicabilidade de seus atributos, influenciando o aperfeiçoamento das metodologias empregadas na execução das atividades laborais, com vista a, aprimoração dos proventos de saúde, dando condições favoráveis na perspectiva do intervalo e análise de processo.

Com base no atributo da longitudinalidade e coordenação do cuidado, a pesquisa foi estruturada no sétimo indicador de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, “percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada”. Após estratificados os dados do relatório específico da eSF Dourada, referente ao sétimo indicador do programa, na competência 1º quadrimestre, foi realizado uma análise nos prontuários das pessoas relacionadas, para confirmação do cumprimento estabelecido pelo manual técnico instrutivo de financiamento elaborado pelo MS para auxiliar as equipes, sendo identificado que, das 112 indivíduos que constavam na relação, 99 eram vinculados a equipe, destas 89 tinham

diagnóstico médico confirmado, assim como, foram emitidas e validadas 42 solicitações do exame de hemoglobina glicada, contudo 34 solicitações emitidas pelos profissionais de referência não foram consideradas válidas pelo sistema, devido haver erro no momento do registro, uma vez que, o profissional somente descreveu no campo subjetivo a emissão da solicitação e não registrou o pedido na aba “exames / solicitações do atendimento / adicionar exames comum / hemoglobina glicosilada“ no prontuário eletrônico do sistema e-SUS, fazendo com que o sistema não reconhecesse a solicitação. Além de, constar na relação do relatório 13 atendimentos de pessoas vinculadas a outras equipes. No segundo quadrimestre o sistema apontou um total de 99 pessoas atendidas pelos profissionais da equipe com base no referido indicador, destas, 91 constavam vinculação na equipe Dourada, 87 sendo diabéticas, 33 indivíduos com solicitação válida de hemoglobina glicada, 36 pessoas com registro incorreto da solicitação do exame e vinculadas a outras equipes 8 atendimentos, além de, ser identificado que dentre as 99 pessoas relacionadas no relatório do 2ºQ, 87 constam na relação do 1º Q.

A avaliação de dados do 3Q foi baseada na relação de pessoas do 1Q, tendo em vista que, o período estipulado de final da pesquisa (novembro de 2021) não abrange a finalização do quadrimestre avaliado, assim sendo, foram identificados 61 pessoas vinculadas na equipe Dourada no referido período, destas constando 58 diabéticos, 4 emissões de solicitações do exame de hemoglobina glicada válidas, 29 registros incorretos de solicitações do exame no prontuário e 5 atendimentos para outras equipes, assim como, identificado que 54 pessoas tiveram acompanhamento na equipe no 1Q e 2Q. Contudo mediante os dados apresentados, percebe – se que uma pequena parcela das pessoas que tiveram atendimento pela equipe ao menos em um dos quadrimestres não tiveram o exame de hemoglobina glicada solicitado, do mesmo jeito que, 99 pessoas que passaram por consulta apresentaram erro por parte do profissional no momento de registrar no prontuário a solicitação da HbA1, registrando a conduta somente no campo subjetivo ou no plano, conseqüentemente perdendo esse importante dado do indicador.

O quadro abaixo apresenta resumidamente os dados indicados.

Quadro 4 - Relação de dados estratificados do Sistema Gerencia APS.

EQUIPE DOURADA		
Relatório Gerado do Sistema - Gerência APS*		
Indicador 7º: percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada		
2021 - 1º Quadrimestre:		
Total de pessoas = 112	Solicitação de hemoglobina glicada: SIM = 46	NÃO = 66
Dados do relatório analisados e estratificados em prontuário eletrônico		

Quadro 5 - Relação de dados estratificados do Sistema Gerencia APS.

Total de Pessoas:				
Vinculadas a equipe dourada	Diabéticas	C/ solicitação de HbA1	Registro incorreto no prontuário: solicitação de HbA1	Atendidas com vínculo em outras equipes
99	89	42	34	13
2021 – 2º Quadrimestre:				
Total de pessoas = 99 Solicitação de hemoglobina glicada: SIM = 37 NÃO = 62				
Dados do relatório estratificados mediante análise em prontuário eletrônico e comparado com a relação de pessoas do 1º quadrimestre,				
Total de Pessoas:				
Vinculadas a equipe dourada	Diabéticas	C/ solicitação de HbA1	Registro incorreto no prontuário: solicitação de HbA1	Atendidas com vínculo em outras equipes
91	87	33	36	08
*Foi identificado que dentre as 99 pessoas relacionadas no relatório do 2ºQ, 87 constam na relação do 1º Q.				
2021 – 3º Quadrimestre:				
Análise baseada na relação de pessoas do relatório referente ao 1º quadrimestre				
Vinculadas a equipe dourada	Diabéticas	C/ solicitação de HbA1	Registro incorreto no prontuário: solicitação de HbA1	Atendidas com vínculo em outras equipes
61	58	04	29	05
*Foi identificado que 54 pessoas constam na relação do 1º e 2º quadrimestre.				

Fonte: Sistema de Informação Gerencia APS

Dalpiaz e Stedile, (2011), ainda cita as adversidades enfrentadas na mudança do modelo de atenção, tendo em vista as resistências em remodelar as ações em saúde, já que exige um contínuo aprimoramento de práticas por parte dos profissionais das equipes, visando longitudinalmente a garantia do acesso, a integralidade, a efetividade dos atendimentos, a responsabilização dos mesmos, mediante as necessidades das pessoas adscritas no território. Melo et al., (2019), também aponta que devido a importante transformação ocorrida no modelo de custeio da APS, se faz necessário o aperfeiçoamento constante de qualificação da performance das eSF e gestores, tendo em vista que, desde 1990 o Brasil trabalha na atenção primária a metodologia de sistema de informação e indicadores de saúde intuindo o fortalecimento da vigilância dentro dos territórios, além de, avaliar a efetividade dos processos de trabalhos implementados, através do cumprimento das metas estabelecidas.

Tão logo, o estudo demonstra através de uma série histórica estratificada do programa e-SUS, a quantidade da solicitação de hemoglobina glicada emitida por categoria profissional da eSF Dourada, considerando que somente solicitações feitas por médicos ou enfermeiros são

computadas para o 7º indicador de desempenho, conforme aponta o manual instrutivo do financiamento da APS. Assim sendo, o relatório do sistema utilizado pelo município aponta que no período selecionado para a pesquisa houveram 88 solicitações feitas por enfermeiros da equipe e 1 pelos médicos.

Quadro 5 - Série histórica da equipe dourada: solicitação de HbA1 por categoria profissional

Mês/Ano	*3º Quadrimestre		1º Quadrimestre				2º Quadrimestre				*3º Quadrimestre		
	11/2020	12/2020	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	09/2021	10/2021	11/2021
Categoria													
Enfermeiro	9	5	0	19	13	14	9	8	4	3	3	1	0
Médico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	9	5	0	19	13	14	9	8	4	3	3	1	1
*3º Q - 2020 relatório dos dois últimos meses / 3º Q - 2021 não finalizado													

Filtros personalizados:

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10: E11 - diabetes mellitus não-insulino-dependente | E14 - diabetes mellitus não especificado | E149 - diabetes mellitus não especificado - sem complicações | E109 - diabetes mellitus insulino-dependente - sem complicações | E13 - outros tipos especificados de diabetes mellitus | E119 - diabetes mellitus não-insulino-dependente - sem complicações | E139 - outros tipos especificados de diabetes mellitus - sem complicações | E10 - diabetes mellitus insulino-dependente

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2: T89 - diabetes insulino-dependente | T90 - diabetes não insulino-dependente

Faixa etária: 18 anos mais

Exames solicitados: Hemoglobina glicada

Fonte: Sistema de Informação e-SUS

Contudo, através da análise nos prontuários foi identificado que os profissionais da eSF Dourada solicita o exame aos usuários diabéticos, porém, a grande maioria não o registra de forma válida no prontuário eletrônico do usuário, o que acarreta em resultados inferiores aos esperados conforme protocolo do manual instrutivo do programa relacionado ao sétimo indicador consequentemente apresenta o não cumprimento da meta estabelecida, expondo para a gestão lacunas questionáveis na aplicação dos protocolos instituídos pelo município e na efetividade de seus processos de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, conforme identificado no estudo um quantitativo significativo de erros por parte dos profissionais da eSF Dourada no momento de registrar a emissão da solicitação do exame de hemoglobina glicada no prontuário eletrônico e pode ser a causa do impacto negativo nos resultados do sétimo indicador de pagamento por desempenho, apresentados no 2º Seminário de Gestão Accountability (2021), 11% no 3Q de 2020 e 15% no 1Q de 2021 do alcance da meta.

Visando melhorar o resultado deste indicador sugiro a gestão implementação de estratégias para qualificação do registro dos profissionais de saúde, tendo em vista que, o Ministério da Saúde disponibiliza materiais áudio visual e manuais técnicos de apoio para aprimorar a qualidade destes, como: Guias de Preenchimento para usuários PEC, do CDS, dos sistemas próprios e de Implementação do *Thrift*. Sendo, disponibilizados em formato PDF, os documentos apresentam passo a passo como devem ser preenchidos os campos referentes aos indicadores de pagamento por desempenho, inclusive o apontado pelo estudo (BRASIL, 2021).

Com base nos dados observados, seria relevante que os profissionais da equipe recebessem periodicamente capacitações específicas inerente a sua categoria, entender a importância do monitoramento deste indicador, aperfeiçoar o registro no prontuário eletrônico, assim como, monitorar e avaliar a qualidade e coerência dos dados informados, obtendo como parâmetro de qualificação a melhora dos resultados alcançados relacionado ao sétimo indicador, potencializando então a educação permanente dentro da Equipe Dourada, além de, assumir a responsabilização frente aos usuários diabéticos do território, garantindo – lhes acesso e um cuidado longitudinal de forma coordenada, integralmente.

Assim, nota – se que o novo modelo de custeio da APS fortalece os atributos, consolida os princípios do SUS, através da responsabilização das eSF mediante ao modelo de financiamento e aos usuários, trazendo a atenção primária para o século XXI, tornando concreto os princípios da integridade, universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes** – 2013. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 36, Suppl. 1, jan. 2013.

BARRETO, E.; MAZZEI, M. **Diabetes aumentou 16% na população mundial nos últimos dois anos**. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/diabetes-aumentou-16-na-populacao-mundial-nos-ultimos-dois-anos/>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Brasília 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

BRASIL. **Memórias da saúde da família no Brasil**. 1a. edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica, 2010.

BRASIL. **Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde balanço das ações 2020**. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2021.

BRASIL, 2010. **Rastreamento**. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica, 2010. v. 29

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília, Ministério da Saúde 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2020.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica, Nº36. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Diabetes Mellitus**. Brasília, Ministério da Saúde. 2013 Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. 2020.

BRASIL. **MANUAL INSTRUTIVO DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. 2021b.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil?** Segunda Opinião Formativa - SOF, 28 jul. 2015. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>>. Acesso em: 21 dez. 2021

CAMPOS, A. C. **IBGE: pelo menos uma doença crônica afetou 52% dos adultos em 2019**. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-pelo-menos-uma-doenca-cronica-afetou-52-dos-adultos-em-2019>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

CRAB. Coordenadoria das Rede de Atenção Básica. **Informações técnicas - Exame do Pé diabético**. In: CAPACITAÇÃO PÉ DIABÉTICO. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS, jun. 2021. Disponível em: <<https://onedrive.live.com/?cid=96F4597DFAB4298C&id=96F4597DFAB4298C%213146&parId=96F4597DFAB4298C%21753&o=OneUp>>. Acesso em: 27 dez. 2021

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexão sobre algumas de suas premissas**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSE_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**, p. 12, 2015.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 16–29, mar. 2017.

GAMA, C. A. P. DA; GUIMARÃES, D. A.; ROCHA, G. N. G. **Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes**. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n1/13.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2020.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?** Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. suppl 1, p. s21–s23, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 3, p. e00012219, 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, p. 1327–1338, 6 abr. 2020.

GUEDES, J. DA S.; SANTOS, R. M. B. DOS; DI LORENZO, R. A. V. **A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002)**. Saúde e Sociedade, v. 20, p. 875–883, dez. 2011.

MAIA, L. G. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico**. Revista de Saúde Pública, v. 53, p. 02, 20 dez. 2019.

MALHÃO, A.; MUNCK, S. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da educação profissional em saúde**, n. 2.ed.rev.ampl, p. 478, 2008.

MALTA, D. C. et al. **Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, n. suppl 2, p. E190006. SUPL.2, 2019b.

MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020.

MELO, E. A. et al. **Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil.** Saúde em Debate, v. 43, n. spe5, p. 137–144, 2019.

MORESCHI, C. et al. **Estratégias Saúde da Família: perfil /qualidade de vida de pessoas com diabetes.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/Lsghz57d5zxrvgxyngBPCTz/?lang=en>

NACIONAL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017** - Imprensa Nacional. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/materia>>. Acesso em: 5 dez. 2021.

OTICS, Observatório de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas. **2º Seminário de Gestão Accountability 2021.** Observatório de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde da Cidade de Campo Grande/MS, 2021. Disponível em: <<https://otics.campograndems.labinovaapsfiocruz.com.br/arquivos/?dl=64ff382e75c6d115659a20e7602163aa>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed. rev. ampl ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1903–1914, jun. 2018.

PNS. Pesquisa Nacional de Saúde. **Pesquisa nacional de saúde: 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.** Rio de Janeiro-RJ: Printed in Brazil, 2020.

PNS, Pesquisa Nacional de Saúde. **Painel de Indicadores–PNS.** 2021. Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>>. Acesso em: 27 dez. 2021

SAPS, Secretária de Atenção à Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS: Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previnde Brasil (2020).** Brasília, jan. 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, Á. W. **Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 265–274, 2012.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2019-2020.** São Paulo: Clannad, 2019.

SESAU, Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** 2021. Disponível em: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2021/12/pms-2022-2025-1639061218.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2021

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002.

VIGITEL, Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **VIGITEL BRASIL 2019-VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS**

CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. Brasília, 2020. Disponível em: <<http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

**APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SESAU CAMPO GRANDE/MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
SESAU/FIOCRUZ

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Título do projeto: INDICADOR DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: IMPACTO NO PERCENTUAL DE DIABÉTICOS COM SOLICITAÇÃO DE HEMOGLOBINA GLICADA NA USF COOPHAVILA II

Pesquisador Responsável: Rejane Lima Trentini
Prof^ª. Ma. Michele Batiston Borsoi

Solicitamos perante este Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos a
DISPENSA DA UTILIZAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO.

O presente estudo trata-se de uma avaliação quantitativa da proporção do exame de hemoglobina glicada, solicitada aos pacientes diabéticos, com cadastros válidos e acompanhados pela Unidade de Saúde da Família Dr. Alfredo Neder – Coophavila II, vinculados na equipe dourada. A análise se dará exclusivamente, através de banco de dados da Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande – MS e relatórios emitidos pelo sistema de informações E-SUS, deste modo, não haverá necessidade do contato direto com os participantes da pesquisa, logo, expondo-os minimamente aos riscos e danos do estudo, neste sentido, a obtenção do TCLE dos participantes torna-se inviável. As informações coletadas serão tabuladas em planilha de excel para melhor organização da pesquisa e avaliação do resultado. A pesquisa terá como linha de seguimento o sétimo indicador de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil.

Á vista disso, beneficiará os participantes por meio da avaliação durante o processo da pesquisa, com análise do impacto na qualidade da coordenação do cuidado, assim como, a

organização entre os profissionais da equipe de referência, ao confirmar que foi solicitado o exame de HbA1C, minimizando dessa forma, intercorrências futuras, hospitalizações e óbitos dos pacientes diabéticos. Além de, colaborar com as pesquisas relacionadas com a mesma temática relacionando a modelo de pagamento e contribuindo com estudos futuros.

Nestes termos, nos comprometemos a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução 466/2012 - CNS/MS, referentes às informações obtidas com projeto e declaramos:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante bem como a sua não estigmatização.
- d) Assegurar a não utilização as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico financeiro;
- e) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo digital, sob a guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- h) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado; os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo assim, diante das justificativas expostas e devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os participantes, assinamos este termo para salvaguardar seus direitos.

Campo Grande – MS, 17 de setembro de 2021.



Pesquisador responsável



Pesquisador colaborador

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Ryane Lima Timentini, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 002.840.021-95, portador (a) do documento de identidade sob nº 1289624, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. R. Green Valley, N.º 33, Bairro: Coop. Casa Kamiko, desta Capital, telefone nº 9.842-1677 pesquisador(a) do Curso de Graduação em Nutrição da instituição Fundação Estadual de Ensino Superior com o título do projeto de pesquisa: Indicador de Pagamento por Desempenho: "Impacto no Percentual de Diabéticos com Solicitação de Hemoglobina Glicada na USF Coopavilla II", o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 05 de Setembro de 2021.

Ryane Lima Timentini
Pesquisador (a)

José Bastião de A. Pazzo
Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

**COMPETÊNCIAS:
PESQUISADOR:**

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, MS de Agosto de 2021.

José Patricio de Souza
Secretaria Municipal de Saúde/Campo Grande/MS

Ricardo Lima Tavares
Pesquisador

ANEXO B - FOLHA DE APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INDICADOR DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: IMPACTO NO PERCENTUAL DE DIABÉTICOS COM SOLICITAÇÃO DE HEMOGLOBINA GLICADA NA USF COOPHAVILA II

Pesquisador: REJANE LIMA TRENTINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51250321.1.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.012.938

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Sesau/Fiocruz, de Mato Grosso do Sul.

Trata-se de uma pesquisa da análise descritiva de dados dos sistemas de informações disponibilizados pela SESAU, Campo Grande - MS, onde as informações serão apresentadas em uma avaliação quantitativa. Os participantes incluídos serão usuários com idade de 18 anos ou mais, cadastrados e vinculados na Unidade de Saúde da Família Coophavila II, diagnosticados com diabetes mellitus.

A análise será realizada por meio de informações geradas pelo banco de dados da SESAU, relatórios e cadastros válidos gerados pelo sistema de informação E-SUS e planilha de monitoramento.

Objetivo da Pesquisa:

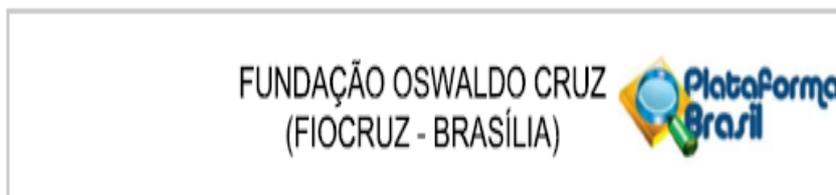
Objetivo Primário:

Comparar a proporção de solicitações emitidas do exame de hemoglobina glicada, em relação a quantidade de pacientes diabéticos, com cadastrados válidos na Unidade de Saúde da Família Dr. Alfredo Neder – Coophavila II, vinculados a equipe dourada, nos últimos 12 meses

(novembro de 2020 a novembro de 2021), após a implantação para Estratégia de Saúde da Família

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

ANEXO B - FOLHA DE APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL



Continuação do Parecer: 5.812.936

Ausência	Justificativa_TCLE_Versao2.pdf	19/09/2021 17:40:27	REJANE LIMA TRENTINI	Aceito
Outros	TermosdeParceria_e_de_Responsabilid ade_SESAU_Rejane.pdf	27/08/2021 20:26:04	REJANE LIMA TRENTINI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/08/2021 20:24:34	REJANE LIMA TRENTINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 01 de Outubro de 2021

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Folha de aprovação Plataforma Brasil
Fonte: <http://plataformabrasil.saude.gov.br> (2021)