Avaliação da efetividade dos cuidados de saúde nos pacientes com *Diabetes mellitus* em uma comunidade de Pelotas, RS: processo e resultado

Efectiveness evaluation of Diabetes Mellitus health care in a community of Pelotas City: process and results

LUCIENE DE CASSIA FARIAS PAIVA – Acadêmica da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.
JUVENAL SOARES DIAS DA COSTA – Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.
VANDA MARIA ROSA JARDIM – Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.
MARILÚ CORRÊA SOARES – Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.
ALINE DAMÉ D´ÁVILA – Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

✉ Endereço para correspondência:
Prof. Juvenal Soares Dias da Costa
Av. Duque de Caxias, 250 CEP 96030-002
Fragata – Pelotas – RS – Brasil
Fone 0xx(53) 271 24 42
💻 jcosta@epidemio-ufpel.org.br

SINOPSE

Com o objetivo de avaliar o impacto das ações de saúde conduziu-se um estudo epidemiológico, em adultos portadores de *Diabetes mellitus*, residentes na área de cobertura de uma unidade básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. Utilizou-se um questionário acerca das características da doença e do tratamento, além de aferidos peso, altura, pressão arterial e glicemia capilar. Foram entrevistadas 89 pessoas, estimando uma prevalência da doença de 5,5% (IC 95% de 4,4 – 6,6). Ao se utilizar os critérios da Associação Latino-Americana de Diabetes (ALAD) e do Ministério da Saúde para avaliar as características de resultado nos pacientes, observou-se que apenas 5 (5,6%) pacientes estavam compensados segundo a ALAD e 13 (14,6%) de acordo com o Ministério da Saúde. Os resultados confirmam a importância da doença, que, apesar apresentar baixa prevalência na comunidade estudada, não manifesta sintomatologia, fazendo com que muitos pacientes não procurem cuidados antes de surgirem suas complicações e, dessa forma, torna-se um problema de saúde pública.

UNITERMOS: *Diabetes Mellitus*, Cuidado Primário de Saúde, Avaliação de Processos e Resultados, Avaliação de Programas.

ABSTRACT

With the objective of evaluating the impact of the health system actions, it was carried out an epidemiologic study, with Diabetes mellitus adult bearers, residents in the area covered by the services of a basic unit of the health system, in the urban area of Pelotas, RS. It was used a structured questionnaire, addressing characteristics of the disease and its treatment. Weight, height, blood pressure, and capillary glucose level were also surveyed. Interviews were conducted with 89 people, estimating a prevalence of the disease of 5.5% (CI 95% 4.4 – 6.6). Using both criteria, from the Latin American Diabetes Association (ALAD) and from the Brazilian Ministry of Health, to evaluate the result characteristics in the patients, it was observed that only 5 (5.6%) patients were compensated complying with ALAD criteria and 13 (14.6%) abiding by the Ministry of Health criteria. Results confirm how important the disease is, despite its low prevalence in the studied community sample. As the disease does not manifest symptoms, many patients do not seek care before appearing its complications and, in that way, it becomes a major public health problem.

KEY WORDS: Diabetes Mellitus, *Primary Health Care, Outcome and Process Assessment, Program Evaluation.*

INTRODUÇÃO

Uma definição adequada de qualidade de cuidados em saúde para populações preconiza a habilidade para acessar assistência efetiva, com bases equânimes e eficientes para a otimização do benefício em saúde e do bem-estar para toda a população (1). O conceito de cuidados efetivos, por sua vez, envolve a capacidade diagnóstica, a aderência dos profissionais de saúde e dos pacientes (2).

Segundo Pereira (3), "avaliar a qualidade das ações e dos serviços de saúde é fundamental. O melhor conhecimento do desempenho nos serviços constitui um elemento da maior relevância na progressiva caracterização do que deve ser considerado em um sistema de saúde desejável e economicamente acessível ao país". Contudo, a prática de avaliar os serviços, programas e ações de saúde no Brasil ainda é incipiente (4).

Da mesma forma, o emprego do método epidemiológico na avaliação das ações em *Diabetes mellitus* é bastante recente e a revisão de literatura nos últimos vinte anos é escassa. Até o presente, poucos estudos de base populacional têm sido realizados no Brasil, entre eles o Estudo Multicêntrico sobre Prevalência de *Diabetes Mellitus* (5) e um estudo de avaliação do programa de diabetes nas unidades de atenção primária à saúde, em Pelotas, RS (6). Contudo, a aplicação dos conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias tem se desenvolvido notadamente (7).

A avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde têm se expandido e se diversificado conceitual e metodologicamente, por se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde e na implementação de políticas de saúde (8).

A idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que atribui valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade. Para estimar a qualidade dos serviços, Donabedian (9) recomenda a análise da estrutura, do processo e do resultado.

A estratégia do tratamento do *Diabetes mellitus* é a prevenção das complicações, que se baseia no controle de seus fatores de risco e na sua detecção precoce (10). Geralmente, sendo realizada em nível primário de atenção, evitando complicações que sobrecarregam o nível secundário e terciário da estrutura de saúde. E para isso, alguns requisitos básicos são indicados para o manejo adequado, entre eles uma equipe multidisciplinar capacitada.

O nível primário no sistema de saúde da cidade de Pelotas é constituído por 55 unidades. Entre elas, o Posto de Saúde da Vila Municipal situado na Vila Santos Dumont, pertencente ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

O Posto de Saúde da Vila Municipal é uma das mais antigas na cidade. A população da Vila Santos Dumont foi estimada em 2.652 pessoas, sendo que 61% da população era maior de 20 anos (11). A comunidade fica bem delimitada, o que facilita o reconhecimento da zona de abrangência do serviço.

Além do atendimento à livre demanda, entre as atividades de saúde desenvolvidas na unidade, são prioritários alguns programas, entre os quais o atendimento aos pacientes com *Diabetes mellitus.* A incorporação do método epidemiológico na avaliação de suas atividades é uma tradição do serviço, de forma que no presente artigo discute-se a avaliação dos cuidados em saúde dos pacientes com *Diabetes mellitus.* Dessa forma, o objetivo da investigação foi avaliar as condições de processo e resultado decorrentes das ações de saúde específicas para o grupo de pacientes com mais de 20 anos de idade, com diagnóstico de *Diabetes mellitus,* residentes na Vila Santos Dumont, em Pelotas, RS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico de caráter transversal que descreveu algumas características de processo e resultado entre os pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus,* residentes na Vila Santos Dumont, Pelotas, RS. O Projeto de Pesquisa foi submetido à aprovação pela equipe do Posto de Saúde e os participantes manifestaram consentimento livre e esclarecido.

Em 1997, foi realizado um diagnóstico de saúde populacional entre os habitantes da Vila Santos Dumont, no qual foram detectadas as morbidades presentes na comunidade, entre essas, o *Diabetes mellitus* (11). Desde 2001, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde na comunidade. A partir dessa atividade o número de pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus* foi ampliado. Todos os pacientes com diagnóstico reconhecido pela equipe do Posto de Saúde foram visitados pelas pesquisadoras (LCFP e ADD). Entre as visitas ocorreram duas perdas (por ausência no domicílio) e uma recusa, o que representa 3,3%.

A coleta de dados foi desenvolvida em julho de 2002. Foi realizada por duas entrevistadoras, acadêmicas da UFPel. As entrevistadoras foram treinadas na aplicação dos questionários e na aferição de medidas antropométricas, pressão arterial e glicemia capilar. Foi realizado estudo-piloto, em outra região da cidade, para teste dos instrumentos.

Uma vez localizados, esses pacientes foram entrevistados em seu domicílio, utilizando-se de um questionário com questões pré-codificadas acerca das características demográficas, socioeconômicas, da doença e do tratamento.

O questionário abordou questões relativas a possíveis recomendações da equipe de saúde aos participantes com respeito à dieta, prática de atividades físicas, diminuição de consumo de açúcar e gordura. Investigou-se, também, se os pacientes seguiam, no momento da entrevista, tais recomendações.

Por fim, procedeu-se ao exame físico, que consistia nas seguintes manobras:

- aferição do peso: os entrevistados foram pesados sem sapatos e com roupas leves em balança portátil, com capacidade de 120kg;
- aferição da altura: os entrevistados foram medidos sem sapatos, de costas para uma parede, onde foi afixada uma fita métrica a 50 cm do chão, com os pés paralelos e os tornozelos unidos;
- cálculo do índice de massa corpórea (IMC) através da fórmula: IMC = peso em quilos / (altura em metros)^2, segundo os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (12);
- aferição da pressão arterial (PA): a medida foi coletada com os entrevistados sentados, em repouso e através de esfigmomanômetro calibrado do tipo aneróide. Foi utilizada a média do valor aferido uma vez em cada braço, corrigida para a circunferência do braço;
- glicemia capilar (GC): foi medida após um intervalo igual ou superior a uma hora e trinta minutos da última refeição; foi aferida com glicosímetro da marca Advantage, que faz a determinação da glicose no sangue capilar fresco pela fotometria de reflectância, através de tiras reativas; esse aparelho é capaz de detectar glicemias capilares situadas entre 10 mg/dl e 600 mg/dl;
- os parâmetros de normalidade, definidos pela ALAD (13), que caracterizam compensação no manejo de pacientes que apresentam *Diabetes mellitus* foram: índice de massa corporal = 27 kg/m^2 em homens e IMC = 26 kg/m^2 em mulheres; pressão

arterial = 140 x 90mmHg; glicemia capilar = 180 mg/dl; o Ministério da Saúde (14) adota como parâmetros: índice de massa corporal = 27 kg/m^2 em homens e mulheres; pressão arterial = 160 x 95mmHg; glicemia capilar glicemia capilar = 180 mg/dl.

O controle de qualidade do questionário foi feito através de revisitas a quase todos os participantes pelo pesquisador.

Após a codificação dos questionários, foi realizada a dupla entrada de dados, para diminuir a possibilidade de erros. Foi realizada a análise bivariada utilizando-se dois desfechos: recomendações e adesão. Tentou-se explorar quais as características dos pacientes com *Diabetes mellitus,* as quais poderiam marcar os indivíduos que não receberam todas as recomendações e que não aderiram às orientações. A análise levou em consideração as razões de prevalência, respectivos intervalos de confiança a 95% e teste do Qui-quadrado (15). A análise estatística foi realizada através do SPSS (16).

RESULTADOS

Foram encontrados 89 pacientes moradores na Vila Santos Dumont, que tinham diagnóstico de *Diabetes mellitus* nos registros do Posto de Saúde da Vila Municipal. Assim, a prevalência da doença nessa comunidade, entre a população de 25 a 94 anos, foi estimada em 5,5% (IC $_{95\%}$ de 4,4 – 6,6).

Os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino (68,5%), de cor branca (60,7%), com mais de 50 anos de idade (71,9%), com companheiro (65,2%), com até quatro anos de escolaridade (68,5%), com renda familiar inferior a um salário mínimo (55,1%), com história familiar presente (43,8%), com história de hipertensão arterial sistêmica (52,8%), apresentando sobrepeso ou obesidade (73,9%), segundo o índice de massa corporal, e com glicemia capilar pós-prandial de até 180 mg/dL (61,8%). A grande maioria dos pacientes consultava no Posto de Saúde da Vila Municipal (72,4%) (Tabela 1). A média anual de consultas dos participantes foi de 5,0, com desvio-padrão de 6,1.

Em relação às recomendações da equipe do Posto de Saúde da Vila Municipal quanto às modificações de estilo de vida dos pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus,* verificou-se que 88,8% dos participantes foram orientados a diminuir o consumo de açúcar, 83,1% a diminuir o consumo de gordura, 77,5% a realizar dieta e 71,9% a praticar atividade física. Dentre os participantes, 50 (56,2%) receberam todo o conjunto de recomendações (Tabela 2). Durante a análise, tentou-se correlacionar os pacientes que receberam o conjunto de recomendações com as diferentes variáveis exploradas na investigação. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Analisou-se a adesão dos pacientes, seguidas no momento da entrevista as recomendações feitas pela equipe de saúde. Assim, entre os 79 pacientes orientados para diminuírem o consumo de açúcar, 84,8% referiram seguir a medida. Dos 74 pacientes aconselhados a diminuírem o consumo de gordura, 85,1% manifestaram a aderência. Foram encontrados 69 participantes que receberam orientação para realizarem dieta, desses 52,2% seguiram a mudança de hábito. E, entre os 64 indivíduos que tinham sido incentivados a praticarem atividades físicas, 43,7% fizeram. Entre as 50 pessoas que receberam todas as recomendações, apenas 11 (22,0%) referiram adesão (Tabela 3).

Utilizaram-se os critérios utilizados pela Associação Latino-Americana de Diabetes (ALAD, 2000) e do Ministério da Saúde do Brasil (1997) para avaliar as características de resultado nos pacientes incluídos no estudo. Assim, apenas cinco (5,6%) pacientes estavam compensados segundo a ALAD, e 13 (14,6%) de acordo com o Ministério da Saúde (Tabela 4).

Em relação à análise bivariada dos indivíduos que receberam todas as re-

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômcas dos pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus,* Vila Santos Dumont, Pelotas, RS, 2002

Variáveis	N	%
SEXO		
Feminino	61	68,5
Masculino	28	31,5
COR DA PELE		
Branca	54	60,7
Não branca	35	39,4
IDADE EM ANOS		
Menos de 40	3	3,4
De 40 a 49	22	24,7
De 50 a 59	30	33,7
De 60 a 69	20	22,5
Mais de 70	14	15,7
VIVE COM COMPANHEIRO		
Sim	58	65,2
Não	31	34,8
ESCOLARIDADE EM ANOS COMPLETOS		
Mais de 8	6	6,7
De 5 a 7	22	24,7
De 0 a 4	61	68,5
RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS		
Mais de 3,1	7	7,9
De 1,1 a 3	33	37,1
Até 1	49	55,1
TOTAL	89	100

Tabela 2 – Características quanto à morbidade prévia e local de consulta médica nos pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus,* Vila Santos Dumont, Pelotas, RS, 2002

Variáveis	N	%
HISTÓRIA FAMILIAR DE DIABETES		
Não	35	39,5
Sim	39	43,8
Não sabe	15	16,9
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA		
Não	32	36,0
Sim	47	52,8
Não sabe	10	11,2
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL*		
Normal	23	26,1
Sobrepeso	29	33,0
Obeso	36	40,9
GLICEMIA		
Até 180mg/Dl	55	61,8
Acima de 180mg/dL	34	38,2
LOCAL DE CONSULTA**		
Posto de Saúde da Vila Municipal	63	72,4
Outros serviços	24	27,6
TOTAL	89	100

* N = 88
**N = 87

Tabela 3 – Distribuição de recomendações relativas ao estilo de vida realizadas pela equipe de saúde aos pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus,* Vila Santos Dumont, Pelotas, RS, 2002

Recomendações prescritas	N	%
DIETA		
Sim	69	77,5
Não	20	22,5
ATIVIDADE FÍSICA		
Sim	64	71,9
Não	25	28,0
DIMINUIR CONSUMO DE AÇÚCAR		
Sim	79	88,8
Não	10	11,2
DIMINUIR CONSUMO DE GORDURA		
Sim	74	83,1
Não	15	16,9
TODAS AS RECOMENDAÇÕES		
Sim	50	56,2
Não	39	43,8
TOTAL	89	100

comendações, o teste estatístico foi significativo para sexo masculino ($p<0,05$), embora essa diferença não tenha sido demonstrada pelos intervalos de confiança (razão de prevalência = 1,78; $IC_{95\%}$ 0,94 a 3,36).

Quanto à idade, observou-se uma tendência linear, ou seja, à medida que aumentava a idade, diminuía a proporção de indivíduos, os quais referiram receber as recomendações. Esse achado não foi confirmado pelos intervalos de confiança. Observou-se que os indivíduos obesos recebiam mais as informações do que as pessoas com índice de massa corporal normal (razão de prevalência = 0,54; $IC_{95\%}$ 0,29 a 0,99).

A outra variável dependente analisada foi adesão às recomendações. O teste estatístico foi significativo para história familiar de diabetes (<0,05). Aparentemente, os indivíduos com história familiar tinham um maior percentual de adesão às recomendações, mas a diferença não foi confirmada pelos intervalos de confiança (razão de prevalência = 0,85; $IC_{95\%}$ 0,71-1,01).

Deve-se destacar que todas as pessoas que seguiam as recomendações mencionaram como seu local preferencial de cuidados para a doença o Posto de Saúde da Vila Municipal.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias do número de consultas no ano precedente à entrevista e aos desfechos do estudo. Contudo, observou-se que as pessoas que receberam todas as recomendações e mostraram aderência alcançaram uma maior média de consultas.

DISCUSSÃO

A prática de avaliação de programas, serviços e tecnologias em geral, e especialmente na saúde têm se expandido e diversificado conceitual e metodologicamente, por se constituir em instrumento de apoio ao processo de tomada de decisões necessárias à dinâmica da organização de políticas, sistemas, serviços e ações de saúde. Com isso, percebe-se que o presente estudo confirmou o pressuposto de que o processo de avaliação de serviços e programas pode contribuir satisfatoriamente para a melhoria da assistência prestada aos pacientes, na medida em que relaciona o processo de trabalho da equipe multidisciplinar de saúde com os resultados obtidos.

A prevalência de pacientes portadores de *Diabetes mellitus* foi semelhante à encontrada em outros estudos realizados no Brasil. Em um estudo transversal, realizado entre 1986 e 1988, foram encontradas prevalências variando de 5,2 em Brasília a 9,7 em São Paulo, ressaltando que em Porto

Tabela 4 – Distribuição de adesão dos pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus,* Vila Santos Dumont, Pelotas, RS, 2002

Recomendações	Realizadas	%
DIETA (n=69)		
Sim	36	52,2
Não	33	47,8
ATIVIDADE FÍSICA (n=64)		
Sim	28	43,7
Não	36	56,3
DIMINUIR CONSUMO DE AÇÚCAR (n=79)		
Sim	67	84,8
Não	12	15,2
DIMINUIR CONSUMO DE GORDURA (n=74)		
Sim	63	85,1
Não	11	14,9
ADESÃO A TODAS AS RECOMENDAÇÕES (n=50)		
Sim	11	22,0
Não	39	78,0

***** N que foi prescrito (Processo)

Alegre a prevalência foi de 8,9. Esse estudo mostrou que as regiões mais afetadas do Brasil eram Sudeste e Sul, embora os resultados das demais regiões não tivessem sido diferentes dos encontrados nos países desenvolvidos (17). A variação das prevalências citadas pode ser explicada pelos diferentes hábitos de vida das populações. Assim, em relação à prevalência encontrada no presente estudo, pode ser considerada abaixo do esperado para a região. Além disso, sabe-se que provavelmente a metade dos pacientes desconhece a condição (5).

Como tarefa para a organização do serviço de saúde, a baixa prevalência encontrada traduz uma necessidade e um esforço especial na ampliação da captação de pacientes com a doença através do aprimoramento dos critérios de diagnóstico e rastreamento. Assim, pacientes com história familiar da doença, portadores de obesidade ou com história de infecções de repetição, por exemplo, podem ser rastreados como medida de elevar a cobertura da população.

Quanto à utilização do serviço de saúde, deve-se ressaltar que 70% dos pacientes com o diagnóstico da doença referiram como local de tratamento preferencial o Posto de Saúde da Vila Municipal, o que demonstra a adscrição da população da comunidade ao seu serviço local. Os participantes do estudo obtiveram uma média anual de consultas superior à da população adulta da cidade de Pelotas (3,3 na população de 20 a 69 anos) (18). De certa forma, essa média elevada de consultas médicas pode traduzir a dificuldade de manejo e compensação dos pacientes com *Diabetes mellitus*. No entanto, deve-se ressaltar que a comparação entre as médias de consultas quanto à prescrição e adesão das recomendações não foi significativa.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes conforme critérios da Associação Latino-Americana de Diabetes (ALAD) e Ministério da Saúde (MS), Pelotas, RS, 2002

Pacientes	ALAD	MS
Compensados (%)	5 (5,6%)	13 (14,6%)
Descompensados (%)	82 (92,1%)	74 (83,1%)

* 2 (2,2%) pacientes não tinham medidas de peso corporal

Sabe-se que o tratamento do *Diabetes mellitus*, em qualquer circunstância, envolve primariamente alterações no estilo de vida (19). Dessa forma, esperava-se que um maior percentual de pacientes recebesse recomendações sobre diminuição do consumo de determinados alimentos, realização de dieta e prática de atividades físicas. Um estudo avaliou as condições de processo no manejo de pacientes com *Diabetes mellitus* na rede pública de saúde em Pelotas e revelou percentuais de recomendações para dieta e atividades físicas muito semelhantes aos encontrados (20). Entretanto, deve-se ressaltar que as informações do presente estudo foram coletadas diretamente com os pacientes envolvidos, sem revisão de prontuários e sem entrevistas com a equipe de saúde. Ainda que os pacientes com obesidade recebessem mais orientações, esse achado não foi encontrado nos indivíduos com sobrepeso. Numa população em que aproximadamente 70% dos indivíduos apresentavam sobrepeso ou obesidade, o percentual de recomendações deveria ser mais elevado. Visto que os pacientes obesos recebem mais orientações, torna-se necessário um maior esforço da equipe na coleta de medidas antropométricas dos adultos para o reconhecimento de indivíduos com sobrepeso. Talvez o alerta para os indivíduos com sobrepeso possa ampliar o percentual de recomendações oferecidas aos pacientes.

Em relação à adesão dos pacientes com *Diabetes mellitus* às recomendações, deve-se salientar que as informações coletadas se referiam ao seguimento no momento da entrevista, uma vez que o conjunto de medidas é a base do esquema terapêutico da doença. A análise bivariada sugeriu que os indivíduos com história familiar da doença mostraram maior adesão às recomendações, possivelmente pelo prognóstico vivenciado. Ainda que as informações relativas à adesão não tenham sido validadas, observou-se que mais da metade dos indivíduos negava a prática de exercícios físicos. Esse achado remete para dois aspectos: o

predomínio de pessoas com mais de 50 anos e com sobrepeso ou obesidade. Fatores que levam ou que são conseqüência da baixa adesão à atividade física (21). Portanto, demonstra-se a necessidade de a equipe de saúde intensificar a motivação para a prática, assim como especificar as instruções relativas às recomendações, tais como uso de calçados adequados e prevenção de assaduras.

Encontrou-se também baixa adesão à dietoterapia. Esse achado traduz a dificuldade de os indivíduos modificarem seus hábitos de vida e deve servir como reflexão de toda a equipe de saúde, incluindo o serviço de nutrição, sobre a necessidade da adequação da prescrição de dietas individualizadas e do acompanhamento mais estreito dos pacientes.

Os baixos percentuais de adesão às recomendações são semelhantes aos encontrados em alguns estudos realizados em Pelotas. Um estudo realizado em uma unidade básica de saúde, também com o intuito de avaliar os cuidados prestados aos pacientes com *Diabetes mellitus*, mostrou que apenas 20,9% realizavam atividade física e 28,4% seguiam recomendações dietéticas (22). No estudo de Assunção et al. (20), verificou-se que 33,8% praticavam atividades físicas e 53,4% a dieta.

Os baixos percentuais de pacientes compensados, segundo os critérios do Ministério da Saúde ou pelos parâmetros da ALAD, refletem condições de estrutura, de processo e da adesão dos pacientes. As condições de estrutura do Posto de Saúde da Vila Municipal são diferenciadas em relação à maioria das unidades existentes na cidade, levando-se em consideração área física, recursos humanos e materiais. Uma vez que existem evidências mostrando que o impacto de medidas de saúde, incluindo a eliminação de fatores de risco e mudanças no estilo de vida, é mais demorado nas populações mais pobres, como a da Vila Santos Dumont (23, 24). Esse fato exige a adoção de outras estratégias pela equipe de saúde, incluindo esforços em educação continuada, a criação de protocolos específicos para manejo da doença que propiciem a padronização dos procedimentos, criação de grupos terapêuticos como forma de motivação dos participantes e a avaliação contínua do programa.

O conjunto de resultados dessa avaliação aponta como alvo de nova investigação a população adulta, obesa e com sobrepeso, sem registro de história de *Diabetes* no Posto de Saúde da Vila Municipal, a fim de rastrear novos casos da doença, para oferecimento de cuidados de saúde efetivos na prevenção de complicações precoces.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPBELL SM, ROLAND MO, BUETOW SA. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000; 51:1611-1625.
2. CASTIEL LD. Inefetividade e Ineficiência: Reflexões sobre a Epidemiologia e os Serviços de Saúde de um Estado de Mal Estar Social. Cad Saúde Públ 1990; 61(1):27-39.
3. PEREIRA MG. Qualidade dos serviços de saúde. In: Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995: 538-560.
4. GOLDBAUM M. Epidemiologia e serviços de saúde. Cad Saúde Públ1996; 12(Supl.2): 95-98.
5. MALERBI D, FRANCO LJ. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban brazilian population aged 30-69 yr. Diab Care 1992; 15:1509-16.
6. ASSUNÇÃO MCF, SANTOS IS, GIGANTE DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev Saúde Pública 2001, 35(1): 88-95.
7. SILVEIRA DS, SANTOS IS, DIAS DA COSTA JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e processo. Cad Saúde Públ 2001; 17(1): 131-9.
8. HARTZ ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc Saúde Coletiva 1999; 4(2):341-353.
9. DONABEDIAN A. The quality of care. J A M A 1988; 260(12): 1743-8.
10. SCHMIDT MI. Diabetes mellitus. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ eds. Medicina ambultorial: condutas clínicas em atenção primária. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996: 476-90.
11. MADEIRA ACC, DIAS DA COSTA JS, LOBO DA ROCHA ALG, SILVEIRA RCF. Introdução do Programa de Medicina de Família no Posto de Saúde da Vila Municipal, Pelotas, RS. Revista AMRIGS 1997; 41(4): 195-201.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity – preventing and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity, 1997.13.ALAD (Associação Latino-Americana de Diabetes). Guias ALAD 2000. Para el Diagnostico y Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 Com Medicina Baseada en Evidencia. 28 de outubro de 2000 http://alad.org/guias alad.html, 2000.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diabetes Mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
15. ALTMAN DG. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman & Hall; 1997.
16. SPSS INCORPORATION. SPSS for Windows. Statistical Package for the Social Sciences. Release 8.0. Chicago: SPSS Inc, 1997.
17. FRANCO LJ. Epidemiologia do diabetes mellitus. In: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998: 123-37.
18. DIAS DA COSTA JS, FACHINNI LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência. Rev Saúde Pública 1997; 31(4):360-9.
19. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical Practice Recomendations. Diab Care 2001; 24 (Suppl 1): S33-43.
20. ASSUNÇÃO MCF, SANTOS IS, DIAS DA COSTA JS. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Públ 2002; 18(1):205-11.
21. BURTON NW, TURRELL G. Ocupaton, hours worked and leisure-time physical activity. Prev Med 2000; 31:673-681.
22. ARAÚJO RB, SANTOS IS, CAVALETI MA, DIAS DA COSTA JS, BÉRIA JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. Rev Saúde Pública 1999; 33(1):24-32.
23. WALLER D, AGASS M, MANT D, COULTER A, FULLER A, JONES L. Health checks in general practice: another example of inverse care? Br Med J 1990; 300:1115-1118.
24. VICTORA CG, VAUGHAN JP, BARROS FC, TOMASI E. How can we explain trends in inequities? Evidence from Brazilian child health studies. Lancet 2000; 356:1093-1098.