

Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza

Sergio de Carvalho e Silva

Modelo de um Processo de Planejamento para a Gestão do  
Paciente Crônico baseado na Implementação de Programas de  
Relacionamento com o Cliente

São Paulo  
Novembro de 2009

Sergio de Carvalho e Silva

Modelo de um Processo de Planejamento para a Gestão do  
Paciente Crônico baseado na Implementação de Programas de  
Relacionamento com o Cliente

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Tecnologia no Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, no Programa de Mestrado em Tecnologia: Gestão, Desenvolvimento e Formação, sob orientação da Professora Doutora Márcia Ito.

São Paulo

Novembro de 2009

Silva, Sergio de Carvalho e

S586p *Modelo de um processo de planejamento para a gestão do paciente crônico baseado na implementação de programas de relacionamento com o cliente / Sergio de Carvalho e Silva. -- São Paulo: CEETEPS, 2009.*

165 f.

*Dissertação (Mestrado) - Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, 2009.*

1. CRM. 2. Paciente crônico. 3. Diabetes Mellitus. 4. Planejamento. I. Título.

**Sergio de Carvalho e Silva**

Modelo de um Processo de Planejamento para a Gestão do  
Paciente Crônico baseado na Implementação de Programas de  
Relacionamento com o Cliente

---

Professora Doutora Márcia Ito

---

Professora Doutora Lúcia Iochida

---

Professor Doutor Marcos Crivelaro

São Paulo, novembro de 2009.

## **Dedicatória**

A todos os pacientes crônicos que, em sua batalha diária, muitas vezes silenciosa, prosseguem buscando a melhor forma de conviver com a doença. Aos parentes desses pacientes e outras pessoas que, através de sua compreensão e solidariedade, não permitem que essa batalha seja solitária.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Senhor da Vida, inteligência suprema, por me conceder mais esta oportunidade de aprendizado. Obrigado pelos momentos de recolhimento e estudo.

À Solange, minha esposa, que soube compreender minha ausência nos eventos familiares e outras atividades sociais. Obrigado por ter assumido atividades no lar que deveriam ser compartilhadas comigo. Obrigado pelo incentivo e contribuição para essa pesquisa.

Aos meus pais pelo amor incondicional e pela herança educativa. Sua dedicação e exemplo de integridade são de valor inestimável. Obrigado minha mãe, pela sua alegria constante, mesmo nos momentos mais críticos da vida e por sempre me incentivar. Ao meu pai que nesta fase da vida se recolhe em silêncio, obrigado por ter-nos ensinado o conceito de família, pelo seu exemplo de vitória nas situações de adversidade.

Aos meus tios Adair e Gilda, amigos e incentivadores. Obrigado pela sua presença e carinho constante. À minha tia Gilda, exemplo de desprendimento e superação, obrigado pela sua companhia e generosidade. Ao meu tio Adair, obrigado por compartilhar suas experiências de estudo comigo. Seu amor ao conhecimento e à cultura é contagiante. Você é um verdadeiro companheiro e professor.

Às minhas irmãs, Silmara e Sirlene, pelo apoio, compreensão e por sempre acreditar que somos uma família. Obrigado pela sua atenção e amor, principalmente nos momentos mais desafiadores da minha vida.

Aos meus tios Gentil e Neide, minhas primas Giane e Gisele, obrigado por terem me acolhido em sua residência para que eu pudesse estudar. Seu apoio possibilitou minha experiência universitária.

À Professora Doutora Márcia Ito, pela confiança e orientação durante este processo de pesquisa. Obrigado por sua paciência e questionamentos, que me permitiram

descobrir o caminho da pesquisa. Obrigado por despertar esse lado na minha personalidade.

À Professora Doutora Lucia Christina Iochida, pela sua paciência e didática ao esclarecer aspectos complexos do diabetes. Sua dedicação e comprometimento com a ciência viabilizaram a pesquisa com os pacientes no Centro de Diabetes.

À Professora Edith Wagner, que me indicou o Centro Paula Souza. Obrigado pela sua compreensão nos momentos em que precisei me ausentar das atividades profissionais. Obrigado por esses longos anos de experiência profissional e, acima de tudo, obrigado pelo incentivo e ajuda na minha trajetória acadêmica.

À Professora Doutora Marília Macorin pelo incentivo, entusiasmo e metodologia de ensino. Uma palavra bem colocada pode mudar uma trajetória.

Agradeço a todos os pacientes do Centro de Diabetes da Universidade Federal do Estado de São Paulo pela disponibilidade em compartilhar suas dificuldades e conflitos no convívio com o diabetes. Obrigado pela confiança em verbalizar questões tão individuais. Sem a sua contribuição essa pesquisa não seria viável.

Às enfermeiras Célia Bittencourt e Vera Lúcia e a todos os funcionários do Centro de Diabetes Universidade Federal do Estado de São Paulo por sua cordialidade, receptividade e atenção.

Aos funcionários da secretaria do Centro Paula Souza – Pós-Graduação, pela sua educação e boa vontade em nos atender.

*O pior dos sofrimentos é aquele ao qual  
não é possível conferir sentido.*

*Jean-Yves Leloup*

## Resumo

SILVA, S. C. **Modelo de um Processo de Planejamento para a Gestão do Paciente Crônico baseado na Implementação de Programas de Relacionamento com o Cliente**. 2009. 165 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) - Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, São Paulo, 2009.

Este trabalho teve por objetivo o estudo da dimensão das doenças crônicas, especificamente o diabetes mellitus, visando à elaboração de um modelo de processo para o planejamento da gestão do paciente crônico baseado em programas de relacionamento como o cliente. Considerando-se que mais da metade dos programas de relacionamento com o cliente não atinge os resultados esperados em decorrência da elevada concentração em tecnologia e baixa preocupação com o cliente, o modelo proposto priorizou o conhecimento sobre este cliente (paciente crônico). O estudo de caso realizado no Centro de Diabetes da Universidade Federal do Estado de São Paulo possibilitou testar uma das partes do processo proposto, a que trata do conhecimento do paciente. A metodologia proposta se mostrou eficiente ao possibilitar o conhecimento do processo de adoecer sobre a perspectiva do paciente e os recursos que esse paciente dispõe para o autogerenciamento da doença. Estas informações, entre outras, são a base para a construção de um relacionamento com paciente.

**Palavras-chave:** CRM; Paciente crônico; Diabetes Mellitus; Planejamento.

## **Abstract**

**SILVA, S. C. Model of a Planning Process for the Management of the Chronic Patient, based upon the Implementation of Client Relationship Programs.** 2009. 165 pages. Dissertation (Master in Technology) – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, São Paulo, Brazil, 2009.

The main goal of this work was to study the impact of chronic diseases, specifically mellitus diabetes, aiming the development of a process model for the management of chronic patients, based upon a clients relationship management program. Considering the fact that most of the clients' relationship programs are under utilized as result generators, due to the high concentration in technology and very low worrying about the patient itself, this proposed model emphasizes and gives primacy concerning the knowledge / awareness about this client (chronic patient). The case study was held at the Centro de Diabetes da Universidade Federal do Estado de São Paulo (Diabetes Center of the Federal University of the State of São Paulo), enabling the testing of one of the parts of the presented process, related to the better knowledge of the patient itself. The suggested methodology showed its efficacy, when enabling the knowledge of the sickening process from the point of view of the patient and the available resources of the patient to manage the illness. These information, besides others, are basic data to build the relationship with the patient.

**Key words:** CRM (Customer Relationship Management); Chronic Patient; Mellitus Diabetes; Planning

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ADA - *American Diabetes Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CRM - *Customer Relationship Management*

DATASUS - Departamento de Informática do SUS / MS

DALY - *Disability Adjusted Life Year*

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

DM1 - Diabetes Mellitus Tipo1

DM2 - Diabetes Mellitus Tipo2

GRPC - Modelo de Gestão de Paciente Crônico

HIPERDIA - Sistema de Informação em Hipertensão e Diabetes

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF - *International Diabetes Federation*

IMC - Índice de Massa Corporal

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAHO - *Pan American Health Organization*

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIVEP - Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica

SUS - Sistema Único de Saúde

UF - Unidade da Federação

YLD – *Years Lived with Disability*

YLL – *Years of Life Lost*

## Lista de Figuras

Figura 2.1 - Principais complicações do Diabetes Mellitus .....	34
Figura 2.2 – Fatores que impactam a adesão ao tratamento .....	40
Figura 3.1 - Ciclo do Processo de CRM .....	46
Figura 3.2 - Processo de CRM .....	47
Figura 4.2 – Processo para Implementação do GRPC.....	51
Figura 5. 1 – Localização geográfica do domicílio dos pacientes.....	106
Gráfico 2.1 – Taxa de cobertura de planos de Saúde .....	29
Gráfico 5.1 – Pessoas Cadastradas no HiperDia por gênero .....	72
Gráfico 5.2 – Pessoas cadastradas no HiperDia, por faixa etária.....	73
Gráfico 5.3 – Pessoas com DM1 cadastradas no HiperDia, por gênero.....	74
Gráfico 5.4 – Pessoas com DM1 cadastradas no HiperDia, por faixa etária .....	74
Gráfico 5.5 – Pessoas com DM2 cadastradas no HiperDia, por gênero.....	75
Gráfico 5.6 – Pessoas com DM2 cadastradas no HiperDia, por faixa etária .....	76
Gráfico 5.7 – Pessoas diabéticas com hipertensão cadastradas no HiperDia, por gênero .....	77
Gráfico 5.8 – Pessoas diabéticas com hipertensão cadastradas no HiperDia, por faixa etária .....	77
Gráfico 5.9 - Tabagismo nos pacientes com DM2, por faixa etária .....	80
Gráfico 5.10 - Tabagismo nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária .....	81
Gráfico 5.11 – Sobrepeso nos pacientes com DM1, por faixa etária.....	83
Gráfico 5.12 – Sobrepeso nos pacientes com DM2, por faixa etária.....	84
Gráfico 5.13 – Sobrepeso nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária .....	86
Gráfico 5.14 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes com DM2, por faixa etária.....	88
Gráfico 5.15 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária.....	90
Gráfico 5.16 – AVC nos pacientes com DM2, por faixa etária.....	92
Gráfico 5.17 – AVC nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária.....	94
Gráfico 5.18 – Doença renal nos pacientes com DM2, por faixa etária .....	96
Gráfico 5.19 – Doença renal nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária.....	97

## Lista de Tabelas

Tabela 2.1 - Taxa de mortalidade específica por diabetes mellitus .....	26
Tabela 2.2 - Mortalidade por diabetes .....	27
Tabela 2.3 - Taxa de prevalência de diabetes mellitus ajustada por idade .....	27
Tabela 2.4 – Prevalência de Diabetes no Brasil .....	28
Tabela 2.5 – Classificação Etiológica do Diabetes Mellitus .....	30
Tabela 2.6 - Valores de glicose plasmática para diagnóstico de DM.....	32
Tabela 4.1 - Matriz de Escolha de DCNT .....	57
Tabela 5.1 - Frequência de patologias cadastradas no HiperDia .....	72
Tabela 5.2 – Tabagismo nos pacientes com DM1 .....	78
Tabela 5.3 – Tabagismo nos pacientes com DM1, por faixa etária .....	79
Tabela 5.4 – Tabagismo nos pacientes com DM2, por faixa etária .....	79
Tabela 5.5 – Tabagismo nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária .....	80
Tabela 5.6 – Identificação e classificação de sobrepeso.....	81
Tabela 5.7 – Sobrepeso nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos...	82
Tabela 5.8 – Sobrepeso nos pacientes com DM1, por faixa etária.....	83
Tabela 5.9 – Sobrepeso nos pacientes com DM2, por faixa etária.....	84
Tabela 5.10 – Sobrepeso nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária .....	85
Tabela 5.11– Infarto agudo do miocárdio nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos .....	86
Tabela 5.12 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes com DM1, por faixa etária	87
Tabela 5.13 – Infarto Agudo do Miocárdio nos pacientes com DM2, por faixa etária	88
Tabela 5.14 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária .....	89
Tabela 5.15 – AVC nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos.....	90
Tabela 5.16 – AVC nos pacientes nos pacientes com DM1, por faixa etária.....	91
Tabela 5.17 – AVC nos pacientes com DM2, por faixa etária.....	92
Tabela 5.18 – AVC nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária .....	93
Tabela 5.19 – Doença renal nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos .....	94
Tabela 5.20 – Doença renal nos pacientes com DM1, por faixa etária.....	95

Tabela 5.21 – Doença renal nos pacientes com DM2, por faixa etária.....	96
Tabela 5.22 – Doença renal nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária.....	97
Tabela 5.23 – Tabagismo nos pacientes diabéticos, por gênero.....	99
Tabela 5.24 – Sobrepeso nos pacientes diabéticos, por gênero .....	99
Tabela 5.25 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes diabéticos, por gênero.....	99
Tabela 5.26 – AVC nos pacientes diabéticos, por gênero.....	100
Tabela 5.27 – Doença renal por diabetes nos pacientes diabéticos, por gênero....	100
Tabela 5.28 – Pacientes diabéticos por faixa etária .....	101
Tabela 5.29 – Município de residência .....	104
Tabela 5.30 – Local da residência (Bairro) .....	105
Tabela 5.31 – Local do nascimento .....	105
Tabela 5.32 – Idade.....	107
Tabela 5.33 – Estado civil.....	108
Tabela 5.34 – Número de pessoas no domicílio.....	108
Tabela 5.35 – Pessoas com quem convive .....	109
Tabela 5.36 – Tipo de residência.....	109
Tabela 5.37 – Profissão.....	110
Tabela 5.38 – Situação Profissional .....	111
Tabela 5.39 – Nível Escolar.....	111
Tabela 5.40 – Telecomunicações – Telefone fixo no domicílio.....	112
Tabela 5.41 – Telecomunicações – Telefone Celular .....	112
Tabela 5.42 – Telecomunicações – Internet no domicílio.....	113
Tabela 5.43 – Telecomunicações – Pessoas que acessam a internet no domicílio	113
Tabela 5.44 – Telecomunicações – Endereço eletrônico .....	114
Tabela 5.45 – Convênio médico .....	114
Tabela 5.46 – Tempo de diagnóstico de DM .....	115
Tabela 5.47 – Outras doenças além do DM .....	117
Tabela 5.48 – Tempo de espera no dia da consulta.....	118
Tabela 5.49 – Como é ter diabetes – Pacientes com até 5 anos de diagnóstico....	120
Tabela 5.50 – Como é ter diabetes – Pacientes com tempo de diagnóstico de DM entre 6 e 10 anos inclusive .....	121
Tabela 5.51 – Como é ter diabetes – Pacientes com mais de 10 anos de diagnóstico de DM. ....	122

Tabela 5.52 – Razões para ter desenvolvido DM .....	123
Tabela 5.53 – Ajuda no tratamento.....	124
Tabela 5.54 – Religião.....	125
Tabela 5.55 – Utilização de insulina .....	126
Tabela 5.56 – Outros medicamentos, além da insulina .....	127
Tabela 5.57 – Complicações do DM.....	128
Tabela 5.58 – Coronariopatia .....	129
Tabela 5.59 – Hipotensão Postural.....	129
Tabela 5.60 – Impotência Sexual .....	130
Tabela 5.61 – Isquemia Cerebral.....	130
Tabela 5.62 – Nefropatia .....	131
Tabela 5.63 – Neuropatia .....	131
Tabela 5.64 – Retinopatia.....	132
Tabela 5.65 – Há quanto tempo é atendido no Centro de Diabetes .....	133
Tabela 5.66 – Avaliação do atendimento no Centro de Diabetes .....	133
Tabela 5.67 – Aspectos valorizados no Centro de Diabetes .....	135
Tabela 5.68 – O que menos gosta no Centro de Diabetes.....	141, 142
Tabela 5.69 – Intervalo entre as consultas no Centro de Diabetes .....	143
Tabela 5.70- Tempo de espera para ser atendido no dia da consulta.....	144
Tabela 5.71 – Avaliação de serviços do Centro de Diabetes.....	145
Tabela 5.72 – Necessidade de se comunicar com o médico fora do dia da consulta .....	146

## Sumário

1. Introdução.....	16
1.1. Problema.....	21
1.2. Hipótese.....	21
1.3. Objetivos.....	21
1.4. Método do Trabalho.....	22
1.5. Organização do Trabalho.....	23
2. O Diabetes Mellitus.....	25
2.1. A epidemia de diabetes.....	25
2.2. A complexidade do Diabetes.....	29
2.3. Métodos de diagnóstico de DM.....	32
2.4. Tratamento do DM2.....	32
2.5. Complicações do DM.....	33
2.5.1. Infarto do Miocárdio e Acidentes Vasculares.....	34
2.5.2. Nefropatia Diabética.....	35
2.5.3. Retinopatia Diabética.....	36
2.5.4. Neuropatia Diabética.....	36
2.5.5. Pé diabético.....	37
2.6. Aderência às Terapias de Longo Prazo.....	37
3. O processo de CRM.....	42
3.1. Marketing de Relacionamento.....	42
3.2. CRM.....	45
4. Processo de Implementação do GRPC.....	48
4.1. Definição do GRPC.....	48
4.2. Processo de Planejamento para Implementação do GRPC.....	49
4.2.1. Estudar as doenças crônicas.....	52
4.2.2. Escolher a DCNT.....	56
4.2.3. Definir o objetivo do monitoramento.....	59
4.2.4. Conhecer o paciente.....	60
4.2.5. Planejar Serviços.....	66
4.2.6. Interagir com os pacientes.....	67
4.2.7. Analisar o conhecimento.....	68
5. Estudo de Caso.....	70
5.1. Escolher a doença.....	70
5.2. Definir o objetivo do monitoramento.....	70
5.3. Conhecer o Paciente.....	70
5.3.1. HiperDia.....	70
5.3.2. Pesquisa Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo.....	101
5.4. Planejamento de Serviços.....	146
6. Conclusões.....	149
7. Anexo A - Questionário.....	152
8. Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	157
9. Referências Bibliográficas.....	159

## 1. Introdução

O século XX, sob o aspecto demográfico, pode ser caracterizado por um processo de constantes mudanças na composição da população. Entre essas mudanças destacam-se o aumento na expectativa de vida e o acréscimo na proporção de idosos na composição da população (LESSA, 1998). No Brasil, em 1940, a esperança de vida ao nascer<sup>1</sup> era de 42,74 anos e no ano de 2007 este número evoluiu para 72,57 anos, um crescimento de 70% (IBGE, 2008a; 2009). Quanto ao aspecto da proporção de idosos, em 1980, o grupo de pessoas com 60 anos ou mais representava 6,07% da população brasileira. Em 2008, essa participação foi de 9,49% e a projeção para 2050 é que essa faixa etária represente 29,75% da população total (IBGE, 2008b). Como consequência do aumento da longevidade, observam-se mudanças significativas nos padrões de morbidade e mortalidade.

De acordo com Lessa (1998), os estudos sobre os padrões epidemiológicos das sociedades têm privilegiado o uso das informações de mortalidade em função da escassez e da não disponibilidade de informações sobre morbidade. Este fato limita a análise nos processos de mudança de morbidade, uma vez que as informações sobre mortalidade permitem uma visão parcial do problema. No Brasil, no que se refere às taxas de mortalidade, tem sido observada a queda acentuada dos óbitos decorrentes de doenças infecciosas e o aumento dos óbitos resultantes de doenças crônicas. Em 1930, as doenças infecciosas representavam 45,7% do total de óbitos no Brasil e, em 1994, essa representatividade ficou reduzida para 5,7% dos óbitos (1997, MS. FNS. Cenepi, *apud* LESSA, 1988 p. 17). Estudos do Banco Mundial (2005) revelam que as doenças crônicas são responsáveis por 66% da carga de doenças no Brasil, seguindo-se as doenças contagiosas com 24% e os ferimentos com 10%. A carga de doenças é obtida a partir do indicador DALY (*Disability Adjusted Life Years* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade), que tem por objetivo medir o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O DALY é calculado como a soma dos anos de

---

<sup>1</sup> Esperança de vida: Expressa o número médio de anos a serem vividos pelos componentes de uma geração hipotética de recém-nascidos, se submetida às taxas de mortalidade específica (por idade), observadas durante um determinado período.

vida perdidos devidos à morte prematura (YLL – *Years of Life Lost* – Anos de Vida Perdidos) e anos de vida perdidos devidos à incapacitação (YLD – *Years Lived with Disability* – Anos Vividos com Incapacitação) FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2002.

Esse fenômeno não é observado somente no Brasil. As doenças crônicas, também denominadas de agravos não transmissíveis, são a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo. Nesse grupo estão incluídas as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias. De acordo com a OMS (2008), a questão das doenças crônicas é um dos maiores desafios do século XXI. Em 2005, essas doenças causaram 35 milhões de mortes, o que representa 60% dos óbitos no mundo. Para 2015 é projetado um crescimento de 17% no número de mortes decorrentes das doenças crônicas. Este problema afeta tanto as populações de países desenvolvidos como as de países em desenvolvimento e pode ser explicada como reflexo das grandes mudanças que vêm ocorrendo na sociedade, sobretudo no envelhecimento populacional, nos hábitos alimentares, nos níveis de atividade física e também no tabagismo (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como crônicas as doenças que apresentam uma ou mais das seguintes características: são doenças permanentes; provocam incapacidade residual; são causadas por alteração patológica irreversível; demandam treinamento especial do paciente para reabilitação ou exigem um longo período de supervisão, observação e cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2003).

Especificamente no caso do DM, objeto dessa pesquisa, estudos conduzidos pelo *Center for Disease Control and Prevention* (2007) demonstraram que, no período entre 1980 e 2005, a prevalência de casos diagnosticados de diabetes nos Estados Unidos aumentou 120%. De acordo com a *International Diabetes Federation* (IDF) 246 milhões de pessoas no mundo foram afetadas pelo diabetes no ano de 2007. Em 2025, estima-se que esse universo seja de 380 milhões de indivíduos. Pelo menos 50% destas pessoas não têm ciência de que são portadoras da doença e, em alguns países, esse índice chega a 80%. Anualmente, sete milhões de pessoas

desenvolvem diabetes, o que representa o surgimento de um novo caso a cada 5 segundos (IDF, 2007).

O DM é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas pela hiperglicemia, resultante da deficiência na secreção de insulina, da ação da insulina ou de ambos. A hiperglicemia crônica do diabetes está associada ao aparecimento de complicações no longo prazo, disfunções e falência de vários órgãos, como os olhos, com potencial perda de visão, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2006). As consequências do diabetes são a redução da expectativa de vida, aumento significativo de morbidade e diminuição na qualidade de vida (WHO/IDF, 2006).

Desconsideradas as limitações de cobertura e a qualidade da informação da causa do óbito, a taxa de mortalidade específica (óbitos por 100.000 habitantes) por diabetes no Brasil foi de 21,04 em 2004. Especificamente no estado de São Paulo, essa taxa de mortalidade foi de 21,36. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS, 2009). Tendo-se como referência as estimativas demográficas realizadas pelo IBGE, constata-se que em 2004 o DM foi responsável pela morte de 3,8 milhões de pessoas. Destas, 853.101 no estado de São Paulo (IBGE, 2006).

A dimensão das doenças crônicas, entre elas o diabetes mellitus, tem demandado de governos e sociedade o redirecionamento e a otimização de recursos no sentido de reduzir os custos dos tratamentos médicos, aprimorar a qualidade do atendimento e aumentar a acessibilidade à assistência médica. Entre os principais problemas de saúde a serem resolvidos destaca-se a questão da adesão ao tratamento. A preocupação com a adesão das pessoas aos tratamentos não é recente. No século IV a.C., Hipócrates constatou que os doentes mentiam ao declarar que tomavam medicamentos (SILVA, 2006).

Nos países desenvolvidos, a aderência média às terapias de longo prazo para as doenças crônicas é de 50%. A baixa adesão ao tratamento, além de afetar a qualidade de vida do enfermo, compromete a efetividade dos investimentos realizados na área da saúde. (OMS, 2008). Relatório do Banco Mundial (2005)

revela que o controle da pressão arterial da população brasileira resultaria numa economia de US\$ 2.153 milhões.

É característica da maioria das doenças crônicas que os pacientes sejam responsáveis pelo próprio cuidado. No caso do diabetes, médicos despendem ao ano, aproximadamente, duas horas com cada um de seus pacientes e as demais 8.758 horas do ano estes pacientes gastam gerenciando sua própria saúde sem o apoio ou orientação médica (DEMCHAK, 2009).

Nesse cenário é que surge a necessidade do desenvolvimento de alternativas que proporcionem apoio ao paciente no gerenciamento de sua enfermidade, principalmente quando este se encontra fora do consultório médico. O Modelo de Gestão de Paciente Crônico, proposto por Ito (2006), fundamentado nos conceitos de gestão do relacionamento com clientes - CRM (*Customer Relationship Management*) é uma dessas alternativas.

Swift (2001) conceitua CRM como um processo interativo capaz de transformar informações sobre clientes em relacionamentos com os mesmos através da utilização e aprendizagem a partir das informações. Para o autor, um CRM é iniciado a partir da construção do conhecimento sobre o cliente e resulta em interações com o mesmo. Swift estruturou o ciclo do processo de CRM em quatro grupos de atividades: descoberta do conhecimento, planejamento de mercado, interação com clientes, análise e refinamento.

A primeira fase do ciclo (descoberta do conhecimento) consiste em analisar as informações do cliente visando à identificação de oportunidades de mercado e respectivas estratégias de investimentos. A partir desse conhecimento, caminha-se para a segunda fase: o planejamento de mercado, ou seja, definição das ofertas específicas de produtos e serviços e dos canais de distribuição e comunicação mais adequados ao cliente. Na terceira fase (interação com os clientes), são desenhadas as conexões com os clientes e as prováveis localizações para estas interações. É a fase do gerenciamento da comunicação com os clientes, subsidiada por informações e pela oferta de produtos e serviços. A última fase do ciclo do processo de CRM (análise e refinamento) consiste no aprendizado contínuo a partir dos diálogos com

os clientes. A análise dos dados das interações permite o refinamento da comunicação e da adequação dos serviços às necessidades dos clientes.

Peppers & Rogers (2001; 2004a) também compartilham desse conceito de processo de CRM. Os autores segmentam a implementação de uma estratégia de CRM em quatro etapas: identificar os clientes, diferenciá-los por valor e necessidade, interagir com eles e personalizar produtos e serviços. Nessa metodologia, o conhecimento individualizado do cliente é crítico. Sem conhecer sua identidade, história e forma preferida de contato é impossível iniciar um relacionamento personalizado.

Ao transferir a metodologia do CRM para um modelo de gestão do paciente crônico faz-se necessária a adaptação desse processo para a área da saúde e a primeira etapa é conhecer o paciente. Isto demanda uma abordagem holística<sup>2</sup>, que transcenda os limites do conhecimento do perfil sócio-demográfico do doente e abranja questões como as dificuldades do paciente no gerenciamento e convívio com a doença. Requer entender a saúde como um fenômeno multidimensional, coberto por aspectos interdependentes, sejam físicos, psicológicos ou sociais (CAPRA, 1995).

Canesqui (2007) ressalta que os estudos sobre doenças crônicas surgiram no contexto norte-americano e inglês nas décadas de 1950 e 1970, respectivamente, motivados pelo interesse nos seguintes aspectos: relação entre cultura-saúde; relação entre doenças crônicas e diferentes aspectos da vida; políticas aplicadas às doenças crônicas; cuidados demandados pela doença; e valorização das perspectivas dos adoecidos, forçados a viver com uma doença de longa duração. Pesquisas foram direcionadas no sentido de entender as diferentes formas de explicação, concepção, vivência e gerenciamento da doença, considerando-se significações e ações do paciente (subjetividade do enfermo), que são alimentadas por questões culturais e predisposições do paciente de reagir de maneira pessoal à influência de agentes exteriores.

---

<sup>2</sup> Holismo: doutrina médica e escola psicológica que considera os fenômenos biológicos e psicológicos como totalidades irreduzíveis a simples soma de suas partes.

## **1.1. Problema**

O Modelo de Gestão de Paciente Crônico baseado nos conceito de CRM foi proposto por Ito (2006) com o objetivo de aumentar a adesão do paciente às terapias de longo prazo. Estudos indicam que 60% a 80% dos projetos de implementação de CRM falham devido ao foco excessivo em tecnologia e aplicações e baixa preocupação com o cliente (PEPPERS & ROGERS, 2004b).

### **1.1.1. Delimitação do Problema**

Das atividades que compõem o ciclo de implantação de uma estratégia de CRM, esta pesquisa concentrar-se-á na primeira etapa: descoberta do conhecimento (SWIFT), ou identificação dos clientes (PEPPERS & ROGERS). Quanto à escolha da patologia crônica, será objeto de estudo o DM, circunscrito ao problema da aderência do paciente ao tratamento da doença. Geograficamente, o estudo abrangerá os pacientes cadastrados na cidade de São Paulo para receber tratamento médico.

## **1.2. Hipótese**

É possível, a partir da utilização dos recursos tecnológicos disponíveis no mercado e com base nas metodologias propostas pelo marketing de relacionamento, construir um processo de implementação de CRM para o monitoramento do paciente crônico que priorize o conhecimento do cliente (paciente), reduzindo assim o risco de falha de implementação.

## **1.3. Objetivos**

O objetivo principal desta pesquisa é estudar a adaptação do processo de implantação de uma estratégia de CRM para um processo de implementação do Modelo de Gestão de Paciente Crônico.

#### 1.4. Método do Trabalho

A trajetória de estruturação do presente estudo segue a premissa de que dados desagregados podem ser organizados de forma a se converterem em conhecimento útil para o processo decisório das organizações. Este conceito vem sendo utilizado pelo pesquisador para atender a solicitações de empresas de diferentes segmentos que buscam o entendimento das necessidades de seus clientes, atuais e potenciais.

Nos últimos dez anos, o pesquisador constatou, de forma empírica, que muitas das respostas aos questionamentos dessas empresas poderiam ser obtidas a partir da organização das informações presentes nos arquivos ou bancos de dados da própria empresa. Valendo-se dessa experiência, o caminho (*methodo*, do grego) percorrido pelo pesquisador pode ser resumido nas seguintes etapas:

- ü Estudo do processo de implementação de CRM e dos motivos de não sucesso.
- ü Conhecimento da dimensão do problema das doenças crônicas no mundo e no Brasil.
- ü Entendimento da dinâmica das doenças crônicas e suas implicações para o paciente e para o cuidador. Concentração no diabetes mellitus.
- ü Estudo do problema da baixa adesão aos tratamentos de longo prazo.
- ü Levantamento de dados sobre pacientes com diabetes nas bases públicas disponíveis.
- ü Levantamento de dados com pacientes (pesquisa).
- ü Tabulação e análise dos resultados.

ü Proposta de processo para implementação do Modelo de Gerenciamento do Paciente Crônico de DM.

### **1.5. Organização do Trabalho**

O capítulo 2 discorre sobre a dimensão do diabetes no Brasil, além de um estudo da patologia, abrangendo a etiologia da doença, suas complicações e limitações impostas ao paciente. Os conceitos apresentados nesse capítulo têm como referência as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Esse conhecimento visa a subsidiar o entendimento do discurso do paciente portador de DM e da terminologia por ele utilizada.

A escolha de uma estratégia de CRM tem como objetivo contribuir para a consecução de objetivos organizacionais. No caso do Modelo de Gestão do Paciente Crônico, o objetivo é a aderência do paciente às terapias de longo prazo. O estudo da aderência, especificamente dos fatores que influenciam a habilidade do paciente em seguir o tratamento proposto pelo médico, é parte integrante do capítulo 2.

O conceito de marketing de relacionamento e a função da tecnologia da informação na implementação de uma estratégia de CRM são abordados no capítulo 3. Também compõe esse capítulo a concepção de CRM como processo. O entendimento do processo de CRM é um dos pilares para a elaboração de um processo de implementação do Modelo de Gestão de Paciente Crônico.

O capítulo 4 apresenta de forma resumida a concepção do Modelo de Gestão de Paciente Crônico.

No capítulo 5 são apresentados os resultados do estudo de caso com informações demográficas (gênero e faixa etária) dos pacientes de DM na cidade de São Paulo,

disponíveis no HiperDia<sup>3</sup>. Integram esse capítulo os resultados de pesquisa qualitativa com pacientes realizada no Centro de Diabetes UNIFESP.

Conclusões do trabalho e sugestões para trabalhos futuros são objeto do capítulo 6.

---

<sup>3</sup> HiperDia: sistema de informações do Ministério da Saúde para diabetes e hipertensão

## 2. O Diabetes Mellitus

### 2.1. A epidemia de diabetes

Comparado ao indivíduo que não desenvolveu o diabetes, a expectativa de vida do paciente com diabetes é reduzida em cinco a dez anos. Pessoas com diabetes tipo 2 (DM2) têm o dobro de probabilidade de sofrer infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral do que pessoas não diabéticas de mesma idade e sexo.

O DM responde anualmente por 3,8 milhões de óbitos, representando 6% da mortalidade global, o mesmo índice atribuído ao HIV/Aids. A cada 10 segundos uma pessoa morre em decorrência do diabetes (IDF, 2007). Todavia, esses números podem estar subdimensionados em função do DM não ser registrado como *causa mortis*. Estudos do *Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention* (2007) revelaram que em apenas 35% a 40% dos óbitos de pessoas com diabetes a doença foi citada no atestado de óbito e em somente 10% a 15% destes atestados a causa da morte foi atribuída ao diabetes.

Desconsideradas as limitações de cobertura e a qualidade da informação da causa do óbito, a taxa de mortalidade específica (óbitos por 100.000 habitantes) por diabetes no Brasil foi de 21,04 em 2004. Especificamente no estado de São Paulo, essa taxa de mortalidade foi de 21,36. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS, 2009) (Tabela 2.1). Tendo-se como referência as estimativas demográficas realizadas pelo IBGE, constata-se que em 2004 o DM foi responsável pela morte de 3,8 milhões de pessoas. Destas, 853.101 no estado de São Paulo (IBGE, 2006).

A melhoria da assistência à saúde e o aumento da esperança de vida dos diabéticos têm contribuído para que os pacientes com DM faleçam não propriamente desta doença, mas de suas complicações crônicas, não configurando assim como causa básica do óbito. No ano de 1992, do total de 102.141 óbitos registrados no estado de São Paulo, o DM foi mencionado em 13.786 (6,8%) dos atestados. Destes, o DM aparece como causa básica da morte em 5.303 (2,6%) casos e como causa associada em 8.483 (4,2%). Estes dados confirmam a acentuada subestimação do

DM quando se considera apenas a causa básica de óbito (FRANCO, 1998). Tabela 2.2.

Tabela 2.1 - Taxa de mortalidade específica por DM <sup>4</sup>

Unidade da Federação	Ano				Total
	2001	2002	2003	2004	
Acre	9,42	14,14	14,49	12,29	12,6
Alagoas	20,58	21,4	19,16	22,14	20,83
Amapá	6,83	10,84	9,72	8,89	9,09
Amazonas	9,65	10,4	9,7	10,12	9,97
Bahia	17,99	18,82	19,14	19,67	18,91
Ceará	17,84	16,17	16,4	15,01	16,33
Distrito Federal	16,97	18,31	17,81	17,57	17,67
Espírito Santo	19,66	20,02	19,63	21,18	20,14
Goiás	13,94	15,66	15,45	16,16	15,32
Maranhão	10,26	11,08	12,36	12,17	11,48
Mato Grosso	15,28	19	18,37	16,7	17,34
Mato Grosso do Sul	17,85	18,83	20,42	20,49	19,42
Minas Gerais	16,95	17,2	18,52	18,61	17,83
Pará	10,99	9,62	9,83	9,96	10,09
Paraíba	19,94	20,52	23,76	24,46	22,19
Paraná	22,42	24,25	23,9	24,3	23,73
Pernambuco	27,77	29,17	30,35	35,23	30,67
Piauí	12,18	16,01	16,18	17,2	15,41
Rio de Janeiro	35,4	37,14	36,49	36,27	36,32
Rio Grande do Norte	19,02	20,79	18,84	24,24	20,75
Rio Grande do Sul	23,05	25	25,16	26,41	24,92
Rondônia	16,55	15,99	16,21	15,6	16,08
Roraima	15,16	18,74	19,31	20,83	18,59
Santa Catarina	19,11	19,39	18,87	19,69	19,27
São Paulo	21,81	21,26	21,48	20,91	21,36
Sergipe	21,68	24,92	24,16	30,24	25,32
Tocantins	12,33	11,1	13,41	13,84	12,69
<b>Total</b>	<b>20,35</b>	<b>20,98</b>	<b>21,2</b>	<b>21,62</b>	<b>21,04</b>

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

<sup>4</sup> TME - Taxa de mortalidade específica: óbitos por 100.000 habitantes, calculadas a partir dos óbitos informados ao SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade). As análises devem considerar as limitações de cobertura e qualidade da informação da causa de óbito

Tabela 2.2 - Mortalidade proporcional por diabetes como causa básica e associada segundo sexo. Capital, Interior e Estado de São Paulo, 1992

Região	Total		Masculino		Feminino	
	Números Absolutos	%	Números Absolutos	%	Números Absolutos	%
<b>Capital</b>						
Total de óbitos	63.007	100	37.593	100	25.414	100
Óbitos com menção de diabetes	5.099	8,1	2.188	5,8	2.911	12
Como causa básica	1.680	2,7	688	1,8	1.012	4
Como causa associada	3.419	5,4	1.520	4	1.899	7,5
<b>Interior</b>						
Total de óbitos	139.134	100	83.664	100	55.470	100
Óbitos com menção de diabetes	8.687	6,2	3.435	4,1	5.252	9,5
Como causa básica	3.623	2,6	1.428	1,7	2.195	4
Como causa associada	5.064	3,6	2.007	2,4	3.057	5,5
<b>Estado</b>						
Total de óbitos	202.141	100	121.257	100	80.884	100
Óbitos com menção de diabetes	13.786	6,8	5.623	4,6	8.163	10
Como causa básica	5.303	2,6	2.096	1,7	3.207	4
Como causa associada	8.483	4,2	3.527	2,9	4.956	6,1

Fonte: Fundação Seade

No Brasil não existem levantamentos de dados recentes sobre o número de pessoas com diabetes. O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes Mellitus no Brasil (Censo Brasileiro de Diabetes), realizado pelo Ministério da Saúde, teve como referência o período de 1986 e 1988 e apresentou uma prevalência de 7,6% na população entre 30 e 69 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988) (Tabela 2.3). No final de 1996 e início de 1997 pesquisadores repetiram o estudo abrangendo unicamente o município de Ribeirão Preto e chegaram a uma prevalência de 12,1% de diabéticos na mesma faixa etária. Estimativas realizadas por Augusto Netto (2008), coordenador do Grupo de Educação e Controle do Diabetes, Centro Integrado de Hipertensão e Metabologia Cardiovascular, Hospital do Rim e Hipertensão da UNIFESP, inferem a existência de 10,9 milhões de pacientes com diabetes no Brasil no ano de 2007, com uma taxa de prevalência de 12% para a população entre 30 e 69 anos de idade (Tabela 2.4).

Tabela 2.3 - Taxa de prevalência de DM  
Taxa estimada (por 100 habitantes) ajustada por idade

Localidade	Taxa (%)
Belém	7,16
Brasília	5,22
Fortaleza	6,48
João Pessoa	7,95
Porto Alegre	8,89
Recife	6,42
Rio de Janeiro	7,47
Salvador	7,87
São Paulo	9,66
<b>Total</b>	<b>7,6</b>

Fonte: Ministério da Saúde, 1988

Tabela 2.4 – Prevalência de Diabetes no Brasil

População do Brasil (2007)	184.000.000			
Faixa Etária	Abaixo de 30 anos	Entre 30 a 69 anos	Acima de 69 anos	Total
% da População	58%	38%	4%	100%
Nº de pessoas (milhões)	106,7	69,9	7,4	184
Taxa de prevalência de diabetes	1%	12%	20%	5,95%
Nº de Pacientes (milhões)	1,07	8,39	1,48	10,94

Fonte: Augusto Netto, 2008

A complexidade do atendimento ao paciente com diabetes agrava-se quando associada à taxa de cobertura de planos de saúde no Brasil. Em 2008, apenas 21,1% da população brasileira contava com algum de algum tipo de plano de saúde (ANS, 2009). Aplicada essa taxa de cobertura ao universo de pacientes com diabetes no País, estimado em 10,9 milhões de pessoas, constata-se que oito milhões de pacientes de DM não dispõem de plano de saúde (Gráfico 2.1).

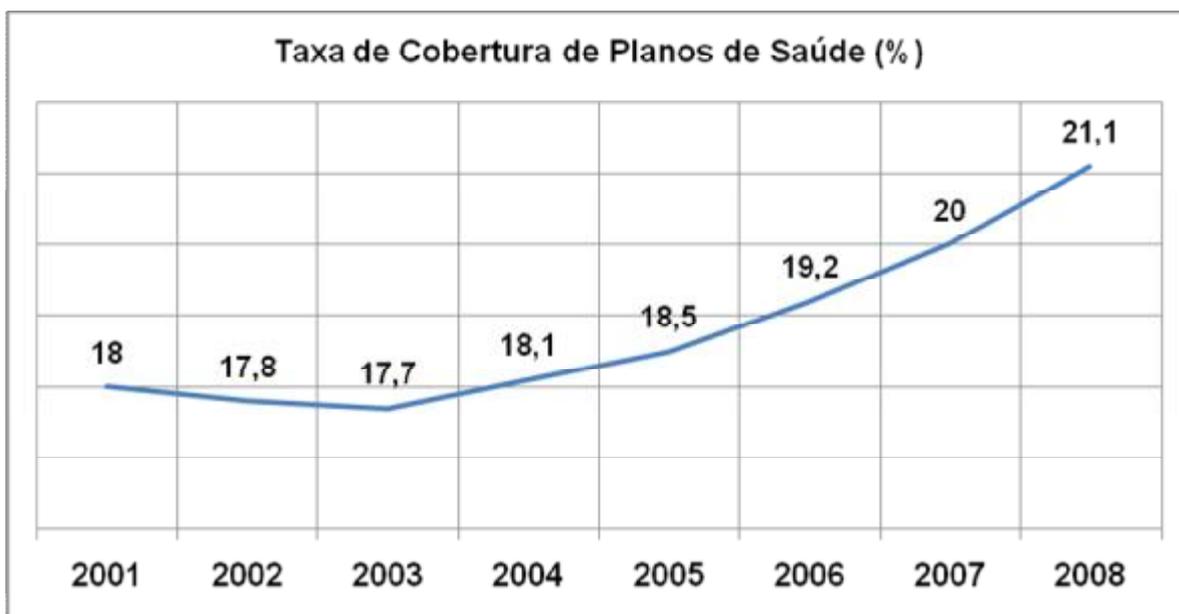


Gráfico 2.1 – Taxa de cobertura de planos de Saúde

Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2009

## 2.2. A complexidade do Diabetes

Ainda que incluída no grupo de doenças da modernidade devido à sua relevância nos índices de morbidade, estudos sobre a etiologia do diabetes revelam a existência da doença no ano de 1500 antes de Cristo, conforme apresenta Arduino (1980), ao sumarizar os fatos mais relevantes na história do diabetes.

A classificação do DM proposta pela Associação Americana de Diabetes e pela Organização Mundial de Saúde baseia-se na etiologia da doença e não em seu tratamento. Neste sentido, os termos diabetes mellitus insulino dependente e DM insulino independente foram descartados. A classificação atual do DM abrange quatro classes clínicas: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), diabetes mellitus gestacional e outros tipos de diabetes (Tabela 2.5). A glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída não foram classificadas como entidades clínicas, mas como fatores de risco para o desenvolvimento do DM e também de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Tabela 2.5 – Classificação Etiológica do DM

Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)
Auto-imune
Idiopático
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
Diabetes mellitus gestacional
Outros tipos de diabetes

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007

A classificação “outros tipos de diabetes” descreve formas menos comuns de DM, onde os defeitos ou processos causadores são identificáveis. Neste grupo estão incluídos defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, entre outras condições.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) classifica como diabetes gestacional a intolerância à glicose, cujo diagnóstico ocorre durante a gestação. Em geral, verifica-se a reversão para a tolerância normal ao término da gravidez, todavia, existe um risco (17% a 63%) de a mulher desenvolver DM2 no período entre 5 a 16 anos após o parto.

O DM tipo 1 é responsável por 5% a 10% dos casos de DM e é caracterizado pela destruição das células-beta pancreáticas, com conseqüente deficiência de insulina. Em geral, a destruição dessas células é auto-imune, todavia, existem casos em que este processo de auto-imunidade não é identificado. Quando isto ocorre, o diabetes é classificado de como DM1 idiopático (INZUCCHI, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O DM1 é uma das doenças crônicas mais frequente na infância. A taxa mais elevada de incidência da doença é observada em duas faixas etárias: 4-6 e 10-14 anos. Aproximadamente 40% das pessoas com DM1 manifestam a doença com idade inferior a 20 anos, porém esta pode aparecer em qualquer idade. Estima-se o surgimento de 50.000 novos casos de DM1 anualmente no mundo. O tratamento

com insulina, apesar de prolongar a sobrevivência do paciente, não cura o diabetes. Nos primeiros 20 anos de convivência com a DM1 a mortalidade é de 3% a 6%. No adulto diabético (DM1), a mortalidade é 5 vezes maior no gênero masculino e 12 vezes maior nas mulheres quando comparada com a população em geral (INZUCCHI, 2007).

O DM2 é caracterizado por defeitos na ação e secreção de insulina e responde por 90% a 95% dos casos de DM no mundo. Não existe idade para o DM2 ocorrer, todavia, é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Não há necessidade absoluta de insulina exógena nos pacientes de DM2 para a sobrevivência, todavia, essa necessidade pode surgir como forma para a obtenção do controle metabólico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Estudos revelam a existência de um caso não-diagnosticado característico de DM2 para cada caso diagnosticado. Isto se deve ao fato de a doença ter poucos ou mesmo nenhum sintoma na fase inicial, que pode se prolongar por vários anos. Nesta estatística incluem-se até os países com alto nível de assistência médica. Em decorrência dessa não detecção do DM2 por muito tempo, o estudo sobre o desenvolvimento, história e complicações é prejudicado (INZUCCHI, 2007).

Comparado com a DM1, os portadores de DM2 são em geral mais velhos e apresentam sobrepeso ou obesidade. Todavia, em decorrência do aumento dos níveis de obesidade e inatividade em pessoas com idade inferior a 40 anos na população em geral, a incidência de DM2 tem acontecido em pessoas cada vez mais jovens, inclusive em crianças, em todos os países do mundo.

O risco de uma pessoa desenvolver DM2 é de duas a seis vezes maior se um dos pais ou irmãos apresentar a doença. Além dos genes, a obesidade e a inatividade física são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de DM2. Todavia, outros fatores que aumentam esse risco foram constatados, como por exemplo, peso baixo ao nascer, exposições ambientais e metabólicas como o ambiente intra-uterino. Em decorrência da grande representatividade da obesidade e da inatividade física na população, a importância desses últimos fatores fica reduzida (INZUCCHI, 2007). De acordo com estimativas da *International Association for the Study of*

*Obesity*, no Brasil, 23% dos meninos e 21,1% das meninas na faixa de 7 a 10 anos estavam acima do peso em 2002.

### 2.3. Métodos de diagnóstico de DM

A ocorrência da evolução para o DM2 se dá ao longo de um período de tempo variado e percorre estágios intermediários, denominados de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. No DM1, geralmente, o início da doença é abrupto, com sintomas que sinalizam a presença da enfermidade.

Em 1997, a Associação Americana de Diabetes alterou o critério de diagnóstico do DM. Este novo critério, adotado pela Organização Mundial de Saúde e também pela Sociedade Brasileira de Diabetes, tem como objetivo prevenir as complicações micro e macrovasculares do DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Atualmente, são aceitos três critérios de diagnóstico de DM: glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dl; sintomas de poliúria com glicemia casual maior que 200mg/dl; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl (Tabela 2.6).

Tabela 2.6 - Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de DM

<b>Categoria</b>	<b>Jejum<sup>5</sup></b>	<b>2h após 75g de glicose</b>	<b>Casual<sup>6</sup></b>
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
DM	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos) <sup>7</sup>

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007

<sup>5</sup> Jejum: ausência de ingestão calórica por no mínimo 8 horas.

<sup>6</sup> Glicemia plasmática casual: glicemia realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

<sup>7</sup> Sintomas clássicos de DM : poliúria, polidipsia e perda não-explicada de peso.

## 2.4. Tratamento do DM2

Três importantes modalidades de tratamento são empregadas nos pacientes de DM2: dieta, exercícios, remédios orais e administração de insulina. Alterações nessas variáveis possibilitarão um estado homeostático reequilibrado no nível de glicemia (INZUCCHI, 2007).

De acordo com *American Diabetes Association* (2008), o primeiro tratamento para o DM2 é usualmente o planejamento nutricional, perda de peso e atividade física. Quando essas medidas tornam-se insuficientes para baixar a glicemia para próximo dos patamares considerados como aceitáveis, passa-se para a administração de medicamentos.

Para se estabelecer as necessidades nutricionais do paciente faz-se necessário recorrer a uma avaliação nutricional detalhada, incluindo-se a determinação do índice de massa corporal (IMC), a circunferência abdominal e o perfil metabólico.

O plano alimentar do paciente de DM deve fornecer um valor calórico total (VCT) coerente com o objetivo de obtenção ou manutenção do peso corporal desejado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

No que diz respeito ao consumo de álcool, a *American Diabetes Association* (2008b) recomenda aos pacientes diabéticos as mesmas orientações para a população em geral: no máximo duas doses<sup>8</sup> por dia para os homens e um drinque por dia para as mulheres, desde que o diabetes esteja sob controle e não existam problemas agravados pelo álcool, como pressão arterial elevada e danos nos nervos nos braços e nas pernas, sintomas de neuropatia periférica.

## 2.5. Complicações do DM

Nas últimas três décadas observa-se um crescimento significativo do conhecimento sobre a magnitude das complicações do DM. Entre as diversas complicações do

---

<sup>8</sup> Uma dose de bebida equivale a 14 gramas de álcool. A obtenção da quantidade de álcool de uma bebida é obtida a partir da multiplicação do volume dessa bebida pelo seu teor alcoólico. Quanto maior o teor alcoólico, menor a quantidade da bebida para completar uma dose.

DM, a *International Diabetes Federation* (2007) considera como principais: doenças cardiovasculares, nefropatia, neuropatia, amputação e retinopatia (Figura 2.1).

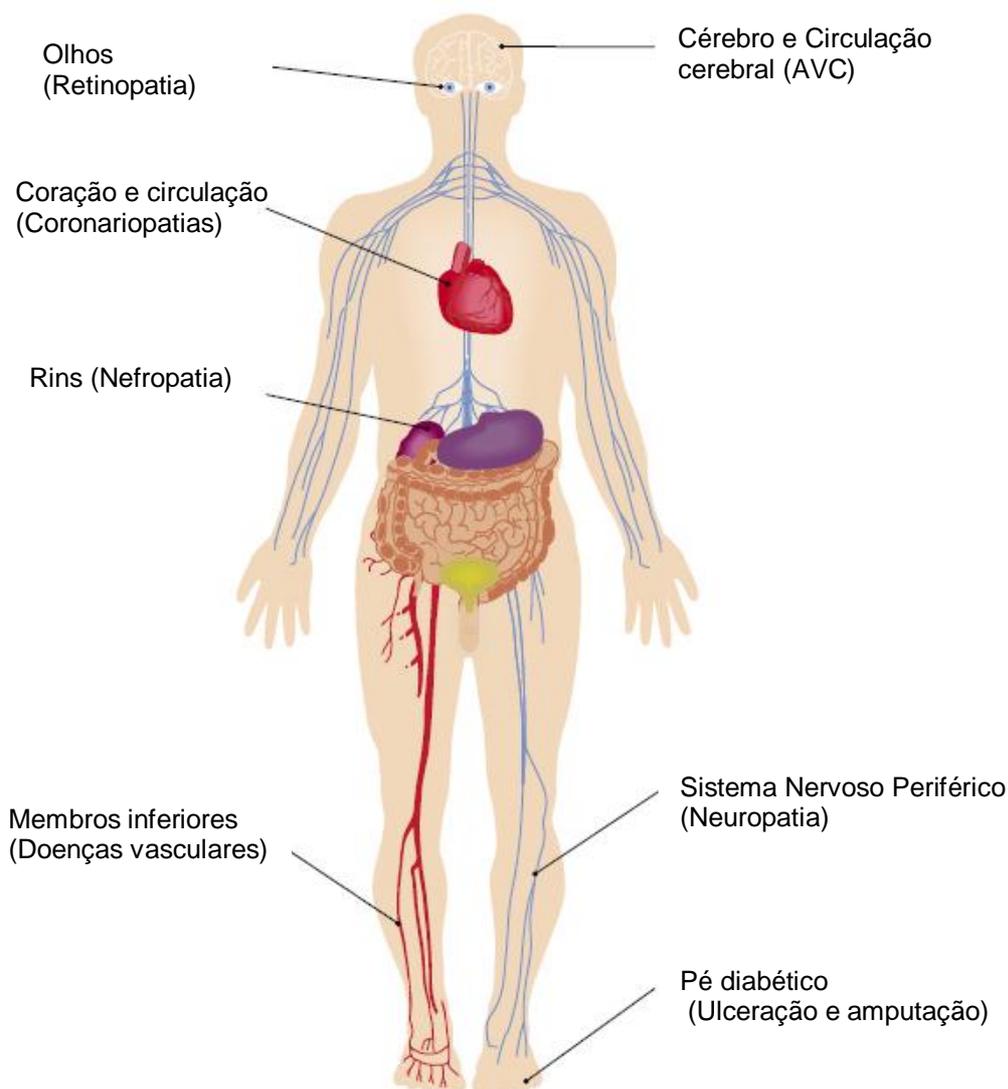


Figura 2.1 - Principais complicações do DM

Fonte: International Diabetes Federation, 2007

### 2.5.1. Infarto do Miocárdio e Acidentes Vasculares

Segundo Inzucchi (2007), os diabéticos representam 20% a 30% dos pacientes que entram nos hospitais com infarto agudo do miocárdio. Os diabéticos podem apresentar sintomas atípicos que retardam a procura do atendimento médico.

Estudos do *International Diabetes Federation* (2006) informam que 70% a 80% das pessoas com DM morrem em decorrência de doenças cardiovasculares.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) confirmam que a doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte entre adultos diabéticos, entre 65% a 80%. O diabetes é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, incluindo coronariopatia<sup>9</sup> e doença cerebrovascular e vascular periférica. O risco do paciente diabético de desenvolver eventos cardiovasculares é duas a quatro vezes maior do que o não-diabético.

Comparada aos não diabéticos, a incidência de acidente vascular cerebral (AVC) nos pacientes diabéticos é duas a cinco vezes maior. A gravidade do AVC e a mortalidade também são maiores nesses pacientes (INZUCHI, 2007).

### **2.5.2. Nefropatia Diabética**

Estudos divulgados pela SBD (2006) informam que a nefropatia diabética (ND) é a principal causa de insuficiência renal crônica em pacientes que ingressam em programas de diálise em países desenvolvidos. O estágio inicial da ND é caracterizado pela presença de quantidades pequenas de albumina na urina e o estágio mais avançado recebe o nome de macroalbuminúria, proteinúria ou nefropatia clínica.

A associação entre hipertensão arterial e DM aumenta o risco cardiovascular. Em pacientes com DM1, existe evidente relação entre hipertensão e desenvolvimento da nefropatia diabética. No DM2, a hipertensão arterial faz parte da síndrome metabólica. O tratamento da hipertensão arterial é fundamental nos pacientes diabéticos, seja para a prevenção da doença cardiovascular como para minimizar a progressão da doença renal.

---

<sup>9</sup> A coronariopatia é a doença aterosclerótica que atinge as artérias que irrigam o coração.

### **2.5.3. Retinopatia Diabética**

Principal causa de cegueira em pessoas em idade produtiva (16 a 64 anos), a retinopatia diabética ocorre com maior frequência em pessoas com DM1 do que em pacientes DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

O exame periódico e o tratamento da retinopatia podem reduzir o número de pacientes cegos pela doença, mas não eliminam todos os casos de perda visual. O exame sistemático preventivo e o rápido acesso ao tratamento são classificados como prevenção secundária às complicações do diabetes. A SBD recomenda o acompanhamento anual da retinopatia.

### **2.5.4. Neuropatia Diabética**

Entende-se por neuropatia diabética o distúrbio neurológico em pacientes diabéticos possível de constatação clínica, ou por métodos laboratoriais, quando são excluídas outras causas de neuropatia. A neuropatia atinge em torno de 50% dos pacientes com diabetes, podendo chegar a próximo de 100% de acometimento quando são utilizados métodos de maior sensibilidade nos diagnósticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

De acordo com a SBD (2006), o acometimento patológico na neuropatia diabética é geralmente amplo no organismo, ficando subdividido em dois grandes grupos: polineuropatia sensório-motora simétrica, ou neuropatia periférica, e neuropatia autonômica (cardiovascular, respiratória, digestiva, geniturinária).

Do ponto de vista do paciente, no grupo de polineuropatia sensório-motora simétrica, as principais manifestações clínicas são dormência ou queimação em membros inferiores, formigamento, pontadas, choques, agulhadas em pernas e pés, desconforto ou dor ao toque de lençóis e cobertores, queixa de diminuição ou perda de sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Quanto aos sintomas e sinais da neuropatia autonômica, merecem destaque: a hipotensão postural, diarreia, constipação, bexiga neurogênica e disfunção erétil (DE). Comparado com a população em geral, o risco relativo de um diabético apresentar DE é quase três vezes maior.

Além da neuropatia, outros fatores contribuem para a DE: doença vascular, controle metabólico, deficiências nutricionais, desordens endócrinas, fatores psicogênicos e medicamentos usados no tratamento de DM e de suas complicações. O tratamento para a DE nos diabéticos inclui a suspensão do consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, otimização do controle da glicose metabólica e a suspensão do uso de medicamentos conhecidos por causar a DE. Medicamentos orais para a DE como o sildenafil e injeção direta de prostaciclina nos corpos cavernosos poderão resultar em ereções satisfatórias. Existe também a opção de implantação cirúrgica de próteses penianas (INZUCCHI, 2007).

#### **2.5.5. Pé diabético**

Uma das complicações crônicas do diabetes é o pé diabético, uma síndrome que afeta os nervos periféricos, principalmente dos pés e pernas, reduzindo a sensibilidade à dor, ao frio e a vibração. Afecções dos membros inferiores como a neuropatia diabética (ND), a doença arterial periférica (DAP), a ulceração ou amputação, são duas vezes mais frequentes nos pacientes com diabetes quando comparados com os não diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007).

O diabetes é responsável pela metade das amputações de membros inferiores nos Estados Unidos. O risco para amputação é quarenta vezes maior nos pacientes diabéticos (INZUCHI, 2007).

#### **2.6. Aderência às Terapias de Longo Prazo**

Em junho de 2001, relatório da Organização Mundial de Saúde conceituou aderência como a intensidade com que o paciente segue as instruções médicas. Posteriormente, em 2003, a própria OMS fez uma revisão desse conceito com base

em questionamentos que conduziram a constatações como a de que o termo “médico” era insuficiente para descrever a dimensão das intervenções utilizadas no tratamento de doenças crônicas. Também foi questionado o uso da palavra “instruções” por refletir uma situação passiva do paciente diante de um conhecimento superior, contrária à presença de um colaborador ativo no processo de tratamento (OMS, 2003).

Pesquisadores da OMS ressaltam que a relação entre o paciente e seu provedor de cuidados (médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde) deve ser uma parceria. As relações de tratamento eficiente são caracterizadas por um ambiente onde as terapias alternativas são abordadas, os regimes negociados, a aderência discutida e o acompanhamento planejado. Essas constatações e questionamentos tiveram como resultado a nova definição da OMS para aderência: a dimensão na qual o comportamento de uma pessoa, como tomar medicamentos, seguir uma dieta ou executar mudanças no seu estilo de vida, corresponde com as recomendações acordadas com o profissional de saúde responsável por seu cuidado.

Entre as razões da não adesão do pacientes a um plano terapêutico destacam-se (MERCK RESEARCH LABORATORIES, 2008):

- ü Crença, equivocada, que já recebeu tratamento suficiente
- ü Descrédito que o medicamento pode ajudar
- ü Esquecimento de tomar o remédio
- ü Indiferença ao estado de saúde
- ü Intimidação por obstáculos (dificuldade em engolir comprimidos ou cápsulas; problemas com a abertura de frascos; concepção do plano terapêutico como inconveniente; incapacidade de obtenção do medicamento)
- ü Não compreensão ou interpretação errônea das instruções
- ü Negação da enfermidade (rejeição do diagnóstico ou de seu significado)
- ü Preocupação com as despesas
- ü Reações adversas (o tratamento é considerado pior que a doença)
- ü Temor das consequências adversas ou do risco de tornar-se dependente do medicamento

De acordo com a OMS, não existe uma medida padrão para mensurar a aderência ao tratamento. Uma das alternativas é solicitar ao paciente e ao provedor de cuidados médicos informação sobre o comportamento de aderência do paciente. Entretanto, médicos e outros provedores de cuidados têm o hábito de superestimar o comportamento de aderência, enquanto que pacientes tendem a mentir com relação ao cumprimento das prescrições médicas visando a atender as expectativas dos médicos.

No caso de diabetes, a baixa aderência ao tratamento tem como consequência a elevação nos custos dos sistemas de saúde, além do sofrimento ao paciente. O estudo CODE-2 <sup>10</sup> constatou que somente 28% dos pacientes diabéticos europeus atingiram um bom controle glicêmico. Para a OMS, o controle de diabetes exige mais do que a adequada administração de medicamentos. Aspectos como autogerenciamento, automonitoramento da glicose no sangue, restrições alimentares, cuidado com os pés e exames oftálmicos são aspectos fundamentais para a redução do risco das complicações crônicas do DM. Nos Estados Unidos, menos do que 2% dos adultos atingiram o nível mais alto do tratamento recomendado pela *American Diabetes Association* (OMS, 2003).

A baixa adesão ao tratamento de DM é resultado da combinação de diversas características da doença e respectivo tratamento, como: tratar-se de uma doença crônica sem desconforto evidente ou risco iminente; o tratamento implicar mudanças no estilo de vida; o tratamento ser complexo, inconveniente e intrusivo; não existir supervisão direta no comportamento do paciente; o tratamento visa a evitar o surgimento de complicações e não à cura; e facultar ao paciente associar o tratamento a uma punição ou a um prêmio. Fazer pequenas refeições com o objetivo de aliviar uma crise hipoglicêmica pode ser percebido pelo paciente como um prêmio, enquanto realizar a aumonitoração da glicemia pode ser interpretada como uma atividade desagradável, reduzindo a frequência desse comportamento. (VÁZQUEZ et al, 1998; WAGNER et al, 1998; WARREN & HIXENBAUGH, 1998; apud SILVA, 2006, p.43).

---

<sup>10</sup> CODE: Cost of Diabetes in Europe.

De acordo com a OMS (2003), a aderência ao tratamento é influenciada de forma simultânea por vários fatores. O sucesso dos pacientes em seguir o plano de cuidados acordados com o médico é frequentemente comprometido pela existência de barreiras em diferentes aspectos: fatores sociais e econômicos, sistema de saúde, características da doença, terapias propostas e fatores relacionados ao paciente (Figura 2.2). Observa-se uma tendência de centralizar o problema da aderência ao tratamento em aspectos relacionados ao paciente em detrimento da contribuição do sistema de saúde.

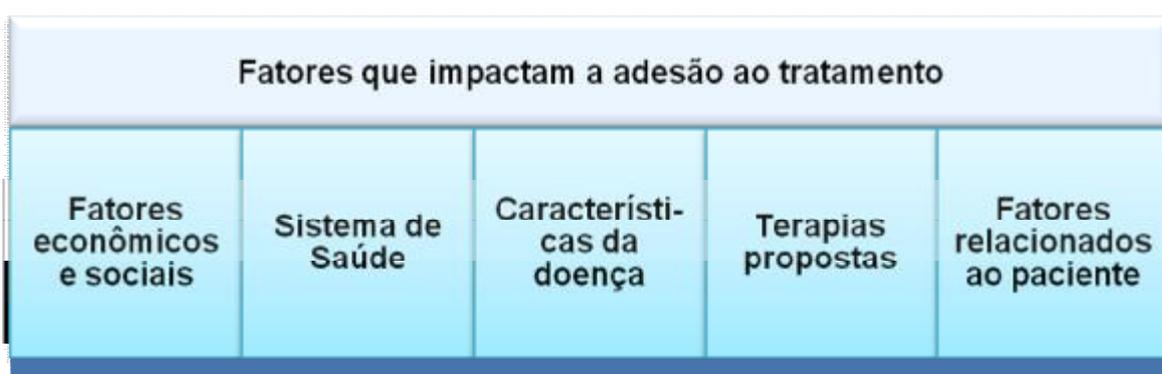


Figura 2.2 – Fatores que impactam a adesão ao tratamento

Fonte: OMS, 2003

A aderência ao tratamento às terapias de longo prazo é um processo dinâmico que necessita de acompanhamento constante. Pesquisas na área das ciências comportamentais revelam que o universo de pacientes pode ser segmentado de acordo com o nível de facilidade em seguir as recomendações médicas. Frequentemente, tratamentos são prescritos para pacientes que não estão aptos para segui-los (OMS, 2003).

Pacientes com diabetes apresentam co-morbidades (hipertensão, obesidade, depressão) que tornam seu tratamento muito mais complexo. Segundo a OMS (2003), problemas de aderência são observados em todas as situações onde se faz necessário o autogerenciamento, independente do tipo de doença, gravidade ou acesso aos serviços de saúde.

Os custos diretos das complicações do DM atribuídos ao baixo controle da doença são de três a quatro vezes maiores do que os custos de tratamento nos pacientes onde a doença é controlada (OMS, 2003).

### 3. O processo de CRM

#### 3.1. Marketing de Relacionamento

Uma observação sobre a evolução do conceito de marketing revela que em algumas épocas este vocábulo esteve relacionado aos aspectos legais da transferência de posse no momento da compra de bens. Posteriormente, o enfoque foi direcionado para a distribuição desses bens. A Associação Americana de Marketing definiu marketing como as atividades que envolviam o fluxo de bens e serviços entre o produtor e o consumidor, definição que foi substituída por uma visão mais ampla, capaz de englobar as responsabilidades administrativas, partindo-se de uma abordagem sistêmica. Uma das modificações do conceito de marketing ocorreu em função da produção e consumo ilimitados de bens e serviços e do reconhecimento de que áreas não restritas à iniciativa privada poderiam utilizar o conceito de marketing, incluindo-se organizações que não visassem ao lucro nas transações, como hospitais, igrejas e partidos políticos (RICHERS, 2006).

Kotler (2000) relacionou marketing com a identificação e o atendimento das necessidades humanas e sociais. O autor segmentou o conceito de marketing em marketing social e marketing gerencial. A primeira definição estaria relacionada ao papel desempenhado pelo marketing na sociedade, cuja missão seria a de proporcionar um padrão de vida mais elevado. Segundo Kotler:

“Marketing é um processo social por meio do qual pessoas e grupos de pessoas obtêm aquilo de que necessitam e o que desejam com a criação, oferta e livre negociação de produtos de serviços de valor com outros.”  
(Kotler, Administração de Marketing, p.30)

O marketing gerencial foi relacionado à venda de produtos. Para Drucker, o marketing tem como meta conhecer e compreender o cliente de forma que o produto ou o serviço seja adaptado a ele e seja vendido por si só. O papel do marketing seria deixar o cliente pronto para comprar (DRUKER apud KOTLER, 2000).

A orientação do marketing é de que a consecução dos objetivos organizacionais está relacionada à eficiência da empresa no processo de criar, entregar e comunicar

valor para os clientes dos mercados estabelecidos como de interesse para a empresa. Essa eficiência tem como referencial o desempenho das empresas que concorrem pelo mesmo mercado.

Entre os conceitos centrais de marketing apresentados por Kotler (2000) é ressaltada a questão das trocas e transações. A troca é uma das formas do indivíduo obter um produto, podendo ele optar pela produção do serviço, obtenção pela força ou ainda recorrer à mendicância. A troca requer a obtenção de um produto ou serviço desejado oferecendo-se algo em troca. O autor afirma que a troca é mais um processo do que um acontecimento, pois as partes que negociam estão engajadas em chegar a condições consideradas aceitáveis para todos os envolvidos.

Kotler defende que o potencial de troca está vinculado a cinco condições: existência de ao menos duas partes; todas as partes têm algo considerado de valor pelas outras partes; todas as partes têm capacidade de comunicação e entrega; todas as partes são livres para aceitar ou recusar a oferta de troca; ambas as partes acreditam ser adequado participar da transação.

Visando ao sucesso das trocas, profissionais de marketing analisam a expectativa de cada uma das partes em relação à transação. Situações de troca são mapeadas pela identificação dos participantes e da existência do fluxo de desejos e ofertas existentes. Neste contexto é que surge o marketing de transação, inserido numa idéia mais ampla: o marketing de relacionamento. O marketing de relacionamento visa à obtenção de relacionamentos satisfatórios entre as partes envolvidas, de forma a ganhar e reter sua preferência nos negócios no longo prazo (KOTLER, 2000).

Peppers & Rogers (2000) registraram a expressão “1to1”, que significa relacionar-se com os clientes de forma individual. Isto demanda conhecer cada um dos clientes, identificar suas necessidades e tratá-los de forma personalizada. O autor ressalta que clientes são essencialmente diferentes e o fato de ignorar essas diferenças ou desconhecê-las, não torna os clientes iguais. É necessário desenvolver com esses clientes uma relação personalizada, criando uma situação em que seja

inconveniente para o cliente mudar para a concorrência. Para o autor, o ser humano, enquanto consumidor, é infiel por natureza, pois sempre deseja experimentar novos serviços ou produtos. A satisfação do cliente não traz necessariamente fidelidade. A fidelidade é diretamente proporcional à inconveniência da mudança para outro fornecedor de produtos ou serviços.

Considerando-se o número elevado de clientes que uma empresa normalmente possui, a migração para o *1to1* somente é viável em função do baixo custo da tecnologia de processamento de dados. Para que uma empresa acompanhe seus clientes de forma individual é imprescindível a utilização de tecnologia de base de dados. A presença de tecnologias interativas, como Internet, *call-center* e automação de vendas possibilitam que os clientes se conectem com a empresa, realizando solicitações e alteração de produtos e serviços. Por sua vez, as empresas, valendo-se da tecnologia de personalização em massa, têm a alternativa de produzir inúmeras variações de um mesmo produto.

Conforme Peppers & Rogers (2000), estabelece-se então uma relação de aprendizado entre cliente e empresa. A cada interação do cliente e respectiva personalização de produtos ou serviços, a empresa vai entendendo as necessidades do cliente e adequando sua oferta. Esta relação de aprendizado contribui para diminuir o risco de o cliente mudar de fornecedor, pois o cliente estará sempre comparando o benefício da mudança com o custo de iniciar, a partir do ponto zero, um processo de aprendizado.

Quando se compara o conceito de marketing com o conceito de marketing de relacionamento, constata-se que uma das principais diferenças é que no marketing o objetivo mais importante é aumentar a participação da empresa no mercado, enquanto que no marketing de relacionamento a meta é aumentar a participação da empresa no cliente. (PEPPERS & ROGERS, 2000).

### 3.2. CRM

É a partir do conceito de marketing de relacionamento que surge o CRM (*Customer Relationship Management*). Uma das definições mais completas de CRM foi apresentada por Peppers & Rogers:

CRM é uma estratégia de negócio voltada ao entendimento e antecipação das necessidades dos clientes atuais e potenciais de uma empresa. Do ponto de vista tecnológico, CRM envolve capturar os dados do cliente ao longo de toda a empresa, consolidar todos os dados capturados interna e externamente em um banco de dados central, analisar os dados consolidados, distribuir os resultados dessa análise aos vários pontos de contato com o cliente e usar essa informação ao interagir com o cliente através de qualquer ponto de contato com a empresa". (PEPERS & ROGERS GROUP, p. 9)

Swift (2001) definiu CRM como um processo iterativo capaz de transformar informações sobre clientes em relacionamentos com os mesmos através da utilização e aprendizagem a partir das informações. Para o autor, um CRM é iniciado a partir da construção do conhecimento sobre o cliente e resulta em interações com o mesmo. Swift estruturou o ciclo do processo de CRM em quatro elementos: descoberta do conhecimento, planejamento de mercado, interação com clientes, análise e refinamento (Figura 3.1).

A primeira fase do ciclo (descoberta do conhecimento) consiste em analisar as informações do cliente visando à identificação de oportunidades de mercado e respectivas estratégias de investimentos. A partir desse conhecimento, caminha-se para a segunda fase: o planejamento de mercado, ou seja, definição das ofertas específicas de produtos e serviços e dos canais de distribuição e comunicação mais adequados ao cliente. Na terceira fase (interação com os clientes) são desenhadas as conexões com os clientes e as prováveis localizações para estas interações. É a fase do gerenciamento da comunicação com os clientes, subsidiada por informações e pela oferta de produtos e serviços. A última fase do ciclo do processo de CRM (análise e refinamento) consiste no aprendizado contínuo a partir do diálogo com os clientes. A análise dos dados das interações possibilita o refinamento da comunicação e da adequação dos serviços às necessidades dos clientes. Peppers & Rogers (2001; 2004a) também compartilham desse conceito de processo de CRM. Os autores segmentam a implementação de uma estratégia de CRM em quatro

etapas: identificar os clientes, diferenciá-los por valor e necessidade, interagir com eles e personalizar produtos e serviços (Figura 3.2). Nessa metodologia, o conhecimento individualizado do cliente é crítico. Sem conhecer sua identidade, história e forma preferida de contato é impossível iniciar um relacionamento personalizado.

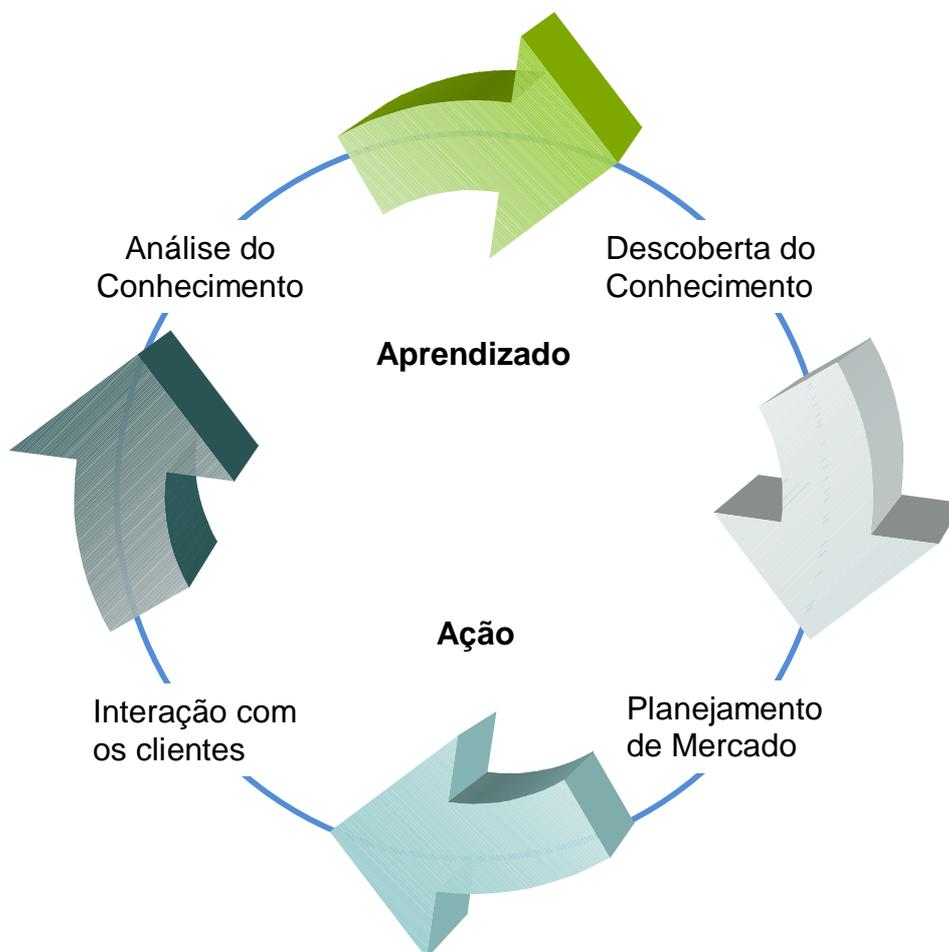


Figura 3.1 - Ciclo do Processo de CRM

Fonte: Swift, 2001

A questão sobre o conhecimento do cliente, também foi abordada por Madruga (2004), que segmentou essa atividade em seis fases:

- ü 1ª fase: identificação dos consumidores potenciais para investimentos em marketing de relacionamento de CRM.

- ü 2ª fase: levantamento de informações demográficas, psicológicas, necessidades dos clientes e nível de satisfação.
- ü 3º fase: compartilhamento das informações com os clientes visando à atualização constante do cadastro e criação do sentimento de participação por parte do cliente.
- ü 4ª fase: utilização da informação em campanhas de marketing de relacionamento como o objetivo de geração de benefícios para o cliente e para a empresa.
- ü 5ª fase: retro-alimentação do sistema a partir das trocas ocorridas nos canais de relacionamento.
- ü 6ª fase: identificação do valor do cliente, suas necessidades, preferências, prioridades relacionadas a produtos e serviços. Utilizar essas informações no desenvolvimento de produtos.

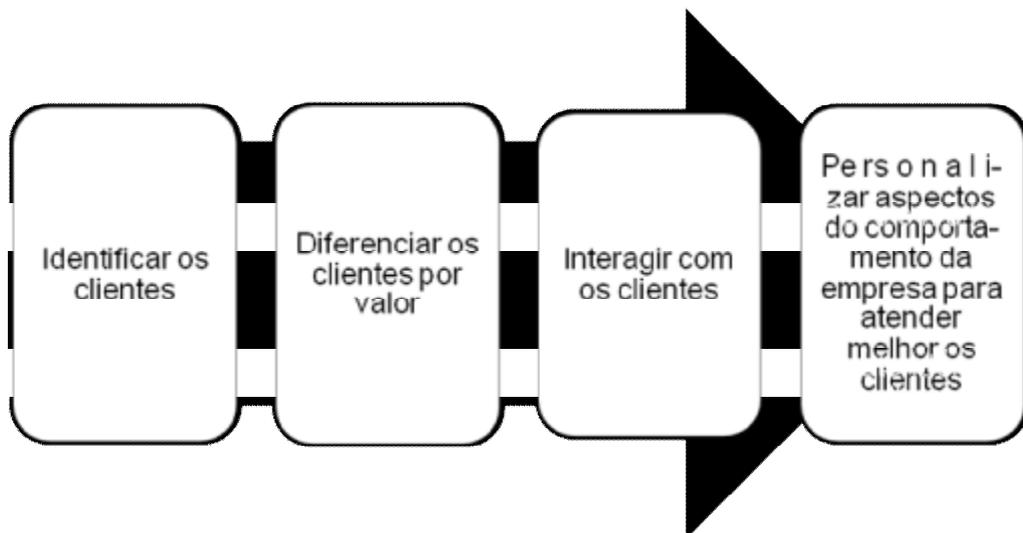


Figura 3.2 - Processo de CRM

Fonte: Peppers & Rogers, 2001

## **Processo de Implementação do GRPC**

### **3.3. Definição do GRPC**

O modelo GRPC (ITO, 2006) foi concebido com o objetivo de fornecer subsídios para a gestão do relacionamento entre profissionais de saúde e paciente numa proposta de parceria. Entre os serviços previstos no GRPC podemos citar a coleta da medida da pressão arterial, da glicemia e outros indicadores que possibilitem avaliar o controle da doença, contribuindo para melhoria da qualidade de vida do paciente.

Considerando-se que no serviço público o intervalo entre as consultas é elevado, podendo chegar até a oito meses, o GRPC surge como alternativa de relacionamento do paciente com profissionais capazes de auxiliá-lo no gerenciamento de sua doença.

A adaptação do CRM para o GRPC prevê um componente operacional, um analítico e um colaborativo (Figura 4.1). O componente operacional compreende os processos que auxiliem a captura de informações referentes ao paciente. Como as informações sobre esses pacientes estão arquivadas nas diferentes instituições onde o paciente recebeu algum tipo de atendimento, faz-se necessário elaborar processos de captura, organização e compartilhamento dessas informações.

O componente analítico do GRPC representa a parte inteligente do processo, onde estão localizadas as ferramentas de análise dos dados coletados, como o perfil dos pacientes. A partir dessa inteligência é possível obter informações em tempo real sobre cada um dos pacientes e o histórico do relacionamento do paciente com as diferentes instituições de saúde e respectivos canais de comunicação.

No componente colaborativo do GRPC estão localizadas todas as tecnologias que facilitam a comunicação do paciente com a instituição, como telefone, fax, telefonia móvel, internet, etc. Para a organização dos contatos do paciente, o GRPC propõe a criação de uma Central de Relacionamento com o Paciente.

A Central de Relacionamento com o Paciente concentra todas as informações sobre o paciente captadas nos diferentes pontos em que o paciente foi atendido, realiza o

processamento dessas informações a partir do componente analítico do GRPC e disponibiliza essas informações para as instituições de saúde e para os médicos. Caso o paciente tenha alguma dúvida ou necessite informar algum evento novo sobre o seu tratamento, poderá acessar a Central de Relacionamento, que funcionará 24 horas em todos os dias da semana.

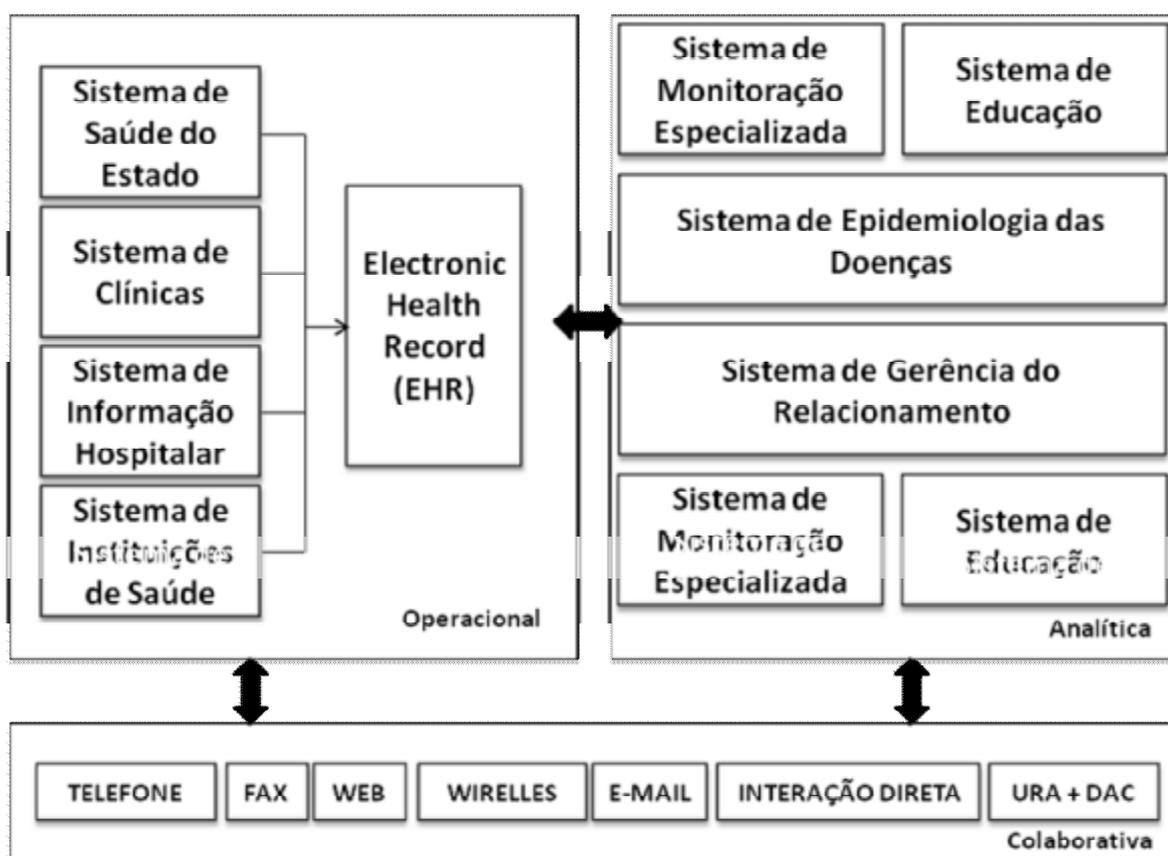


Figura 4.1 – Adaptação do CRM para o GRPC

Fonte: Ito, 2006

### 3.4. Processo de Planejamento para Implementação do GRPC

Embora não previsto nos processos de implementação de CRM apresentados por Swift e Peppers & Rogers (Figura 3.1; Figura 3.2), esses autores enfatizam a importância de se alinhar os sistemas de CRM com os objetivos estratégicos da empresa. A inexistência de alinhamento com a estratégia da organização torna a implementação do CRM pontual, comprometendo os resultados esperados.

O CRM, muito mais do que um sistema, é uma nova forma de conceber e tratar o cliente. Isto envolve mudança na cultura organizacional. É responsabilidade da alta direção da empresa participar das primeiras fases do planejamento do CRM visando a garantir o engajamento dos níveis gerencial e operacional. Embora a tecnologia seja fundamental na implementação de um CRM, não é ela que constrói a relação com os clientes, mas sim a empresa através dos seus funcionários. Portanto, a tecnologia passa a ser secundária aos objetivos organizacionais (PEPPERS & ROGERS, 2004b).

Independente do segmento atuação, os principais objetivos de um CRM geralmente são retenção de clientes, obtenção de clientes e aumento das margens do cliente de forma individualizada. (Swift, 2001).

A hipótese inicial do pesquisador era que, a partir do estudo do processo de implementação de uma estratégia de CRM, fosse possível realizar uma adaptação para a implementação do GRPC. Todavia, essa trajetória não apresentou os resultados esperados à medida que surgiam questionamentos quanto à escolha da doença.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis o questionamento foi qual doença deveria ser objeto de implementação do GRPC e quais os critérios a serem considerados na priorização de determinada doença em detrimento das demais.

Estes questionamentos nos conduziram à concepção de que as diferentes doenças crônicas concorrem entre si pela implementação do GRPC. Partindo-se dessa premissa, o processo foi redesenhado, sendo que a primeira etapa passou a ser o estudo das doenças crônicas (Figura 3.3)



Figura 4.2 – Processo para Implementação - Modelo de Gerenciamento do Paciente Crônico

Fonte: Autor

### **3.4.1. Estudar as doenças crônicas**

#### **§ Definir os profissionais responsáveis pelo estudo de implementação do GRPC.**

Deverão compor a equipe de estudo profissionais responsáveis pela definição dos objetivos estratégicos da instituição onde o GRPC deverá ser implementado. Profissionais da área médica, área de relacionamento com o paciente e do departamento financeiro são imprescindíveis nessa equipe. A alta direção da instituição, ainda que não venha fazer parte da equipe durante todo o processo de estudo, deverá estar presente na fase inicial como um dos principais patrocinadores do estudo.

#### **§ Mapear as epidemias de DCNT global e regionalmente**

Identificar as DCNT. De acordo com Lessa (1998), as DCNT podem ser representadas por grupos de doenças caracterizadas pelos seguintes aspectos: história natural prolongada; multiplicidade de fatores de riscos; interação de fatores etiológicos<sup>11</sup> conhecidos e desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação; evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

A OMS considera como crônicas as doenças que apresentam uma ou mais das seguintes características: são doenças permanentes; provocam incapacidade residual; são causadas por alteração patológica irreversível; demandam treinamento especial do paciente para reabilitação ou exigem um longo período de supervisão, observação e cuidado (OMS 2003).

- **Pesquisar a taxa de mortalidade e morbidade das DCNT.**

Este levantamento contribui para o conhecimento da dimensão das DCNT.

---

<sup>11</sup> Etiológicos: relativo a etiologia; que investiga a causa e origem de algo.

Pesquisas realizadas por instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde fornecem taxas de mortalidade e morbidade para as principais patologias, além de tendências para os anos subsequentes, permitindo assim a construção de cenários epidemiológicos. Regionalmente, o mapeamento das doenças crônicas pode ser obtido a partir de informações dos órgãos de saúde nas diferentes esferas administrativas (federal, estadual e municipal).

### § **Pesquisar a prevalência das DCNT por faixa etária**

Associar a taxa de prevalência das doenças à faixa etária para estimar o percentual da população economicamente ativa afetada pela DCNT.

### § **Conhecer exames necessários para o diagnóstico e controle das DCNT**

Identificar e listar todos os procedimentos médicos necessários ao diagnóstico e tratamento das DCNT. Associar a esses exames a frequência de realização recomendada pela OMS.

### § **Analisar aspectos sociais da doença**

Levantar os anos de vida perdidos por morte prematura (*YLL – Years of Life Lost*), os anos de vida vividos com incapacidade (*YLD – Years Lived with Disability*) e os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*DALY – Disability Adjusted Life of Years*) decorrentes das DCNT.

Conhecer as complicações das DCNT e as limitações impostas ao paciente e respectivos cuidadores.

### § **Analisar aspectos econômicos da doença**

Conhecer o impacto econômico da DCNT sobre três aspectos: serviços de saúde, produtividade do país e renda familiar. De acordo com a OMS (2005), a informação

econômica é um importante componente na definição de estratégias de saúde e os responsáveis por essas decisões deveriam responder às seguintes perguntas:

- ü Qual o impacto econômico da DCNT?
- ü Qual a comparação do impacto dessa patologia com outras DCNT?
- ü Que informações existem sobre a eficácia de diferentes métodos de prevenção das DCNT?
- ü Qual o conhecimento da eficácia dos investimentos realizados nas diversas formas de tratamento da DCNT?

Pesquisar o custo do tratamento da DCNT e o impacto no orçamento familiar com base na classificação sócio-econômica da população.

### **§ Analisar a legislação na área da saúde**

Conhecer o Sistema de Saúde vigente e respectivos serviços disponibilizados para o cidadão. No caso do Brasil, a Constituição Federal, outorgada pelo Congresso Nacional em 1988, definiu a saúde como “*um direito de todos e um dever do estado*”. Principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005):

- § Universal, permitindo o acesso irrestrito a todos os brasileiros;
- § Descentralizado, com ênfase à gestão municipal (local);
- § Com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, permitindo mecanismos de integração e sistemas de referência;
- § Integral, oferecendo todos os tipos de serviços, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação;
- § Com gestão única em cada esfera de governo e
- § Com participação e controle da comunidade.

Conhecer a legislação regional (federal, estadual ou municipal) específica para DCNT que estabeleçam políticas e diretrizes de prevenção e tratamento dessas doenças, como por exemplo, distribuição gratuita de medicamentos.

Estudar a legislação existente que proíbe ou inibe o estabelecimento de comportamentos comprovados como fatores de riscos para desenvolvimento de

DCNT, como por exemplo, o estabelecimento de determinada quantidade de sal em alimentos manufaturados (BANCO MUNDIAL, 2005).

Além da legislação em vigor, devem ser considerados todos os projetos de lei que estejam em trâmites nas diferentes esferas legislativas e que afetem direta ou indiretamente o tratamento das DCNT.

### **§ Conhecer a estrutura de serviços de saúde**

Conhecer a estrutura de serviços de saúde disponíveis para o tratamento das DCNT:

- § Capacidade de atendimento de hospitais, clínicas e outras unidades para diagnóstico e tratamento das DCNT;
- § Capacidade de realização e processamento dos exames característicos do tratamento e controle das DCNT;
- § Distribuição geográfica das unidades de saúde.

Comparar regionalmente a estrutura de serviços de saúde com a população residente.

### **§ Analisar mecanismos de controle da doença**

Estudar estratégias de controle da doença já implementadas para as DCNT e os resultados obtidos, sejam eles positivos ou negativos. Considerar a cultura da população onde essa estratégia foi implementada e avaliar a aplicabilidade em outras populações.

### **§ Analisar fatores de prevenção da doença**

Conhecer programas de prevenção de doenças crônicas e respectivos fatores de sucesso e não sucesso.

Avaliar ganhos com a prevenção das doenças crônicas e viabilidade de atuação nos fatores de riscos. Até 80% das doenças cardíacas e DM2 e um terço dos cânceres podem ser evitados pela eliminação de fatores de riscos como o hábito de fumar, dieta alimentar inadequada, inatividade física e ingestão de bebidas alcoólicas (OMS, 2008).

## § Conhecer as políticas, diretrizes e estratégias na área de saúde

Pesquisar a existência de políticas e objetivos organizacionais na área de saúde já estabelecidos. O GRPC deverá contribuir para os objetivos organizacionais, sejam eles na área pública ou privada. Na área privada, deverá estar alinhado com a missão e valores da empresa e fazer parte dos objetivos estratégicos da organização. O GRPC deve ser entendido como uma das estratégias para a consecução desses objetivos. Na esfera pública, a escolha da doença deverá estar relacionada às metas governamentais para área de saúde, prevista no orçamento público.

Avaliar os conflitos existentes na escolha das doenças. Estudar formas para coibir ou minimizar a provável ação de grupos que venham a se sentir prejudicados ou preteridos com a escolha de determinada doença.

### 3.4.2. Escolher a DCNT

## § Elaborar matriz comparativa das DCNT

A partir das informações levantadas na etapa anterior (estudo das DCNT), elaborar uma matriz com indicadores para as diferentes variáveis estudadas.

Para algumas variáveis não será possível a conversão em números ou outro indicador que permita comparação matemática. Neste caso, as variáveis deverão ser apenas citadas, como por exemplo, nº da legislação e respectivo objetivo, complicações da DCNT e limitações para o paciente (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 - Matriz de Escolha de DCNT

	Diabetes	Doenças cardiovasculares	Doenças do aparelho respiratório	Cânceres
Taxa de mortalidade da DCNT				
Prevalência da DCNT na população (total)				
Prevalência da DCNT na população com <b>menos de 30 anos de idade</b>				
Prevalência da DCNT na população com idade <b>entre 30 e 69 anos</b>				
Prevalência da DCNT na população com <b>mais de 69 anos de idade</b>				
Estimativas da DCNT para os próximos anos (número de pessoas afetadas)				
Complicações da DCNT				
Custo da DCNT para o paciente				
Custo da DCNT para a empresa / governo				
Anos de vida perdidos por morte prematura (YLL)				
Anos de vida vividos com incapacidade (YLD)				
Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY)				
Legislação referente à DCNT				
Resultados obtidos com a prevenção da DCNT				
Aspectos que dificultam ou limitam a prevenção da DCNT				
Resultados obtidos com a prevenção da DCNT				
Aspectos que dificultam ou limitam o controle da DCNT				
Nº de hospitais / população				
Nº de clínicas especializadas / população				
Previsão no planejamento estratégico da empresa ou no plano de governo (SIM / NÃO)				

Fonte: Autor

## § Escolher a doença

Após análise comparativa das DCNT e, considerando os aspectos políticos envolvidos nessa escolha, a doença é finalmente escolhida.

## § Aprofundar conhecimento sobre a DCNT escolhida

O aprofundamento do conhecimento sobre a doença deve ocorrer também nessa etapa, abrangendo de forma qualitativa e quantitativa os seguintes aspectos:

- § Etiologia e classificação da doença;
- § Fatores de risco para o desenvolvimento da doença;
- § Métodos e critérios para o diagnóstico e tratamento da doença;
- § Complicações da doença e respectivas implicações na funcionalidade do paciente;
- § Tecnologias de autogerenciamento da doença.

## § Definir limites de inclusão ou exclusão da DCNT

Realizados a escolha e o aprofundamento do estudo da DCNT, é importante que sejam estabelecidos os limites de inclusão ou exclusão relacionados às classificações da DCNT. Por exemplo, o DM não é definido como única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. A Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Americana de Diabetes (ADA) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomendam a classificação em quatro tipos de diabetes: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos de diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

No caso de cânceres, estabelecer qual o tipo: mama feminina, colo do útero, cólon e reto, traquéia, brônquio e pulmão, estômago, leucemias, cavidade oral, pele melanoma, próstata e outros tipos. (MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2007).

Além da classificação da doença (DM), existe a possibilidade de mais uma abordagem baseada na possibilidade de intervenção de acordo como o grau de desenvolvimento da doença: prevenção primária, secundária ou terciária.

A prevenção primária do DM tem como objetivo impedir o aparecimento da doença. A prevenção secundária é realizada em pacientes já diagnosticados nos quais as complicações do DM ainda não se fizeram presentes. A ênfase ocorre nas modificações do estilo de vida, especificamente sobrepeso e sedentarismo. A perda de 5% a 10% de peso possibilita ao paciente alcançar as metas glicêmicas, retarda a progressão da doença, reduz a necessidade de insulina e pode possibilitar a retirada do tratamento farmacológico. No DM2 as complicações macrovasculares<sup>12</sup> se iniciam prematuramente e as microvasculares<sup>13</sup> surgem quando existem taxas de glicemias elevadas. Portanto, as intervenções, quando já existe o diagnóstico de DM, objetivam a prevenção das complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

A prevenção terciária é caracterizada pelas intervenções quando já existe a presença das complicações crônicas (retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética, pé diabético, infarto do miocárdio e acidentes vasculares) visando prevenir incapacidades ou morte e é responsável pela maior parte dos gastos no tratamento do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Considerando-se a impossibilidade de abranger todos os pacientes com diabetes, a segmentação surge como alternativa de alocação de recursos no que se considera exequível em determinado momento. Richers e Lima (1991) ressaltam que é melhor concentrar-se no que é conquistável, resultado da combinação entre uma demanda efetiva, embora limitada, associada à capacidade de atendê-la plenamente, do que tentar abranger todo o universo.

### **3.4.3. Definir o objetivo do monitoramento**

Escrever o objetivo do monitoramento do paciente crônico de forma que seja inteligível por todos os níveis organizacionais e também para o paciente.

---

<sup>12</sup> Doenças macrovasculares: doenças dos grandes vasos (coração, cérebro e pés)

<sup>13</sup> Doenças microvasculares: doenças dos pequenos vasos (rins, olhos, nervos)

Elaborar indicadores que permitam aferir se os objetivos do monitoramento estão sendo atingidos.

O modelo de Gestão do Paciente Crônico foi elaborado por Ito (2006) para estimular a aderência dos pacientes crônicos ao seu tratamento.

De acordo com a OMS, não existe uma medida padrão para mensurar a aderência ao tratamento. Muitas das estratégias utilizadas como medidas de aderência têm custo elevado ou dependem de tecnologia da informação, o que as tornam inviáveis, principalmente em países com elevada desigualdade de distribuição de renda, como é o caso do Brasil (OMS, 2003).

Diante desse cenário, a proposta é que o objetivo de aderência ao tratamento seja fragmentado em objetivos menores, como por exemplo: reduzir o absenteísmo nas consultas e exames médicos previamente agendados; diminuir o nível de sedentarismo dos pacientes; reduzir o tabagismo; contribuir para a adequação da dieta; diminuir o índice de massa corporal; e quaisquer outros objetivos que, embora menos ambiciosos, contribuem para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

O GRPC pode atender a mais de um objetivo, desde que esteja estruturado para atender as respectivas demandas.

#### **3.4.4. Conhecer o paciente**

Estabelecido o objetivo do GRPC, a próxima etapa é conhecer o paciente, fator determinante para as fases posteriores e anteriores do processo, pois pode ocorrer que o entendimento do paciente demande a revisão de objetivos. Sobre o desafio de compreender o paciente, afirma Maldaum (2007):

Não há como abranger totalmente o ser humano. Seja qual for a totalidade que acreditamos compreender, esse Ser nos escapa. (Maldaum, p.57)

A essa realidade soma-se o fato de existir, nos projetos de CRM, foco excessivo em tecnologia e aplicações, e baixa preocupação com o cliente, motivos de insucesso de 60% a 80% dos projetos de implementação de CRM. (PEPPERS & ROGERS, 2004b).

Conhecer o paciente exige o levantamento de informações demográficas e psicológicas, demanda conhecer sua trajetória de vida, abrangendo aspectos subjetivos do adoecer.

### **§ Elaborar projeto de coleta de informações**

- Definir o objetivo da coleta de informações;
- Listar o tipo de informação a ser pesquisada (áreas de abordagem);
- Pesquisar bancos de dados sobre a doença a ser estudada, utilizando-se dos sistemas públicos e privados;
- Definir metodologia da pesquisa;
- Para a realização de pesquisa com pacientes:
  - § Definir público alvo e amostra;
  - § Elaborar cronograma de investimentos e tempo de realização da pesquisa;
  - § Adequar-se aos códigos de ética de pesquisa em vigor;
  - § Obter aprovação do projeto;
  - § Elaborar questionário ou outro instrumento de pesquisa previamente definido;
  - § Selecionar e treinar os profissionais responsáveis pelo levantamento de informações junto aos pacientes;
  - § Pré-testar o instrumento de pesquisa;
  - § Realizar os ajustes necessários;
  - § Validar o instrumento de pesquisa.

A escolha do tipo de informação a ser pesquisada está diretamente relacionada com os objetivos da pesquisa e a DCNT objeto de aplicação do GRPC. Todavia, existem grupos de informações que necessitam ser levantados independente do tipo de doença. Estas categorias de informação são detalhadas a seguir.

### **§ Perfil sócio-demográfico dos pacientes**

- § Gênero;
- § Faixa etária;
- § Estado civil;
- § Escolaridade;

- § Localização do domicílio;
- § Classe social (rendimento familiar);
- § Número de pessoas residentes no domicílio e grau de parentesco;
- § Acesso à tecnologia de comunicação (telefone, celular, computador);
- § Local de nascimento;
- § Posse de plano de saúde privada;
- § Profissão;
- § Situação profissional.

Sistemas públicos de informação sobre a saúde são fontes confiáveis de informações sobre o paciente crônico. Pesquisas de saúde, patrocinadas por instituições governamentais, em geral de grande abrangência geográfica, podem contribuir para essa fase de conhecimento do paciente. No Brasil existe o sistema informatizado HiperDia, onde estão cadastrados os portadores de diabetes e hipertensão.

### **§ Habilidades tecnológicas**

Além da identificação do acesso às diferentes tecnologias de comunicação é necessário avaliar a afinidade ou a resistência ao uso de determinadas tecnologias. Essas resistências podem ser objetivas, decorrentes das complicações da DCNT, como a redução da capacidade visual, como também subjetivas.

### **§ Aspectos subjetivos do adoecer**

Conhecer crenças e valores do paciente. Essas crenças estão presentes no discurso utilizado pelo paciente ao abordar seu sofrimento no convívio com a doença, os recursos que utiliza para superar esse sofrimento e também quando verbaliza os fatores que considera como responsáveis pela presença da doença em sua vida.

O processo de adaptação ao diagnóstico de diabetes é interpretado por alguns estudiosos como análogo ao processo de luto e perda. Adaptar-se ao diagnóstico é adaptar-se à perda de um corpo saudável, da espontaneidade de viver como anteriormente se vivia. Cox descreve cinco estágios no processo de adaptação: negação, raiva, negociação, depressão e acomodação. A sequência e duração

dessas fases podem diferir entre os doentes (COX et al., 1991; RYAN, 1997; apud SILVA, 2006 p.105).

A palavra *illness* (*perturbação, mal-estar, desconforto*) foi utilizada por Cassel para indicar o que o paciente sente no momento em que vai ao médico e a palavra *disease* (doença, patologia) para representar o que o paciente tem ao deixar o consultório médico. O autor aponta a importância do aspecto subjetivo da perturbação, entendida como uma resposta do ser humano, e daqueles que o cercam, de que ele não está se sentindo bem. É como o paciente interpreta a origem e o significado dessa perturbação, a forma como isso afeta seu comportamento e o seu relacionamento com os outros, assim como sua atitude para reverter essa situação de desconforto. Essa perturbação transcende a experiência da doença ao incluir o sentido que o indivíduo lhe atribui. A doença pode trazer diferentes questionamentos, como por exemplo: “por que isso aconteceu comigo?”, “o que fiz de errado para merecer isso?”, “por que agora?”. Uma mesma doença pode ser interpretada de forma distinta por dois indivíduos de culturas diferentes ou de origem social diversa, com implicações na forma de como esse indivíduo conviverá com a doença (CASSEL apud HELMAN, 2009 p. 117).

O entendimento científico da necessidade do ser humano de atribuir sentido aos fatos teve origem com a Fenomenologia, escola filosófica iniciada por Edmund Husserl (1859-1938). A palavra fenomenologia, composta pelos étimos<sup>14</sup> gregos *phainomemon* e *logos*, descreve a ciência que se ocupa em estudar os fenômenos. A palavra *phainomenon* é derivada do verbo *phainesthai* e significa “mostrar-se”. O verbo *phainesthai*, forma média de *phaino*, significa “trazer para a luz do dia”, “pôr no claro”. Portanto, fenômeno é aquilo que se mostra, que se revela, o que se pode pôr à luz do dia. (TURATO, 2003; BELLO, 2006).

Husserl, pai da Fenomenologia, considera que para o ser humano é muito importante compreender o sentido das coisas, todavia, nem tudo é imediatamente compreensível. Não interessa o fato em si, mas o sentido desse fato, uma corrente oposta ao Positivismo, para quem os fatos são muito importantes. Mas o que são os fatos? Qual o seu sentido? Não basta dizer que os fatos existem. Essa questão do

---

<sup>14</sup> Étimo: palavra que serve de base para a formação de palavras por derivação ou composição

sentido “é um problema de fundo para toda a história da filosofia ocidental, pois a filosofia é a busca do sentido e não dos aspectos do objeto” (BELLO, 2006, p.25).

Para os fenomenologistas são importantes os aspectos subjetivos do comportamento das pessoas. Significações de experiências constituem uma realidade construída. Turato considera a fenomenologia como a principal base filosófica para as atuais pesquisas qualitativas. O campo da experiência não deve ser identificado como o da realidade. O campo da experiência é o dos fenômenos enquanto e como nos aparece (TURATO, 2003).

Conceitos elaborados pela antropologia médica, que estuda o sofrimento humano e as etapas pelas quais as pessoas passam para explicá-lo e aliviá-lo (HELMAN), são úteis para o processo de interpretação dos dados demográficos dos pacientes. Para Uchoa e Vidal (1994), a antropologia médica revela as limitações da tecnologia biomédica diante do desafio de se alterar de forma definitiva a morbidade de uma população.

Informações demográficas como sexo e idade dos pacientes podem ser obtidas sem muita dificuldade, todavia, é o estudo das implicações dessas características no processo de adoecer que fornece subsídios para o conhecimento do paciente. Por exemplo, é esperado do gênero masculino, diante do sofrimento e da dor, uma linguagem de sofrimento não-emocional, sem queixas, com maior resistência para consultar um médico, principalmente se este médico também for homem. A consequência desta postura é que alguns homens ignoram os sintomas precoces das doenças (HELMAN, 2009).

#### **§ Tempo de convívio com a DCNT, a contar da data do diagnóstico.**

O tempo de convívio com a doença é um fator que influencia a qualidade de vida do paciente, podendo levá-lo ao *burnout*, descrito por Polansky como a experiência do paciente sentir-se consumido, esgotado física e psicologicamente, diante da doença. O confronto com dificuldades crônicas sob as quais pouco pode ser feito propicia o desenvolvimento de sentimentos de desânimo, fracasso, culpa e perda de interesse em relação ao tratamento (POLANSKY apud Silva, 2006).

### **§ Dificuldades do paciente no convívio com a doença**

A pesquisa de satisfação com os serviços de saúde, desde que permita ao entrevistado expressar livremente seus sentimentos e opiniões, é uma das formas de identificar as dificuldades do paciente em aderir ao tratamento médico. É através da história do seu sofrimento que poderemos identificar alternativas de relacionamento com o paciente.

É necessário criar uma oportunidade, que não é o momento da consulta, para que o paciente expresse suas necessidades sem a responsabilidade, ainda que inconsciente, de atender às expectativas do profissional de saúde que o atende.

### **§ Estágio de desenvolvimento da DCNT**

Conhecer o estágio de desenvolvimento da doença e a presença de complicações na saúde do paciente.

Avaliar o comprometimento funcional do paciente decorrente da DCNT e também de outras patologias. O conhecimento da funcionalidade do paciente é imprescindível na escolha da forma de relacionamento com o paciente crônico prevista no GRPC.

### **§ Presença de outras doenças (comorbidades)**

Além da DCNT, é necessário conhecer quais outras doenças fazem parte da vida do paciente. Independente da gravidade da doença ou das implicações na vida do paciente, essa outra doença é mais uma questão a ser considerada na rotina de procedimentos e cuidados exigidos do paciente crônico.

Além do aspecto emocional e físico para o doente crônico, o tratamento de outras doenças (comorbidades) impacta também o orçamento familiar.

Outro aspecto essencial é conhecer os canais de comunicação de que o paciente dispõe. Quais canais prefere e quais não prefere, seja em decorrência de não

possuir habilidades e afinidades tecnológicas ou por incapacidade física resultante da doença, como limitações motoras e visuais. Uma das complicações crônicas do diabetes é a retinopatia, responsável pela perda de acuidade visual do indivíduo. Acidente vascular cerebral ou encefálico é também uma das complicações que compromete a funcionalidade do paciente.

- Realizar a pesquisa
  - Realizar a coleta de informações;
  - Formatar banco de dados para o registro e recuperação das informações;
  - Alimentar o banco de dados com as informações obtidas;
  - Agrupar as informações por semelhança de resposta;
  - Elaborar relatório final da pesquisa.

No caso da pesquisa quantitativa, é possível a extrapolação dos resultados para o universo dos pacientes onde o GRPC deverá ser aplicado.

### **3.4.5. Planejar Serviços**

#### **§ Classificar e agrupar as necessidades dos pacientes**

Valendo-se das informações obtidas na fase anterior (conhecimento do paciente), analisar todas as necessidades dos pacientes verbalizadas ou percebidas, classificá-las por grau de semelhança, por faixa etária, sexo, funcionalidade do indivíduo ou outra variável.

#### **§ Priorizar necessidades do paciente**

A priorização das necessidades é definida conforme a percepção do paciente, respeitando-se todos os aspectos subjetivos envolvidos.

#### **§ Verificar alinhamento dos objetivos do GRPC com as necessidades do paciente**

Checar se os objetivos do GRPC atendem às necessidades dos pacientes. Caso negativo, esses objetivos devem ser reformulados.

### § Definir oferta de serviços

Definir o número de pessoas que o GRPC pretende atender considerando-se os recursos disponíveis: tecnológicos, humanos, financeiros e estruturais. Previsão de demanda.

Listar e priorizar os possíveis serviços a serem oferecidos de acordo com as necessidades dos pacientes e limitações do GRPC.

Elaborar fluxograma para cada um dos serviços visando a definir:

- Quais operações são realizadas;
  - Onde e quem realiza as operações;
  - Quais as entradas e saídas;
  - Como fluem as informações;
  - Quais os recursos gastos no processo;
  - Qual o volume de trabalho;
  - Qual o tempo de execução, parcial ou total.
- 
- Realizar planilha de custos de prestação de cada um dos serviços.
  
  - Definir os serviços que serão oferecidos aos pacientes.
  
  - Estabelecer forma de comunicação com os pacientes, quais campanhas devem ser desenvolvidas para a divulgação do serviço.
  
  - Definir a forma de adesão do paciente, considerando-se aspectos jurídicos e éticos estabelecidos nos códigos vigentes.

### 3.4.6. Interagir com os pacientes

Conhecidas as tecnologias que o paciente dispõe e qual prefere utilizar, como também suas necessidades e definidos os serviços concebidos para atendê-las, inicia-se processo de interação. O serviço é oferecido ao paciente e, ocorrendo a sua adesão, a prestação do serviço é iniciada.

A arquitetura tecnológica para o GRPC (ITO, 2006) permite o compartilhamento de informações entre profissionais da saúde e paciente. Informações armazenadas nas diferentes instituições de saúde em que o paciente foi atendido são integradas, consolidadas e compartilhadas. Essa unificação de informações é imprescindível para a qualidade e eficiência da interação com o paciente.

- Interagir com o paciente;
- Acompanhar a evolução de suas necessidades e expectativas de atendimento.

#### **3.4.7. Analisar o conhecimento**

Nesta fase do processo deverão ser analisadas todas as informações resultantes das interações com os pacientes. Serviços aos pacientes são redefinidos, canais de comunicação podem ser descartados e adaptados.

É o momento de verificação se os objetivos estabelecidos pelo GRPC estão sendo atingidos. Caso não estejam, estudar as causas prováveis desse resultado. Reclamações dos pacientes e outras pessoas envolvidas no GRPC são de valor estratégico, pois permitem evoluir na curva de aprendizado, característica de um processo complexo como esse. Informações fornecidas pela ouvidoria da central de relacionamento com o paciente devem ser tabuladas e analisadas qualitativamente e quantitativamente.

- Definir formas de avaliação do GRPC. Alguns indicadores poderão ser gerados pelo próprio sistema.
- Avaliar os resultados obtidos. Conhecer as expectativas do paciente antes da adesão ao GRPC e compará-la com a percepção do paciente após a

prestação dos serviços oferecidos. Esta comparação possibilitará o conhecimento das expectativas excedidas, atendidas, parcialmente atendidas e não atendidas (GIANESI & CORRÊA, 1994).

- Definir estratégias e ações corretivas visando-se à adequação do GRPC aos problemas apresentados na avaliação.

## **4. Estudo de Caso**

### **4.1. Escolher a doença**

Para o estudo de caso da presente pesquisa foi escolhido o diabetes mellitus tipo 2, responsável por 90% dos casos de DM.

### **4.2. Definir o objetivo do monitoramento**

Quanto ao objetivo do monitoramento, consideramos os objetivos do GRPC proposto por ITO (2006), aumentar a adesão do paciente ao tratamento.

### **4.3. Conhecer o Paciente**

#### **4.3.1. HiperDia**

A fase de descoberta do conhecimento demanda a análise das informações sobre o paciente. Faz parte dessa etapa o levantamento de informações demográficas, psicológicas, necessidades dos pacientes e nível de satisfação.

Visando ao levantamento de informações demográficas sobre o paciente de diabetes mellitus, o pesquisador recorreu ao cadastro do HiperDia, Sistema de Informação em Hipertensão e Diabetes, organizado pelo Ministério da Saúde.

O HiperDia foi criado em junho de 2002, quando o secretário-executivo e o secretário de políticas de saúde assinaram a portaria nº 112, instituindo o fluxo de alimentação da base nacional do HiperDia, obrigatório para todos os municípios que aderirem ao Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à hipertensão e ao diabetes mellitus no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) disponibilizou para estados e municípios um sistema informatizado (HiperDia) que permite o cadastramento de portadores dessas doenças, o seu acompanhamento, além da garantia de recebimento dos medicamentos prescritos. A expectativa do MS é que, a médio prazo, seja possível definir o perfil epidemiológico desta população, viabilizando o estabelecimento de estratégias de saúde pública que modifiquem o panorama da saúde no Brasil, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

O Ministério da Saúde estima que na cidade de São Paulo existam 1.027.317 de hipertensos e 513.658 diabéticos. Desse universo de 1.540.975 pessoas, 58.242 estão cadastradas no HiperDia, ou seja, 3,8%. Os primeiros registros do HiperDia datam de janeiro de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE/HIPERDIA, 2009).

Na análise das informações extraídas do HiperDia é importante que seja considerado que esse sistema contempla apenas o atendimento ambulatorial das unidades do SUS, portanto, os atendimentos dos pacientes com DM e hipertensão realizados nos hospitais não estão contabilizados nas estatísticas apresentadas. Essa informação torna-se relevante quando consideramos que muitas das complicações do DM são tratadas nos hospitais. Outra variável a ser considerada é que o estado de São Paulo foi uma das últimas unidades da Federação a realizar a transição para o SUS.

Consulta realizada no HiperDia em 01 de maio de 2009, para o município de São Paulo, revelou a existência de 58.242 pessoas cadastradas, sendo 40.924 do gênero feminino e 17.318 do gênero masculino, ou seja, as mulheres representam 70% dos pacientes em São Paulo cadastrados no HiperDia (Gráfico 5.1). Quando classificados por faixa etária, constata-se que a faixa de 50 a 69 anos concentra 55% do universo, 30.996 pessoas (Gráfico 5.2).

A análise da base de dados do HiperDia, por patologia, demonstra a concentração de hipertensos (66%), seguidos de hipertensos com DM2 (25%). Pacientes hipertensos com DM1 representam 5% do universo, exclusivamente DM2 são 4% e exclusivamente DM1 apenas 1% (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 - Frequência de patologias cadastradas no HiperDia  
Cidade de São Paulo – SP

Patologia	Pacientes Cadastrados	
	Nº	%
Hipertensão	38.409	65,9%
<b>Hipertensão e DM2</b>	<b>14.355</b>	<b>24,6%</b>
<b>Hipertensão e DM1</b>	<b>2.784</b>	<b>4,8%</b>
<b>DM2</b>	<b>2.143</b>	<b>3,7%</b>
<b>DM1</b>	<b>551</b>	<b>0,9%</b>
Total	58.242	100,0%

Fonte: HiperDia



Gráfico 5.1 – Pessoas Cadastradas no HiperDia por gênero  
Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

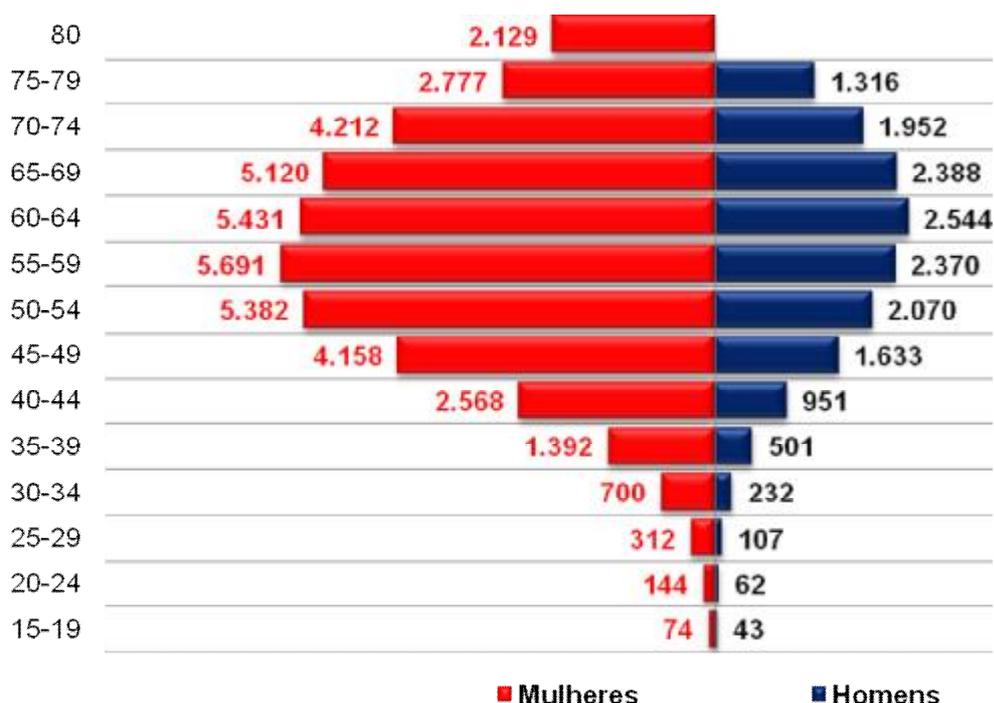


Gráfico 5.2 – Pessoas cadastradas no HiperDia, por faixa etária  
 Cidade de São Paulo-SP  
 Fonte: HiperDia

Considerando-se que o sujeito do presente estudo é o paciente de DM, nas consultas realizadas no HiperDia não foram selecionados os pacientes com diagnóstico de hipertensão não associada ao diabetes. As informações sobre o perfil do paciente, apresentadas a seguir, estão segmentadas em três grupos: indivíduos com DM1; indivíduos com DM2; indivíduos com diabetes e hipertensão. A subdivisão dos pacientes com DM e hipertensão em hipertensos com DM1 e hipertensos com DM2 não foi possível, pois o sistema de consultas do HiperDia (TabNet) não possibilita essa forma de segmentação.

### Indivíduos com DM1

Dos 551 indivíduos com diagnóstico de DM1 cadastrados no HiperDia, 58% (320) são mulheres e 42% (231) homens (Gráfico 5.3). Quando estruturados por faixa etária, observa-se que 35% (82) dos homens com DM1 estão na faixa de 40 a 54 anos e nas mulheres esta representatividade é de 29% (Gráfico 5.4).

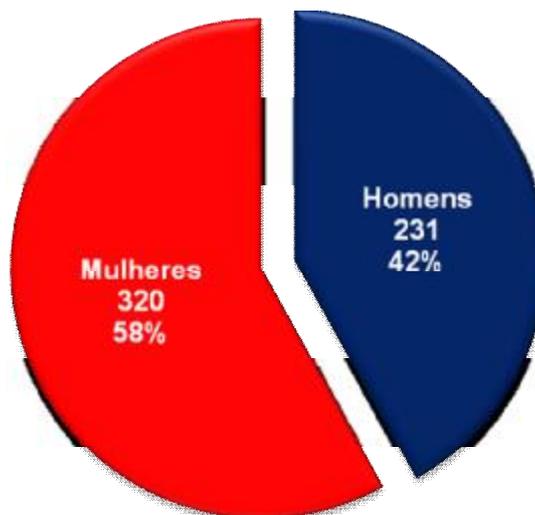


Gráfico 5.3 – Pessoas com DM1 cadastradas no HiperDia, por gênero  
 Cidade de São Paulo-SP  
 Fonte: HiperDia

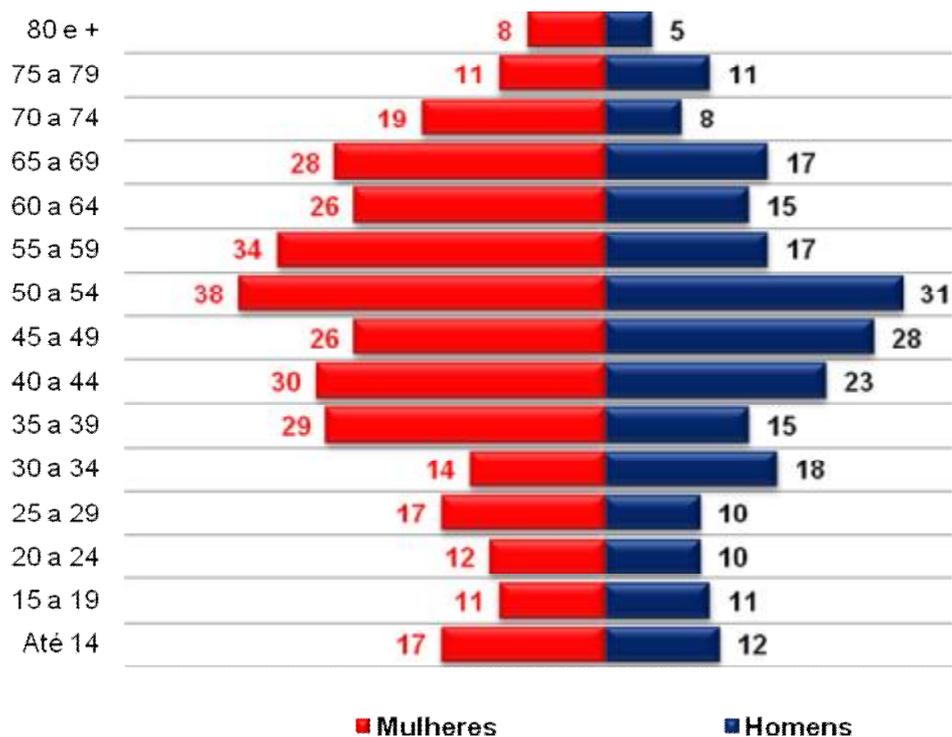


Gráfico 5.4 – Pessoas com DM1 cadastradas no HiperDia, por faixa etária  
 Cidade de São Paulo – SP  
 Fonte: HiperDia

## Indivíduos com DM2

Das 2.137 pessoas com diagnóstico de DM2 cadastradas no HiperDia, 57% (1.213) são mulheres e 43% (924) homens (Gráfico 5.5). Quando estruturados por faixa etária, constata-se que 55% (504) dos homens com DM2 estão na faixa de 45 a 64 anos e nas mulheres esta representatividade é muito semelhante, 54% (1.162), conforme apresentado no gráfico 5.6.

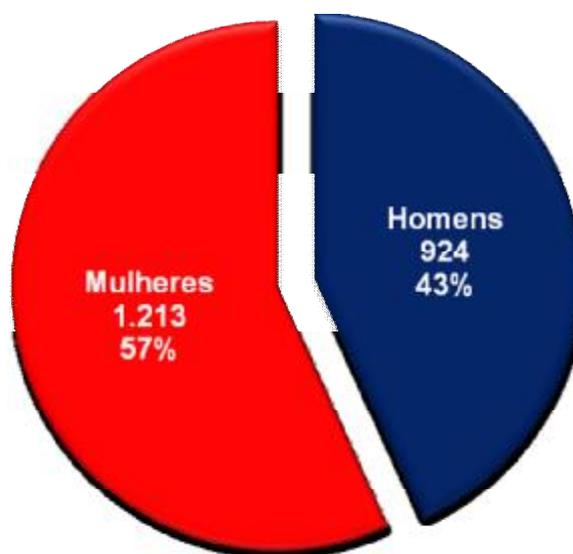


Gráfico 5.5 – Pessoas com DM2 cadastradas no HiperDia, por gênero  
Cidade de São Paulo – SP  
Fonte: HiperDia

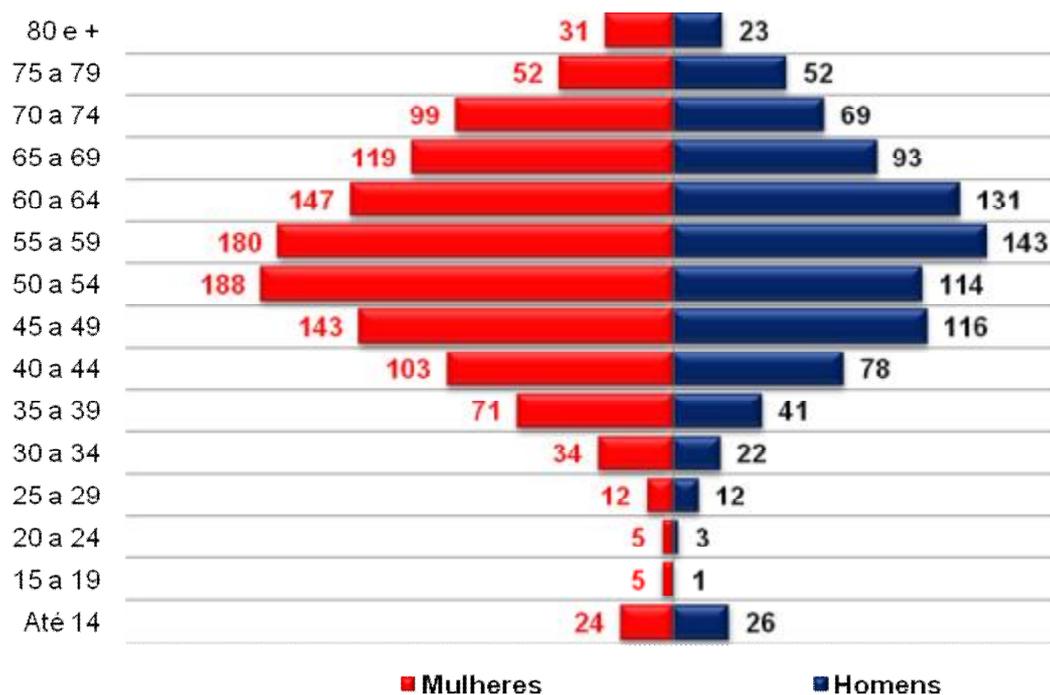


Gráfico 5.6 – Pessoas com DM2 cadastradas no HiperDia, por faixa etária  
 Cidade de São Paulo – SP  
 Fonte: HiperDia

### Indivíduos hipertensos e diabéticos (DM1 e DM2)

O universo de doentes com DM e hipertensão cadastrados no HiperDia é de 17.115 pessoas, segmentado em 11.836 mulheres (69%) e 5.279 homens (31%). Considerando-se a variável faixa etária, constata-se que os pacientes com idade superior a 50 anos representam 83% dos casos de diabéticos com hipertensão. A faixa etária de 55 a 69 anos concentra 45% dos casos do gênero masculino e 46% do gênero feminino. Pacientes com idade a partir de 70 anos respondem por 25% dos casos em cada um dos gêneros (Gráfico 5.7; Gráfico 5.8).

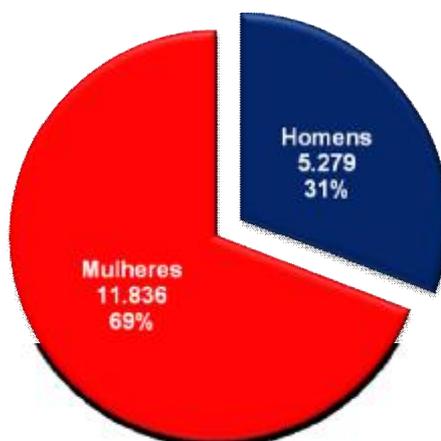


Gráfico 5.7 – Pessoas diabéticas com hipertensão cadastradas no HiperDia, por gênero - Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

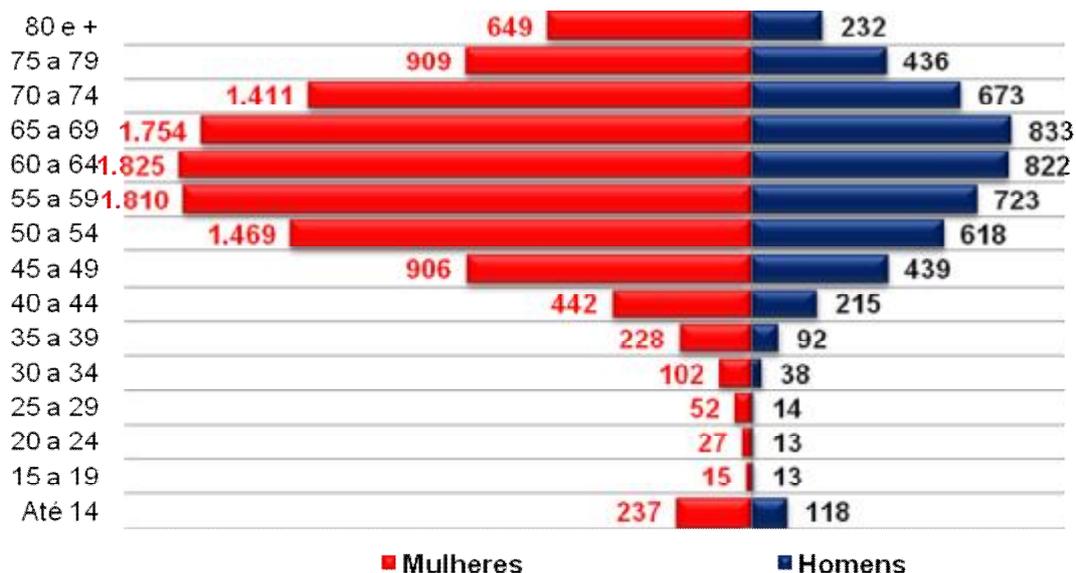


Gráfico 5.8 – Pessoas diabéticas com hipertensão cadastradas no HiperDia, por faixa etária - Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

O Ministério da Saúde considera como tabagismo o consumo de um ou mais cigarros por dia. Dos pacientes com DM1, 19% (104) apresentam esse hábito de fumar, sendo que nos homens essa taxa é maior do que no público feminino, de 23% (52) e 16% (52), respectivamente (Tabela 5.2) A análise da distribuição do

tabagismo por idade torna-se inviável quando distribuídos os 52 casos de DM1 por 13 faixas etárias. Seria necessária uma base maior de pacientes para inferências sobre a ocorrência de tabagismo por faixa etária. (Tabela 5.3).

Dos pacientes com DM2, 18% (395) são classificadas como tabagistas, sendo que no sexo masculino essa taxa é de 23% e no sexo feminino de 15% (Tabela 5.2). A análise do tabagismo por faixa etária revela que nos homens o maior índice de tabagismo (32%) está na faixa de 34 a 39 anos, enquanto que nas mulheres a maior taxa (29%) está na faixa de 40 a 44 anos (Tabela 5.4; Gráfico 5.9).

O tabagismo é observado em 15% dos pacientes com diabetes e hipertensão cadastrados no HiperDia. Nos homens, essa ocorrência é de 20% e no gênero feminino é de 13% (Tabela 5.2). As mulheres na faixa etária entre 35 a 44 anos apresentam as maiores taxas de tabagismo, 25% e 26%. Nos homens, a faixa de 35 a 39 anos apresenta uma taxa de ocorrência de 32%. Na faixa etária de 40 e 54, o tabagismo está presente entre de 26% a 28% dos homens (Tabela 5.5 Gráfico 5.10).

Tabela 5.2 – Tabagismo nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos  
Cidade de São Paulo-SP

	DM1					DM2					Diabéticos Hipertensos (DM1 e DM2)				
	Total	Sim		Não		Total	Sim		Não		Total	Sim		Não	
Homens	231	52	23%	179	77%	924	210	23%	714	77%	5.279	1.047	20%	4.232	80%
Mulheres	320	52	16%	268	84%	1.213	185	15%	1.028	85%	11.836	1.548	13%	10.288	87%
Total	551	104	19%	447	81%	2.137	395	18%	1.742	82%	17.115	2.595	15%	14.520	85%

Fonte: HiperDia

Tabela 5.3 – Tabagismo nos pacientes com DM1, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM1		Tabagismo	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	12	17		
15 a 19	11	11	3	
20 a 24	10	12	3	1
25 a 29	10	17	4	1
30 a 34	18	14	3	3
35 a 39	15	29	2	6
40 a 44	23	30	4	7
45 a 49	28	26	9	6
50 a 54	31	38	9	11
55 a 59	17	34	5	7
60 a 64	15	26	4	1
65 a 69	17	28	4	5
70 a 74	8	19	1	2
75 a 79	11	11	1	2
80 e +	5	8		
Total	231	320		

Fonte: HiperDia

Tabela 5.4 – Tabagismo nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM2		Tabagismo		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	26	24	4	1	15%	4%
15 a 19	1	5				
20 a 24	3	5				
25 a 29	12	12	1	1	8%	8%
30 a 34	22	34	7	6	32%	18%
35 a 39	41	71	13	15	32%	21%
40 a 44	78	103	23	30	29%	29%
45 a 49	116	143	31	36	27%	25%
50 a 54	114	188	30	27	26%	14%
55 a 59	143	180	36	29	25%	16%
60 a 64	131	147	33	14	25%	10%
65 a 69	93	119	13	16	14%	13%
70 a 74	69	99	11	7	16%	7%
75 a 79	52	52	7	1	13%	2%
80 e +	23	31	1	2	4%	6%

Total | 924 | 1.213 | 210 | 185 | 23% | 15%  
 Fonte: HiperDia

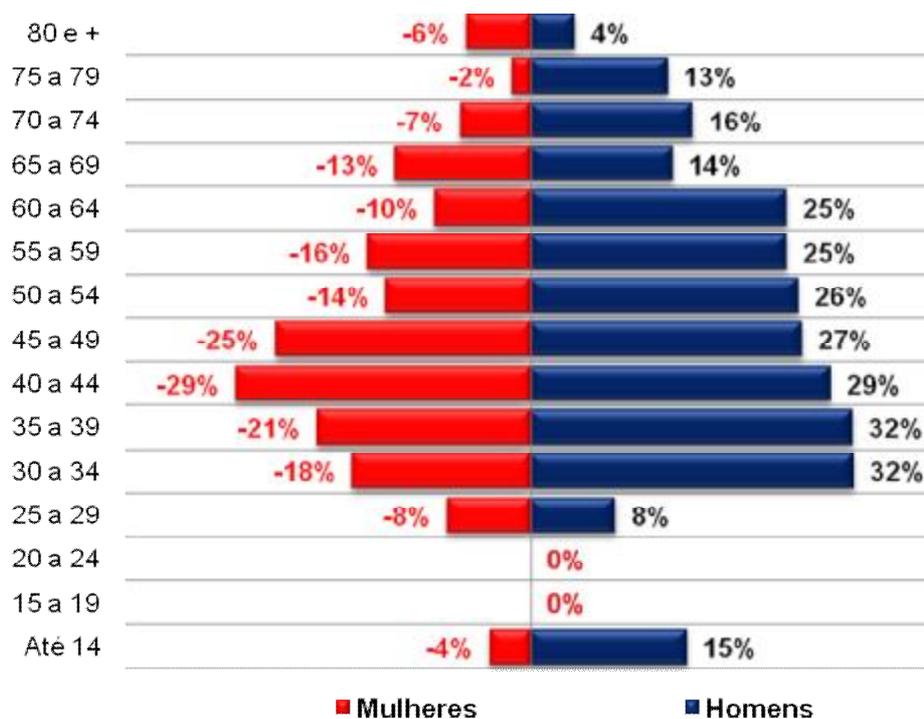


Gráfico 5.9 - Tabagismo nos pacientes com DM2, por faixa etária  
 Cidade de São Paulo-SP  
 Fonte: HiperDia

Tabela 5.5 – Tabagismo nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária - Cidade de São Paulo-SP (HiperDia)

Faixa etária	Diabéticos com hipertensão		Tabagismo		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	118	237	18	26	15%	11%
15 a 19	13	15	2	2	15%	13%
20 a 24	13	27	2	4	15%	15%
25 a 29	14	52	5	10	36%	19%
30 a 34	38	102	7	17	18%	17%
35 a 39	92	228	29	58	32%	25%
40 a 44	215	442	59	113	27%	26%
45 a 49	439	906	115	189	26%	21%
50 a 54	618	1.469	171	244	28%	17%
55 a 59	723	1.810	155	274	21%	15%
60 a 64	822	1.825	158	208	19%	11%
65 a 69	833	1.754	148	186	18%	11%
70 a 74	673	1.411	104	95	15%	7%
75 a 79	436	909	55	76	13%	8%
80 e +	232	649	19	46	8%	7%

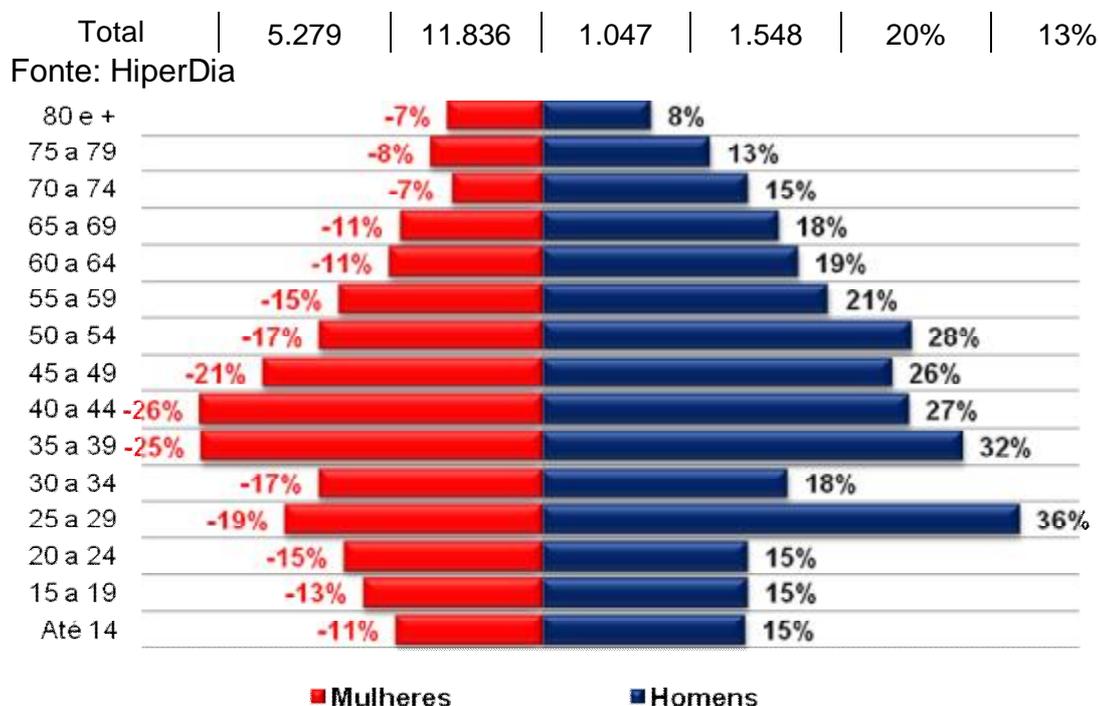


Gráfico 5.10 - Tabagismo nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

O índice de massa corporal (IMC) é definido como o peso dividido pela altura ao quadrado ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ). A Secretaria de Atenção à Saúde, órgão do Ministério da Saúde, classifica como sobrepeso o IMC igual ou superior a 25,0 (Tabela 5.6). Seguindo-se esse critério, constata-se que 31% (171) dos pacientes com DM1 estão acima do peso, sendo que nas mulheres esse percentual é maior do que nos homens, 36% e 25%, respectivamente (Tabela 5.7). A distribuição do sobrepeso para o gênero feminino tem sua maior ocorrência na faixa etária de 35 a 39 anos (55%). A análise do sobrepeso por faixa etária no público masculino torna-se inviável em função do número reduzido de pacientes nas diferentes faixas (Tabela 5.8; Gráfico 4.6).

Tabela 5.6 – Identificação e classificação de sobrepeso

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5 - 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 - 29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0 - 34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0 - 39,9	Grave
Obeso Classe III	$\geq 40,0$	Muito grave

Fonte: HiperDia

Tabela 5.7 – Sobrepeso nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos  
Cidade de São Paulo-SP

	DM1				DM2				Diabéticos Hipertensos (DM1 e DM2)						
	Total	Sim		Não		Total	Sim		Não		Total	Sim		Não	
Homens	231	57	25%	174	75%	924	317	34%	607	66%	5.279	2.648	50%	2.631	50%
Mulheres	320	114	36%	206	64%	1.213	561	46%	652	54%	11.836	7.537	64%	4.299	36%
Total	551	171	31%	380	69%	2.137	878	41%	1.259	59%	17.115	10.185	60%	6.930	40%

Fonte: HiperDia

Nos pacientes com DM2 cadastrados no HiperDia, 41% (878) estão acima do peso (IMC igual ou superior a 25,0). A taxa de sobrepeso é maior nas mulheres do que nos homens, 46% e 34%, respectivamente (Tabela 5.7). Quando analisado por faixa etária, observa-se que nos homens a faixa de 65 a 69 anos de idade apresenta a menor taxa de sobrepeso, 26%, enquanto que mulheres nessa mesma faixa o índice é aproximadamente duas vezes maior, 51%. Inferências sobre ocorrência de sobrepeso nas pessoas com idade até 39 anos tornam-se inviáveis em função do número reduzido de pacientes com DM2 nessa faixa (Tabela 5.9; Gráfico 5,12).

Tabela 5.8 – Sobrepeso nos pacientes com DM1, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM1		Sobrepeso		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	12	17	1	1	8%	6%
15 a 19	11	11		3		27%
20 a 24	10	12	4	3	40%	25%
25 a 29	10	17	1	5	10%	29%
30 a 34	18	14	6	6	33%	43%
35 a 39	15	29	2	16	13%	55%
40 a 44	23	30	3	10	13%	33%
45 a 49	28	26	5	10	18%	38%
50 a 54	31	38	7	12	23%	32%
55 a 59	17	34	7	14	41%	41%
60 a 64	15	26	3	12	20%	46%
65 a 69	17	28	7	12	41%	43%
70 a 74	8	19	4	5	50%	26%
75 a 79	11	11	3	3	27%	27%
80 e +	5	8	4	2	80%	25%
Total	231	320	57	114	25%	36%

Fonte: HiperDia

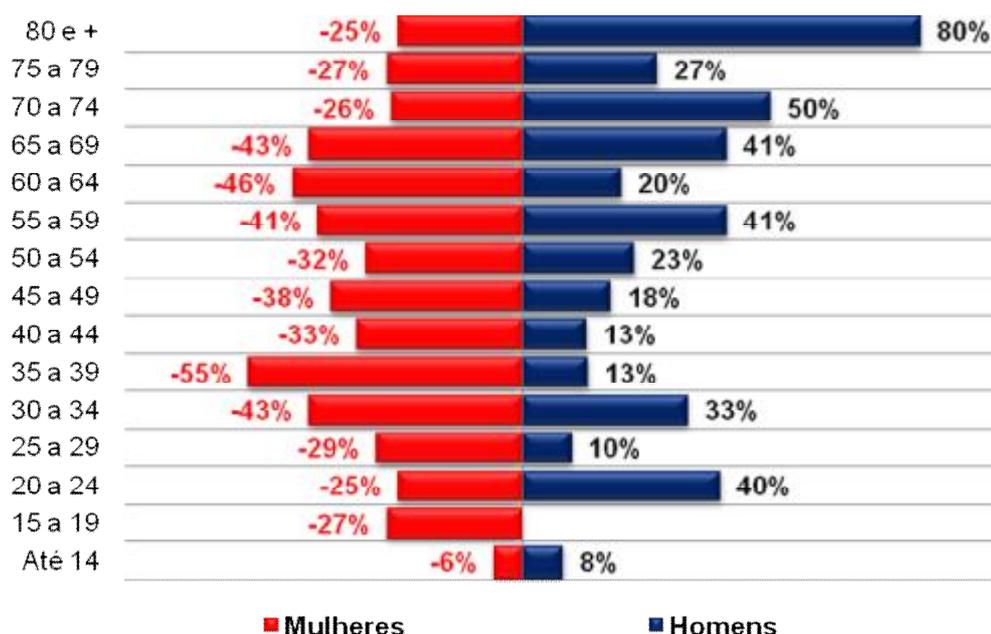


Gráfico 5.11 – Sobrepeso nos pacientes com DM1, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

Tabela 5.9 – Sobrepeso nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM2		Sobrepeso		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	26	24	9	10	35%	42%
15 a 19	1	5	1	1	100%	20%
20 a 24	3	5		2		40%
25 a 29	12	12	6	6	50%	50%
30 a 34	22	34	4	15	18%	44%
35 a 39	41	71	14	43	34%	61%
40 a 44	78	103	35	44	45%	43%
45 a 49	116	143	37	73	32%	51%
50 a 54	114	188	37	90	32%	48%
55 a 59	143	180	52	76	36%	42%
60 a 64	131	147	45	61	34%	41%
65 a 69	93	119	24	61	26%	51%
70 a 74	69	99	25	46	36%	46%
75 a 79	52	52	18	21	35%	40%
80 e +	23	31	10	12	43%	39%
Total	924	1.213	317	561	34%	46%

Fonte: HiperDia

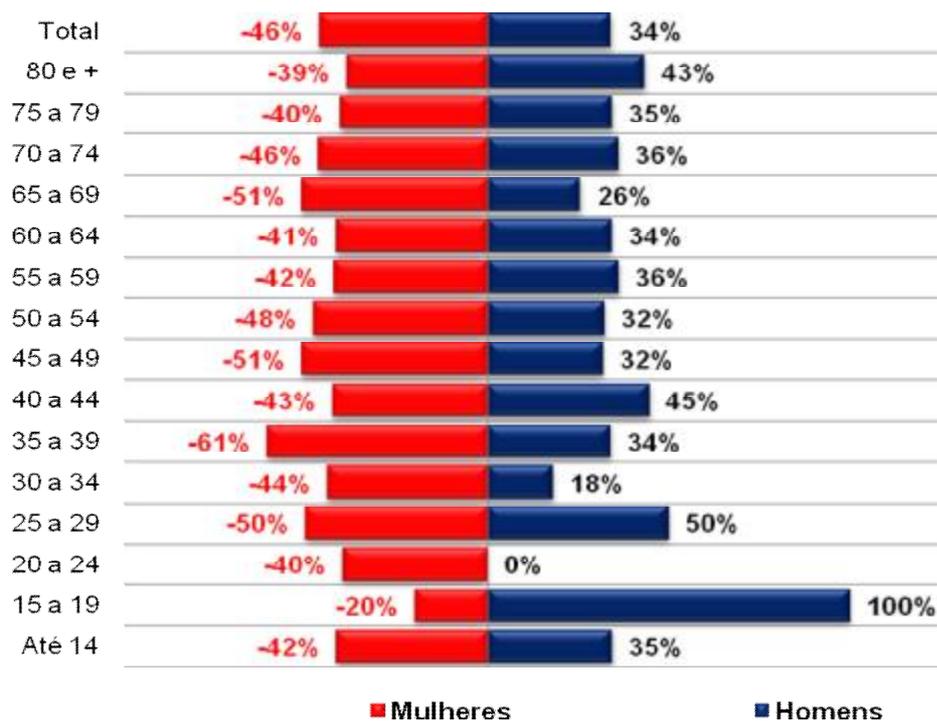


Gráfico 5.12 – Sobrepeso nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

A ocorrência de sobrepeso (IMC igual ou superior a 25,0) nos pacientes com diabetes e hipertensão é de 60%. Nas mulheres, esta ocorrência é maior do que no gênero masculino, 64% e 50%, respectivamente (Tabela 5.7). Em ambos os gêneros, a maior ocorrência de sobrepeso está na faixa etária de 40 a 44 anos, uma representatividade de 67% nas mulheres e 58% nos homens (Tabela 5.10; Gráfico 5.13).

Tabela 5.10 – Sobrepeso nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Diabéticos com hipertensão		Sobrepeso		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	118	237	56	135	47%	57%
15 a 19	13	15	6	8	46%	53%
20 a 24	13	27	6	15	46%	56%
25 a 29	14	52	7	35	50%	67%
30 a 34	38	102	21	60	55%	59%
35 a 39	92	228	45	143	49%	63%
40 a 44	215	442	124	311	58%	70%
45 a 49	439	906	239	607	54%	67%
50 a 54	618	1.469	324	991	52%	67%
55 a 59	723	1.810	370	1.190	51%	66%
60 a 64	822	1.825	389	1.172	47%	64%
65 a 69	833	1.754	429	1.111	52%	63%
70 a 74	673	1.411	321	891	48%	63%
75 a 79	436	909	214	523	49%	58%
80 e +	232	649	97	345	42%	53%
Total	5.279	11.836	2.648	7.537	50%	64%

Fonte: HiperDia

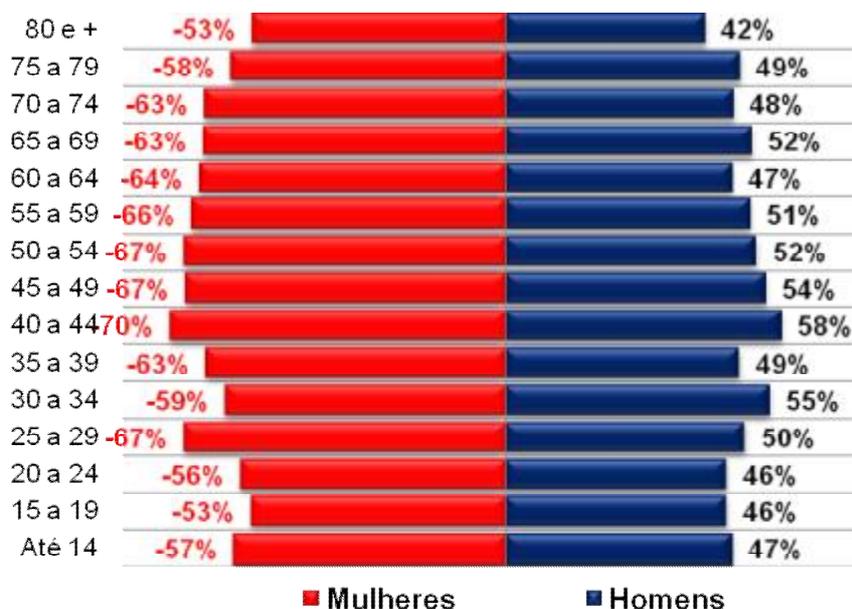


Gráfico 5.13 – Sobrepeso nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

Segundo Inzucchi (2007), os diabéticos representam 20% a 30% dos pacientes que dão entrada nos hospitais com infarto agudo do miocárdio. Os diabéticos podem apresentar sintomas atípicos, que retardam a procura do atendimento médico. A análise da ocorrência de infarto agudo do miocárdio em pacientes com DM1 cadastrados no HiperDia revela uma ocorrência de 3% tanto em homens como em mulheres (Tabela 5.11). Dos 18 casos de infarto, 17 ocorreram em pacientes com idade a partir de 50 anos (Tabela 5.12).

Tabela 5.11 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos - Cidade de São Paulo-SP

	DM1				DM2				Diabéticos Hipertensos (DM1 e DM2)						
	Total	Sim	Não		Total	Sim	Não		Total	Sim	Não				
Homens	231	8	3%	223	97%	924	36	4%	888	96%	5.279	451	9%	4.828	91%
Mulheres	320	10	3%	310	97%	1.213	28	2%	1.185	98%	11.836	827	7%	11.009	93%
Total	551	18	3%	533	97%	2.137	64	3%	2.073	97%	17.115	1.278	7%	15.837	93%

Fonte: HiperDia

Tabela 5.12 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes com DM1, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM1		Infarto Agudo do Miocárdio		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	12	17		1		6%
15 a 19	11	11				
20 a 24	10	12				
25 a 29	10	17				
30 a 34	18	14				
35 a 39	15	29				
40 a 44	23	30				
45 a 49	28	26				
50 a 54	31	38	2	4	6%	11%
55 a 59	17	34	1	1	6%	3%
60 a 64	15	26	1		7%	
65 a 69	17	28	1	1	6%	4%
70 a 74	8	19	3	1	38%	5%
75 a 79	11	11		2		18%
80 e +	5	8				
Total	231	320	8	10	3%	3%

Fonte: HiperDia

A ocorrência de infarto agudo do miocárdio em pacientes com DM2 é de 4% nos homens e de 2% nas mulheres. No gênero feminino, a maior taxa de infarto está na faixa de 40 a 44 anos de idade (6%). Esta mesma taxa é observada nos homens de 55 a 59 anos e também na faixa etária de 65 a 69 anos (Tabela 5.11; Tabela 5.13; Gráfico 5.14).

Tabela 5.13 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM2		Infarto agudo do miocárdio		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	26	24	2	2	8%	8%
15 a 19	1	5				
20 a 24	3	5				
25 a 29	12	12				
30 a 34	22	34				
35 a 39	41	71		2		3%
40 a 44	78	103	1	6	1%	6%
45 a 49	116	143	3	2	3%	1%
50 a 54	114	188	6	4	5%	2%
55 a 59	143	180	8	4	6%	2%
60 a 64	131	147	2	3	2%	2%
65 a 69	93	119	6	1	6%	1%
70 a 74	69	99	3	3	4%	3%
75 a 79	52	52	3	1	6%	2%
80 e +	23	31	2		9%	
Total	924	1.213	36	28	4%	2%

Fonte: HiperDia

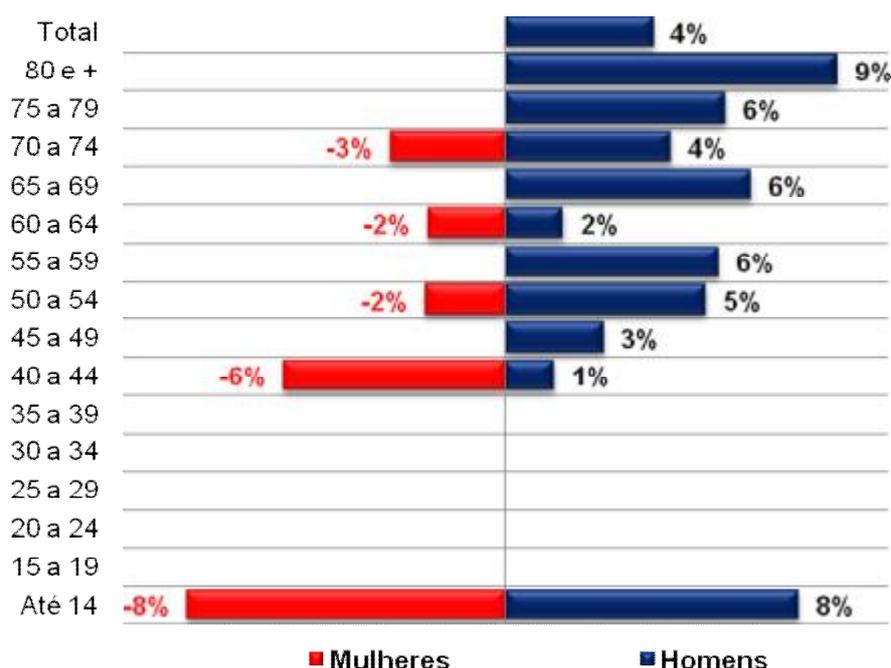


Gráfico 5.14 – Infarto Agudo do Miocárdio nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

A ocorrência de infarto agudo do miocárdio nos pacientes com diabetes e hipertensão é de 7%. Nos homens, essa taxa é de 9% e nas mulheres é de 7% (Tabela 5.11). A maior ocorrência de infarto agudo do miocárdio no gênero masculino é observada na faixa etária de 70 a 74 anos (11%). No gênero feminino a maior ocorrência de infarto de agudo do miocárdio (10%) está situada na faixa etária de 30 a 39 anos (Tabela 5.14; Gráfico 5.15).

Tabela 5.14 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária - Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Diabéticos com hipertensão		Infarto agudo do miocárdio		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	118	237	8	20	7%	8%
15 a 19	13	15	2		15%	
20 a 24	13	27	1	4	8%	15%
25 a 29	14	52		7		13%
30 a 34	38	102	1	10	3%	10%
35 a 39	92	228	1	23	1%	10%
40 a 44	215	442	11	39	5%	9%
45 a 49	439	906	38	82	9%	9%
50 a 54	618	1.469	36	99	6%	7%
55 a 59	723	1.810	68	134	9%	7%
60 a 64	822	1.825	72	122	9%	7%
65 a 69	833	1.754	76	102	9%	6%
70 a 74	673	1.411	75	90	11%	6%
75 a 79	436	909	41	51	9%	6%
80 e +	232	649	21	44	9%	7%
Total	5.279	11.836	451	827	9%	7%

Fonte: HiperDia

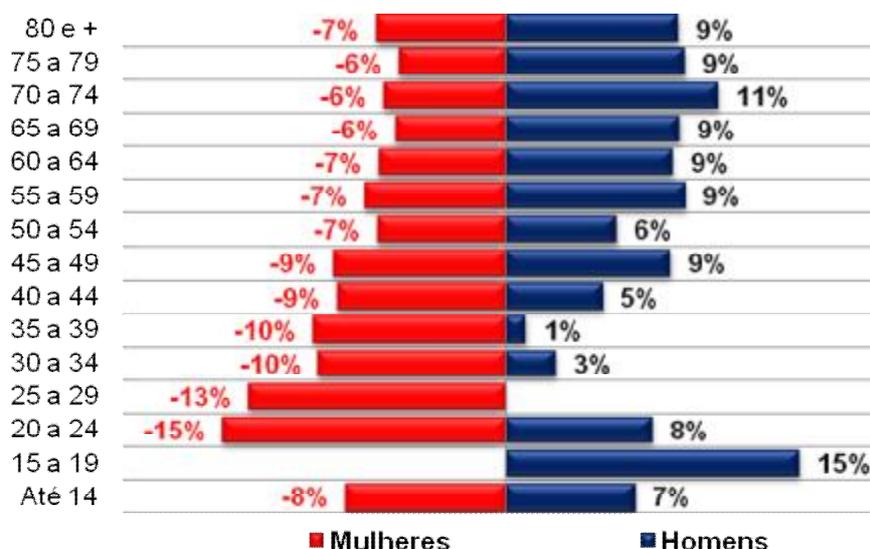


Gráfico 5.15 – Infarto Agudo do Miocárdio nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária - Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

Comparada aos não diabéticos, a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) nos pacientes diabéticos é duas a cinco vezes maior. A gravidade do AVC e a mortalidade também são maiores nesses pacientes (INZUCHI, 2007). Dos 551 pacientes com DM1 cadastrados no HiperDia, 17 pessoas apresentaram AVC, uma taxa de ocorrência 3% para os homens e mulheres. Do total de casos, 14 aconteceram em pessoas com idade a partir de 45 anos de idade (Tabela 5.15; Tabela 5.16).

Tabela 5.15 – Acidente vascular cerebral nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos - Cidade de São Paulo-SP

	DM1				DM2				Diabéticos Hipertensos (DM1 e DM2)						
	Total	Sim	Não		Total	Sim	Não		Total	Sim	Não				
Homens	231	6	3%	225	97%	924	16	2%	908	98%	5.279	453	9%	4.826	91%
Mulheres	320	11	3%	309	97%	1.213	24	2%	1.189	98%	11.836	842	7%	10.994	93%
Total	551	17	3%	534	97%	2.137	40	2%	2.097	98%	17.115	1.295	8%	15.820	92%

Fonte: HiperDia

Tabela 5.16 – Acidente vascular cerebral nos pacientes com DM1, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM1		Acidente vascular cerebral		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	12	17		1		6%
15 a 19	11	11				
20 a 24	10	12				
25 a 29	10	17				
30 a 34	18	14	1	1	6%	7%
35 a 39	15	29				
40 a 44	23	30				
45 a 49	28	26	3	1	11%	4%
50 a 54	31	38		3		8%
55 a 59	17	34		2		6%
60 a 64	15	26				
65 a 69	17	28		2		7%
70 a 74	8	19	1		13%	
75 a 79	11	11	1	1		9%
80 e +	5	8	6			
Total	231	320	6	11	3%	3%

Fonte: HiperDia

A taxa de ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) nos pacientes com DM2 é de 2% em ambos os gêneros. Com exceção da ocorrência de um caso AVC no gênero masculino na faixa de etária de até 14 anos, todos os demais casos de AVC ocorreram em pessoas com mais de 35 anos de idade (Tabela 5.15; Tabela 5.17; Gráfico 5.16).

Tabela 5.17 – Acidente vascular cerebral nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM2		Acidente vascular cerebral		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	26	24	1		4%	
15 a 19	1	5				
20 a 24	3	5				
25 a 29	12	12				
30 a 34	22	34				
35 a 39	41	71		2		3%
40 a 44	78	103	1	2	1%	2%
45 a 49	116	143	1	5	1%	3%
50 a 54	114	188		6		3%
55 a 59	143	180	5	2	3%	1%
60 a 64	131	147	1	1	1%	1%
65 a 69	93	119	1	3	1%	3%
70 a 74	69	99	3	1	4%	1%
75 a 79	52	52	2	1	4%	2%
80 e +	23	31	1	1	4%	3%
Total	924	1.213	16	24	2%	2%

Fonte: HiperDia

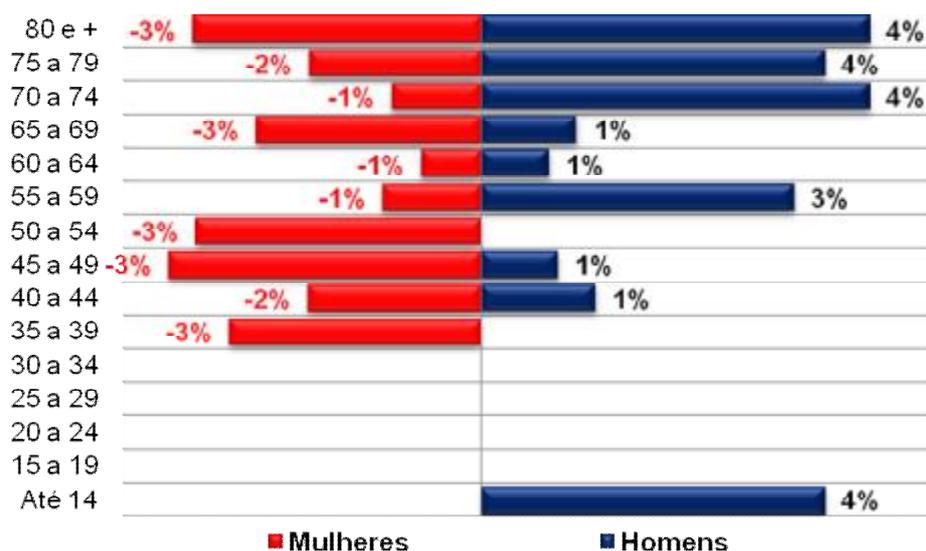


Gráfico 5.16 – Acidente vascular cerebral nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

A ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) nos pacientes diabéticos hipertensos é de 9% no gênero masculino e de 7% no gênero feminino. Somados os pacientes dos dois gêneros, a ocorrência de AVC é de 8% (Tabela 4.49). Homens com idade superior a 80 anos apresentam a maior taxa de ocorrência de AVC, 13% (Tabela 5.15; Tabela 5.18; Gráfico 5.17).

Tabela 5.18 – Acidente vascular cerebral nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária - Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Diabéticos com hipertensão		Acidente vascular cerebral		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	118	237	8	23	7%	10%
15 a 19	13	15	1	1	8%	7%
20 a 24	13	27				
25 a 29	14	52	1	9	7%	17%
30 a 34	38	102	2	11	5%	11%
35 a 39	92	228	5	23	5%	10%
40 a 44	215	442	3	35	1%	8%
45 a 49	439	906	32	68	7%	8%
50 a 54	618	1.469	51	88	8%	6%
55 a 59	723	1.810	74	115	10%	6%
60 a 64	822	1.825	69	106	8%	6%
65 a 69	833	1.754	78	121	9%	7%
70 a 74	673	1.411	72	108	11%	8%
75 a 79	436	909	27	76	6%	8%
80 e +	232	649	30	58	13%	9%
Total	5.279	11.836	453	842	9%	7%

Fonte: HiperDia

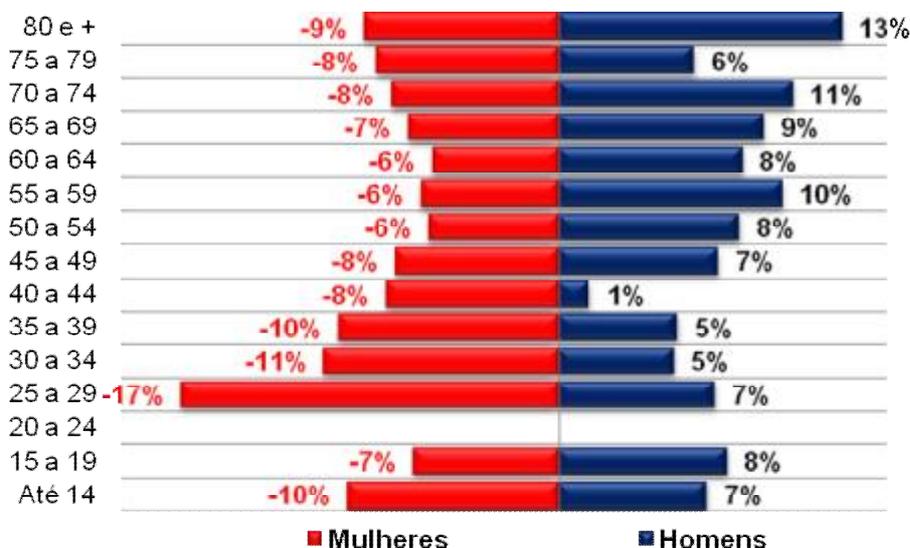


Gráfico 5.17 – Acidente vascular cerebral nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária - Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

Do universo aproximado de um milhão de pessoas com DM1 nos Estados Unidos, 30% a 40% desenvolvem doença renal terminal (INZUCCHI, 2007). Os registros do HiperDia apresentam uma ocorrência de 3% de nefropatia em pacientes com DM1, sendo que nos homens essa prevalência é de 1% (Tabela 5.19). Sob o aspecto da faixa etária, dos 14 casos registrados, verifica-se a ocorrência de apenas um caso na faixa de 30 a 34 anos. Os demais pacientes com nefropatia têm idade superior a 39 anos (Tabela 5.20).

Tabela 5.19 – Doença renal nos pacientes com DM1, DM2 e Diabéticos hipertensos - Cidade de São Paulo-SP

	DM1				DM2				Diabéticos Hipertensos (DM1 e DM2)						
	Total	Sim	Não		Total	Sim	Não		Total	Sim	Não				
Homens	231	3	1%	228	99%	924	42	5%	882	95%	5.279	253	5%	5.026	95%
Mulheres	320	11	3%	309	97%	1.213	16	1%	1.197	99%	11.836	487	4%	11.349	96%
Total	551	14	3%	537	97%	2.137	58	3%	2.079	97%	17.115	740	4%	16.375	96%

Fonte: HiperDia

Tabela 5.20 – Doença renal com DM1, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM1		Doença renal		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	12	17				
15 a 19	11	11				
20 a 24	10	12				
25 a 29	10	17				
30 a 34	18	14		1		7%
35 a 39	15	29				
40 a 44	23	30	1	1	4%	3%
45 a 49	28	26				
50 a 54	31	38	1	3	3%	8%
55 a 59	17	34	1	3	6%	9%
60 a 64	15	26		1		4%
65 a 69	17	28		1		4%
70 a 74	8	19				
75 a 79	11	11				
80 e +	5	8		1		13%
Total	231	320	3	11	1%	3%

Fonte: HiperDia

A ocorrência de doença renal crônica nos pacientes com DM2 registrados no HiperDia é de 2%. No gênero masculino essa taxa é maior, chegando a 5%. Os casos de nefropatia ocorreram em pacientes com idade superior a 30 anos (Tabela 5.19; Tabela 5.21; Gráfico 5.18).

Tabela 5.21 – Doença renal nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Pacientes com DM2		Doença renal		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	26	24				
15 a 19	1	5				
20 a 24	3	5				
25 a 29	12	12				
30 a 34	22	34		2		6%
35 a 39	41	71	1	2	2%	3%
40 a 44	78	103		1		1%
45 a 49	116	143	2	4	2%	3%
50 a 54	114	188	2	7	2%	4%
55 a 59	143	180	6	5	4%	3%
60 a 64	131	147	1	1	1%	1%
65 a 69	93	119		1		1%
70 a 74	69	99	3	3	4%	3%
75 a 79	52	52	1		2%	
80 e +	23	31				
Total	924	1.213	16	26	2%	2%

Fonte: HiperDia

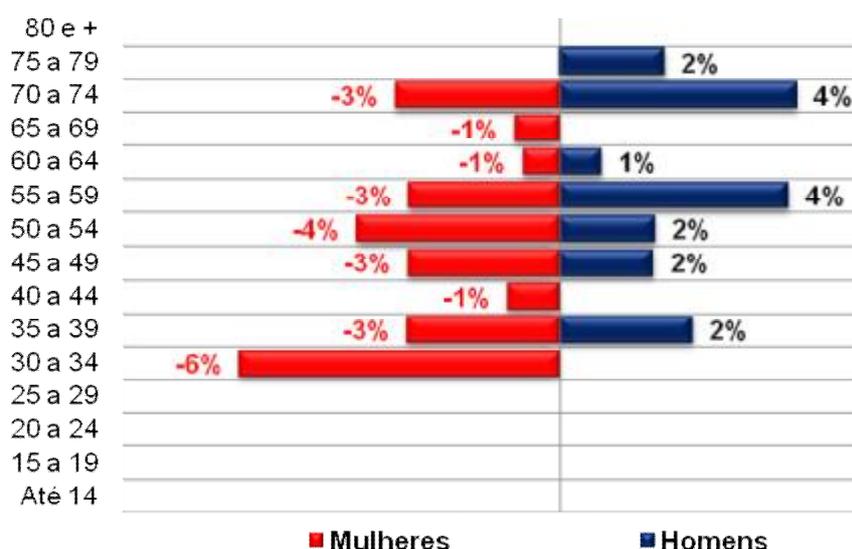


Gráfico 5.18 – Doença renal nos pacientes com DM2, por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

A ocorrência de doença renal nos pacientes diabéticos hipertensos cadastrados no HiperDia é de 4%. No gênero masculino, esta taxa é de 5%. Considerada a faixa etária a partir dos 40 anos, a ocorrência da nefropatia é relativamente uniforme (Tabela 5.19; Tabela 5.22; Gráfico 5.19).

Tabela 5,22– Doença renal nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária Cidade de São Paulo-SP

Faixa etária	Diabéticos com hipertensão		Doença renal		Representatividade na faixa etária	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 14 anos	118	237	7	13	6%	5%
15 a 19	13	15				
20 a 24	13	27	1	1	8%	4%
25 a 29	14	52		5		10%
30 a 34	38	102		7		7%
35 a 39	92	228	6	14	7%	6%
40 a 44	215	442	13	21	6%	5%
45 a 49	439	906	17	41	4%	5%
50 a 54	618	1.469	39	70	6%	5%
55 a 59	723	1.810	35	87	5%	5%
60 a 64	822	1.825	36	65	4%	4%
65 a 69	833	1.754	33	57	4%	3%
70 a 74	673	1.411	33	40	5%	3%
75 a 79	436	909	20	43	5%	5%
80 e +	232	649	13	23	6%	4%
Total	5.279	11.836	253	487	5%	4%

Fonte: HiperDia

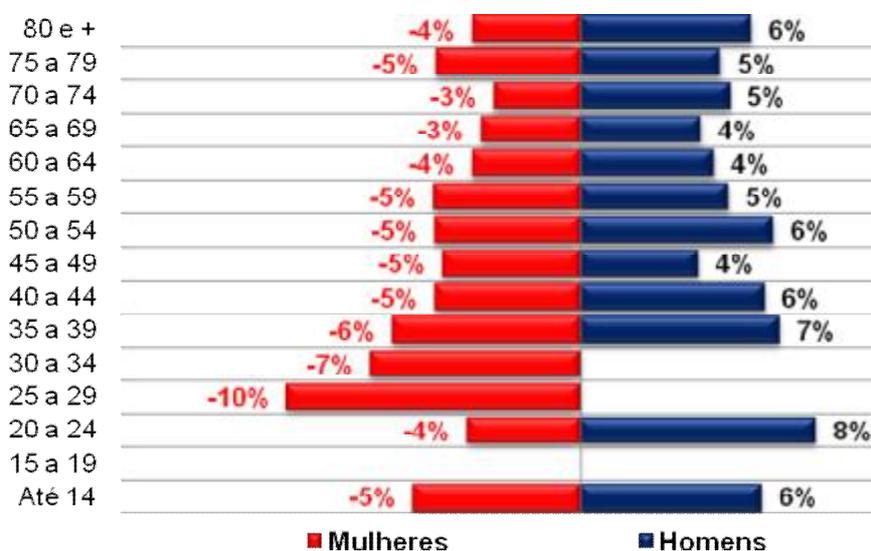


Gráfico 5.19 – Doença renal nos pacientes diabéticos com hipertensão, por faixa etária - Cidade de São Paulo-SP

Fonte: HiperDia

Considerando-se que o universo de pacientes para a implantação de um serviço de monitoramento do paciente de DM tem como base os pacientes cadastrados no HiperDia, na cidade de São Paulo o dimensionamento dos serviços a serem ofertados e o planejamento de campanhas de adesão ao monitoramento deverão ter como referência as seguintes informações:

- ü O hábito de fumar um ou mais cigarros por dia (tabagismo) está presente em 3.094 pessoas, sendo 1.309 homens e 1.785 mulheres (Tabela 5.23);
- ü O sobrepeso é característica de 57% dos pacientes, um universo de 11.234 pessoas com IMC maior ou igual a 25, subdivido em 3.022 homens e 8.212 mulheres (Tabela 5.24);
- ü O infarto agudo do miocárdio foi observado em 1.360 pacientes diabéticos. Destes, 495 são do gênero masculino e 865 são do gênero feminino (Tabela 5.25);
- ü A ocorrência de acidente vascular cerebral foi registrada em 1.352 pacientes, separados por gênero em 475 homens e 877 mulheres (Tabela 5.26);
- ü O universo de pacientes com doença renal por diabetes é de 812 pessoas. Destas, 514 são mulheres e 298 são homens (Tabela 5.27);
- ü Pacientes com idade superior a 40 anos de idade representam 93% do universo de pacientes cadastrados (Tabela 5.28).

Tabela 5.23 – Tabagismo nos pacientes diabéticos, por gênero  
Cidade de São Paulo-SP

	DM1			DM2			Diabéticos Hipertensos			Total
	Total	Tabagismo		Total	Tabagismo		Total	Tabagismo		
Homens	231	52	23%	924	210	23%	5.279	1.047	20%	<b>1.309</b>
Mulheres	320	52	16%	1.213	185	15%	11.836	1.548	13%	<b>1.785</b>
Total	551	104	19%	2.137	395	18%	17.115	2.595	15%	<b>3.094</b>

Fonte: HiperDia

Tabela 5.24 – Sobrepeso nos pacientes diabéticos, por gênero  
Cidade de São Paulo-SP

	DM1			DM2			Diabéticos Hipertensos			Total
	Total	Sobrepeso		Total	Sobrepeso		Total	Sobrepeso		
Homens	231	57	25%	924	317	34%	5.279	2.648	50%	<b>3.022</b>
Mulheres	320	114	36%	1.213	561	46%	11.836	7.537	64%	<b>8.212</b>
Total	551	171	31%	2.137	878	41%	17.115	10.185	60%	<b>11.234</b>

Fonte: HiperDia

Tabela 5.25 – Infarto agudo do miocárdio nos pacientes diabéticos, por gênero  
Cidade de São Paulo-SP

	DM1			DM2			Diabéticos Hipertensos			Total
	Total	Infarto agudo do miocárdio		Total	Infarto agudo do miocárdio		Total	Infarto agudo do miocárdio		
Homens	231	8	3%	924	36	4%	5.279	451	9%	<b>495</b>
Mulheres	320	10	3%	1.213	28	2%	11.836	827	7%	<b>865</b>
Total	551	18	3%	2.137	64	3%	17.115	1.278	7%	<b>1.360</b>

Fonte: HiperDia

Tabela 5.26 – Acidente vascular cerebral (AVC) nos pacientes diabéticos, por gênero  
Cidade de São Paulo-SP

	DM1			DM2			Diabéticos Hipertensos			Total
	Total	AVC		Total	AVC		Total	AVC		
Homens	231	6	3%	924	16	2%	5.279	453	9%	<b>475</b>
Mulheres	320	11	3%	1.213	24	2%	11.836	842	7%	<b>877</b>
Total	551	17	3%	2.137	40	2%	17.115	1.295	8%	<b>1.352</b>

Fonte: HiperDia

Tabela 5.27 – Doença renal por diabetes nos pacientes diabéticos, por gênero  
Cidade de São Paulo-SP

	DM1			DM2			Diabéticos Hipertensos			Total
	Total	Doença renal		Total	Doença renal		Total	Doença renal		
Homens	231	3	1%	924	42	5%	5.279	253	5%	<b>298</b>
Mulheres	320	11	3%	1.213	16	1%	11.836	487	4%	<b>514</b>
Total	551	14	3%	2.137	58	3%	17.115	740	4%	<b>812</b>

Fonte: HiperDia

Tabela 5.28 – Pacientes diabéticos por faixa etária  
Cidade de São Paulo-SP

Faixa Etária	DM1	DM2	Diabéticos hipertensos	Total	%
Até 14	29	50	355	434	2,2%
15 a 19	22	6	28	56	0,3%
20 a 24	22	8	40	70	0,4%
25 a 29	27	24	66	117	0,6%
30 a 34	32	56	140	228	1,2%
35 a 39	44	112	320	476	2,4%
40 a 44	53	181	657	891	4,5%
45 a 49	54	259	1.345	1.658	8,4%
50 a 54	69	302	2.087	2.458	12,4%
55 a 59	51	323	2.533	2.907	14,7%
60 a 64	41	278	2.647	2.966	15,0%
65 a 69	45	212	2.587	2.844	14,4%
70 a 74	27	168	2.084	2.279	11,5%
75 a 79	22	104	1.345	1.471	7,4%
80 e +	13	54	881	948	4,8%
<b>Total</b>	<b>551</b>	<b>2137</b>	<b>17.115</b>	<b>19.803</b>	<b>100,0%</b>

} 93%

Fonte: HiperDia

#### 4.3.2. Pesquisa Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo

Visando ao entendimento do paciente de DM foi realizada pesquisa com pacientes do Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo.

A pesquisa foi baseada nas narrativas de pacientes e visou ao conhecimento de sentimentos, percepções e conduta sob o processo de adoecer e os respectivos cuidados e tratamentos demandados. Sob este aspecto, foi adotada a metodologia clínica-qualitativa, conceituada por TURATO (2003) como:

“...o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em *settings* da Saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos neste campo” (p.240).

Quanto ao instrumento de investigação, foram realizadas entrevistas semidirigidas com questões abertas e questões fechadas, visando ao conhecimento de aspectos objetivos e subjetivos do entrevistado. As questões abertas possibilitaram a expressão livre das respostas do paciente. As perguntas fechadas foram utilizadas para que o entrevistado avaliasse questões consideradas como críticas ao serviço de atendimento ao paciente crônico. O questionário foi organizado em três blocos: perfil do paciente, aspectos do adoecer, avaliação do atendimento no Centro de Diabetes (Anexo A) .

O questionário foi pré-testado com os pacientes do Centro de Diabetes com o objetivo de confirmar sua operatividade e validade (MARCONI, 2002). Quanto à operatividade do questionário, foram avaliados a clareza e o atendimento das questões, observando-se a coerência entre a linguagem utilizada e o universo cultural do público-alvo e principalmente considerando-se o quadro clínico do paciente, decorrente das complicações do DM.

Segundo Turato (2003), na pesquisa qualitativa, o termo apropriado utilizado nesta etapa não seria pré-teste ou entrevistas-piloto, mas entrevistas de aculturação, processo que permite ao pesquisador assimilar o modo de pensar da população-alvo e se familiarizar com as condições humanas e físicas do campo, de acordo com o rigor exigido na coleta de dados de validade científica. O autor considera importante o refinamento pessoal do olhar e da escuta do pesquisador visando à melhor apreensão do objeto de estudo.

## **Amostra**

A seleção da amostra ocorreu de forma intencional (amostragem proposital). Os pacientes foram segmentados por tipo de diabetes (DM2). Embora existam outros tipos de diabetes, como a DM1 e a gestacional, que mereçam a atenção, esse estudo não contemplou estas variedades.

Quanto aos critérios de inclusão na amostra, os pacientes que participaram do estudo atenderam os seguintes requisitos:

- ü Possuir diagnóstico de DM2 confirmado pela equipe médica;
- ü Estar ciente do diagnóstico de DM2;
- ü Estar cadastrado no Centro de Diabetes UNIFESP;
- ü Estar de acordo com o conteúdo do termo de consentimento após ser convidado a participar da pesquisa (Anexo B);
- ü Ter disponibilidade de 30 a 60 minutos para submeter-se à entrevista;
- ü Apresentar condições intelectuais, emocionais e físicas para expressar-se sobre as questões da pesquisa.

A amostragem foi por variedade de tipos, ou seja, foram selecionados sujeitos de acordo com o árbitro e interesse do pesquisador. Neste caso, estabelecido o critério de homogeneidade fundamental – diagnóstico de DM – a variável escolhida na seleção da amostra foi o gênero (masculino ou feminino). Foram realizadas 32 entrevistas, segmentadas em 16 homens e 16 mulheres.

Tratando-se de uma técnica de amostragem não probabilística, erros de amostragem e desvios não foram calculados (Marconi, 2002). Ainda que a representatividade da amostra não seja objeto desse estudo, é importante ressaltar que, como não existem dados quantitativos sobre a população-alvo (número de pacientes atendidos no Centro de Diabetes UNIFESP), é impossível realizar qualquer inferência quanto à representatividade da amostra. Reforçamos que a proposta do estudo é descrever o alcance das respostas fornecidas pelo público-alvo e não a representatividade dessas respostas no universo de pacientes portadores de diabetes.

A escolha dos pacientes ocorreu de acordo com a agenda de consulta do Centro de Diabetes da UNIFESP estabelecida para os pacientes portadores de DM2. As entrevistas ocorreram no momento em que os mesmos aguardavam para ser atendidos, evitou-se dessa forma qualquer custo ou ônus para o entrevistado.

### **Resultados da pesquisa**

Considerando-se o aspecto qualitativo da pesquisa realizada no Centro de Diabetes, os resultados apresentados nas tabelas a seguir estão em números absolutos e não

em percentuais. Portanto, esses resultados não são projetáveis para o universo de pacientes com DM da cidade de São Paulo ou para o universo de pacientes atendidos no Centro de Diabetes UNIFESP.

Dos trinta e dois pacientes entrevistados, vinte e oito residem na cidade de São Paulo e quatro em outros municípios da Grande São Paulo: Embu, Diadema, Taboão da Serra e Guarulhos (Tabela 5.29). Destes 28 pacientes residentes em São Paulo dez residem na zona sul da cidade, nove na zona centro-sul, três na zona sudeste, três na zona leste, dois na zona norte e um paciente no centro da cidade (Tabela 5.30).

O local de residência do paciente é uma variável importante, pois determina o horário que o paciente tem que acordar no dia da consulta para chegar no horário programado ao Centro de Diabetes.

Os domicílios dos pacientes quando posicionados sobre o mapa da cidade de São Paulo confirmam que os pacientes atendidos no Centro de Diabetes são originários de diferentes regiões da cidade (Figura 5.1).

Quanto ao local de nascimento, 23 pacientes são da região sudeste do Brasil, sendo 15 do estado de São Paulo e 8 de Minas de Gerais . Oito pacientes nasceram em estados da região nordeste (Maranhão, Ceará, Paraíba, Sergipe e Rio Grande do Norte). Um paciente nasceu no Paraná (Tabela 5.31).

Tabela 5.29 – Município de residência

<b>Cidade</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Diadema		1	1
Embu	1		1
Guarulhos	1		1
São Paulo	14	14	28
Taboão da Serra		1	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Tabela 5.30 – Local da residência (Bairro)

Zona Geográfica	Bairros	Menções
Sul	Jardim Lídia, Grajaú (2), Jardim Marajoara, Jardim Ramalho, Vila Mariana, Vila Monumento (Ipiranga) Vila Santa Catarina, Parque Cocaia, Vila Clementino	10
Centro-sul	Jabaquara (5), Americanópolis, Cidade Vargas, Jardim Aeroporto, Interlagos	9
Grande São Paulo	Diadema, Taboão da Serra, Guarulhos, Embu	4
Sudeste	Tatuapé, Aricanduva, Vila Brasilina	3
Leste	Vila Graciosa, Itaquera, Guainazes	3
Norte	Parque Novo Mundo, Jaguaré	2
Centro	Liberdade	1
<b>Total</b>		<b>32</b>

Fonte: Autor

Tabela 5.31 – Local do Nascimento

Local de Nascimento (UF)	Feminino	Masculino	Total
SP	8	7	15
MG	4	4	8
BA		2	2
MA	2		2
CE		1	1
PB	1		1
PR		1	1
RN	1		1
SE		1	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor



Todos os pacientes entrevistados têm mais de 40 anos de idade. A idade média nos homens é de 58,3 anos e nas mulheres 59,2 anos. A maioria dos pacientes tem idade entre 51 e 60 anos (12 pacientes), seguida da faixa etária entre 61 e 70 anos (11 pacientes). O paciente com maior idade foi um homem de 76 anos. Dois homens e uma mulher tinham 43 anos, a menor idade entre os entrevistados (Tabela 5.32).

Tabela 5.32 – Idade

<b>Idade</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
De 40 a 50 anos	2	4	6
De 51 a 60 anos	6	6	12
De 61 a 70 anos	7	4	11
Acima de 70 anos	1	2	3
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>
Paciente de menor idade			43 anos
Paciente de maior idade			76 anos

Fonte: Autor

Dos 32 pacientes, 21 são casados ou compartilham de uma relação estável. Quatro pacientes são viúvas, 4 pacientes são solteiros e 3 são separados ou divorciados (Tabela 5.33). Durante a pesquisa foi observado que em alguns casos o cônjuge é a pessoa que acompanha o paciente na consulta, amparando-o fisicamente e emocionalmente. Também foi observado que o acompanhante apresenta uma postura muito mais crítica em relação às necessidades de atendimento do paciente e também em relação ao atendimento prestado no Centro de Diabetes.

Em um dos casais abordados na entrevista, o marido e a esposa haviam desenvolvido diabetes e ambos eram atendidos no Centro de Diabetes. Neste caso, o homem informou que a mulher é quem deveria responder ao questionário, pois ela era a pessoa mais adequada. Observou-se também que alguns homens, durante a entrevista, recorriam à sua companheira para responder às perguntas formuladas pelo entrevistador.

“Há 37 anos ela me aguenta”. (Paciente, referindo-se à esposa)

Tabela 5.33 – Estado civil

<b>Estado Civil</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Casado / União estável	9	12	21
Divorciado / Separado	2	1	3
Solteiro	1	3	4
Viúvo	4		4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Entre os 32 pacientes entrevistados, cinco não compartilham o domicílio com outra pessoa (Tabela 5.34). Dos cinco pacientes que vivem sozinhos, duas são viúvas (idade de 54 e 63 anos), um paciente de 57 anos é divorciado e dois pacientes de 58 e 62 anos de idade são solteiros.

Tabela 5.34 – Número de pessoas no domicílio

<b>Nº de pessoas no domicílio</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
1 pessoa	2	3	5
2 pessoas	3	4	7
3 pessoas	5	3	8
4 pessoas	2	3	5
5 pessoas	2	1	3
6 pessoas		2	2
9 pessoas	1		1
12 pessoas	1		1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

A maioria dos pacientes (20) reside no mesmo domicílio com o cônjuge, filhos (21) e netos (19). Observa-se uma estrutura familiar onde a responsabilidade da criação dos netos é compartilhada entre avós e pais. Em um dos casos tem-se um bisneto

convivendo no mesmo domicílio. Este caso é uma senhora viúva (paciente) de 71 anos de idade que convive com a filha, a neta e a bisneta. A neta era quem acompanhava a paciente no dia da entrevista (Tabela 5.35).

Tabela 5.35 – Pessoas com quem convive

<b>Pessoas com quem convive</b> (Respostas Múltiplas)	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Filhos	13	8	21
Esposa / Marido	8	12	20
Neto	14	5	19
Genro	1	1	2
Irmãos		1	1
Bisneto	1		1
Sogro	1		1

Fonte: Autor

Quando questionados sobre o tipo de residência, 18 pacientes informaram residir em casa própria, 11 em casa alugada e 3 em casa cedida. Uma das casas cedidas decorre do marido ser zelador. No caso das casas alugadas, o aluguel surge como mais uma despesa no orçamento familiar, além das despesas com o DM.

Tabela 5.36 – Tipo de residência

<b>Residência</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Própria	7	11	18
Alugada	7	4	11
Cedida	2	2	3
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

A análise da profissão é uma das formas de conhecer a renda do paciente. Por questões éticas e visando a evitar qualquer constrangimento ao paciente, o pesquisador decidiu não perguntar a sua renda. Com exceção de três casos

(professor, área jurídica e bancário) todas as demais profissões são de nível técnico ou não exigem qualificação formal (Tabela 5.37).

Tabela 5.37 – Profissão

<b>Profissão</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Dona de casa	5		5
Empregada doméstica	4		4
Aposentado	1	2	3
Comerciante		3	3
Manobrista / Motorista / Ajudante de transporte		3	3
Encarregado de pintura / Técnico de construção civil / Ajudante geral		3	3
Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem	1	1	2
Bancário	1	1	2
Área jurídica, recursos humanos		1	1
Consultora	1		1
Cozinheira	1		1
Instalador de linha		1	1
Professora	1		1
Segurança		1	1
Não informou	1		1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Entre os pacientes com rendimento (22), doze são aposentados, nove estão trabalhando e um recebe auxílio doença. Dez pacientes não tinham rendimento na ocasião da entrevista (Tabela 5.38).

Tabela 5.38 – Situação Profissional

<b>Situação Profissional</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Aposentado	5	7	12
Trabalhando	5	4	9
Desempregado	3	4	7
Dona de casa	3		3
Auxílio doença		1	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Quanto ao nível de educação escolar, três pacientes não foram alfabetizados; nove pacientes cursaram até o ensino fundamental I (até 4ª série); oito pacientes cursaram séries do ensino fundamental II (5ª a 8ª série); nove pacientes concluíram o ensino médio; um paciente está na universidade e dois concluíram o ensino superior (Tabela 5.39).

Tabela 5.39 – Nível Escolar

<b>Nível Escolar</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Não sabe ler e escrever / Sabe assinar o nome / Nunca estudou	2	1	3
2ª Série		1	1
3ª Série	3		3
4ª Série	2	3	5
5ª Série	1	1	2
7ª Série		1	1
8ª Série	3	2	5
3ª Série Ensino Médio	4	5	9
Superior incompleto		1	1
Superior completo	1	1	2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Sobre os recursos de telecomunicações disponíveis para os pacientes, seis informaram não possuir telefone fixo no domicílio (Tabela 5.40). Destes seis, quatro declararam possuir telefone celular, portanto, constata-se que dois pacientes não têm telefone celular ou telefone fixo. Estes dois pacientes são viúvos e um deles vive sozinho no domicílio. Portanto temos um quadro onde o paciente de 63 anos de idade não dispõe de telefone e não compartilha a casa com outra pessoa.

Dos 32 pacientes entrevistados, 15 têm telefone celular (Tabela 5.41). Um paciente declarou não gostar de celular, pois *“não consegue enxergar, somente com lupa”*. Outro paciente informou que *“graças a Deus não tinha celular”*. Esses aspectos devem ser considerados na escolha dos canais de comunicação com o paciente, pois além das limitações impostas pelo DM ou decorrentes da idade, existe a questão de afinidade com a tecnologia.

Tabela 5.40 – Telecomunicações – Telefone fixo no domicílio

<b>Telefone Fixo</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Sim	13	13	26
Não	3	3	6
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Tabela 5.41 – Telecomunicações – Telefone Celular

<b>Telefone Celular</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Sim	7	8	15
Não	9	8	17
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Quinze, dos trinta e dois pacientes, declaram ter acesso à internet no domicílio (Tabela 5.42). Todavia, quando questionado sobre quem acessa a internet, somente

dois pacientes responderam que acessam. Nos demais casos a internet é acessada pelos parentes, prioritariamente pelos filhos (Tabela 5.43). Somente 5 pacientes possuem endereço eletrônico, e-mail (Tabela 5.44). Depoimento de um paciente sobre a internet:

“Não tenho e-mail, mas acesso o Orkut. Minha filha queria criar um e-mail para mim. Tenho computador no quarto, mas não mexo. Minha filha não tem paciência para me ensinar.” (Paciente)

Tabela 5.42 – Telecomunicações – Internet no domicílio

<b>Acesso à Internet no Domicílio</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Sim	8	7	15
Não	7	9	16
Não informou	1		1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Tabela 5.43 – Telecomunicações – Pessoas que acessam a internet no domicílio

<b>Quem Acessa a Internet no Domicílio (Respostas Múltiplas)</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Filhos	7	6	13
Cônjuge	1	1	2
Paciente		2	2
Netos	1		1
Irmão		1	1

Fonte: Autor

Tabela 5.44 – Telecomunicações – Endereço eletrônico

<b>Possui e-mail</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Sim	1	4	5
Não	15	12	27
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Entre os 32 pacientes que participaram da pesquisa no Centro de Diabetes, somente dois declararam possuir convênio médico, sendo que um dos pacientes está como dependente do convênio da filha, que é funcionária da prefeitura de São Bernardo do Campo - SP (Tabela 5.45)

Tabela 5.45 – Convênio médico

<b>Possui convênio médico</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Não	15	15	30
Sim	1	1	2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

O tempo médio de diagnóstico de DM dos pacientes entrevistados é de 10,6 anos, sendo que o maior de tempo de diagnóstico é de 29 anos e o menor tempo de 2 anos. Na maioria dos entrevistados (15) o diagnóstico de DM foi realizado entre 6 e 10 anos (Tabela 4.46)

Tabela 5.46 – Tempo de diagnóstico de DM

<b>Tempo de Diagnóstico (Em anos)</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Até 5 anos	4	3	7
De 6 a 10 anos	7	8	15
De 11 a 20 anos	3	5	8
Mais de 20 anos	2		2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>
Tempo médio de diagnóstico	10,6 anos		
Menor tempo de diagnóstico	2 anos		
Maior tempo de diagnóstico	29 anos		

Fonte: Autor

Dos 32 pacientes entrevistados, 27 informaram conviver com outras doenças além do DM. A principal comorbidade apresentada na pesquisa foi a hipertensão. Dos 27 pacientes, 21 são hipertensos (Tabela 5.47). Em média, cada um dos pacientes apresentou 2,1 doenças além do DM. As comorbidades são mais uma carga para o paciente no autogerenciamento do DM, como revelam as verbalizações de três pacientes:

“É um pacote de doenças, seria bom que trocasse por dinheiro.”  
(Paciente)

“É mais fácil você perguntar o que eu não tenho. Sexta-feira quase caí.” (Paciente)

“É uma tonelada de remédios” (Paciente)

Considerando-se o horário que o paciente chega ao Centro de Diabetes e o momento em que é atendido pelo médico, o tempo médio de espera para a consulta é de 02h37. O menor tempo de espera foi de 30 minutos e o maior tempo foi de 06h30 (Tabela 5.48).

O ônus de espera para ser atendido no dia da consulta não é somente do paciente, mas também da pessoa que o acompanha no dia da consulta. Em alguns casos o paciente declarou que para ele não havia problema de esperar, mas havia problema para a filha que o acompanhava no dia da consulta. Em alguns casos o paciente não trabalha ou é aposentado, todavia o acompanhante tem que trabalhar, pois muitas vezes é ele que contribui financeiramente para o tratamento do paciente. Apenas um dos pacientes, uma senhora viúva, de 63 anos de idade, que mora sozinha, informou que a demora de 2h30 era boa, pois ela conversava com outras pessoas.

Tabela 5.47 – Outras doenças além do DM

<b>Outras Doenças</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Hipertensão	10	11	21
Colesterol	4	1	5
Cirurgia cardíaca: 2 safenas e 1 mamária / Infarto / Problemas cardíacos	1	2	3
Triglicérides	2	1	3
Derrame na vista / AVC	1	1	2
Labirintite	1	1	2
Osteoporose	2		2
Tireoide	1	1	2
Alergia a vários medicamentos	1		1
Artrite reumatóide		1	1
Asma	1		1
Problemas de audição	1		1
Catarata	1		1
Depressão	1		1
Doença de Charcot	1		1
Doença renal	1		1
Hepatite C crônica		1	1
Hipnose (cai na rua)		1	1
Hipotireoidismo	1		1
Infecção urinária	1		1
Problemas no fígado		1	1
Retocolite ulcerativa	1		1
Plaquetas baixas	1		1
Reumatismo	1		1
Fibromialgia	1		1

Fonte: Autor

Tabela 5.48 – Tempo de espera no dia da consulta

<b>Tempo de espera no dia da consulta</b>	<b>Total</b>
Até 1 hora, inclusive	4
Entre 1 e 2 horas, inclusive	10
Entre 2 e 3 horas, inclusive	8
Mais que 3 horas	10
<b>Total</b>	<b>32</b>
Tempo médio de espera para ser atendido	2h37
Menor tempo	0h30
Maior tempo de espera	6h30

Fonte: Autor

Com o objetivo de entender o impacto do DM na vida do paciente, foi lhe perguntado como é ter diabetes, quais as implicações em sua vida, o que mudou após o diagnóstico do DM. As respostas foram agrupadas por tempo de diagnóstico: pacientes com até 5 anos de diagnóstico (Tabela 5.49), pacientes com tempo de diagnóstico entre 6 e 10 anos (Tabela 5.50) e pacientes com mais de 10 anos de diagnóstico de DM (Tabela. 5.51).

Depressão, tristeza, ansiedade, excesso de cuidados e dificuldade de conseguir trabalho estão presentes nos depoimentos dos pacientes. O paciente tem que conviver com o surgimento iminente de complicações e respectivas implicações, conforme relatam dois pacientes:

“Mudou uma série de coisas, de cuidados, de preocupação. Tem que se medicar. Não é uma vida normal. Mudam os hábitos de sair, beber, fumar, da vida social. Estou preocupado com o tornozelo rachado. Não ando mais de moto quando saio. Tenho medo. Estou preocupado. O diabetes chegou a ficar muito alto.” (Paciente)

“Não gostei de saber que tinha DM. Dois parentes tiveram complicações que resultaram em amputação e cegueira.” (Paciente)

“Mudou tudo. Regime. O diabetes afeta a visão. Vou operar a vista. Operei de uma vista e perdi a visão. (Paciente)

As mudanças na alimentação em decorrência do DM foram mencionadas por 17 pacientes. Para alguns pacientes a mudança alimentar não é vista como um peso, mas, para outros, a alteração na alimentação é considerada como uma grande perda, conforme relatam os pacientes:

“Não posso comer nada. Tenho que fazer dieta e a dieta faz engordar. É muita solidão.” (Paciente)

“Primeiramente o açúcar. O doce, o bolo, tudo mudou. Minha família adora um bolo, um doce. Se você quer viver tem que mudar. Na minha casa era tudo doce.” (Paciente)

“O pior é a alimentação. A alimentação ficou modificada. Como o que a minha filha compra, pois não tenho como sair de casa. Minha filha compra muita quantidade de verdura e tenho que jogar fora. Não posso trabalhar, dependendo da minha filha.” (Paciente)

Para oito, dos trinta e dois pacientes entrevistados, o DM nada mudou na sua vida ou mudou muito pouco. Seis destes pacientes são homens. A antropologia médica procura explicar esse comportamento. Conforme cita Helman (2009), é esperado dos homens que, diante do sofrimento e da dor, tenham eles uma linguagem de sofrimento não emocional, de não queixas.

Tabela 5.49 – Como é ter diabetes – Pacientes com até 5 anos de diagnóstico

Anos com DM	Idade	Gênero	Como é ter DM. Implicações. O que muda na vida.
2	56	Feminino	Entrou em depressão. Precisou de um psicólogo. Não aceitava. Sentiu revolta, pois já tem muitos problemas de saúde. Está com arritmia, tem cardiologista agendado para agosto. Perde cálcio pela urina. Ficou quase sem andar. Após nascimento da filha teve que fazer uma cirurgia no ânus que demorou 4 meses para cicatrizar.
2	62	Feminino	Não alterou nada. Somente toma os comprimidos. Não alterou nada.
3	65	Feminino	Primeiramente o açúcar. O doce, o bolo, tudo mudou. Minha família adora um bolo, um doce. Se você quer viver tem que mudar. Na minha casa era tudo doce.
3	58	Masculino	Uma série de coisas, de cuidados, de preocupação. Tem que se medicar. Não é uma vida normal. Mudam os hábitos de sair, beber, fumar, da vida social. Está preocupado com o tornozelo rachado. Não anda mais de moto quando sai. Tem medo. Está preocupado. O diabetes chegou a ficar muito alto.
3	48	Masculino	Muita bebida, cigarro. É adaptar-se, pois é ex-fumante. Alimentação: qualidade, quantidade e diversidade.
4	56	Masculino	Praticamente não mudou nada. Evita comer doce. Come metade do que comia.
5	57	Feminino	É triste demais. Muito triste. Comia de tudo, tem o regime.

Fonte: Autor

Tabela 5.50 – Como é ter diabetes – Pacientes com tempo de diagnóstico de DM entre 6 e 10 anos inclusive.

Anos com DM	Idade	Gênero	Como é ter DM. Implicações. O que muda na vida.
6	52	Feminino	Está difícil para trabalhar, sente dores. O marido está desempregado. Tem lesão no ombro, que passou para o outro. Não tem o que fazer. O reumatologista disse que é em função do DM.
6	69	Feminino	Tomar remédios. Não comer as coisas que podia comer. Tem que fazer regime. Depois do AVC não pode trabalhar. “Não posso fazer minhas coisas”.
8	43	Feminino	“Não sei nem dizer”. Tenho 20% de cada rim. Operou de tumor no cérebro, fez radioterapia.
8	43	Masculino	Parou de beber, de tomar álcool
9	48	Feminino	Muita coisa mudou. Principalmente a parte dentária. Atingiu muito a visão. Tem insônia, quase não dorme. É muito ansiosa. Tem dor nas pernas, nos braços, cansaço.
9	63	Feminino	Não gostou de saber que tinha DM. Dois parentes que tiveram complicações que resultaram em amputação e cegueira. Adora fazer doces, comer, Nescau batido. Tem hipoglicemia. Tirou o doce por conta própria.
9	55	Masculino	Por enquanto nada mudou. Só que não consegue mais trabalhar. Estava na Caixa (afastamento médico). Agora não consegue aposentadoria. Poderia voltar a trabalhar. Nada o impede.
9	69	Masculino	Não mudou nada. Come e trabalha normal. Não trabalha pesado. Já tem o serviço de casa, nada profissional.
9	62	Masculino	Mudou muita coisa. Está restrito a muitas coisas, como doce. Tomar alguma coisa (álcool). Nunca foi de beber, mas gosta de tomar um vinho, por exemplo.
9	49	Masculino	Mudou tudo. Trabalha com dor. Fica irritado. Teve neuropatia e precisou deixar de trabalhar.
9	64	Masculino	Tudo varia. Não consegue trabalho. Não pode sair de casa, pois tem horário de remédio. Cai a glicemia e tem medo de cair. Várias vezes teve tontura. A força acaba, vai embora.
10	54	Feminino	Cuidado com alimentação. Fazer exercício, simplesmente.
10	65	Feminino	Mudou muita coisa. A alimentação. O ritmo de vida é outro. Podia comer tudo. Antes era mais liberal.
10	43	Masculino	Mudou muito pouco. A alimentação tem que cortar. Dieta. Vive normal, não tem muita alteração.
10	62	Masculino	Não mudou muita coisa. A artrite já havia alterado. Nunca foi internado pela DM.

Tabela 5.51 – Como é ter diabetes – Pacientes com mais de 10 anos de diagnóstico de DM.

Anos com DM	Idade	Gênero	Como é ter DM. Implicações. O que muda na vida.
13	73	Masculino	Tem que controlar, evitar doce. Cancelar parte do açúcar.
14	58	Masculino	Muita coisa mudou. Não consegue trabalho. Desde que apareceu essa maldita doença. Vai fazer exame, está doente e não consegue trabalho, não adianta ficar cassando.
15	71	Feminino	Não mudou nada. Faz tratamento de rotina. Tem que conviver ou morrer com ela. Alimentação mudou muita coisa. Tem vontade de extravasar, de participar das coisas.
16	59	Masculino	Não mudou nada.
17	63	Feminino	Mudou para pior. Não pode comer nada. Tem que fazer dieta e a dieta faz engordar. Muita solidão.
18	68	Feminino	Mudo tudo. Regime, afeta a visão. Vai operar a vista. Operou um vista e perdeu a visão.
18	57	Masculino	Os hábitos de alimentação mudaram para melhor. Deixou de ingerir açúcar, mas nada diferente. Somente o açúcar. Continua fazendo o que fazia.
20	76	Masculino	Quase nada mudou. Trata sempre, toma remédio todos os dias.
26	57	Feminino	O pior é a alimentação. A alimentação ficou modificada. Come o que a filha compra, pois não tem como sair de casa. A filha compra muita quantidade de verdura e tem que jogar fora. Não pode trabalhar, depende da filha.
29	54	Feminino	No começo vai tudo bem. Não tomava insulina, somente dieta. Teve infarto. Toma um monte de remédio, não pode comer um pouquinho a mais.

Fonte: Autor

Doentes que creem que são responsáveis pela sua saúde tendem a apresentar melhor adesão ao tratamento e melhor controle glicêmico do que doentes que creem estar à mercê do destino ou de outra força exterior. (RYAN, 1997). Dos 32 pacientes entrevistados, 11 atribuem o desenvolvimento do DM à hereditariedade. Nove pacientes informaram não saber a razão por terem desenvolvido a doença. Onze pacientes acreditam que o diabetes surgiu em decorrência dos próprios hábitos (alimentação, bebida alcoólica, cigarro). O sobrepeso foi mencionado como causa do DM em dois pacientes (Tabela 5.52).

Tabela 5.52 – Razões para ter desenvolvido DM

<b>Razões para ter desenvolvido DM (Respostas múltiplas)</b>	<b>Nº de menções</b>
Hereditariedade	11
Não sabe	9
Emocional	6
Alimentação	5
Bebidas alcoólicas	4
Cigarro	2
Sobrepeso	2
Medicação	1
Tumor no cérebro	1

Fonte: Autor

Dos 32 pacientes entrevistados, 22 recebem algum tipo de ajuda no tratamento do DM. A família do doente exerce papel fundamental no gerenciamento do diabetes, seja na realização das tarefas cotidianas, como também, fornecendo apoio emocional aos pacientes e atuando como fiscal no cumprimento das recomendações médicas (Tabela 5.53).

“Tive que aplicar um psicólogo na mãe. Você quer morrer como sua prima, que morreu de diabetes?” (Acompanhante do paciente).

Você quer morrer? Você tem dois filhos para criar. É complicado, quando meu marido foi internado em função do diabetes que ficou muito alto, fui eu que tive que comunicar para a mãe dele, que já tem idade avançada. (Esposa do paciente)

Tabela 5.53 – Ajuda no tratamento

<b>Recebe algum tipo de auxílio no tratamento</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Não	12	10	22
Sim	4	6	10
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

<b>Gênero</b>	<b>Tipo de ajuda que recebe no tratamento do DM</b>
Feminino	Passar a roupa. Principalmente o remédio, que pega no posto.
	Emocional (perdeu um filho com 34 anos).
	A filha faz tudo o que precisa ser feito.
	A filha pega no pé. “Mãe, não pode comer isso!”
	As duas filhas a carregam para todo o lugar. Compram o remédio, pegam no posto de saúde.
Masculino	Apoio da mãe. O irmão cobra muito, porque o paciente às vezes dá uma relaxada.
	Apoio emocional, financeiro. Na hora que mais precisa é a família. Sem a família não tem como fazer.
	Perguntam como ele está. Compram os remédios quando precisa.
	A esposa pega no pé sobre a alimentação.
	Apoio emocional da mãe e dos irmãos.
	Ajuda psicológica da mãe e da irmã.
	Somente do hospital, tratamento e medicamento.

Fonte: Autor

Somente dois pacientes entrevistados declararam não professar alguma crença religiosa, ambos do gênero masculino. Dos 32 pacientes, 23 declararam ser católicos. A religião é mencionada como recurso que permite ao paciente desenvolver a resignação diante da doença e respectivas complicações na funcionalidade do indivíduo (Tabela 5.54).

Alguns pacientes se posicionam como não praticante da religião informada, enquanto que para outros a religião tem um peso maior no seu posicionamento diante da vida.

Tabela 5.54 – Religião

<b>Possui crença religiosa</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Não		2	2
Sim	16	14	30
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

<b>Crença religiosa</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Católica	10	13	23
Evangélica	2	1	3
Espírita	2		2
Budista	1		1
Católica ortodoxa	1		1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>30</b>

Fonte: Autor

Dezoito, dos 32 pacientes entrevistados, utilizam insulina no tratamento do diabetes. Metade desses pacientes (9) recebeu o diagnóstico de diabetes há mais de cinco anos e há menos de dez anos. Dois pacientes já utilizaram insulina no passado.

A dose de insulina varia de 2 a 104 doses diárias. Observou-se durante a pesquisa que alguns pacientes tinham dificuldade em realizar os cálculos da dose de insulina. Esse cálculo se faz necessário porque a administração da insulina é realizada mais de uma vez ao dia. Sendo assim, os números apresentados podem indicar alguma inconsistência. (Tabela 5.55).

Tabela 5.55 – Utilização de insulina

<b>Tempo de Diagnóstico (Em anos)</b>	<b>Já usou insulina antes (3 a 4 meses de uso)</b>	<b>Já usou insulina antes (2 a 3 anos de uso)</b>	<b>Nunca usou insulina</b>	<b>Usa insulina atualmente</b>
Até 5 anos			5	2
De 6 a 10 anos	1	1	4	9
De 11 a 20 anos			1	7
Mais de 20 anos			2	
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>18</b>

<b>Dose diária de insulina</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Até 25 unidades	3	5	8
De 26 a 50 unidades	4	3	7
De 51 a 75 unidades	2	1	3
De 76 a 100 unidades		1	1
Mias do que 100 unidades		1	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>20</b>

<b>Tempo de Diagnóstico (Em anos)</b>	<b>Dose diária de insulina</b>	<b>Nº de Menções</b>
Até 5 anos	De 26 a 50 unidades	1
	De 76 a 100 unidades	1
De 6 a 10 anos	Até 25 unidades	3
	De 26 a 50 unidades	3
	De 51 a 75 unidades	2
	Mias do que 100 unidades	1
De 11 a 20 anos	Até 25 unidades	5
	De 26 a 50 unidades	2
Mais de 20 anos	De 26 a 50 unidades	1
	De 51 a 75 unidades	1

Fonte: Autor

Além da injeção de insulina, os pacientes são tratados com antidiabéticos orais e outros medicamentos resultantes das comorbidades, sendo a hipertensão a principal doença apresentada nessa pesquisa (Tabela 5.56).

Tabela 5.56 – Outros medicamentos, além da insulina

<b>Outros medicamentos, além da insulina (Respostas Múltiplas)</b>		<b>Nº Menções</b>	<b>Total</b>
Antidiabético oral	Metformina	19	25
	Daonil / Glibenclamida	6	
Hipertensão	Captopril / Enalapril	11	18
	Hidroclorotizida (Diurético)	3	
	Atenolol	1	
	Diuréticos	1	
	Hipertensão	1	
	Losartan	1	
AAS		8	8
Colesterol	Sinvastatina / Atorvastatin	5	7
	Colesterol / Triglicérides	2	
Antidepressivo	Denyl	1	4
	Diazepan (Ansiedade)	1	
	Fluoxetina	1	
Osteoporose	Fontical	1	2
	Alendronato	1	
Outros (1 menção)	Ácido Fólico	1	
	Complexo B	1	
	Furosemida (Diurético – Rins – Problemas cardíacos)	1	
	Hidroxizina (Alergia)	1	
	Lactoplus (Gastrintestinal)	1	
	Remédio para anemia	1	
	Remédio para artrite	1	
Não se lembra		3	3

Fonte: Autor

Quando questionados sobre as complicações do DM, dezessete pacientes informaram ter desenvolvido pelo menos uma complicação. Um dos pacientes informou ter um membro inferior amputado, todavia, não soube informar se essa perda foi resultado do tabagismo ou do diabetes. As complicações citadas pelos

pacientes foram: retinopatia, coronariopatia, neuropatia, impotência sexual, hipotensão postural e isquemia cerebral. (Tabela 5.57).

Tabela 5.57 – Complicações do DM

<b>Teve alguma complicação do DM</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Sim	9	8	17
Não	7	7	14
Não sabe		1	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

<b>Complicações do DM</b> (Respostas Múltiplas)	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Retinopatia	8	24
Nefropatia	6	26
Coronariopatia	4	28
Neuropatia	4	28
Impotência sexual	3	29
Hipotensão postural	2	30
Isquemia cerebral	2	30

Fonte: Autor

Os quattros casos de coronariopatia referem-se a dois pacientes do gênero masculino e dois pacientes do gênero feminino. Um dos pacientes com dezessete anos de diagnóstico de DM informou ter desenvolvido a coronariopatia há mais de 39 anos, portanto, anterior ao desenvolvimento do DM. Como o objetivo dessa pesquisa é entender a percepção do paciente sobre a doença, ainda que a verbalização do paciente apresente alguma incoerência do ponto de vista médico, a resposta do paciente adquire importância à medida que revela como o paciente interpreta e constrói a doença a partir de seus conhecimentos e experiência de vida (Tabela 5.58).

Tabela 5.58 – Coronariopatia

			<b>CORONARIOPATIA</b>	
<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de diagnóstico do DM</b>	<b>Quando foi diagnosticada</b>	<b>Idade do paciente</b>
Feminino	54	29 anos	5 anos	49
	63	17 anos	39 anos	58
Masculino	43	10 anos	2 anos	41
	58	14 anos	10 anos	48

Fonte: Autor

Dois pacientes informaram a hipotensão postural com uma das complicações do DM. Um dos pacientes, do gênero feminino e com dez anos de diagnóstico de DM, apresentou hipotensão postural aos 65 anos de idade. O outro paciente, do sexo masculino, informou que essa complicação surgiu há um ano, quando o paciente estava com 58 anos de idade e quinze anos de diagnóstico de DM (Tabela 5.59).

Tabela 5.59 – Hipotensão Postural

			<b>HIPOTENSÃO POSTURAL</b>	
<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de diagnóstico do DM</b>	<b>Quando foi diagnosticada</b>	<b>Idade do paciente</b>
Feminino	65	10 anos	2 semanas	65
Masculino	59	16 anos	1 ano	58

Fonte: Autor

A impotência sexual foi informada por três pacientes diabéticos, com idade de 58, 59 e 76 anos de idade. Nos pacientes mais novos a impotência havia sido diagnosticada há um ano, portanto os pacientes apresentaram essa disfunção na faixa dos 58 anos e com 15 anos de diagnóstico. No paciente com 76 anos de

idade, a impotência surgiu com a idade de 65 anos e após 20 anos do diagnóstico de DM (Tabela 5.60).

Tabela 5.60 – Impotência Sexual

			<b>IMPOTÊNCIA SEXUAL</b>	
<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de diagnóstico do DM</b>	<b>Quando foi diagnosticada</b>	<b>Idade do paciente</b>
Masculino	58	14 anos	1 ano	57
	59	16 anos	1 ano	58
	76	20 anos	11 anos	65

Fonte: Autor

A isquemia cerebral foi citada por um paciente do gênero feminino (69 anos) e um paciente do gênero masculino (64 anos). Conforme observado anteriormente com um paciente que desenvolveu coronariopatia, observa-se um caso onde a isquemia cerebral é anterior ao diagnóstico do DM (Tabela 5.61).

Tabela 5.61 – Isquemia Cerebral

			<b>ISQUEMIA CEREBRAL</b>	
<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de diagnóstico do DM</b>	<b>Quando foi diagnosticada</b>	<b>Idade do paciente</b>
Feminino	69	6 anos	7 anos	62
Masculino	64	9 anos	1 ano	63

Fonte: Autor

A nefropatia foi a segunda complicação do DM mais citada pelos pacientes (6 menções), quatro do gênero feminino e dois do gênero masculino. Em uma das

pacientes a nefropatia surgiu antes do diagnóstico de DM, quando esta tinha 27 anos de idade (Tabela 5.62).

Tabela 5.62 – Nefropatia

			<b>NEFROPATIA</b>	
<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de diagnóstico do DM</b>	<b>Quando foi diagnosticada</b>	<b>Idade do paciente</b>
Feminino	43	8 anos	5 anos	38
	48	9 anos	0,5 ano	48
	54	10 anos	10 anos	44
	63	17 anos	36 anos	27
Masculino	59	16 anos	1 ano	58
	76	20 anos	2 anos	74

Fonte: Autor

Quatro pacientes, dois homens e duas mulheres, informaram a neuropatia com uma das complicações do DM. Um dos pacientes informou que essa complicação foi observada após um ano do diagnóstico de DM, aos 41 anos de idade (Tabela 5.63).

Tabela 5.63 – Neuropatia

			<b>NEUROPATIA</b>	
<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de diagnóstico do DM</b>	<b>Quando foi diagnosticada</b>	<b>Idade do paciente</b>
Feminino	48	9 anos	0,5 ano	48
	63	17 anos	9 anos	54
Masculino	49	9 anos	8 anos	41
	59	16 anos	2 anos	57

Fonte: Autor

A retinopatia foi a complicação mais presente nos pacientes com DM (8 casos). Seis mulheres e dois homens citaram a retinopatia. Na ocasião do diagnóstico da retinopatia o paciente com menor idade apresentava 47 anos e o de maior idade 66 anos (Tabela 5.64).

Tabela 5.64 – Retinopatia

			<b>RETINOPATIA</b>	
<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de diagnóstico do DM</b>	<b>Quando foi diagnosticada</b>	<b>Idade do paciente</b>
Feminino	48	9	1 ano	47
	57	5	2 anos	55
	57	26	0,5 ano	57
	63	17	2 anos	61
	65	10	1 ano	64
	68	18	2,5 anos	66
Masculino	59	16	8ª sessão	-
	69	9	4 anos	65

Fonte: Autor

O Centro de Diabetes da UNIFESP está em funcionamento desde 1996. Dos 32 pacientes entrevistados, seis informaram que são atendidos no Centro de Diabetes há mais de 13 anos. Para estes seis o atendimento foi realizado no Ambulatório de Diabetes da Disciplina de Endocrinologia da UNIFESP. O tempo médio de atendimento dos pacientes no Ambulatório e no Centro de Diabetes é de oito anos e meio. Considerando-se os atendimentos a partir de 1996 (Centro de Diabetes), o tempo medido de atendimento é de 6 anos e meio (Tabela 5.65).

Tabela 5.65 – Há quanto tempo é atendido no Centro de Diabetes

<b>Há quanto tempo é atendido no Centro de Diabetes</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Até 5 anos	6	4	10
De 6 a 10 anos	6	7	13
De 11 a 20 anos	3	5	8
Mais de 20 anos	1		1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Considerando-se de uma escala fixa de quatro alternativas (muito ruim; ruim; bom,; muito bom), o atendimento geral no Centro de Diabetes foi avalizado por onze pacientes como muito bom. Vinte pacientes consideraram o atendimento como bom e um paciente do gênero feminino avalia o atendimento como ruim (Tabela 5.66).

Tabela 5.66 – Avaliação do atendimento no Centro de Diabetes

<b>Avaliação do Atendimento no Centro de Diabetes</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Muito bom	5	6	11
Bom	10	10	20
Ruim	1		1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Quando solicitado ao paciente que verbalizasse espontaneamente o que mais admirava nos Centro de Diabetes, os aspectos mais valorizados na instituição foram o atendimento médico (19 pacientes) e o atendimento (15 pacientes). Considerando-se que essa foi uma pergunta aberta, o entrevistado ficou livre para manifestar sua opção sem restrição. Nesse caso temos respostas múltiplas, ou seja,

o número total de respostas ultrapassa o número total de entrevistados (Tabela 5.66).

Para alguns pacientes o atendimento do Centro de Diabetes destaca-se em função das outras opções de atendimento médico que dispõem:

“O atendimento no geral é bom em vista dos outros lugares. Não está 100%.”

“O atendimento não é VIP, mas tenho consciência de que a realidade é assim. É demorado.”

“Não tenho o que reclamar. Gosto de tudo. O Posto de Saúde é uma porcaria.”

“Os médicos não ficam nervosos, têm paciência.”

Tabela 5.67 – Aspectos valorizados no Centro de Diabetes

	<b>O que mais admira no Centro de Diabetes (Respostas múltiplas)</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Médicos (19 Atributos)</b>	Médicos são ótimos. Os médicos são bons. Tirando alguns médicos, dá para levar.	4	1	5
	Atenção dos médicos. Atenção durante a consulta.	1	2	3
	Atendimento do médico. O médico demora, mas atende bem.	3		3
	Eles esclarecem as dúvidas. Respondem as indagações. Respondem tudo e tem explicação.	1	1	2
	Humanitário, estão melhorando. O profissional está se conscientizando. São bonzinhos.	2		2
	Médicos educados.	1		1
	Alguns brigam, mas o paciente merece, quando faz coisa errada. Vira uma batalha, faz o que não deve.	1		1
	Os médicos são legais.		1	1
	Não ficam nervosos, têm paciência.		1	1
<b>Atendimento (15 Atributos)</b>	Atenção que o pessoal dá. Tem atenção. São atenciosos. São bem atenciosos	1	3	4
	Atendem muito bem. Foi operado, muito bem atendido. O atendimento. Não pode ter queixa.	1	2	3
	Brincam com os pacientes		1	1
	Tratam com carinho		1	1
	Valorizam tudo.		1	1
	A forma que os profissionais tratam os pacientes.	1		1
	O atendimento no geral é bom em vista dos outros lugares. Não está 100%.		1	1
	Educação		1	1
	Respeito		1	1
As pessoas. O atendimento não é VIP, mas tem consciência de que a realidade é assim. É demorado.		1	1	
<b>Tratamento</b>	Cuidam bem. O tratamento é muito bom. O tratamento.	3	5	8
	Perguntam muita coisa. O tempo de consulta é demorado. Eles conversam com o paciente. Vêem tudo.		2	2
	Orientação sobre o diabetes.		1	1
	Procuram fazer as coisas que a gente precisa. Não tem nada a desabonar		1	1
<b>Tudo</b>	Não tem o que reclamar. Gosta de tudo. Posto de Saúde é uma porcaria.	3	3	6
	Em geral é ótimo. De 1 a 0 é 9.	1	1	2
	Muito bom, não tem queixa	1		1
<b>Atendentes</b>		1	1	2
<b>Enfermeiras</b>			2	2
<b>Exames</b>	Dão preferência de fazer os exames. Tem tudo, se precisar de um exame. Até de uma internação.	2		2
<b>Marcação de consultas</b>	Marca consulta no mesmo dia.	1		1
<b>Não informou</b>	Sei lá. Medem o diabetes.	1	1	2

Fonte: Autor

Na avaliação dos aspectos do Centro de Diabetes que desagradam os pacientes, temos que considerar alguns aspectos culturais. Um desses aspectos é a dificuldade do brasileiro em criticar os serviços que lhes se prestados, seja por não ter referência de outros serviços de qualidade superior para comparação, considerar que o serviço de saúde é gratuito e recear perder o atendimento médico na instituição, ainda que antes da entrevista o pesquisador tenha reforçado para o paciente que suas opiniões não seriam identificadas. Observa-se uma postura de conformidade diante do serviço prestado, como relatam os pacientes:

“Não tem defeito. Quem tem que vir para o hospital tem que ter paciência. Criticar é fácil. Tem muita gente. São vários problemas. Criticam sem razão. Tem que ter paciência.” (Paciente)

“A gente precisa, vai fazer o que? É necessário ter mais médico. Aparecem muitas pessoas com diabetes. Tem que ter paciência em relação a tudo. Graças a Deus tenho.” (Paciente)

“Um pouco de demora para ser atendido. Tenho que aceitar.” (Paciente)

“A distância entre as consultas chega a oito meses. Tenho que compreender, pois é muita gente.” (Paciente)

“Atendem muito bem. As meninas são um amor. Não posso fazer crítica. Não tem o que reclamar. Não vou ao posto de saúde perto de casa. Venho direto para o Centro de Diabetes. No posto de saúde eles dão remédio e não fazem exames.” (Paciente)

“Prefiro ser atendido aqui duas vezes ao ano do que três a quatro vezes no Posto de Saúde.” (Paciente)

Dos 32 pacientes que participaram da pesquisa, oito informaram não ter nada de negativo a comentar com relação ao Centro de Diabetes. Sete pacientes relataram que o tempo de espera no dia da consulta é muito grande.

“Todo mundo está marcado para as 7h30. Acaba saindo às 11h00, 12h00. Não tem como reclamar”. (Paciente)

“Uma vez fui o primeiro a chegar e fui atendido por último. Foi um chá de cadeira.” (Paciente)

O intervalo entre as consultas é um problema para o autogerenciamento do DM, confirmado no discurso dos pacientes:

“Estou passando uma ou duas vezes por ano no médico. No ano passado foi somente uma vez. Não dá para acompanhar o colesterol e o triglicérides. O médico manda fazer o regime e estou fazendo, mas não sei como será avaliado o resultado.” (Paciente)

“O intervalo de consultas é muito grande. A quem vou procurar? Os 15 comprimidos que tomo por dia atacam minha saúde. Antes o intervalo de consultas era de três meses.” (Paciente)

“Melhorar o atendimento. Tem que esperar um ano. Passo mais de um mês com dor. Espero quatro meses com dor. Prefiro ir a outro hospital. Tenho colonoscopia marcada desde o ano passado. Pago condução, não posso vir todo o dia. Quando fico nervosa, falam que a gente é bagunceira. Vai ficar calado? Eu não fico.” (Paciente)

A mudança do local de realização de exames do Centro de Diabetes para a Rua Varpa foi um dos aspectos negativos mencionados pelos pacientes. É muita gente para ser atendida no mesmo dia. A espera é grande e os pacientes, que estão em jejum, têm crise de hipoglicemia.

“Na hora de tirar o sangue, não tinha banco para sentar. Odeio ir à Rua Varpa para tirar o sangue. Tem que marcar na Varpa, tem que tirar o sangue lá.” (Paciente)

A ausência de elevador do prédio novo do Centro de Diabetes, localizado na Rua Estado de Israel, foi mencionada por um paciente. Esta limitação do prédio também foi constatada pelo pesquisador ao observar a dificuldade com que os pacientes utilizavam as escadas no Centro de Diabetes, muitos deles com problemas visuais.

Em alguns casos o médico desceu para o piso térreo diante das dificuldades do paciente de se locomover.

"Ficou pior." (Comentário de paciente com muletas ao subir as escadas do Centro de Diabetes para ser atendido)

"Estão tentando melhorar. Está ficando bom. O espaço é maior. Falta rampa, elevador. É difícil subir a escada." (Paciente)

Comparado com as instalações anteriores do Centro de Diabetes, o maior espaço para as consultas foi percebido pelos pacientes como algo positivo.

Os pacientes também citaram a ausência de água para o paciente beber no Centro de Diabetes. Paciente precisa tomar remédio e não tem água. Também foi mencionada a necessidade de café para os pacientes. Ficam até quatro horas em jejum para serem atendidos.

"Não tem cafezinho. Estou em jejum. O Governo não dá. Não me importaria em trazer de casa um 1k de café. Na escola onde minha filha trabalha, escola municipal, os professores levam o café." (Paciente)

Assim como a cordialidade, a atenção e cortesia dos médicos, atendentes e enfermeiras são valorizadas pelos pacientes, a ausência dessa cordialidade foi citada por alguns pacientes. Observa-se nos comentários dos pacientes que eles trazem um histórico de atendimentos, não só no Centro de Diabetes, marcados por situações onde não existiram cortesia ou habilidade dos prestadores de serviços de saúde:

"O que mais desagrada é o atendimento na recepção. Menos grosseria com os idosos. Não precisam gritar com os pacientes" (Paciente)

"O médico tem que conversar com o paciente. Tem que relaxar. Vai ficar emburrado? Cada pessoa é diferente, tem um modo de agir. Pelo menos eu enxergo assim." (Paciente)

“Na sede anterior não tinha banco para sentar. Os profissionais ruins (enfermeiros, atendentes) acabaram se mudando. Se você vem para o trabalho, tem que deixar os problemas em casa. As meninas não olhavam para você. Eram amarradas.” (Paciente)

“Tem que entender que tirei o dia hoje para ser atendido. Não sou ignorante. Meu avô foi advogado. Sou cego de leitura.” (Paciente)

“Ao estacionar o carro para deixar minha esposa que tinha consulta no mesmo dia, não vi e pisei em fezes humanas na entrada do Centro de Diabetes. Sujei a barra da calça, mas não havia percebido. Quando entrei no consultório o médico disse que tem que tomar banho para vir ao médico. Fiquei magoado. Não disse nada. Não conheço ninguém que vem ao médico sem tomar banho. Tive que engolir essa bucha.” (Paciente)

Teve um médico cardiovascular mal criado. (Paciente)

“Certa vez cheguei atrasado. Dependo de condução, não posso dirigir mais, pois não consigo ver as placas, o farol, tenho que encostar o carro. A atendente reclamou - Por que chegou atrasado? Como os outros conseguem chegar cedo? - Respondi para ela que eu não dormia e nem comia com os outros. (Paciente)

“Uma vez um médico disse: “E esse homem sentado aí? ”Por ser médico do coração deveria ser mais pacífico.” (Paciente)

“Minha patroa é diabética desde os 16 anos. Fez duas cirurgias cardíacas. Tem problema de visão, toma insulina e um monte de remédios. Quando baixa a glicemia ela fica branca como um papel. No primeiro infarto, quando levei a esposa de madrugada para o hospital, estavam em greve. A enfermeira não queria atender. Informou que ganhava pouco. O médico e a enfermeira falaram alto. Eu respondi que o Romário estudou para ser jogador e o médico estudou para ser médico e quem quer ganhar dinheiro vai jogar bola. Minha esposa teve uma parada cardíaca e ficou internada três dias na UTI.” (Paciente)

“Tinha uma atendente muito ignorante. Tem hora que são grosseiras. Se me ofender eu respondo na altura. Já cansei de ficar calado. Não falava e quando chegava em casa passava mal.” (Paciente)

“Certa vez, procurava minha esposa no Centro de Diabetes. Ela veio para a consulta. Uma atendente, senhora baixinha, gordinha, grossa, boca dura, falou em voz alta: "O que o senhor está fazendo aqui?" Falei que procurava minha esposa. A atendente informou que estava na sala ao lado. Chamei a esposa em voz alta, mas ninguém respondeu, porque minha esposa não estava na sala indicada.” (Paciente)

O único paciente que avaliou o atendimento no Centro de Diabetes como ruim relatou que compareceu duas vezes ao Centro de Diabetes e não foi atendido. O médico faltou e ninguém o avisou. Outros pacientes também mencionaram a ausência de profissionais da área médica:

“Fui levar os óculos para conferir a lente e fui informado que o médico não estava. Não tem ninguém para conferir os óculos? Um monte de gente e todo mundo coçando. Não voltei para conferir a lente. Eles não trabalham de graça. São grosseiros. Antes ficava calado. Agora respondo.” (Paciente)

Um paciente reclamou da ausência de tratamento dentário para o diabético. Paciente apresentou constrangimento ao participar da pesquisa, posicionando a mão à frente da boca, de forma a ocultar o problema dentário.

Um dos pacientes reclamou da ausência de organização no Centro de Diabetes, pois lhe informaram que o seu prontuário médico havia sido perdido.

Tabela 5.68 – O que menos gosta no Centro de Diabetes

	<b>O que menos gosta no Centro de Diabetes</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Nada (8 Menções)</b>	Nada. Não tem nada. Acha que nada.	2	1	3
	Não tem nada a declarar. Não tem nada a reclamar. O que eles têm que fazer eles fazem. O resto é com a gente.		1	1
	Não tem o que dizer. Continuem com a atenção que tem.		1	1
	Por enquanto está tudo bem.		1	1
	Não tem defeito. Quem tem que vir para o hospital tem que ter paciência. Criticar é fácil. Tem muita gente. São vários problemas. Criticam sem razão. Tem que ter paciência.		1	1
	A transferência da sede já melhorou muita coisa.	1		1
<b>Espera no dia da consulta (7 Menções)</b>	A espera para ser atendido é muito grande.	1		1
	Está demorando muito para ser atendido.	1		1
	Demora muito para ser atendido. Foi a 5ª pessoa a chegar e vai ser a última a ser atendida. Todo mundo já foi embora.	1		1
	Demora para ser atendido. A gente precisa, vai fazer o que? É necessário ter mais médico. Aparecem muitas pessoas com diabetes. Tem que ter paciência em relação a tudo. Graças a Deus tem.	1		1
	Um pouco de demora. Tem que aceitar. Nada a criticar.		1	1
	Tempo de espera no dia da consulta.		1	1
	Todo mundo está marcado para as 7h30. Acaba saindo às 11h00, 12h00. Não tem como reclamar.		1	1
	Muita fila. Espera muito tempo.		1	
<b>Intervalo entre consultas (4 Menções)</b>	A quantidade de consultas. Está passando uma ou duas vezes por ano. No ano passado foi somente uma vez. Não dá para acompanhar o colesterol e o triglicéride. O médico manda fazer o regime e o pacientes está fazendo, mas não sabe como será avaliado o resultado.	1		1
	Distância entre as consultas. Chega a oito meses. Tem que compreender, pois é muita gente.		1	1
	Intervalo de consultas: 6 a 7 meses		1	1
	O intervalo de consultas é muito grande. A quem procurar? Os 15 comprimidos que toma por dia a atacam. Antes o intervalo de consultas era de 3 meses.	1		1

Fonte: Autor

Tabela 5.68 – O que menos gosta no Centro de Diabetes (continuação)

	<b>O que menos gosta no Centro de Diabetes</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Exames (4 Menções)</b>	Antes os exames eram feitos no Centro de Diabetes. Agora é na Rua Varpa. Tem muitas pessoas. Complicou. Chega às 7h30 e só vai ser atendido às 09h00. Gostaria que voltasse para o Centro de Diabetes.		1	1
	Tirar sangue na Rua Varpa. Não tem condição. Muita gente. Perde a manhã.		1	1
	Fazer exames na Rua Varpa. Aqui, no Centro de Diabetes, era bem melhor.	1		1
	A coleta de exames que antes era no Centro de Diabetes, mas mudou de lugar.		1	1
<b>Instalação (3 Menções)</b>	Ruim é a escada. Não sobe para o atendimento. O médico precisa descer para me atender.	1		1
	Está apertado. Tem muita gente. Precisa de uma casa maior.		1	1
	Na outra sede do Centro de Diabetes era muito apertado.		1	1
<b>Agilidade no atendimento (2 Menções)</b>	Falta agilidade no atendimento, quando vem buscar a receita. Um problema administrativo. Tem que ter mais médicos.	1		1
	Colocar mais gente para trabalhar, pois tem muito diabético.	1		1
<b>Cortesia no atendimento (2 Menções)</b>	Atendimento na recepção. Menos grosseria com os idosos. Não precisam gritar com os pacientes.	1		1
	O médico tem que conversar com o paciente. Tem que relaxar. Vai ficar emburrado? Cada pessoa é diferente, tem um modo de agir. Pelo menos eu enxergo assim.		1	1
<b>Desorganização</b>	Distância. Mora na zona norte. Tem que sair às 06h00 para chegar às 09h00. Desorganização, pois perderam o seu prontuário médico.		1	1
<b>Ausência do Médico</b>	Não ser atendido. Veio duas vezes. Não foi atendido, o médico faltou e ninguém avisou. Viagem perdida.	1		1
<b>Tratamento</b>	Ter tratamento dentário. O diabético precisa muito.	1		1

Fonte: Autor

Dos 32 pacientes que participaram dessa pesquisa, 17 relataram que as consultas no Centro de Diabetes acontecem no intervalo de três a seis meses, inclusive. Onze pacientes relataram que este intervalo é de seis a 12 meses, inclusive. Três pacientes informaram que as consultas ocorrem no intervalo de até três meses. Um paciente relatou que o intervalo de consulta é superior a um ano. O intervalo médio de consultas é de 6,2 meses (Tabela 5.69).

Tabela 5.69 – Intervalo entre as consultas no Centro de Diabetes

<b>Intervalo entre as consultas no Centro de Diabetes</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Até 3 meses inclusive	2	1	3
De 3 meses até 6 meses inclusive	8	9	17
De 6 meses a 12 meses inclusive	5	6	11
Mais que 12 meses	1		1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

O tempo médio de espera no dia da consulta, considerado como o período entre a hora solicitada ao paciente para chegar ao Centro de Diabetes e o momento em que é ele atendido pelo médico, é de 2 horas e 20 minutos (Tabela 5.70).

Para se ter a dimensão das horas envolvidas no dia da consulta, ao tempo de espera para ser atendido deve ser somado o tempo que o paciente leva para se deslocar da sua residência ao Centro de Diabetes e também o tempo para retorno à sua casa. Essas horas, na maioria das vezes, não são somente do paciente, mas também da pessoa responsável por acompanhá-lo no dia da consulta.

Foi solicitado aos pacientes avaliar oito aspectos relacionados ao atendimento no Centro de Diabetes: forma de agendamento das consultas; forma de agendamento de exames; horários e dias das consultas; intervalo entre consultas; tempo de espera no dia da consulta; duração da consulta; orientações dos médicos e clareza das informações por eles fornecidas; cortesia dos funcionários do Centro de Diabetes. Os pacientes deveriam classificar esses atributos como: muito ruim, ruim, bom ou muito bom. A duração da consulta, orientações dos médicos e clareza das informações por eles fornecidas foram os atributos que receberam melhor avaliação dos pacientes. Todos os pacientes entrevistados consideraram esses atributos como bom ou muito bom. Os atributos que receberam maior número de conceitos negativos (muito ruim e ruim) foram o intervalo entre consultas e o tempo de espera no dia da consulta (Tabela 5.71).

Os pacientes do gênero feminino foram mais críticos na avaliação do que os pacientes do gênero masculino. As quatro atribuições do conceito “muito ruim” advêm das mulheres e das 50 atribuições de “ruim”, 49 são de mulheres. O pesquisador observou durante a pesquisa a dificuldade dos pacientes em atribuir conceitos negativos, mesmo quando esses pacientes já haviam verbalizado de forma espontânea sua insatisfação relacionada a determinado aspecto do atendimento no Centro de Diabetes. Alguns pacientes mencionaram sua preocupação de não criar problemas com a sua avaliação.

Tabela 5.70 - Tempo de espera para ser atendido no dia da consulta

<b>Tempo de espera para ser atendido no dia da consulta</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Até 01h00 inclusive	1	3	4
De 01h00 a 02h00 inclusive	4	6	10
De 02h00 a 03h00 inclusive	5	3	8
De 03h00 a 04h00 inclusive	5	4	9
Mais do que 04h00	1		1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

Fonte: Autor

Dos trinta e dois pacientes, treze informaram que tiveram necessidade de se comunicar com o médico além do dia da consulta. Um dos pacientes precisou, mas não tentou. Cinco pacientes compareceram ao Centro de Diabetes e conseguiram falar com o médico. Dois pacientes não conseguiram falar com o médico. Três pacientes compareceram ao Centro de Diabetes para trocar a receita e dois pacientes conseguiram resolver suas dúvidas por telefone (Tabela 5.72).

Tabela 5.71 – Avaliação de serviços do Centro de Diabetes

	<b>Gênero</b>	<b>Muito Ruim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito bom</b>	<b>Não sabe / Não respondeu</b>
<b>Forma de agendamento das consultas</b>	Feminino		6	10		
	Masculino			15	1	
	<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	
<b>Forma de agendamento de exames</b>	Feminino	1	6	8	1	
	Masculino		2	12	2	
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	
<b>Horários e dias das consultas</b>	Feminino		2	14		
	Masculino			14	2	
	<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	
<b>Intervalo entre consultas</b>	Feminino		8	8		
	Masculino		4	9	2	1
	<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Tempo de espera no dia da consulta</b>	Feminino	2	8	6		
	Masculino		3	12		1
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>18</b>		<b>1</b>
<b>Duração da consulta</b>	Feminino			11	5	
	Masculino			11	4	1
	<b>Total</b>			<b>22</b>	<b>9</b>	<b>1</b>
<b>Orientações dos médicos / Clareza das informações</b>	Feminino			7	9	
	Masculino			4	11	1
	<b>Total</b>			<b>11</b>	<b>20</b>	<b>1</b>
<b>Cortesia dos funcionários do Centro de Diabetes</b>	Feminino	1	2	8	5	
	Masculino			8	7	1
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>1</b>

Fonte: Autor

Tabela 5.72 – Necessidade de se comunicar com o médico fora do dia da consulta

<b>Já precisou se comunicar com a equipe médica fora do dia da consulta</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Não	9	10	19
Sim	8	5	13
Não respondeu		1	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

<b>Como foi a comunicação com o médico</b>	<b>Nº de Menções</b>
Veio ao Centro de Diabetes e conseguiu falar com o médico	5
Veio para mudar a receita	3
Não conseguiu falar com o médico	2
Solução por telefone	2
Não tentou	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

Fonte: Autor

#### **4.4. Planejamento de Serviços**

A primeira etapa do planejamento de serviços é analisar as necessidades dos pacientes verbalizadas ou percebidas e classificá-las por grau de semelhança. A pesquisa realizada no Centro de Diabetes permitiu a identificação das seguintes necessidades:

##### **Contato com a equipe médica**

- Menor intervalo entre consultas.
- Informação sobre como proceder diante dos diferentes eventos que afetam a saúde do paciente e que necessitam de orientação médica.
- Esclarecer dúvidas sobre o tratamento, principalmente quando as informações fornecidas ao paciente em outras unidades de saúde são conflitantes com as orientações do Centro de Diabetes.

- Conhecimento do médico das limitações do paciente visando à adequação do tratamento a essa realidade.

### **Tempo de espera no dia da consulta**

- Redução do tempo de espera nos dias da consulta.
- Marcação de consultas em horários diferentes.

### **Agendamento de consultas e exames**

- Possibilidade de reagendar consultas.
- Serviço de lembrança do dia da consulta. Alguns pacientes fazem confusão com o dia da consulta.
- Informação para o paciente das mudanças no calendário de consultas já agendadas, como por exemplo, impossibilidade de o médico estar presente no dia da consulta.
- Dificuldade em marcar consultas com alguns especialistas. Não há existem pessoas para orientar.
- Alterar o local dos exames. Retornar a coleta para o Centro de Diabetes.

### **Infraestrutura**

- Água para o paciente beber no Centro de Diabetes. Paciente precisa tomar remédio e não tem água.
- Café para os pacientes. Ficam até quatro horas em jejum para serem atendidos.
- Organização no arquivo e localização dos resultados dos exames. Em decorrência da perda dos resultados dos exames no Centro de Diabetes, paciente tem que repetir o exame.
- Os prontuários médicos não são localizados. Paciente tem que repetir o histórico da doença para o médico. É necessário estar com toda a documentação em mãos.
- Necessidade de elevador no Centro de Diabetes. Pacientes com dificuldades de utilizar as escadas.

### **Atendimento**

- Agilidade no atendimento.

- Cortesia no atendimento, incluindo médicos, enfermeiros e atendentes.

### **Informação sobre medicamentos**

- Dificuldade em conseguir a fita de diagnóstico de DM fornecida pelos Postos de Saúde.

Quanto à priorização dessas necessidades, o intervalo entre as consultas e o tempo de espera no dia da consulta foram as verbalizações mais comuns entre os pacientes entrevistados.

A pesquisa confirmou os pressupostos iniciais para a criação da Central do Relacionamento. O número reduzido de consultas reforça a necessidade de uma alternativa que atenda de alguma forma as necessidades dos pacientes no autogerenciamento da doença.

A Central de Relacionamento do Paciente Crônico é uma das formas de se conhecer como as prescrições médico-científicas são adaptadas pelo paciente de acordo com suas crenças, tradições, valores, costumes, hábitos de cura de senso comum e que muitas vezes divergem dos padrões biomédicos (CANESQUI, 2007).

“Não tinha nada, comecei a tomar o remédio e passei a ter dor de cabeça. O médico falou que não tem relação. Cada um sabe do seu corpo. Como assim? Eu corto o mal pela raiz” (Paciente)

A determinação da oferta de serviços do GRPC somente será possível após o conhecimento dos recursos tecnológicos, humanos, financeiros e estruturais disponíveis.

## 5. Conclusões

A presente pesquisa tinha como objetivo inicial conhecer o paciente crônico visando à implementação do GRPC. O conhecimento progressivo do universo das doenças crônicas contribuiu para que a pesquisa evoluísse para a elaboração de um modelo de processo de planejamento a ser utilizado na gestão do paciente crônico, fundamentado na implementação de programas de relacionamento com o cliente.

Após o realinhamento dos objetivos da pesquisa, a tentativa de elaborar um modelo de planejamento trouxe novos questionamentos no processo de pesquisa. A hipótese inicial do pesquisador era que, a partir do estudo do processo de implementação de uma estratégia de CRM, fosse possível realizar uma adaptação para a implementação do GRPC. Todavia surgiram questionamentos quanto à escolha da doença.

Estes questionamentos conduziram o pesquisador à elaboração de um modelo de planejamento que contemplasse o processo de escolha da doença crônica.

Uma das consequências desse percurso é que não foi possível, respeitando-se o cronograma para essa pesquisa, testar o modelo de planejamento proposto em sua totalidade. Sendo assim, as conclusões apresentadas referem-se a uma das etapas do processo: conhecer o paciente.

A escolha dessa parte do processo para o estudo de caso justifica-se pelo problema que motivou essa pesquisa, de que 60% a 80% dos projetos de implementação de programas de relacionamento com o cliente falham devido ao foco excessivo em tecnologia e aplicações e baixa preocupação com o cliente.

A metodologia aplicada possibilitou conhecer as principais necessidades de atendimento e forneceu subsídios para a formatação dos serviços a serem oferecidos pela Central de Relacionamento com o Paciente. Também foi possível confirmar a importância da pessoa que acompanha o doente no tratamento, em geral um parente. Este personagem, a quem podemos nomear de cuidador, precisa ser ouvido, pois suas informações contribuem de forma significativa para o

desenvolvimento de ações que contribuam para a adesão do paciente crônico ao tratamento.

O custo da doença é compartilhado entre paciente e cuidador. O tempo que o cuidador dedica para acompanhar o paciente no dia da consulta tem, na maioria dos casos observados, um custo maior, uma vez que o paciente pode não exercer mais alguma atividade profissional, enquanto que o cuidador interrompe suas atividades para acompanhar o doente. Portanto, na priorização dos serviços do GRPC devem ser consideradas também as necessidades do cuidador.

A faixa etária dos pacientes entrevistados, todos a partir de 40 anos de idade, é semelhante à faixa etária dos pacientes registrados no HiperDia, dos 2137 pacientes cadastrados, 1881 (88%) têm 40 anos de idade ou mais. Todavia, o estudo das informações disponíveis no HiperDia demandam análise de um profissional da área de saúde que conheça a dinâmica do atendimento do Sistema Único de Saúde. Este procedimento se faz necessário em decorrência das limitações da cobertura do HiperDia nas diferentes unidades de saúde.

Ainda que o modelo de planejamento proposto não tenha sido testado na sua totalidade, confirmamos a hipótese inicial que é possível construir um processo de implementação de CRM para o monitoramento do paciente crônico que priorize o conhecimento do paciente.

Durante o processo de conhecimento das necessidades dos pacientes surgiram algumas solicitações que provavelmente o GRPC não poderá interferir, como por exemplo, as questões de infraestrutura (elevador, água para os pacientes beber). Nestes casos a função do GRPC é transmitir essas demandas para as instituições responsáveis. Por outro lado, existem situações que a Central de Relacionamento com o Paciente pode contribuir diretamente, como lembrar os pacientes da data da consulta, reagendar consultas, orientar os pacientes quando as informações médicas são conflitantes e orientar os familiares e outros cuidadores como proceder no convívio com os doentes.

Acreditamos que a Central de Relacionamento com o Paciente, ao disponibilizar um canal de comunicação com os pacientes e resolver uma parte de suas dúvidas,

contribua para a redução do número de solicitações direcionadas às instituições de saúde e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado nessas instituições venha a melhorar. Todavia, essa hipótese somente poderá se confirmar após a implantação do GRPC.

Mesmo que o GRPC não tenha sucesso em contribuir para a redução do intervalo entre consultas, o suporte a ser oferecido pela Central de Relacionamento pode melhorar a percepção do paciente quanto à frequência das consultas médicas. Todavia, essa hipótese para ser confirmada exigirá uma pesquisa com os pacientes após a efetivação do GRPC.

A pesquisa com os entrevistados também demonstrou que a internet não é um recurso acessível para os pacientes. Mesmo quando o acesso à internet está disponível na casa do paciente, ele não o utiliza. A análise da atividade profissional dos pacientes revela que eles também não têm acesso à internet no local de trabalho.

A utilização do celular como meio de comunicação com o paciente não é uma alternativa abrangente, pois metade dos pacientes entrevistados informou não possuir celular. A este fato soma-se a incapacidade visual do diabético para utilizar o aparelho celular.

Como trabalhos futuros, sugerimos que, além do conhecimento do paciente, seja objeto de estudo o seu cuidador. Também sugerimos que seja estudada a percepção de médicos e enfermeiros sobre a problemática da baixa adesão do paciente crônico às terapias de longo prazo.

## 6. Anexo A - Questionário

### A) Identificação

Nº do questionário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ TEL ( ) \_\_\_\_\_

Endereço - Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

### B) Perfil do Paciente

B1. Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

B2. Data de nascimento \_\_\_\_\_ B2. 1. Local de nascimento \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

B3. Estado Civil

( ) Solteiro ( ) Casado/união estável ( ) Divorciado /Separado ( ) Viúvo ( ) Não sabe/NR

B4. Quantas pessoas moram com o senhor na sua casa: (resposta múltipla)

	Nº de Pessoas
Mora sozinho	1
Esposa / marido / companheiro (a) / namorado (a)	
Filhos	
Pai / Mãe	
Outros parentes (primos, tios, avós, sobrinhos, sogra)	
Amigos	
Total	

B5. O senhor reside em casa: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) Outros \_\_\_\_\_

B6. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

B7. Atualmente o senhor está:

Trabalhando

Desempregado

Aposentado

Dona de casa

Estudante

Outra situação \_\_\_\_\_

B8. Quantos anos o senhor tem de estudo ou até que série o(a) senhor cursou?

- 1ªsérie     2ªsérie     3ªsérie     4ªsérie     5ªsérie     6ªsérie     7ªsérie     8ªsérie  
 1º EM     2ºEM     3ºEM     Superior     Sup. Incomp.     Pós-Graduação  
 Sabe ler e escrever     Não sabe ler e escrever

B9. Tem acesso a telefone?

Sim

- |                  |                      |                       |                      |                          |                      |
|------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Telefone Fixo    | <input type="text"/> | Telefone para recados | <input type="text"/> | Não tem telefone         | <input type="text"/> |
| Telefone Celular | <input type="text"/> | Telefone público      | <input type="text"/> | Não sabe / não respondeu | <input type="text"/> |

- B10. Na sua casa existe acesso à Internet? ( ) Sim      ( ) Não *(passar para a questão B12)*  
 ( ) Não sabe o que é Internet *(passar para a questão B13)*  
 ( ) Não Informou *(passar para a questão B13)*

B11. Quem acessa a Internet na sua casa?

- Paciente     Filhos     Cônjuge     Irmãos     Outros \_\_\_\_\_

B12. O senhor possui um endereço eletrônico (e-mail)? ( ) Sim    ( ) Não    Qual \_\_\_\_\_

B13. O senhor tem algum convênio médico? ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não  
 ( ) Não sabe informar / Não respondeu

### C) Sobre o Adoecer

C1. Qual é o seu diagnóstico de diabetes      ( ) Tipo 1      ( ) Tipo 2      ( ) Outros \_\_\_\_\_

C2. Há quanto tempo o senhor recebeu o diagnóstico de diabetes? \_\_\_\_\_

- Menos do que **1 ano**     Entre 1 ano e **2 anos**     Mais de 2 anos e menos de **5 anos**     Mais que 5 anos e menos do que **10 anos**     Mais do que 10 anos

C.2.1 Além do diabetes o senhor é portador de alguma outra enfermidade?

Hipertensão       Depressão       \_\_\_\_\_

C3. Como é para o senhor ter diabetes? Quais são as implicações? O que mudou na sua vida?

C4. Em sua opinião, quais são as razões para o Sr ter desenvolvido o diabetes?

C4. O senhor recebe algum tipo de ajuda /auxílio de sua família ou de outras pessoas no seu tratamento do diabetes?

(    ) Sim                      (    ) Não

Que tipo de ajuda? \_\_\_\_\_

C6. O senhor possui alguma religião ou crença religiosa? (    ) Sim    (    ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

C7. Que tipo de medicamento o senhor utiliza no seu tratamento de diabetes:

C7. 1. Insulina

- (    ) Usa insulina atualmente. Qual a dose diária? \_\_\_\_\_ unidades  
 (    ) Nunca usou insulina  
 (    ) Já usou antes. Por quanto tempo usou?

C7. 2. Medicação oral(comprimidos) para diabetes:

C8. O senhor já teve alguma **complicação** na sua saúde em relação ao diabetes:

(    ) Não

	SIM	Há quanto tempo
Retinopatia ( fundo de olho / laser)		
Nefropatia		
Neuropatia (formigamento)		
Coronariopatia		
Isquemia cerebral (AVC)		
Isquemia de membros inferiores		
Outros		
Impotência sexual		
Gastroparesia ( <i>a comida fica parada no estômago por muito tempo; esvaziamento gástrico retardado</i> )		
Bexiga neurogênica ( <i>Freqüência urinária, Incontinência urinária, Retenção de urina</i> )		
Diarréia / constipação		
Hipotensão postural ( <i>tonturas, visão turva e perda temporária de consciência</i> )		

**D) Atendimento no Centro de Diabetes**

D1. Há quanto tempo o senhor é atendido no Centro de Diabetes UNIFESP?

Há menos de 6 meses     
  De 6 meses a 1 ano     
  Mais de 1 ano e menos de 2 anos     
  Mais de 2 anos

D2. O que o senhor mais admira/ valoriza no Centro de Diabetes?

D3. O que o senhor menos gosta no Centro de Diabetes?

D4. Como o senhor avalia o atendimento geral no Centro de Diabetes:

Muito ruim     
  Ruim     
  Bom     
  Muito bom     
  Não sabe / Não respondeu

D5. Qual o intervalo entre suas consultas no Centro de Diabetes:

1 mês ou menos     
  2 meses     
  3 meses     
  4 meses     
  5 meses  
 6 meses     
  7 meses     
  8 meses     
  Mais que 8 meses     
  Não sabe / Não respondeu

***(Caso o paciente não consiga quantificar esse intervalo, perguntar qual a data(mês) da última consulta)***

D6. No dia da sua consulta, qual o intervalo de tempo entre a hora marcada para o senhor chegar ao Centro de Diabetes e o momento em que o senhor é atendido pelo médico?

Menos que 30 minutos     
  De 30 minutos a 1 hora     
  De 1 a 2 horas     
  De 2 a 3 horas     
  De 3 a 4 horas  
 Mais que 4 horas     
  Não sabe/ Não respondeu

D7. Vamos mencionar algumas atividades do Centro de Diabetes e pedimos que o senhor informe a sua opinião:

	Muito ruim	Ruim	Bom	Muito bom	NI	Existe algo que precisa ser melhorado? O que?
Forma de agendamento de consultas						
Forma de agendamento de exames						
Horários e dias das consultas						
Intervalo entre consultas						
Tempo de espera no dia da consulta						
Duração da consulta.						
Orientações dos médicos. Clareza das informações						
Cortesia dos funcionários do Centro de Diabetes						

D8. O senhor já precisou se comunicar com a equipe médica do Centro de Diabetes fora dos dias das consultas?

( ) Sim ( ) Não

Caso positivo, como o senhor fez para se comunicar? Foi possível localizar o médico? Com o senhor resolveu essa necessidade?

D9. O senhor gostaria de fazer alguma sugestão, pedido ou crítica com relação ao atendimento no Centro de Diabetes?

---

Muito obrigado pela sua atenção e gentileza em participar dessa pesquisa.

## 7. Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: **Avaliação e Dimensionamento do Serviço de Atendimento do Centro de Diabetes UNIFESP.**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Este estudo tem por objetivo conhecer e descrever o sistema de atendimento atualmente utilizado no Centro de Diabetes da UNIFESP e conhecer a satisfação global dos usuários do Centro de Diabetes, pacientes e profissionais da saúde. Para isto será avaliada a situação atual da assistência ao paciente do Centro de Diabetes UNIFESP, fazendo um levantamento dos atendimentos realizados no Centro de Diabetes no ano de 2008 por tipo de paciente, diagnóstico, profissionais envolvidos, satisfação dos pacientes e profissionais e os principais problemas na visão de ambos.

Será aplicado um questionário a uma amostra representativa dos usuários (estratificada por idade, sexo e tipo de doença) que recorreram ao Centro de Diabetes durante o período de junho a dezembro de 2008. O grau de satisfação de pacientes e profissionais serão obtidos por entrevista em amostragem (questionários). Esses questionários terão questões sobre como melhorar o atendimento.

**Riscos:** não haverá qualquer procedimento propenso à exposição que implique em riscos, será feita apenas uma entrevista com duração aproximada de 30 a 40 minutos.

**Benefícios para o participante:** não há benefício para o participante neste momento. Os benefícios poderão vir através da melhoria do atendimento, que serão decorrentes de propostas para melhoria do serviço, por exemplo, com o uso de tecnologia da informação.

**Garantia de acesso:** em qualquer etapa do estudo você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Professora Doutora Lúcia Christina Iochida, que pode ser encontrada no Programa de Pós-Graduação em Informática em Saúde, Rua Botucatu, 862, São Paulo-SP, no telefone (11) 576-4521 / 5574-5234. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572, 1º andar, conjunto.14, telefone (11) 5571-1062, fax (11) 5539-7162, ou e-mail [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento ou trabalho na UNIFESP.

**Direito de confidencialidade:** as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes e profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente individual.

**Despesas e compensações:** não há despesas pessoais adicionais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores se comprometem formalmente a utilizar os dados obtidos somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Avaliação e Dimensionamento do Serviço de Atendimento do Centro de Diabetes UNIFESP.**

Eu discuti com a Dra. Lúcia Cristina Iochida ou com o pesquisador colaborador (Sergio de Carvalho e Silva) sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, sobre a ausência de desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou também claro que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou representante legal

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Data \_\_\_\_\_

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo Estudo

Data \_\_\_\_\_

## 8. Referências Bibliográficas

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2006). **Diagnosis and classification of diabetes** Diabetes Care, volume 29, supplement 1, January 2006, EUA.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2008) **Other Diabetes Medications**. Disponível em <http://www.diabetes.org/type-2-diabetes/oral-medications.jsp>. Acesso em 20/06/09.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2008b) **Alcohol**. Disponível em <https://www.diabetes.org/type-1-diabetes/alcohol.jsp> . Acesso em 20/06/09

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS TABNET Informações em saúde suplementar: indicadores**. Disponível em [http://anstabnet.ans.gov.br/tabcgi.exe?dados/TABNET\\_TX.def](http://anstabnet.ans.gov.br/tabcgi.exe?dados/TABNET_TX.def). Acesso em 05/04/09.

ARDUINO, F. **Diabetes Mellitus** . 3ª edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1980.

AUGUSTO NETTO, P. **Dados recentes reacendem a polêmica sobre o número de pessoas com diabetes no Brasil**. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/Colunistas/Debates/index.php?id=1699>. Acesso em 16/11/08.

BELLO, A.B. **Introdução à Fenomenologia**. São Paulo: Edusc, 2006.

BORBA, V.R. (Org.) **Marketing de Relacionamento para organizações de saúde**. São Paulo, Atlas, 2004.

CANESQUI, A. M. (Org.). **Olhares sociantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo, Hucitec, 2007.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 10ª Ed. São Paulo, Cultrix, 1995.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. **National Diabetes Fact Sheet, 2007**. Disponível em <http://apps.nccd.cdc.gov/DDTSTRS/FactSheet.aspx>. Acesso em 16/11/08.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Crude and age-adjusted prevalence of diagnosed diabetes per 100 population**, United States. Disponível em <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/prev/national/figage.htm>. Acesso em 16/11/08.

DEMCHAK, C. **Choice in medical care: when should the consumer decide?** Disponível em <http://www.academyhealth.org/issues/ConsumerDecide.pdf>. Acesso em 01/02/09.

FRANCO L.J. et. al. **Diabetes como causa básica ou associada de morte no estado de São Paulo, Brazil, 1992**. Revista de Saúde Pública vol. 32 no. 3 São Paulo , junho de 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101998000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000300006). Acesso em 15/08/09.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Relatório final do projeto: estimativa da carga de doença do Brasil – 1998**. Disponível em. <http://www4.ensp.fiocruz.br/projetos/carga/downloads1.htm> Acesso em 02/08/09.

GIANESI, I.N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços: operações para satisfação do cliente**. São Paulo, Atlas, 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5.ed. Porto Alegre, Artmed, 2009.

IBGE (2005). **Pesquisa nacional por amostragem de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>. Acesso em 02/08/09.

IBGE (2006). **Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991/2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/series\\_estatisticas/exibedados.php](http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php). Acesso em 19/04/09.

IBGE (2008a). **Tábuas Completas de Mortalidade – 2007**. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1275&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1). Acesso em 19/04/09.

IBGE (2008b). **Tábuas Completas de Mortalidade – 2007**. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impressao.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272) Acesso em 19/04/09

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento - **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2004**. 2006, Disponível em [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_anual/2004/Sintese\\_Indicadores\\_Retabulado/2004/Dados\\_Gerais/](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2004/Sintese_Indicadores_Retabulado/2004/Dados_Gerais/). Acesso em 10/04/09.

IDF - International Diabetes Federation. **Diabetes atlas: second edition, 2006**. Disponível em [www.idf.org/e-atlas](http://www.idf.org/e-atlas). Acesso em 25/11/07.

IDF - International Diabetes Federation. **Diabetes Atlas, Third edition, 2007**. Disponível em <http://www.idf.org/home/index.cfm?unode=3B96906B-C026-2FD3-87B73F80BC22682A>. Acesso em 16/11/08.

INZUCCHI, S. E. (Org.). **Diabete melito: manual de cuidados especiais**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESEITY. **Global Childhood Overweight**. Disponível em [http://www.iaotf.org/database/documents/GlobalChildhoodOverweightJuly09\\_000.pdf](http://www.iaotf.org/database/documents/GlobalChildhoodOverweightJuly09_000.pdf). Acesso em 04/08/09.

KOTLER, P. **Administração de marketing: a edição do nono milênio** 10.ed. São Paulo, Prentice Hall, 2000.

ITO M. - **Um modelo de gestão de paciente crônico baseado nos conceitos de relacionamento com o cliente**. Tese de Doutorado, Escola Politécnica do Estado de São Paulo, São Paulo, 2006.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec–Abrasco, 1998.

MADRUGA, R. **Guia de implementação de marketing de relacionamento e CRM: o que e como todas as empresas brasileiras devem fazer para conquistar, reter e encantar clientes**. São Paulo, Atlas, 2004.

MALDAUM, D. **Retocolite ulcerativa no idoso: sintomas, evolução e a influência das emoções**. São Paulo, Alínea, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5.ed. São Paulo: Atlas 2002.

MERCK RESEARCH LABORATORIES, **Manual merck de informação médica: saúde para a família**. Disponível em [http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/patients/manual\\_Merck/mm\\_sec2\\_11.html](http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/mm_sec2_11.html). Acesso em 18/04/09.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). **Estudo multicêntrico**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/d10.htm>. Acesso em 24/02/09.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005). **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro: situação e desafios atuais**. <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso em 19/09/09.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2007). **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>. Acesso em 19/09/09.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE (SIM) e IBGE. **Taxa de mortalidade específica por diabetes melito**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/c12.def>. Acesso em 24/02/09.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) - **Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases**. Washington, D.C 2007.

PEPPERS & ROGERS GROUP (2004a) - **CRM series marketing one to one: aumentando o valor dos seus clientes com CRM**. Disponível em [www.1to1.com](http://www.1to1.com). Acesso em 01/07/08.

PEPPERS & ROGERS GROUP (2004b) **CRM series: marketing one to one**. 3ªed. Disponível em [www.1to1.com](http://www.1to1.com). Acesso em 17/05/09.

PEPPERS & ROGERS GROUP **CRM series: call center one to one**. São Paulo: Makron Books, 2001.

RICHERS, R. **O que é marketing**. 21.ed. São Paulo, Brasiliense, 2006.

RICHES, R; LIMA, C.P. **Segmentação: opções estratégicas para o mercado brasileiro**. São Paulo, Nobel, 1991.

SILVA, I. L. **Psicologia da diabetes**. Coimbra: Quarteto, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2006). **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus : diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível

em [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/atualizacao\\_diabetes](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/atualizacao_diabetes)  
2006. pdf. Acesso em 03/05/09.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2007). **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus : diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em [http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Diretrizes\\_SBD\\_2007.pdf](http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Diretrizes_SBD_2007.pdf). Acesso em 03/05/09.

SWIFT, R. **CRM customer relationship management: o revolucionário marketing de relacionamento com o cliente**. 13.ed. Rio de Janeiro, Campus, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

UCHÔA, E; VIDAL, J.M. **Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.

OMS (2003). **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO Press, 2003.

OMS (2005). **Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report**. Switzerland: WHO Press, 2005.

OMS (2008). **2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Geneva: WHO Press, 2008. Disponível em [http://www.who.int/gard/publications/GARD\\_actionplan\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/gard/publications/GARD_actionplan_FINAL.pdf). Acesso em 19/04/09.

WHO/IDF **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia**. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland ,2006

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES *Pesquisas em andamento* Disponível em <http://www.diabetes.org.br/diabetes/pesqand.php#1> Acesso em 01/02/09.