

Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 em Chile

Sara Guerrero-Núñez¹
Sandra Valenzuela-Suazo²
Patricia Cid-Henríquez²

Objetivo: determinar a prevalência de Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 em Chile e sua relação com as variáveis; Cobertura da Diabetes Mellitus tipo 2, Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013, Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus e Percentagem de participação de enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular. **Método:** estudo descritivo transversal com componentes ecológicos, utilizando fontes documentais do Ministério da Saúde. Foi estabelecida correlação entre Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 e as variáveis independentes, aplicando o Coeficiente de Pearson, sendo significativo ao 0,05. **Resultados:** no Chile a Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 (HbA1c<7% em população estimada) é menor que 20%. Esta se relaciona com uma Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus e Percentagem de participação de enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular, que ademais é significativa ao 0,01. **Conclusão:** a prevalência de Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 é baixa, mesmo quando algumas regiões se destacam nas pesquisas e no controle metabólico de pacientes assistentes ao controle. Sua relação com a Percentagem de participação de enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular se constitui em um desafio e oportunidade em saúde.

Descritores: Diabetes Mellitus Tipo 2; Cobertura Universal; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

¹ Doutoranda, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Bío Bío, Chile. Professor Assistente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Atacama, Copiapó, Chile.

² PhD, Professor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Bío Bío, Chile.

Como citar este artigo

Guerrero-Núñez S, Valenzuela-Suazo S, Cid-Henríquez P. Effective Universal Coverage of Diabetes Mellitus Type 2 in Chile. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2871. [Access]; Available in: .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1630.2871>. mês dia ano URL

Introdução

A Cobertura Universal da Saúde é definida como a "capacidade do sistema de saúde para responder às necessidades de saúde da população, o que inclui a disponibilidade de infra-estrutura, recursos humanos, tecnologias da saúde (incluindo medicamentos) e financiamento"⁽¹⁾. Os governos são responsáveis por decidir os serviços de saúde necessários, assegurando disponibilidade universal, acessibilidade, eficácia e qualidade⁽²⁾. Os estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiram o compromisso de atingir esta Cobertura no ano 2005, convencidos de que "todas as pessoas deveriam ter acesso aos serviços de saúde que necessitam, sem correr o risco de descalabro econômico ou empobrecimento"⁽²⁾.

O Chile abordou esta Cobertura com estratégias como o Regime de Garantias Explícitas em Saúde (GES), expressado na lei GES Nº 19966⁽³⁾, que padroniza a atendimento de patologias priorizadas, garantindo o acesso, qualidade, oportunidade e apoio financeiro aos pacientes que as padecem. A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma das patologias garantidas, devido a sua taxa de morbimortalidad, e entre outros, ao gasto econômico associado a complicações. Para responder às necessidades da população é fundamental que as prestações em saúde garantidas (atendimentos em saúde garantidos) sejam oportunos e de qualidade, quer dizer, poder transitar de uma Cobertura Universal a uma Cobertura Efetiva, pois a "cobertura universal de saúde não é uma garantia de eficiência e eficácia de cuidado"⁽⁴⁾, ela é "a cobertura dos serviços de saúde e a proteção contra riscos financeiros está ainda longe da meta de cobertura universal"⁽⁴⁾. Pelo anterior é necessário desenvolver pesquisas que desenhem indicadores para a avaliação do progresso da política da saúde de cobertura universal⁽⁴⁾. Um bom indicador é a Cobertura Universal Efetiva⁽⁵⁾, pois ela "garante a todos, de maneira igualitária, o máximo nível alcançável de resultados em saúde a partir de um pacote de serviços de alta qualidade que também evita as crises financeiras através da redução das despesas de bolso"⁽⁶⁾. A cobertura efetiva é a fração de um benefício potencial em saúde ofertada à população através do sistema de saúde⁽⁵⁾, e não somente considera uma determinada intervenção o serviço, mas, que estes sejam necessários para produzir o efeito desejado sobre a saúde do paciente⁽⁷⁾.

A prevalência mundial de DM2 em 2013 foi do 8,3% dos adultos, projetando para 2030 um 9,9%⁽⁸⁾. O 46% das pessoas com DM2 não tem sido diagnosticada⁽⁹⁾, situação complexa se se considera que em 2012 a Diabetes Mellitus se localizou na décima quinta causa de morte prematura em ambos os sexos⁽¹⁰⁾. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (ENS) de 2009-2010, a prevalência de DM2 no Chile foi de 9,4% em 2009.

O relatório de Indicadores Básicos de Saúde Chile 2013 do Departamento de Estatísticas e Informação da Saúde (DEIS), sinala que em 2013 33,8% dos diabéticos assistia a seu controle de saúde. Assim, foi proposto como objetivo nas estratégias nacionais "Incrementar a proporção de pessoas com diabetes controlada", estabelecendo como meta; "aumentar em 20% a cobertura efetiva do tratamento de diabetes mellitus tipo 2", propondo cifras que vão desde 29,8% em 2010, a 31,8% em 2015, e a 35,8% para o ano 2020⁽¹¹⁾. As enfermeiras participam no Programa de Saúde Cardiovascular (PSCV), onde atendem a pessoas com DM2 segundo a guia clínica e o listado de benefícios garantidos. Essas diretrizes escassamente dão conta do papel da enfermagem, permitindo a substituição equívoca de este profissional. Apesar de isto, a evidência científica demonstra o papel significativo da enfermagem no controle metabólico da DM2⁽¹²⁻¹⁵⁾.

A incorporação da política pública de Cobertura Universal da Saúde, e o baixo controle metabólico de pessoas diabéticas orientam o objetivo do artigo, a saber, determinar a prevalência de Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 no Chile e sua relação com as variáveis: Cobertura da Diabetes Mellitus tipo 2, Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013, Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus e Percentagem de participação de enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular.

Método

Trata-se de estudo descritivo transversal com componentes ecológicos, sistematizando estadísticas nacionais e das diferentes regiões do país durante os anos 2011 a 2013. Devido a que as estadísticas oficiais dos anos 2014 e 2015 não tem sido publicadas (apenas os documentos preliminares), este período não foi considerado na investigação. Foram usadas como fontes documentais do Ministério de Saúde os relatórios "Indicadores básicos de saúde Chile 2013", "População em controle, programa de saúde cardiovascular, por Região e Serviço de Saúde, SNSS 2011, 2012 e 2013" e "População em controle, programa de saúde cardiovascular, segundo metas de compensação, por Região e Serviço de Saúde, SNSS 2011, 2012 e 2013", pertencentes ao DEIS. O estudo não precisou autorização do comitê de ética, o consentimentos informados, devido a que os relatórios do DEIS estão disponíveis publicamente e digitalmente para ser utilizados.

O estudo determinou a prevalência da Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 no Chile, e sua relação com quatro variáveis independentes. Para o cálculo das variáveis se trabalhou com o universo da população nacional e regional, e com o universo de

pacientes diabéticos assistentes ao controle de saúde (Programa de Saúde Cardiovascular).

-Variável dependente: "Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2" (Percentagem de pacientes em controle metabólico [HbA1c <7%], segundo prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 no nível nacional e regional).

-Variáveis independentes: se selecionaram variáveis de importância e com medição periódica no Programa de Saúde Cardiovascular, como "Cobertura da Diabetes Mellitus tipo 2" (Percentagem de pacientes que assistem ao controle da saúde, segundo prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 no nível nacional e regional) e a "Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013" (Média percentual de pacientes diabéticos tipo 2 controlados metabolicamente durante os anos 2011-2013, e que participam do controle da saúde). Também se considerou a variável "Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus", pois corresponde a uma medição do último efeito da doença, sendo esta de importância nacional e internacional. Finalmente se considerou a variável "Percentagem de participação das enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular" (Proporção de atenções realizadas por enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular). Esta variável se incorporou devido ao interesse das investigadoras, produto da sua formação acadêmica e à evidência científica sobre a relevante participação de profissionais enfermeiras no controle metabólico da Diabetes Mellitus tipo 2.

As análises estatísticas se realizaram no *software* SPSS 19.0, aplicando o Coeficiente de Pearson com valor significante do 0,05.

Resultados

A estatística descritiva refletida na Tabela 1 evidencia que a variável dependente é a que apresenta menor variabilidade (DP=3,40%). Nesse sentido,

a Tabela 2 manifesta que a região de Antofagasta apresenta a mais baixa "Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2", sendo a região do Biobío a mais alta. Este mesmo indicador apresenta uma média (17,80%) que difere do assinalado na Tabela 2, pois os valores nacionais foram extraídos dos relatórios do DEIS e não de acordo com o cálculo da média regional. Uma situação semelhante ocorre na tabela 3, que contém valores nacionais extraídos das mesmas estatísticas e não de acordo ao cálculo da média regional.

Com referência às variáveis independentes, a "Percentagem de participação das enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular" apresentou a maior variabilidade (DP = 11,20%), destacando a região do Maule com a mais alta percentagem, e a região de Antofagasta com a mais baixa. A variável "Cobertura da Diabetes Mellitus tipo 2" (DP= 4,64%) na região de Antofagasta possui a maior percentagem e a região de Aisén do General Carlos Ibáñez del Campo a menor distribuição porcentual. Na variável "Taxa de Mortalidade por DM" (DP= 4,58 por 100.000 habitantes), a região de Atacama apresenta a maior taxa e a região de Tarapacá o valor mais baixo de mortalidade. Finalmente a "Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013" expõe a menor variabilidade (DP=3,59%), onde a região de Atacama apresenta a máxima percentagem, e a região de Los Lagos o menor.

Na tabela 4 se apresentam as relações estatísticas entre Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 e as variáveis independentes. A relação com Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus é significativa ao nível 0,05, e a Percentagem de participação das enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular é significativa ao nível de 0,01.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas das variáveis do estudo. Chile, 2013

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2	15	10,81	21,72	17,80	3,40
Cobertura da Diabetes Mellitus tipo 2	15	29,13	44,49	35,02	4,64
Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013	15	37,55	49,17	43,04	3,59
Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus	15	10,88	27,25	17,90	4,58
Percentagem de participação de enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular	15	16,13	56,71	29,08	11,20

Tabela 2 - Distribuição regional e nacional da População, Prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 estimada, Controlados metabolicamente 2013 e Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2. Chile, 2013

Região	População*	Prevalência DM2 estimada [†]	Controlados metabolicamente 2013 [‡]	Cobertura Universal Efetiva Diabetes Mellitus tipo 2 (%) [§]
Arica e Parinacota	179615	16883,81	3636	21,54
Tarapacá	336121	31595,37	4881	15,45
Antofagasta	594555	55888,17	6043	10,81
Atacama	286624	26942,65	5187	19,25

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Região	População*	Prevalência DM2 estimada†	Controlados metabolicamente 2013‡	Cobertura Universal Efetiva Diabetes Mellitus tipo 2 (%)§
Coquimbo	749374	70441,15	11189	15,88
Valparaíso	1814079	170523,42	32704	19,18
Metropolitana de Santiago	7069645	664546,63	107354	16,15
Libertador B. O'Higgins	908553	85403,98	17076	19,99
Maule	1031622	96972,46	20581	21,22
Biobío	2074094	194964,83	42355	21,72
Araucanía	994380	93471,72	17285	18,49
Los Ríos	382741	35977,65	7116	19,78
Los Lagos	867315	81527,61	12401	15,21
Aisén do General Carlos Ibáñez del Campo	107915	10144,01	1210	11,93
Magallanes e Antártica Chilena	160164	15055,41	3065	20,36
País	17.556815	1650340,61	292083	17,69

*Extraído do relatório Indicadores básicos da saúde Chile 2013

†Obtido da prevalência solicitada nas Metas Sanitárias e de Melhoria do Atendimento Primário de Saúde para o ano 2014 (9,4% segundo Pesquisa Nacional de Saúde 2009-2010); DM2 (Diabetes Mellitus Tipo 2)

‡Extraído do relatório População em controle, programa de saúde cardiovascular, segundo metas de compensação, por Região e Serviço de Saúde, SNSS 2013 (Correspondem às pessoas diabéticas participantes do controle da saúde e controlados metabolicamente com HbA1c <7%)

§(Controlados metabolicamente 2013 x 100)/ Prevalência DM2 estimada.

Tabela 3 - Distribuição regional e nacional da Cobertura da Diabetes Mellitus tipo 2, Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013, Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus e Percentagem de participação das enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular. Chile, 2013

Região	Cobertura DM2 (%)*	Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013 (%)†	Taxa de Mortalidade DM‡	Percentagem de participação das Enfermeiras PSCV(%)§
Arica e Parinacota	41,28	46,19	24,56	39,81
Tarapacá	36,50	47,30	10,88	21,80
Antofagasta	44,49	38,22	11,52	16,13
Atacama	38,94	49,17	27,25	21,60
Coquimbo	31,52	41,12	14,68	21,68
Valparaíso	41,98	44,39	19,52	25,01
Metropolitana De Santiago	33,36	40,90	22,76	25,40
Libertador B. O'Higgins	31,41	47,20	18,50	17,94
Maule	32,52	41,74	19,89	56,71
Biobío	31,89	40,62	18,84	29,62
Araucanía	31,30	42,52	15,94	37,17
Los Ríos	33,85	38,84	16,29	37,17
Los Lagos	31,48	37,55	18,43	29,20
Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo	29,13	45,80	13,22	17,09
Magallanes e Antártica chilena	35,72	44,07	16,34	39,95
País	33,80	41,77	19,86	26,62

* Extraído do documento "Indicadores básicos da saúde Chile 2013"; DM2 (Diabetes Mellitus Tipo 2)

†Obtido do documento "População em controle, programa de saúde cardiovascular, por Região e Serviço de Saúde, SNSS 2011, 2012 e 2013" e "População em controle, programa de saúde cardiovascular, segundo metas de compensação, por Região e Serviço de Saúde, SNSS 2011, 2012 e 2013"

‡ Extraído do documento "Indicadores básicos de saúde Chile 2013" (Taxa calculada para 17.556.815 habitantes); DM (Diabetes Mellitus)

§ Obtido do documento "Controles segundo problema de saúde por tipo de controle, por Região e Serviço de saúde, SNSS 2013"; PSCV (Programa de Saúde Cardiovascular).

Tabela 4 - Correlações entre Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 e variáveis independentes. Chile, 2013

Correlação entre variáveis	V.D*	V.I 1†	V.I 2‡	V.I 3§	V.I 4
V.D*					
Correlação de Pearson	1	-0,043	0,237	0,591	0,642
Sig. (bilateral)		0,878	0,396	0,020	0,010
N	15	15	15	15	15

*V.D (Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2) †V.I 1 (Cobertura da Diabetes Mellitus tipo 2)

‡V.I 2 (Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013) §V.I 3 (Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus)

||V.I 4 (Percentagem de participação das enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular)

Discussão

A DM2 é uma doença que determina um risco cardiovascular, convertendo-se em um problema de saúde pública no âmbito nacional e internacional⁽¹⁶⁾. Como em outros países, no Chile a prevenção e controle de patologias cardiovasculares é uma prioridade em saúde. A cobertura nacional de DM2 é do 33,80% (tabela 3), que corresponde à baixa percentagem de pacientes participantes do controle da saúde no Programa de Saúde Cardiovascular.

Um indicador que representa o progresso nas políticas de Cobertura Universal para esta doença, pois tem permitido a incorporação de uma medição de acordo com sua prevalência, é a cobertura efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 em pessoas de 15 anos ou mais, pois incorpora pessoas com DM2 controladas o compensadas ($HbA1c < 7\%$), segundo a prevalência de esta doença. Para atingir este tipo de cobertura se requer uma oferta de serviços de saúde de qualidade, conforme as necessidades das pessoas, o que contribui na saúde de quem recebe a intervenção. Por esta razão, é necessário que a pessoa fique consciente da sua necessidade e que faça uso destes serviços^(7,17), reduzindo assim os despesas pessoais destinadas à saúde⁽¹⁸⁾.

Neste contexto é possível situar a "Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2", pois em ela tem-se como meta obter uma $HbA1c < 7\%$ na população nacional estimada com DM2. Implicitamente esta cobertura incorpora o conceito de qualidade⁽⁵⁾, devido a que deve garantir benefícios em saúde a um universo de pacientes que precisam desse atendimento ou serviço de saúde, e não somente aos que se encontram inscritos. No Chile a cobertura das doenças não transmissíveis é menor que de outras doenças, e especialmente quando se mede a cobertura efetiva⁽¹⁹⁾, por esta razão é fundamental trabalhar esta cobertura em patologias como a DM2. A "Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013" no âmbito nacional é do 41,77%, mas ao considerar a prevalência da DM2, se evidencia que menos do 20% obtém a Cobertura Universal Efetiva (17,69%). Esta cobertura é uma realidade que não difere entre as regiões do país. Por isto, e pelo contexto epidemiológico, social e das políticas da saúde no país, este indicador apresenta claro risco de manter-se, na medida em que persistam inadequados estilos de vida e carência de estratégias integrais em saúde que impactem no diagnóstico e tratamento da DM2, e na participação do paciente no seu controle da saúde. Obter o controle metabólico em essas pessoas é um desafio, devido a que não todas tem consciência das suas necessidades de saúde, ou são produto de diferencias na qualidade do

atendimento recebido⁽¹⁷⁾. Por esta razão, um trabalho chave na gestão da Cobertura Universal Efetiva da DM2 é que a população e os sistemas de saúde conheçam as necessidades da saúde, utilizando oportunamente os serviços, e desenvolvendo um sistema de gestão de qualidade, que garanta padronização de serviços e integralidade no controle da DM2.

As duas regiões com melhor "Média de diabéticos com controle metabólico em 2011-2013" (Atacama e Tarapacá) se destacam com uma melhor "Cobertura da Diabetes Mellitus tipo 2" sobre a média nacional. Embora isto, Atacama apresentou a "Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus" mais alta no âmbito nacional (27,25 por 100.000 habitantes), o que manifesta que não está sendo efetiva, devido a diversos fatores que geram a elevação deste indicador.

A "Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus" apresenta relação estatisticamente significativa com a "Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2", aumentando na medida em que esta Cobertura cresce; o anterior poderia atribuir-se a diversas variáveis, pois esta doença está associada a fatores de risco cardiovascular, e também a determinantes sociais, os quais podem aumentar o risco de adoecer ou morrer. Resultados semelhantes tem sido publicados em uma prestigiosa revista médica, assinalando que o controle metabólico de pacientes com DM2 nem sempre está associado à diminuição de eventos cardiovasculares ou a diminuição da mortalidade⁽²⁰⁾. Devido a isto, é importante que o controle de esses pacientes passe de uma gestão de atendimento em saúde com abordagem centrado no controle da glicose, a uma gestão da saúde com enfoque nos fatores de risco cardiovascular⁽²¹⁾.

A variável "Percentagem de participação de enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular" apresenta a maior variabilidade, refletindo uma participação conforme a disponibilidade de profissionais, e incluso às prioridades apresentadas pelas equipes de saúde em sua programação anual. Esta variável se relaciona estatisticamente com a "Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2", aumentando à medida que se incrementa esta Cobertura. A participação da enfermagem em intervenções para atingir as metas de saúde, pode contribuir eficazmente na consecução de objetivos regionais e globais, não sendo a Cobertura Universal da Saúde uma exceção⁽²²⁾. Por esta razão, a limitada participação da enfermagem no âmbito nacional no PSCV (26,62%) põe em risco a cobertura efetiva, pois a evidência científica demonstra o importante papel que a enfermagem produz no controle metabólico da DM2⁽¹²⁻¹⁵⁾.

O Regime de Garantias Explícitas e a lista de benefícios específicos se norteiam principalmente pelos

aspectos farmacológicos, e pelo atendimento médico, restringindo a participação das enfermeiras à “consulta o controle por uma enfermeira, matrona o nutricionista” na confirmação do diagnóstico e na avaliação inicial do paciente com DM2. A lista de benefícios no tratamento do primeiro e segundo ano, volta a assinalar a “consulta ou controle pela enfermeira, matrona o nutricionista”, incorporando esta vez a “educação de grupo pela enfermeira, matrona o nutricionista”. Estas restrições e a não determinação de ações e/ou padronização da qualidade dirigida a um cuidado integral, ademais da substituição equívoca da função de enfermeira por outro profissional, marcam a necessidade de mudanças nestes benefícios, as quais tendem a melhorar a Cobertura Universal Efetiva.

Uma gestão adequada do recurso profissional da enfermagem fortalecerá o sistema de saúde, pois contribuirá para dar resposta às expectativas da população, a melhorar seu estado de saúde, e também impactará na política de Cobertura Universal da Saúde. De esta forma, dita gestão intervém positivamente em problemas de saúde como o baixo controle metabólico dos pacientes diabéticos, pois um bom funcionamento do sistema de saúde gera respostas eficazes as problemáticas de saúde pública e contribuem para uma gestão econômica efetiva. E assim como em América as profundas desigualdades socioeconômicas e de saúde da década de 1990 impulsionaram as reformas de saúde que fortaleceram a Cobertura Universal da Saúde⁽²³⁾, o atual cenário epidemiológico, econômico, social e político entre outros, demanda atingir a Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 através do fortalecimento dos benefícios atuais. Para isto, os sistemas devem “melhorar a base de conhecimentos, a combinação de habilidades, a disponibilidade e distribuição dos trabalhadores da saúde”⁽²⁴⁾.

Este estudo apresenta limitações como a falácia ecológica, porque os resultados concentram uma situação general por região e no âmbito do país, onde as relações entre variáveis não ocorrem necessariamente no âmbito individual. Porém, é necessário reconhecer que a relação entre Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 e a “Porcentagem de participação das enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular”, poderia também explicar-se pela evidencia científica que confirma o importante papel da enfermagem no controle metabólico de esta patologia⁽¹²⁻¹⁵⁾. Nesse sentido, seria interessante abordar a variável “Porcentagem de participação das enfermeiras no Programa de Saúde Cardiovascular” não somente na participação no controle de saúde, mas também em outras intervenções, especialmente as mencionadas na lista de benefícios, por exemplo, a educação de grupo no tratamento do primeiro e segundo

ano. Lamentavelmente as estatísticas públicas do DEIS não incorporam dita informação, o que impossibilita analisar integralmente.

Dado o atual cenário, é fundamental que a APS chilena responda ao grande desafio de melhorar a Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 abordando integralmente este problema de saúde, o que poderia requerer que a lista de benefícios da saúde seja ampliada. Também, é necessário estimular a ativa participação de profissionais como as enfermeiras na resolução de estas problemáticas, pois a insuficiência de recursos humanos se converte em um obstáculo para alcançar a cobertura universal⁽²⁵⁾. Dita insuficiência deve ser compreendida não só com respeito ao número de profissionais, mas principalmente à distribuição dos mesmos. Por esta razão o atual estudo contribui para analisar criticamente, desde uma perspectiva, a execução da política de cobertura universal da saúde em esta patologia, e frente a estes resultados, que o sistema de saúde permita enriquecer a lista de benefícios, com a finalidade de lograr o máximo bem-estar em saúde nas pessoas com DM2. Assim também, os resultados permitem assinalar a gestão dos cuidados como sendo pilar fundamental na Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2, instando a atuação de profissionais da enfermagem desde a promoção até o tratamento da doença.

Conclusão

A Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2, entendida neste estudo como a efetividade da política pública Cobertura Universal da Saúde no que se refere à Diabetes Mellitus tipo 2, no Chile, continua sendo um desafio em saúde no âmbito nacional devido a sua baixa prevalência, mesmo quando algumas regiões se destacam no diagnóstico oportuno de esta patologia. Conforme a isto, é importante avançar não somente na cobertura universal, mas também na efetividade, pois os resultados manifestam que a cobertura de esta patologia, e incluso o controle metabólico de pacientes participantes PSCV, não se relacionam a melhores coberturas efetivas.

Por outro lado, a Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 se relaciona positivamente à participação das profissionais enfermeiras no PSCV. O anterior se converte em um desafio para a enfermagem, pois conduz à necessidade de aumentar sua participação no atendimento de essa população vulnerável, mas também constitui uma oportunidade de saúde, pois permite reorientar a programação anual da saúde, dando prioridade às estratégias que impulsionam uma abordagem e participação mais ativa da enfermagem

no PSCV. Consideramos importante propor novos estudos que abordem variáveis como a efetividade e a participação da enfermagem, mas também, que deles se desprendam políticas públicas destinadas á população, com o fim de alcançar o máximo potencial em saúde. Também é fundamental continuar estudando este tipo de cobertura com novas variáveis que fortaleçam a compreensão do fenômeno.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53° Consejo Directivo, 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas del 29 De Septiembre al 3 De Octubre del 2014. Documento oficial CD53/5 [Internet]. Washington, D.C.: OMS-OPS; 2014 [Acceso 2 Oct 2014] 26 p. Disponible en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal, Informe sobre la salud en el mundo 2013 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [Acceso 14 Abr 2014]. 160 p. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>
3. Ley 19.966/2004 de 25 de agosto. Establece un Régimen de Garantías en Salud. Ministerio de Salud de Chile (Minsal). Diario Oficial de 03/09/2004.
4. Mendes I, Ventura C, Trevizan M, Marchi-Alves L, Souza-Junior V. Education, leadership and partnerships: nursing potential for Universal Health Coverage. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 Mar [Access 2016 Apr 4];24:e2673. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-02673.pdf>
5. Ng M, Fullman N, Dieleman J, Flaxman A, Murray C, Lim S. Effective Coverage: A Metric for Monitoring Universal Health Coverage. *PLoS Med*. [Internet]. 2014 Sep [Access 2016 Abr 5]; 11(9): e1001730. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001730>
6. Knaul F, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública México*. [Internet].2013Mar-Abr [Acceso 2016 Mar 31];55(2):207-35. Disponible en : <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf>
7. Wagstaff A, Cotlear D, Hoang-Vu Eozeno P, Buisman L. Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries. *Oxf Rev Econ Policy*. [Internet]. 2016 [Access 2016 Mar 30];32(1):147-89. Available from: <http://oxrep.oxfordjournals.org/content/32/1/147.full>
8. Whiting D, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. [Internet]. 2011 Dec [Access 2015 Nov 10];94 (3): 311-21. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822711005912>.
9. Federación Internacional de la Diabetes (FID). Atlas de la Diabetes de la FID. 6° ed. [Internet]. FID; 2013 [Acceso 20 Nov 2014]. 160 p. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, una mina de información sobre salud Pública mundial [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [Acceso 19 Oct 2014]. 12 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf
11. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. [Internet]. Santiago: MINSAL; 2011 [Acceso 14 Oct 2014]. 426 p. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
12. Solano G, Pace A, García C, Castillo A. Efectos de un protocolo aplicado por Enfermeras en el control metabólico a personas con diabetes tipo 2. *Cienc Enferm*. [Internet]. 2013 [Acceso 2015 Dic 2]; 19(1): 83-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Ishani A, Greer N, Taylor B, Kubes L, Cole P, Atwood M, et al. Effect of nurse case management compared with usual care on controlling cardiovascular risk factors in patients with diabetes. *Diabetes Care*. [Internet]. 2011 Aug [Access 2015 Nov 15]; 34(8): 1689-94. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/34/8/1689.full.pdf+html>
14. Houweling S, Kleefstra N, Hateren K, Groenier K, Meyboom-de B, Bilo H. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2011 Mar [Access 2015 Nov 18];20 (9-10): 1264-72. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03562.x/pdf>
15. Juul L, Terkildsen H, Frydenberg M, Kolding J, Sandbaek A. Quality of type 2 diabetes management in general practice is associated with involvement of general practice nurses. *Prim Care Diabetes*. [Internet]. 2012 Oct [Access 2015 Nov 01]; 6 (3): 221-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991812000368>

16. Sandoval M. Importancia global y local de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. [Internet]. 2012 [Acceso 2015 Dic 6]; 23 (3): 185-90. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/importancia_global_diabetes.pdf
17. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. [Internet]. 2013 Aug [Access 2015 Nov 22]; 91(8): 602-11. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v91n8/0042-9686-bwho-91-08-602.pdf>
18. Titelman D, Cetrángolo O, Acosta O. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. *MEDICC Rev*. [Internet]. 2015 [Access 2015 Nov 20]; 17 (Supl 1): S68-S72. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33&id=448&a=va>
19. Aguilera X, Castillo-Laborde C, Nájera-De Ferrari M, Delgado I, Ibañez C. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLoS Med*. [Internet]. 2014 Sep [Access 2016 Abr 11]; 11(9): e1001676. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001676>
20. Gerstein H, Miller M, Byington R, Goff D, Bigger T, Buse J, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. Overseas Ed [Internet]. 2008 Jun [Access 2015 Nov 28]; 358(24): 2545-59. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0802743>
21. Daly B, Kenealy T, Arroll B, Sheridan N, Scragg R. Do primary health care nurses address cardiovascular risk in diabetes patients?. *Diabetes Res Clin Pract*. [Internet]. 2014 Nov [Access 2015 Dec 15]; 106(2): 212-20. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822714003970>
22. Martínez N. Enfermería en la cobertura universal en salud: nuevos términos, viejas acciones. *Rev Cub Salud Publica*. [Internet]. 2015 [Acceso 2016 Mar 31]; 41(Supl 1): S69-S79. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
23. Atun R, Monteiro L, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. [Internet]. 2015 Mar [Access 2015 Dec 26]; 385(9974): 1230-47. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61646-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61646-9.pdf)
24. Frenk J. Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. *MEDICC Rev*. [Internet]. 2015 [Acceso 2015 Dic 5]; 17 (Supl 1): S62- S72. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33&id=447&a=va>
25. Mitano F, Arena C, Ribeiro Alexandre d'Auria M, Bazilashé J, Fredemir P. Right to health: (in) congruence between the legal framework and the health system. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 Mar [Access 2016 Apr 10]; 24: e2679. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-0995-2679.pdf>

Recebido: 11.5.2016

Aceito: 16.1.2017

Correspondência:
Sandra Valenzuela Suazo
Universidad de Concepción
Casilla 160-C
4130000, Concepción, Chile
E-mail: svalenzu@udec.cl

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.